

# Entwicklungen im Gesundheitswesen und mögliche Strategien der Krankenhäuser

Jahrestagung des VKD Hessen

Kassel, 25.9.2008

Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

gesoekosvr/koord.cdr

## Koordination der Versorgung

- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
- ➔ Koordination der Sektoren
- ➔ Koordination der Berufsgruppen

---

- ➔ Regionale Koordination der Versorgung
- ➔ Generationsbezogene Koordination

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko/drg/situation.cdr

## Die Situation

- ➔ DRG-Finanzierung (sektoral)
- ➔ Alterung/chronische Erkrankungen
- ➔ Populationsbezug & Capitation

Prof. Dr. M. Schrappe

gliedrg.cdr

## Gliederung

- ➔ DRG im Krankenhaus: sektorale Instabilität
- ➔ Qualitäts"ettbewerb"
- ➔ Populationsbezogene Versorgung: Managed Care
- ➔ Strategie und Resumee

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gutachten des SVR 2007

### "Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung"

- ➔ Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe
- ➔ Integrierte Versorgung
- ➔ **Krankenhaus**
- ➔ Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit
- ➔ Primärprävention in vulnerablen Gruppen

## SVR 2007: Krankenhaus

- ➔ Fortführung DRG nach 2009
- ➔ **Höchstpreis-/Festpreissystem**
- ➔ Aufhebung Kontrahierungspflicht
- ➔ Bundesweite vs. landesweite Baserate
- ➔ Krankenhausplanung: Zugang
- ➔ Investitionsfinanzierung: Monistik

Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung

## SVR 2007: Krankenhaus

- ➔ Fortführung DRG nach 2009
- ➔ Höchstpreis-/Festpreissystem
- ➔ Aufhebung Kontrahierungspflicht
- ➔ Bundesweite vs. landesweite Baserate
- ➔ **Krankenhausplanung: Zugang**
- ➔ Investitionsfinanzierung: Monistik

Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung

## Regionalisierung vs. Zugang

- ➔ **Tendenz zur Regionalisierung**
  - Mindestmengenregelung nach §137 SGB V
  - Qualitätsindikator Leistungsmenge
  - Veröffentlichung der Fallzahlen im Qualitätsbericht
  - Zentrumsbildung
  - Grenzkosten und vermutete Skaleneffekte
- ➔ **Zugang zur Versorgung**
  - Finanzierung
  - Soziale Inanspruchnahme
  - **Geographische Erreichbarkeit**

## Indikator: Zugang (access)

- Finanzierung
- Soziale Inanspruchnahme
- Geographische Erreichbarkeit

### differenziert nach:

- Notfallmedizin
- Geburtshilfe
- Fachgebieten
- Spezialisierte Zentren (z.B. Tumorzentren)
- Überregionale Zentren (z.B. orphan diseases)

## Healthcare Cost and Utiliz

### Provider level

- Volume indicators
- Mortality indicators
- Utilization indicators

### Area level

- Utilization indicators
- Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) /avoidable hospitalizations

Dehydration admission rate  
Bacterial pneumonia adm. rate  
Urinary infection adm. rate  
Perforated appendix adm. rate  
Angina admission rate  
Adult asthma admission rate  
COPD admission rate  
CHF admission rate  
Diab. short term compl. adm. rate  
Uncontrolled diabetes adm. rate  
Diabetes long term compl. adm. r.  
Hypertension admission rate  
Lower extremity amputation r.  
Ped. asthma adm. rate  
Ped. gastroenteritis adm. rate

n. Davies et al. Refinement of the HCUP Indicators, AHRQ May 2001

## Auswirkungen DRGs

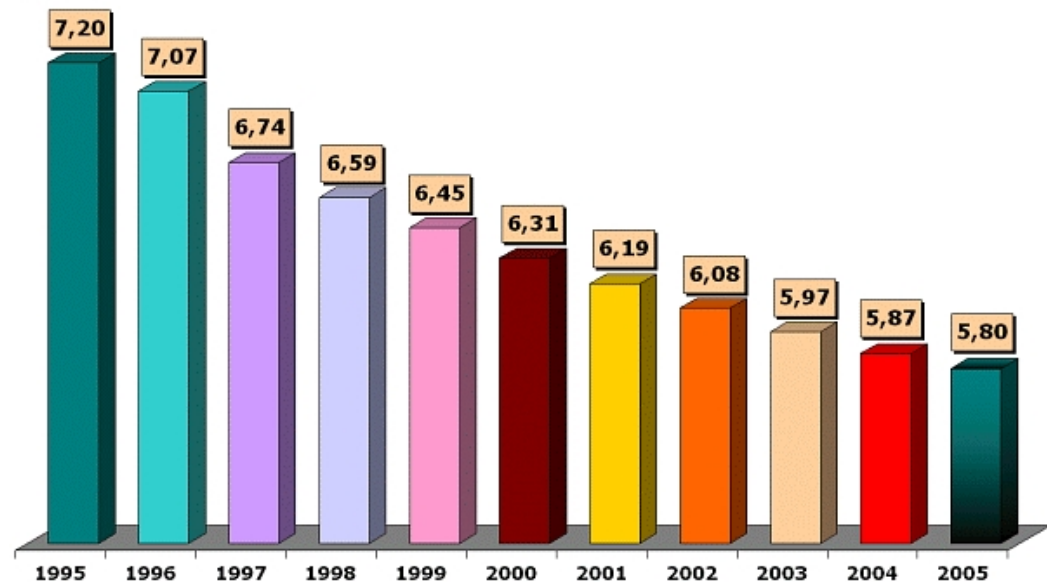
- Verkürzung Verweildauer

### Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltssdauer

(ohne Eintagspflegen und Langzeitaufenthalte)

in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenhäusern 1995-2005

in Tagen



## Auswirkungen DRGs

- ➔ Verkürzung Verweildauer
- ➔ Keine Qualitätsverschlechterung

## Diagnosis Related Groups

- 1977 Beginn der Entwicklung in den USA
- 1.10.1983 493 DRG's für Medicare (HCFA)
- 1988 Erweiterung auf AP-DRG in New York
- 1992 All Patients Refined (APR-DRG), 1530 Klassen
- 1.7.1997 Start LKF-System in Österreich
- 1.1.2005 Start G-DRG in Deutschland
- 31.12.09 Ende der Konvergenzphase

## Auswirkungen DRGs

- ➔ Verkürzung Verweildauer
- ➔ Keine Qualitätsverschlechterung
- ➔ Veränderte Arbeitsteilung mit anderen Sektoren
- ➔ Erhöhte Transparenz, intern und extern
- ➔ Starker Mengenanreiz
- ➔ Übergang zur populationsbezogenen Vergütung

## Gliederung

- ➔ DRG im Krankenhaus: sektorale Instabilität
- ➔ Qualitäts"ettbewerb"
- ➔ Populationsbezogene Versorgung: Managed Care
- ➔ Strategie und Resumee

## Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten  
*"public disclosure"*
  - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-  
verhalten, Reputation als Anreiz
- ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung  
*"pay for performance"*
  - Finanzielles Anreizsystem

## Review: Ergebnisse 1

28 Studien wurden identifiziert

- ➔ 21/28 Studien wiesen einen positiven Effekt aus
- ➔ von 7 Studien ohne positiven Effekt
  - 3 Studien gemischtes Ergebnis
  - 4 Studien negatives Ergebnis
- ➔ positives Ergebnis bei 15/19 Studien mit einfachen und 6/9 mit komplexen Endpunkten
- ➔ positives Ergebnis bei 14/18 Studien, bei denen P4P die alleinige Intervention war, und 7/10 Studien mit komplexer Intervention

## P4P: potentielle Fehlanreize

- ➔ Verschlechterung von Motivation und Patienten-orientierung der behandelnden Ärzte
- ➔ Anreize zur Qualitätsverbesserung sind wirkungslos oder führen zu einer Verschlechterung
- ➔ Verstärkung von sozialer Ungleichheit (Patienten mit chronischen Erkrankungen, mit niedrigem Einkommen, ethnische Gruppen)

## 100.000 lives: 6 goals

- ➔ Rapid response teams
- ➔ Evidence-based therapy of acute myocardial infarction
- ➔ Medication reconciliation
- ➔ Prevention of surgical site infection
- ➔ Prevention of ventilator-ass. pneumonia
- ➔ Prevention of central line infection

## Aktion Saubere Hände



- ➔ Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- ➔ Verstärkung Händedesinfektion
- ➔ Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- ➔ Integration in KISS
- ➔ Nationale Aktionstage
- ➔ Regionale Aktionen, alle Medien
- ➔ Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

Prof. Dr. M. Schrappe

## Händedesinfektion

Direkte Beobachtungsstudie, Universitätsklinik Genf, 163 Ärzte

- ➔ nur 57% von 163 Ärzten hielten sich an Richtlinien

### Einflussfaktoren:

#### Positiv

Wissen beobachtet zu werden  
 Bewusste Vorbildfunktion  
 Positive Einstellung zur Händedesinfektion  
 Leichter Zugang zu Desinfektionsmitteln

#### Negativ

Hohe Arbeitsbelastung  
 Hochrisiko-Eingriffe  
 Bestimmte Disziplinen  
 (Chirurgie, Anästhesie,  
 Notfall- und Intensivmedizin)

D. Pittet et al.: Ann. Intern. Med. 141, 2004, 1-8

Prof. Dr. M. Schrappe

## PSI-Set des SVR 2007

- ➔ Globale Indikatoren (3)
- ➔ Übergreifende Indikatoren (20)
- ➔ Diagnose-bezogene Indikatoren (3)
- ➔ Fachspezifische Indikatoren (2)
- ➔ Organisatorische Indikatoren (2)

Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung, Nr. 651

Prof. Dr. M. Schrappe

## Transsektorale Versorgung

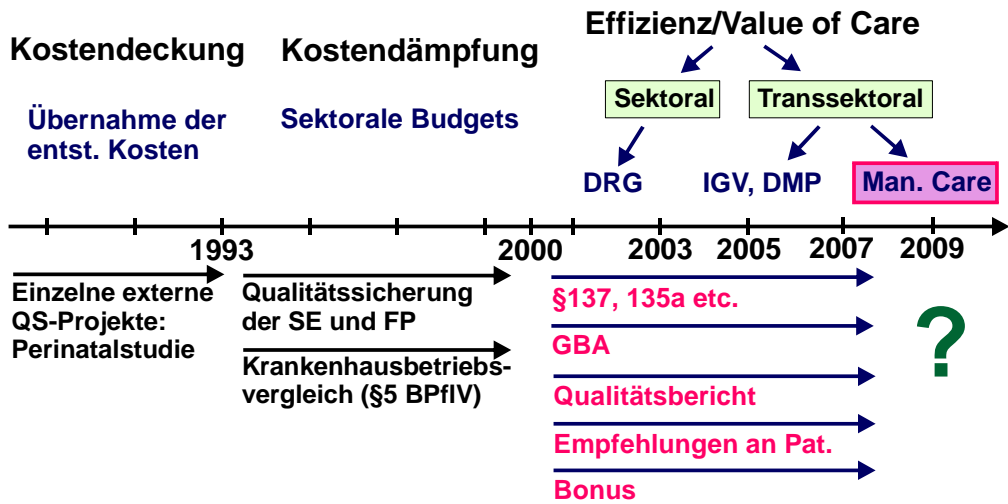
"A 'hemoglobin A1 c equivalent' does not

currently exist for transitional care ..."

E.A. Coleman: Transitional Care Performance Measurement  
 in: IOM Performance Measurement, 2006, p. 250-286

Prof. Dr. M. Schrappe

# Gesundheitssystem: 3 Phasen



Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ DRG im Krankenhaus: sektorale Instabilität
- ➔ Qualitäts"ettbewerb"
- ➔ Populationsbezogene Versorgung: Managed Care
- ➔ Strategie und Resumee

Prof. Dr. M. Schrappe

## Ersatzkassen schreiben ambulante Versorgung aus

In Kassel wollen die Ersatzkassen mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen erproben. Sie schreiben erstmals die ambulante ärztliche Versorgung in ihrer Region aus. Die niedergelassenen Ärzte wehren sich.

KASSEL, 17. Oktober. Neun von zehn Deutschen gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Benötigen sie ambulante ärztliche Hilfe, müssen sie zum Vertragsarzt gehen, sonst erheben sie eine Rechnung als Privatpatient. Der Vertragsarzt ist wiederum Mitglied der Kassennützlichen Vereinigung (KV). Letztere stellt – im Fachjargon der deutschen Sozialversicherung ausgedrückt – die ambulante ärztliche Versorgung sicher. Die gesetzlichen Kassen rechnen ambulante Leistungen in der Regel nur mit der KV ab. Damit hat diese bisher das Monopol zur ambulanten Behandlung des Millionenheeres der Kassenspendanten inne.

Doch der Gesetzgeber will das Kartell der Anbieter durch mehr Wettbewerb brechen. Die Kassen sollen nicht mehr auf die KV als alleinigen Vertragspartner angewiesen sein. Seit der jüngsten Gesundheitsreform dürfen sie nach Paragraph 73 c des Sozialgesetzbuches V die ambulante Versorgung in einer Region auch von anderen Anbietern einkaufen, sofern sie diese ausschreiben.

Im Raum Kassel will der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) diese Chance zum ersten Mal nutzen. In der Stadt Kassel, im Landkreis und im südlich angrenzenden Schwalm-Eder-Kreis hat der Verband die gesamte ambulante ärztliche Versorgung ausgeschrieben. Thomas Ballast, Leiter der Vertragsabteilung beim VdAK, sagt, die Ausschreibung sei neu und einmalig in Deutschland. Der Verband habe in ganz Deutschland nach möglichen ambulanten Versorgungsstrukturen gesucht, die für den Versuch geeigneter seien. Diese habe er in Kassel



Im Test: Telefon- und Samstagsservice für Patienten in Kassel

Foto: foto zu foto

schnelle Terminvermittlungen, kurze Wartezeiten und mit einem „Case-Manager“ zur Kundenbetreuung mehr Service geboten werden. Die Versorgung der Patienten solle nicht billiger, sondern besser werden. Die Ausschreibung für die Sicherstellung der Behandlung erhalten. Gehe ein Patient, der sich in das Modell eingeschrieben habe, in der Testregion nicht zu einem Arzt, der am Modell

der KV, ihrer eigenen Organisation, über Jahre hinweg ihren ärztlichen Feind ausgemacht zu haben schien und zahlreiche Vertragsärzte nicht müde wurden, mit der Rückgabe der Kassenzulassung zu drohen, wandte sich das Blatt nun. Die Autoren offenbarten im Internetforum ihre Furcht vor Wettbewerb. Sie schrieben, sie fühlten sich an „The day after“, den Tag nach dem Atomschlag, erinnert, sollte ein „Gesundheitskonzern“ den Zuschlag erhalten. Man vermutete, hier wolle ein privater Klinikkonzern „Rendite“ machen. Es gab sogar einen Hinweis auf Lynchjustiz gegenüber möglichen Vertragsärztinnen.

stellen zu können. Das Medikum deckt derzeit acht ärztliche Fachrichtungen ab, nötig sind aber zwanzig. Im Schreiben des GNN, das offiziell nicht auf den Weg geschickt wurde, aber im Umlauf ist, heißt es: „Wenn Sie trotz aller Warnungen überlegen, an dem Medikum-Vertrag teilzunehmen, verlassen Sie sich bitte nicht auf mündliche Zusagen, sondern lesen Sie das Kleingedruckte genau.“

Uwe Popert, Vorsitzender des GNN, lehnt die Versorgung nach Paragraph 73 c ab, denn diese führe das „gnadenlos billige“ und qualitativ herausragende ambulante deutsche Gesundheitswesen in „amerikanische Verhältnisse“. Es werde im Chaos versinken. Es gehe der Politik darum, die ambulant tätigen Fachärzte „pleite zu machen“. Auf die Ausschreibung des VdAK könne nur ein Arzt eingehen, dessen Praxis nicht ausgelastet sei, der andere für sich zu seinen Gunsten arbeiten lassen wolle, oder ein Kollege, der für die Versorgung im Testmodell nur gesunde Patienten aussuche, die lediglich geringe Kosten verursachten. Popert bezweifelt, dass die Kassen die KV mit zuverlässigen Daten versorgen werden, um Patienten aus dem Testmodell, die sich zugleich im hergebrachten KV-System fremdversorgen lassen werden, herausrechnen zu können.

Popert will nun die KV gleichsam ein zweites Mal errichten. Am 10. November werde sich eine Ärzte-Genossenschaft gründen. Ziel sei es, 90 Prozent der etwa 2200 Vertragsärzte in Nordhessen als Mitglieder zu gewinnen. Für die Genossen sollen Verträge mit Außenstehenden, wie mit Ordu und dem Medikum, genehmigungspflichtig werden. Ferner wirft Popert die Frage auf, ob das Medikum nicht gegen die Berufsordnung der Ärzte verstöße, wenn es teilnehmende Ärzte mit einer Pauschale entlohne.

Ordu sagt, er habe Gespräche mit dem VdAK und den Ortskrankenkassen geführt. Er habe die KV einbezogen, als es „konkret geworden“ sei. Wenn es zu einem Vertrag kommen sollte, werde er selbstverständlich alle Vereinbarungen der Ärztekammer vorlegen. Ordu ver-

## Faktoren des Übergangs

- ➔ Krankenhausplanung: Regionalisierung und Zugang
- ➔ VWD-Reduktion: veränderte sektorale Arbeitsteilung
- ➔ Mengenanreiz bei erhöhter Transparenz
- ➔ Qualitätssicherung: populationsbezogener Anreiz
- ➔ Gesetzliche Regelungen

Prof. Dr. M. Schrappe

## Integrierte Versorgung: Kontext

- ➔ "alte Regelungen": ambulantes Operieren, Institutsambulanz, Polikliniken
- ➔ GRRSA 2002: DMP
- ➔ GMG 2004: MVZ (§95), Zulassung der Krhs. zu ambulanten (116a) und hochspezialisierten Leistungen (§116b), Hausarzt-zentrierte Versorgung (§73b), Anreiz durch Bonusregelung (§65b)
- ➔ VRÄndG und WSG 2007:
  - Pflicht zur Hausarzt-zentrierten Versorgung (§73b)
  - Angebot "besondere ambul. ärztl. Versorgung" (§73c)
  - Angestellte Ärzte in örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (VRÄndG Art. 5, §32 ZulassungsVO für Vertragsärzte)

## GKV Wettbewerbsstärkungs-Gesetz (WSG)

- ➔ Bonusregelungen und Wahltarife §§63, 73b, 73c, 137f, 140a (§53)
- ➔ Pflicht: Angebot hausarztzentrierte Versorgung (§73b)
- ➔ Einzelverträge der Kassen mit Vertragsärzten (§73c)
- ➔ Leistungen nach §116b Gegenstand der Krhs-Bedarfsplanung
- ➔ IGV: "bevölkerungsbezogene Flächendeckung" (§140a)
- ➔ Qualitätssicherung Gegenstand von GBA-Richtlinien (§92,1 S.2 Nr.13)
- ➔ Stärkere Betonung der sektorenübergreifenden QS in §137
- ➔ Dateiformat der Q-Berichte einheitlich (§137)
- ➔ GBA beauftragt "unabhängige Institution" für vergleichende QS, die insbesondere sektorenübergreifend tätig sein soll (§137a).
- ➔ Die "Institution" entwickelt Indikatoren (§137a) und veröffentlicht die Qualitätsdaten in "verständlicher Form" (§137a)
- ➔ Die QS in der Rehabilitation wird verstärkt (§137d)
- ➔ IQWiG: Kosten-Nutzen-Bewertung bei Arzneimitteln (§139a)
- ➔ Stärkung der Patientenverbände (u.a. §§91, 137a, 139a)

## WSG: Integrierte Versorgung

- ➔ Wichtige transsektorale Versorgungsform
- ➔ Sektoren- oder fachgebietsübergreifende Versorgung
- ➔ Einbeziehung Pflege
- ➔ Soll "populationsbezogene Flächendeckung" ermöglichen
- ➔ Verwendung der Anschubfinanzierung nur für populationsbezogene Versorgung und ist an Registrierungsstelle zu melden (§140d Abs. 5)
- ➔ Kostenträger direkte Vertragspartner der Anbieter
- ➔ Wahltarife nach §53 sind anzubieten
- ➔ Beitragsstabilität nach §71,1 SGB V bis 2006 aufgehoben
- ➔ Keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben

## WSG: Integrierte Versorgung

- ➔ Wichtige transsektorale Versorgungsform
- ➔ Sektoren- oder fachgebietsübergreifende Versorgung
- ➔ Einbeziehung Pflege
- ➔ Soll "populationsbezogene Flächendeckung" ermöglichen
- ➔ Verwendung der Anschubfinanzierung nur für populationsbezogene Versorgung und ist an Registrierungsstelle zu melden (§140d Abs. 5)
- ➔ Kostenträger direkte Vertragspartner der Anbieter
- ➔ Wahltarife nach §53 sind anzubieten
- ➔ Beitragsstabilität nach §71,1 SGB V bis 2006 aufgehoben
- ➔ Keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben

## "Populationsbezogene Flächendeckung"

"Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn **entweder in einer größeren Region** (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung **einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit** (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) **umfassend in einer integrierte Versorgung angeboten wird** oder **in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird.**"

WSG-E 11.10.2006, Begründung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gutachten des SVR 2007

"Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung"

- ➔ Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe
- ➔ **Integrierte Versorgung**
  - ➔ Krankenhaus
  - ➔ Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit
  - ➔ Primärprävention in vulnerablen Gruppen

Prof. Dr. M. Schrappe

## Managed Care

- ➔ **Selective contracting**
- ➔ **Gatekeepers (referral to specialists)**
  - ➔ Incentives for "in plan" treatment
  - ➔ Prior authorization for non-emergency treatment
  - ➔ Utilization review and quality assurance
- ➔ **Capitation fees**
- ➔ Preferred selection of providers in networks

n. R. Rich, 2004

Prof. Dr. M. Schrappe

## Krankenhausprivatisierung

AKTIEN *Inspiral 4/2*

**Sanfter Weg** *24. 11. 89*

Medizin als Geldanlage – erstmals geht ein deutsches Krankenhaus an die Börse.

Auf den ersten Blick scheint die Rhön-Klinik in Bad Neustadt ein Krankenhaus zu sein wie viele andere auch – der OP-Saal so vollgestopft wie inzwischen üblich, die Beton-Architektur so häßlich wie überall.

Rhön Klinikum AG



Prof. Dr. M. Schrappe

## Rhön legt Strategie für den ambulanten Sektor vor

Klinikkonzern will Patienten zuordnen und wachsen

VON LUKAS HEINY, HAMBURG

Der private Krankenhauskonzern Rhön-Klinikum drängt als Vollversorger in den ambulanten Gesundheitsmarkt. „Unsere Wachstumschancen sind enorm“, sagte Vorstandschef Wolfgang Pföhler und kündigte an, massiv Arztstühle aufzukaufen: „Wir setzen alles daran, hier mit Kraft und Geschwindigkeit vorzustößen.“

Offensiver als andere Klinikträger treibt Rhön neue Geschäftsmodelle im 36 Mrd. € schweren ambulanten Markt voran. Auf der Hauptversammlung hat Pföhler die Strategie nun konkretisiert.

Flächendeckend will er Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit bis zu 50 Ärzten aufbauen, um neben stationärer auch ambulante Medizin anzubieten. In zwei Stufen je nach Schweregrad der Erkrankung sollen Patienten entweder in den MVZ und kleinen Portalkliniken oder in den größeren Häusern des Konzerns behandelt werden. Medizinische Geräte, Personal und

Immobilien sollen so effizienter genutzt werden, so Pföhler. Ein Großteil der stationären Patienten werde künftig ambulant betreut.

Bereits 2007 setzte Rhön mit ambulanten Leistungen 105 Mio. € um, bei 2 Mrd. € Gesamtumsatz. Inzwischen betreibt der Konzern 18 MVZ. 2007 wurden dort nur 79 000 Patienten behandelt, 20 sollen es 40 Prozent mehr sein.

Die niedergelassenen Ärzte Rhön über Gewinnbeteiligung das Modell lotsen. Außerdem hat Rhön vor zwei Wochen Kooperationen in regionalen Netzwerken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angekündigt.

Strategisches Ziel ist es, sich medizinischer Komplettanbieter zu positionieren. Dann können Konzern lukrative Versorgungsträger für ganze Regionen schließen. Oder als Vollversorger auftreten. Private Prämien würden neben der Grundversorgung Zusatzdienste anbieten wie beim ADAC“, sagte J.

## Managed Care in Deutschland

- ➔ Hausarzt-Netze
- ➔ Facharzt-Netze / MVZ
- ➔ KVen
- ➔ Krankenhäuser
- ➔ Krankenkassen
- ➔ Management-Gesellschaften

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ DRG im Krankenhaus: sektorale Instabilität
- ➔ Qualitäts"ettbewerb"
- ➔ Populationsbezogene Versorgung: Managed Care
- ➔ Strategie und Resümee

Prof. Dr. M. Schrappe

## 3 strategische Optionen

- ➔ Sektorale Optimierung
- ➔ Krankenhaus-getriebene transsektorale Versorgung
- ➔ Integrierte Capitation-Verträge in Partnerschaft mit dem ambulanten Bereich

### 4. Option:

- ➔ Capitation unter ambulanter Führung

Prof. Dr. M. Schrappe

# Schluß

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Prof. Dr. M. Schrappe