



Wie definieren die Kostenträger zukünftig den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten in der Region?

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen



4. Management-Kongress
„Gesundheitswirtschaft managen“
27./28. Januar 2016, Münster



Wie definieren die Kostenträger den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten?

- ❖ Philosophische Antwort
- ❖ Gesundheitsökonomische Antwort
- ❖ Krankenhauspolitische Antwort
- ❖ Fallbezogene Antwort



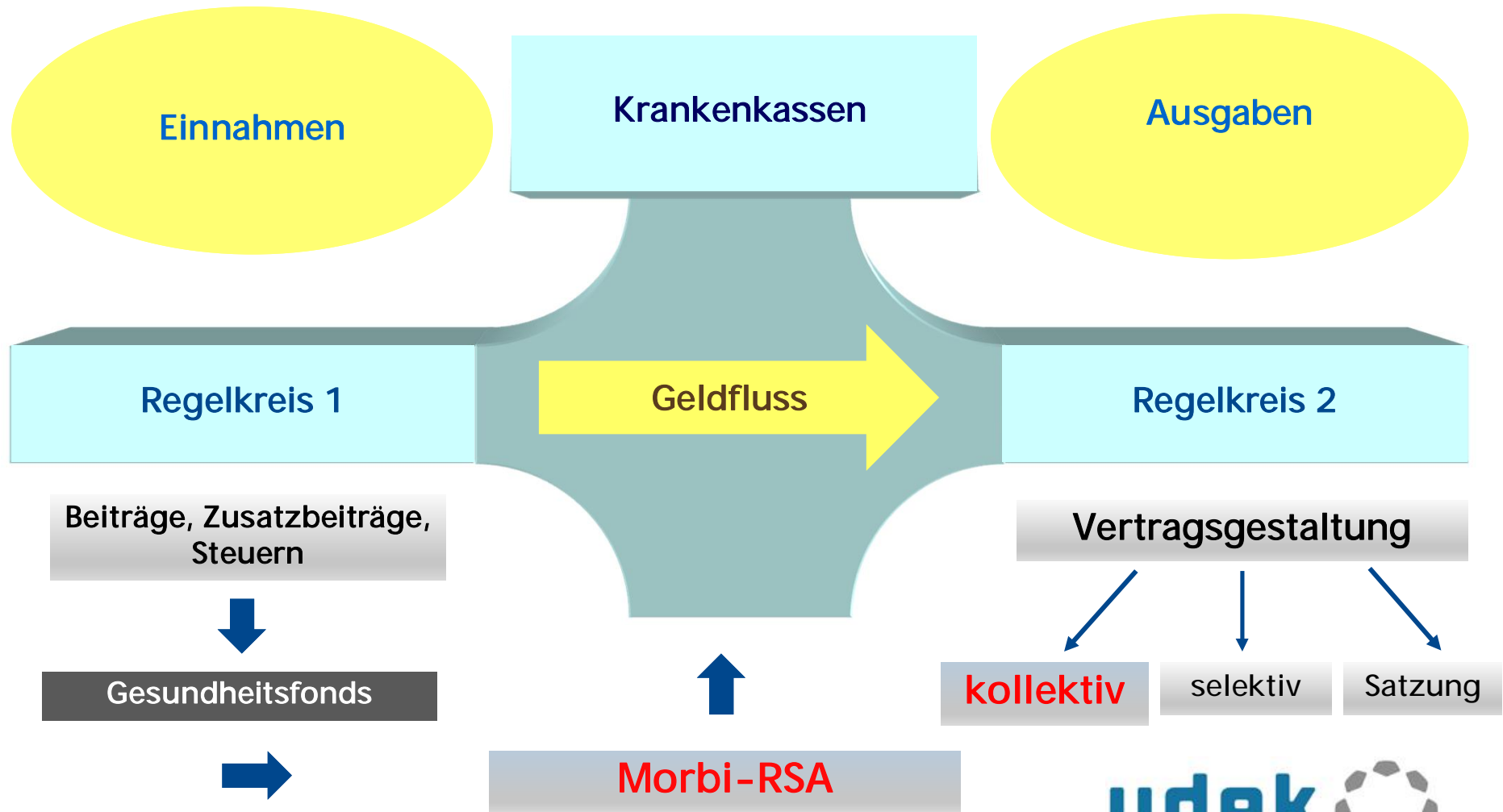
Philosophische Antwort

- Bedarf lässt sich nicht definieren – Bedarf ist „unendlich“
- Methodisch exakte und unstrittige Kriterien zum „Bedarf“ liegen nicht vor
- Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“
- Reden wir über „Bedarf“ oder über „Strukturen“?
- Qualitäts- und/oder mengenbezogener Bedarf?
- Würden sich alle vermeintlichen „Bedarfe“ in Strukturen niederschlagen, bräuchten wir mehrere Gesundheitssysteme



Gesundheitsökonomische Antwort

Regelkreise mit „Bedarfs“-Definition



Ärztliche Honorarverhandlungen

Zuständigkeit

1. Schritt

Aufgaben Bundesebene:

- Beschlussfassung im Bewertungsausschuss (BA) über die Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V
- Beschlussfassung des BA zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungsraten der **Morbiditätsstruktur** nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Klassifikationsmodell)
- sonstige Beschlüsse (z. B. Bereinigung, MGV/EGV Abgrenzung)

2. Schritt

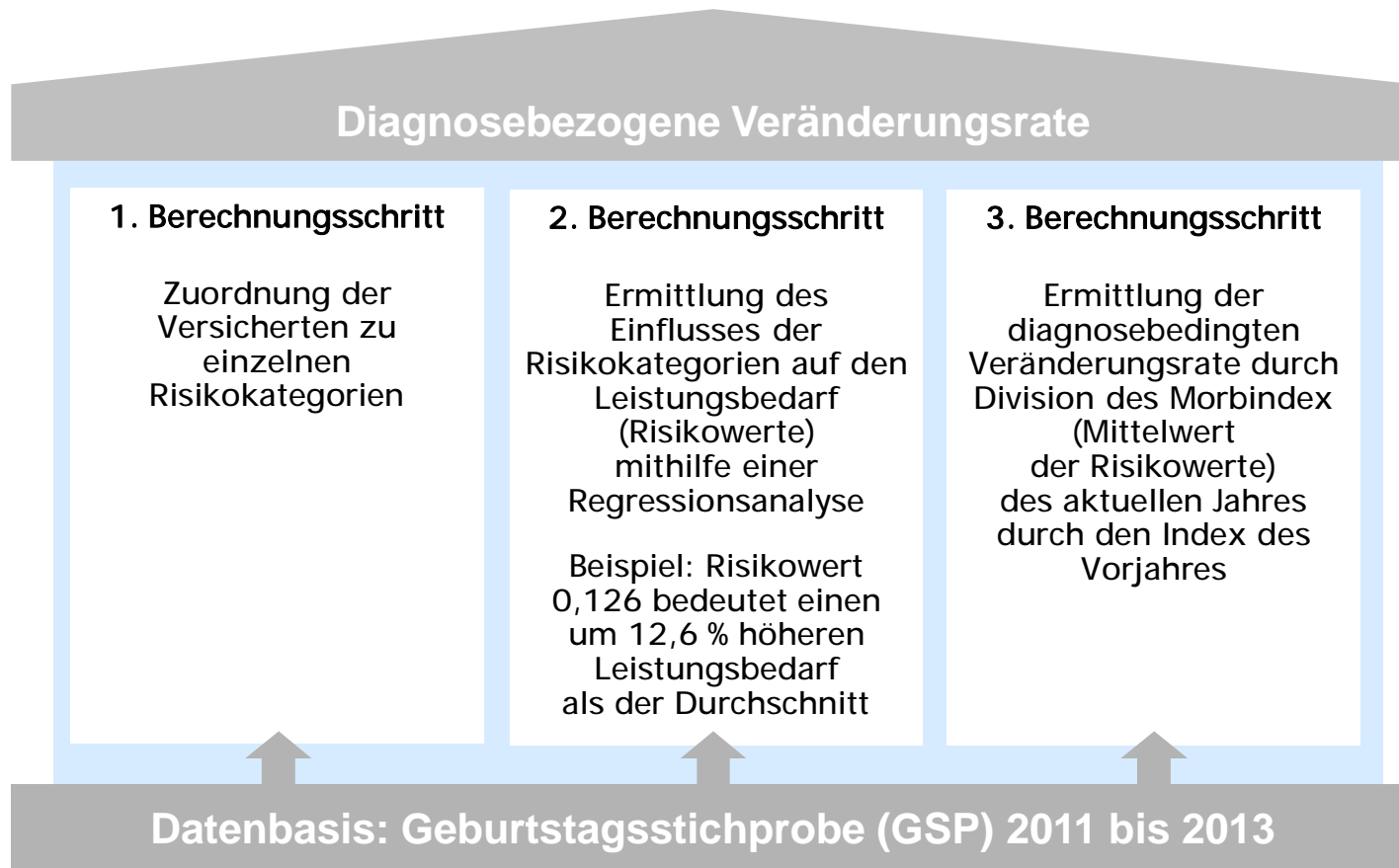
Aufgaben Landesebene:

- Vereinbarung des regionalen Orientierungswertes
- Gewichtung der Veränderungsraten
- sonstige Vereinbarungen (z. B. förderungswürdige Leistungen)

Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate wird mithilfe eines Klassifikationsmodells ermittelt

- Die Gesamtveränderungsrate der ärztlichen Leistungsmenge setzt sich aus einer **diagnosebezogenen und einer demographischen Veränderungsrate** zusammen.
- Die Berechnung der Raten erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA).
- Grundlage der Berechnungen sind ein Klassifikationssystem für die Eingruppierung von **Diagnosen** in Risikoklassen sowie der **Einfluss von Alter und Geschlecht auf den Leistungsbedarf** in einer Region.

Das auf Bundesebene vereinbarte Klassifikationsmodell dient dazu, den Einfluss von Diagnosen auf den Leistungsbedarf zu ermitteln



In der Bedarfsplanung bilden Verhältniszahlen die zentrale Stellgröße für das Leistungsangebot

Hausärztliche
Versorgung

Verhältniszahl

= 1 Hausarzt für 1.671 Einwohner

Allgemeine fachärztliche
Versorgung

z. B. Augenärzte; Kreistyp 1,
1 Augenarzt für 13.399 Einwohner

Spezialisierte fachärztliche
Versorgung

z. B. Radiologen,
1 Radiologe für 49.095 Einwohner

Gesonderte fachärztliche
Versorgung

z. B. Neurochirurgen,
1 Neurochirurg für 161.207 Einwohner

Auch bei den Arzneimittelvereinbarungen wird „Bedarf“ berücksichtigt

Zuständigkeit

Aufgaben Bundesebene:

1. Schritt

- Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jährlich bis zum 30. September die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V

Aufgaben Landesebene:

2. Schritt

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Verbände der Krankenkassen vereinbaren für das Folgejahr:

- das Ausgabenvolumen für die von den Ärzten zu verordneten Leistungen
- Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

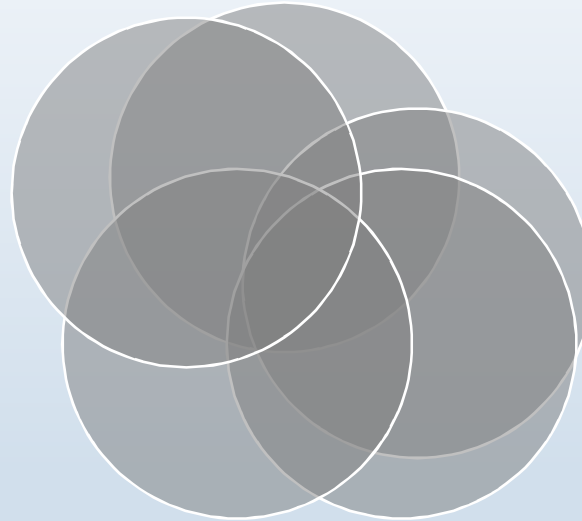
Zur Berechnung des Ausgabevolumens werden „bedarforientierte“ Parameter festgelegt

Verlagerung
zwischen den
Leistungsbereichen
(z. B. von stationär
zu ambulant)

regionale
Veränderungen
der Zahl und
Altersstruktur der
Versicherten

Sondervolumen für
neu zugelassene
Arzneimittel
(z. B. für Hepatitis
C-Behandlung)

Einsatz innovativer
Arzneimittel



Die Landesebene legt folgende Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele fest:

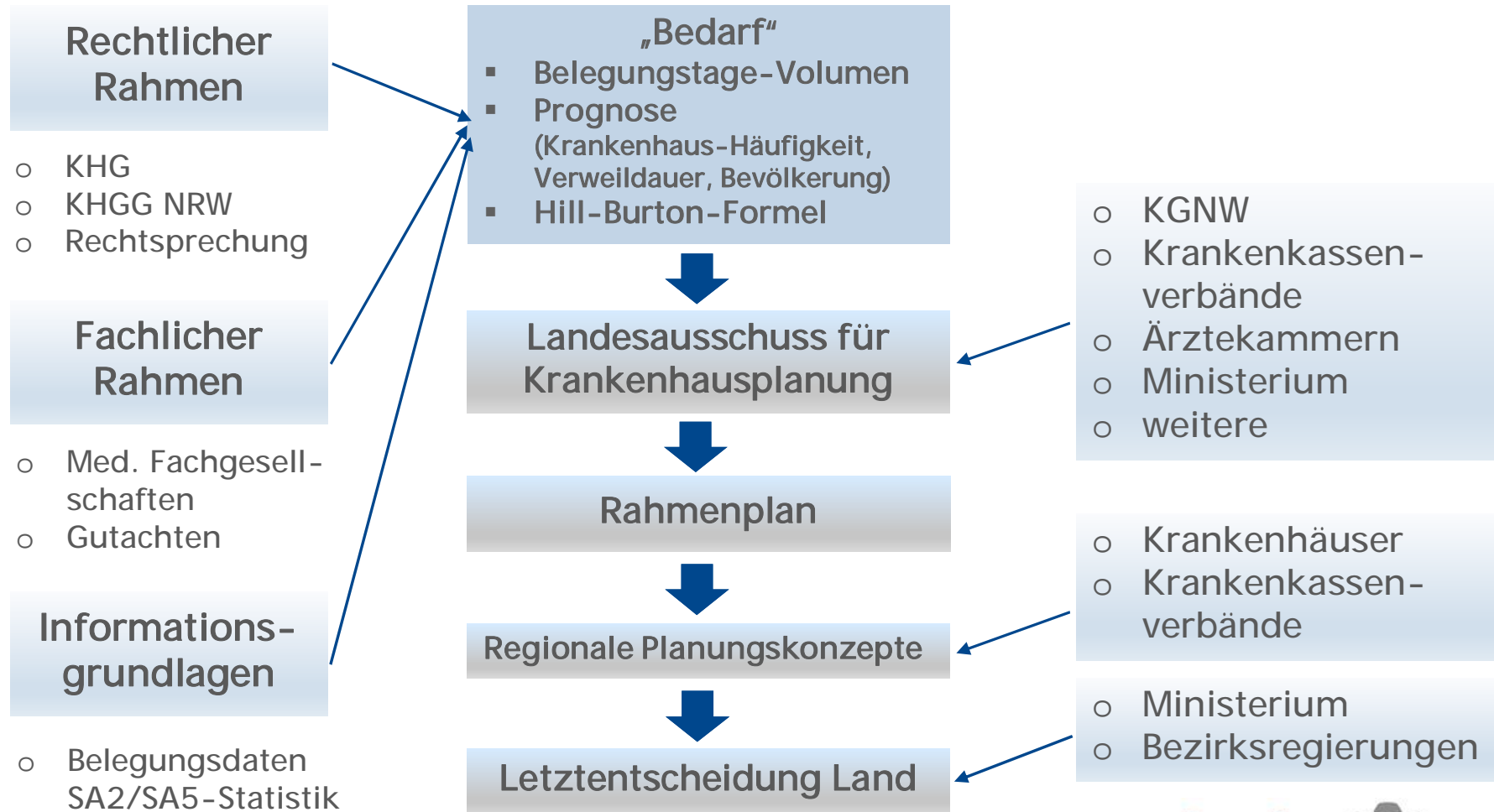
qualitative Ziele - es werden Empfehlungen zur Auswahl bestimmter Arzneimittel gegeben, z. B. :

zurückhaltende Verordnung
von Antibiotika

vorrangige Berücksichtigung
von Biosimilars

Medikamente, die im Alter nicht sinnvoll
sind (Priscusliste) bzw. Vermeidung
von Polymedikation

Die „Bedarfs“-Ermittlung im Krankenhausbereich erfolgt auf der Basis eines Prognosemodells





Krankenhauspolitische Antwort

Wo stehen wir jetzt?

Gewachsene Strukturen durch Reformstau!

- Seit der Einführung des DRG-Entgeltsystems 2003 hat es keine Krankenhausreform mehr gegeben.
- Die Krankenhausstrukturen haben sich seit DRG-Einführung nach den ökonomischen Interessen der Krankenhäuser entwickelt.
- Die Planung in NRW verändert sich nur in kleinen Schritten und schreibt die gewachsenen Strukturen fort.
- Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Die Ausgaben in NRW für den Krankenhausbereich sind überdurchschnittlich hoch.

Wo müssen wir hin? Bessere Strukturen durch Reformwilligkeit!

- Gezielte **Konzentrationsprozesse einleiten**, um regionalen und demografischen Veränderungen Rechnung zu tragen.
- Diese **Umstrukturierungsprozesse** mit einer **qualitätsorientierten Planung** unterstützen.
- Krankenhausschließungen nutzen, um gezielte **Personalwanderungen** zu fördern.
- Die **Pflege- und Therapeutenberufe** jetzt **attraktiv gestalten**, damit die künftige Personalrekrutierung bestehen kann.
- **Strukturfonds** zum **Abbau von Überkapazitäten** nutzen.



Ausgesparte Problemfelder

- Mangelnde Verpflichtung der Länder, die Planung nach bundesweit gültigen (Qualitäts-)Kriterien durchzuführen.
- Mangelnde Verpflichtung der Länder zur angemessenen Investitionsförderung.
- Fehlende Strategie zur Mengenbegrenzung.
- Fehlende Personalstrategie.



Fallbezogene Antwort

Beispiel: Geriatrische Versorgung

„Geriatrische Menschen“ leben Zuhause!



Bild: Maria Lassnig, * 1919-2014, Ausstellung 2010 München

Wenn wir über Geriatrie sprechen, sollten wir nicht gleich in „Pflegefällen“ oder „Krankenhausfallzahlen“ denken, sondern zunächst einmal an ältere Menschen, die Zuhause LEBEN.

Kapazitäten der geriatrischen Versorgung

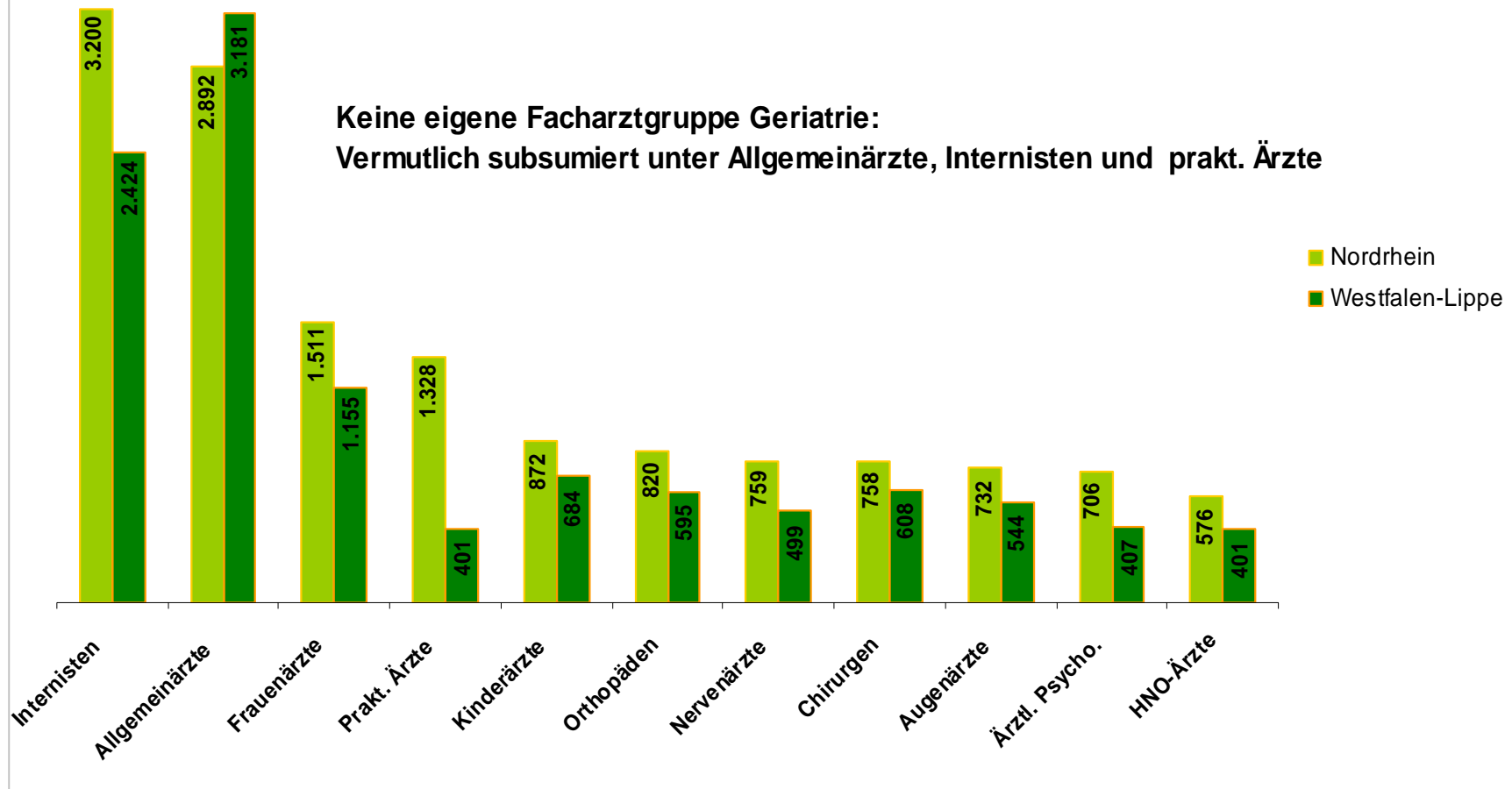
Stationäre geriatrische Leistungserbringung in Nordrhein-Westfalen

- ➔ 80 von 305 somatischen Krankenhäusern mit geriatrischen Betten
 - Nordrhein 39 von 157
 - Westfalen-Lippe 41 von 148
- ➔ zusätzlich 40 somatische Krankenhäuser haben überwiegend im Bereich der Inneren Medizin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung budgetär erzwungen
- ➔ insgesamt erbringen bereits heute 120 von 305 somatischen Krankenhäuser geriatrische Leistungen



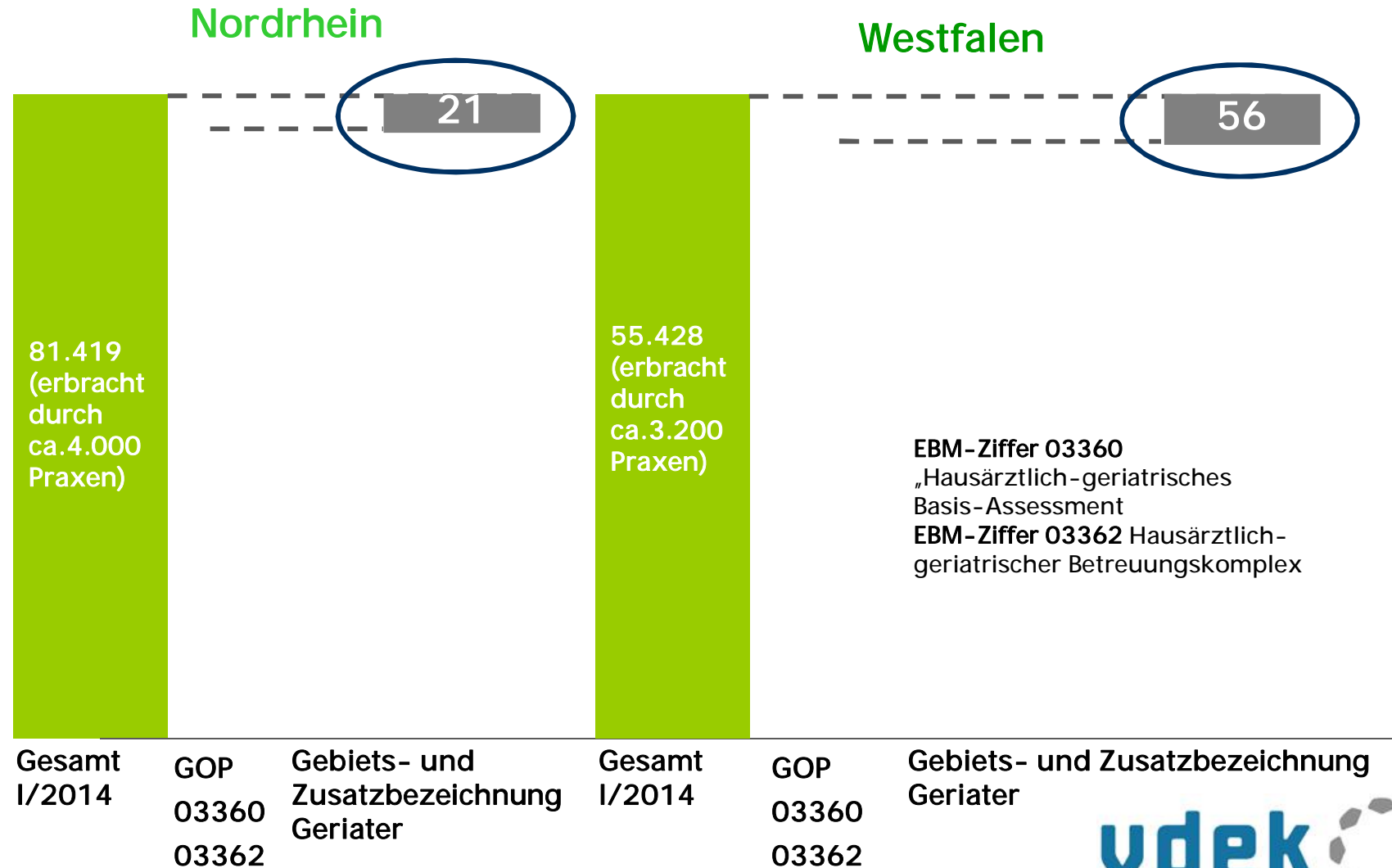
Kapazitäten der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Versorgung im ambulanten niedergelassenen Sektor:



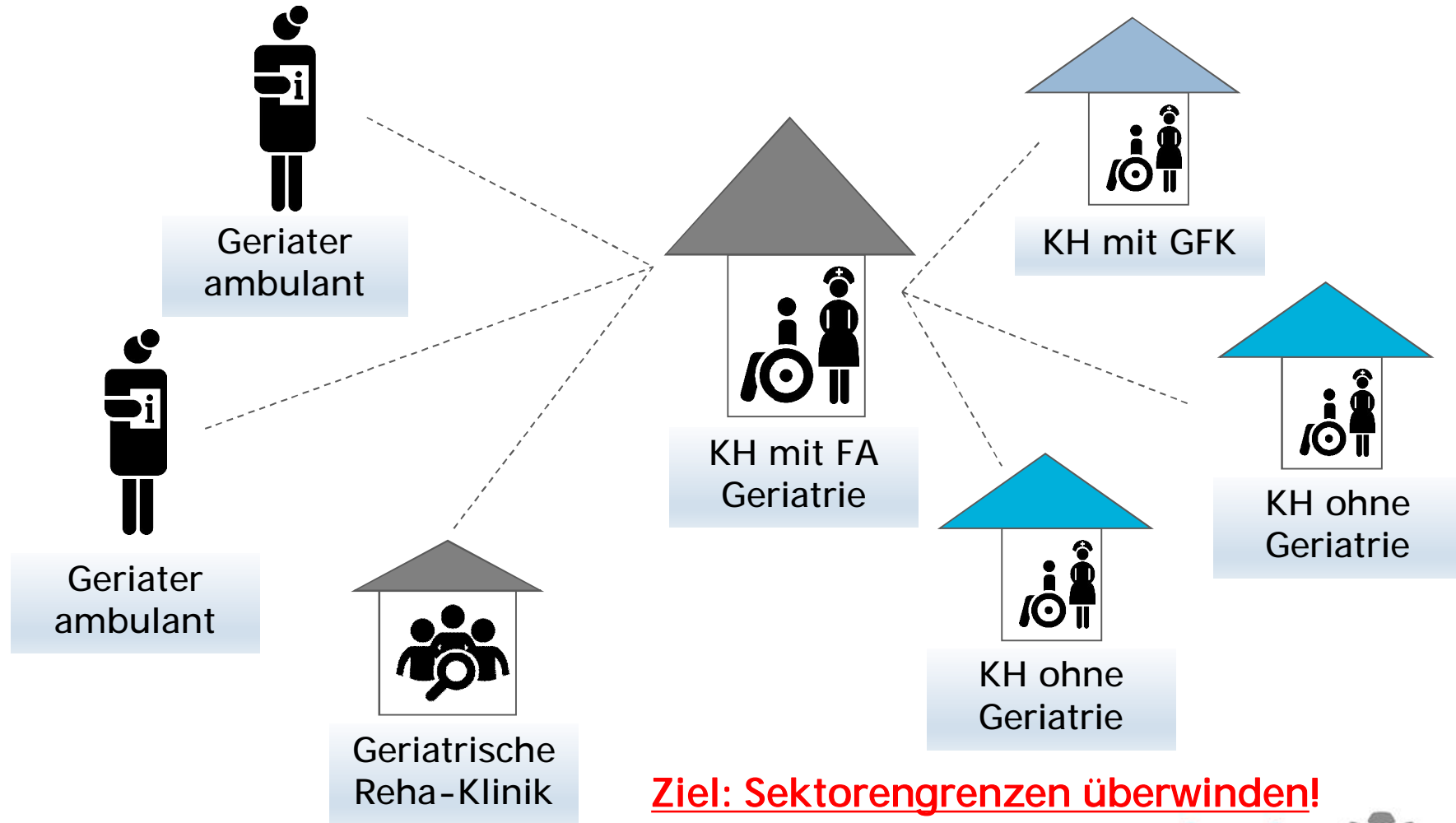
Kapazitäten der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Versorgung im ambulanten niedergelassenen Sektor



Konzept des geriatrischen Versorgungsbundes

Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund



Ziel: Sektorengrenzen überwinden!

Herausforderungen!

Patientenorientierung und nicht Anbieterorientierung!





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 – 3 84 10 - 11
dirk.ruiss@vdek.com

