

# Spezialärztliche Versorgung

## Plädoyer für einen neuen Versorgungsbereich

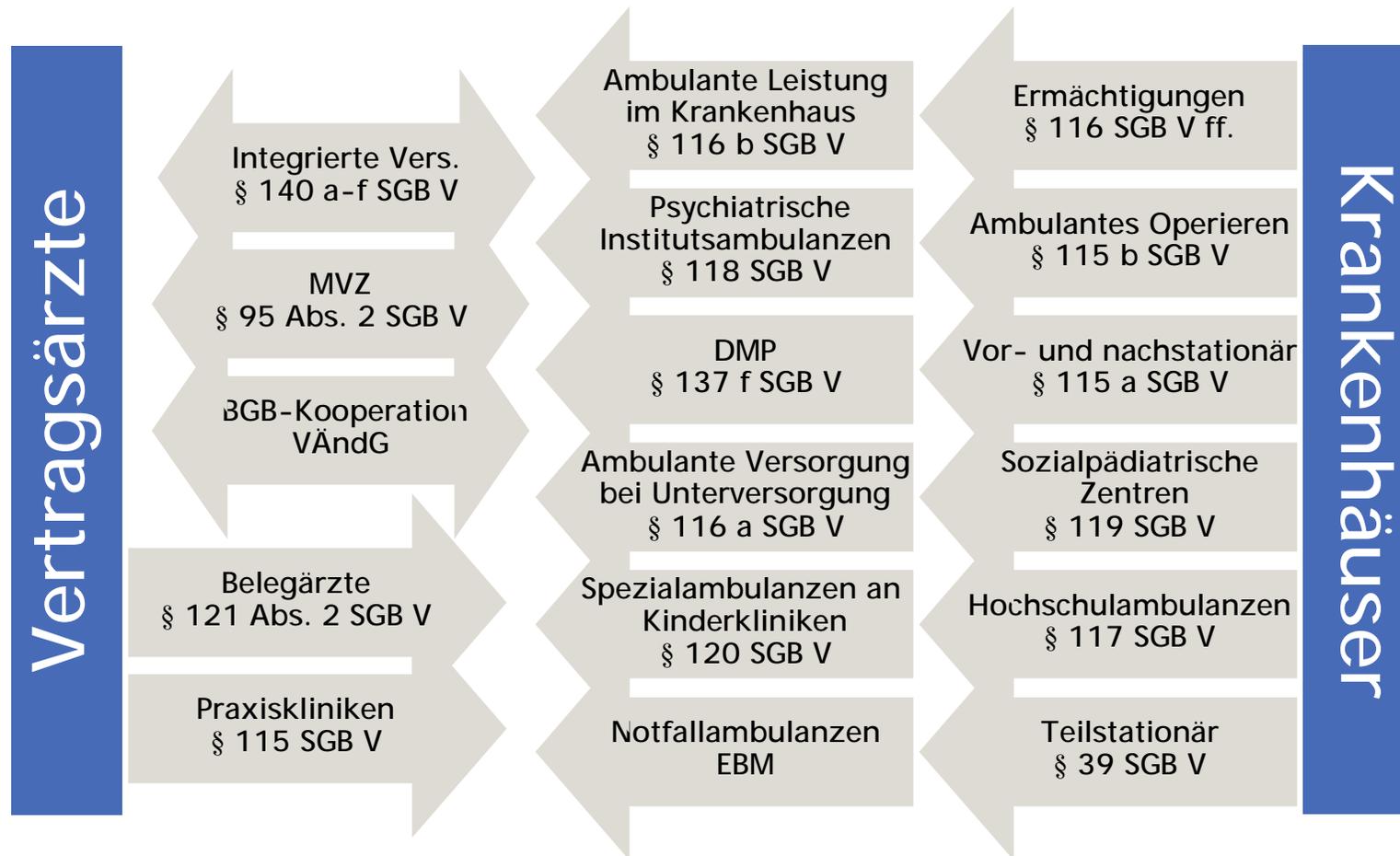
10. Nationales DRG-Forum  
Berlin, 11.03.2011

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

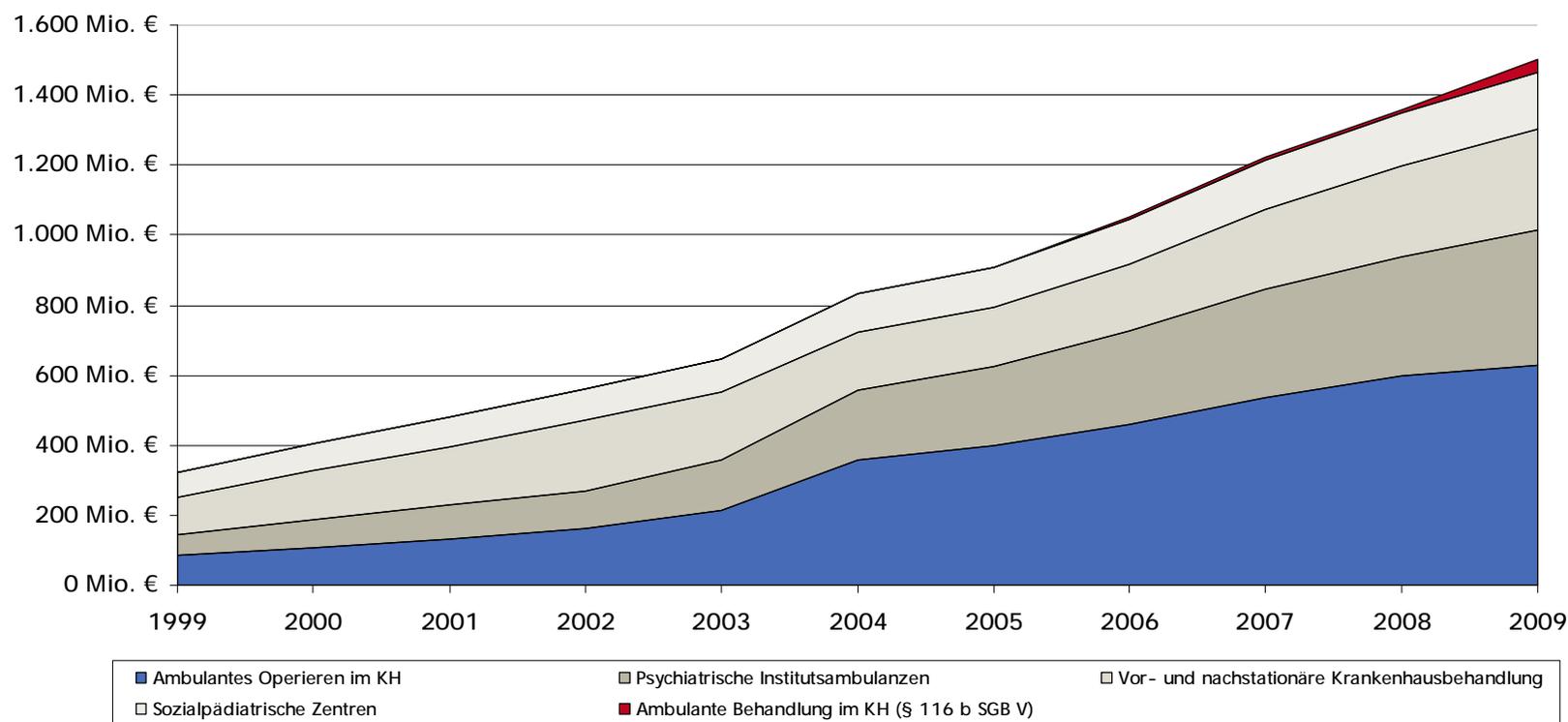
# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

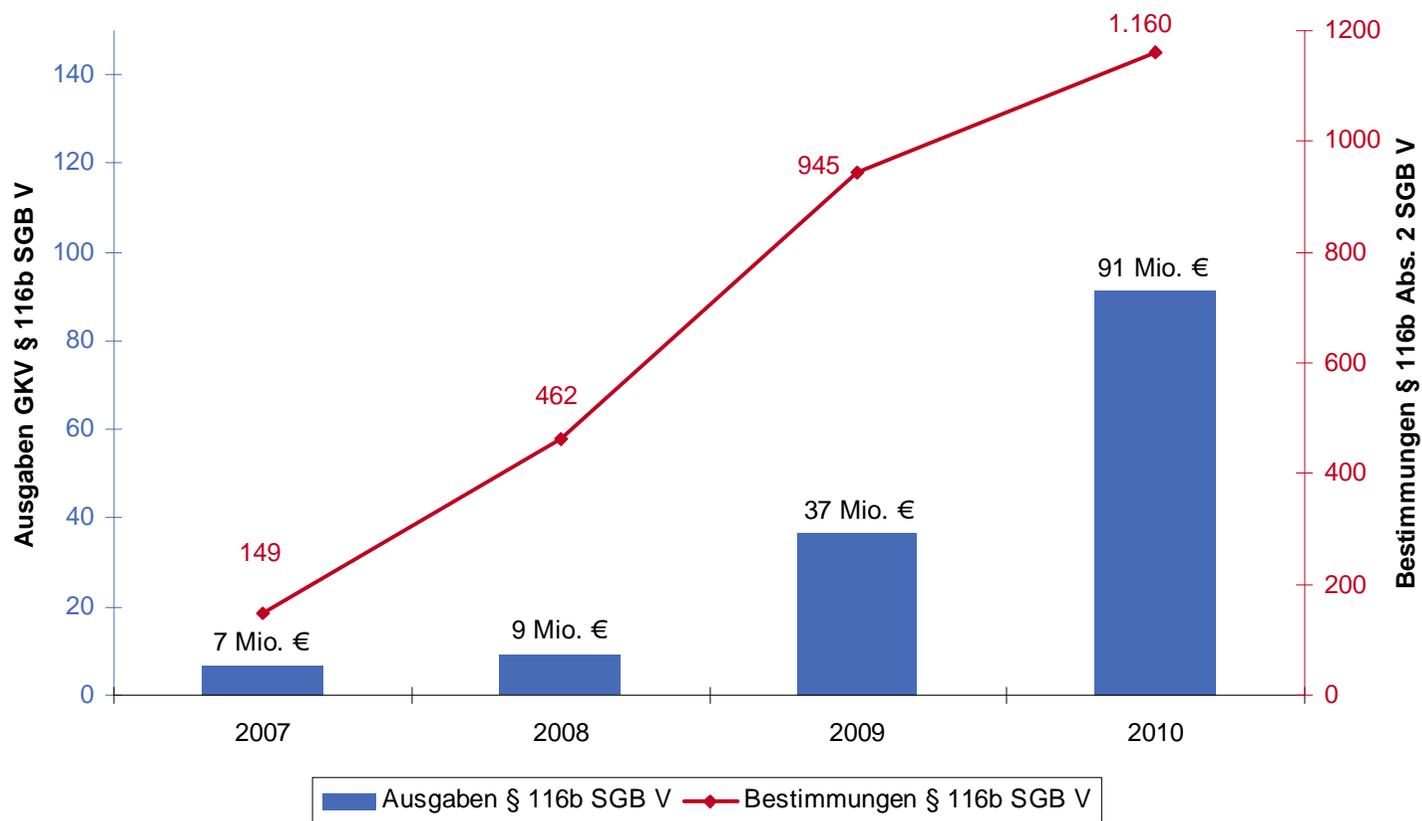
# Ambulant-stationärer Grenzbereich



# GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus

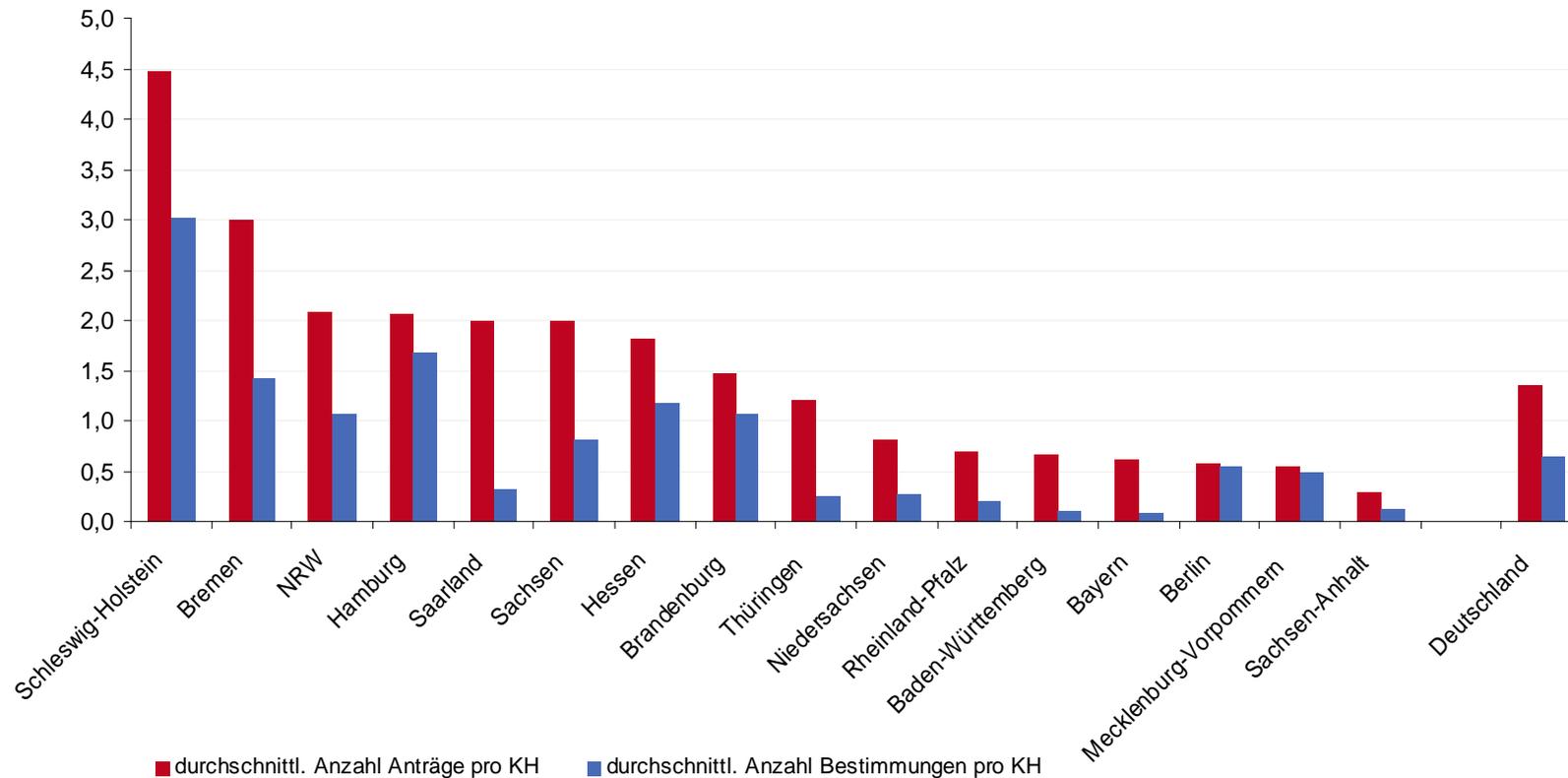


Quelle: BMG KJ 1, eigene Darstellung



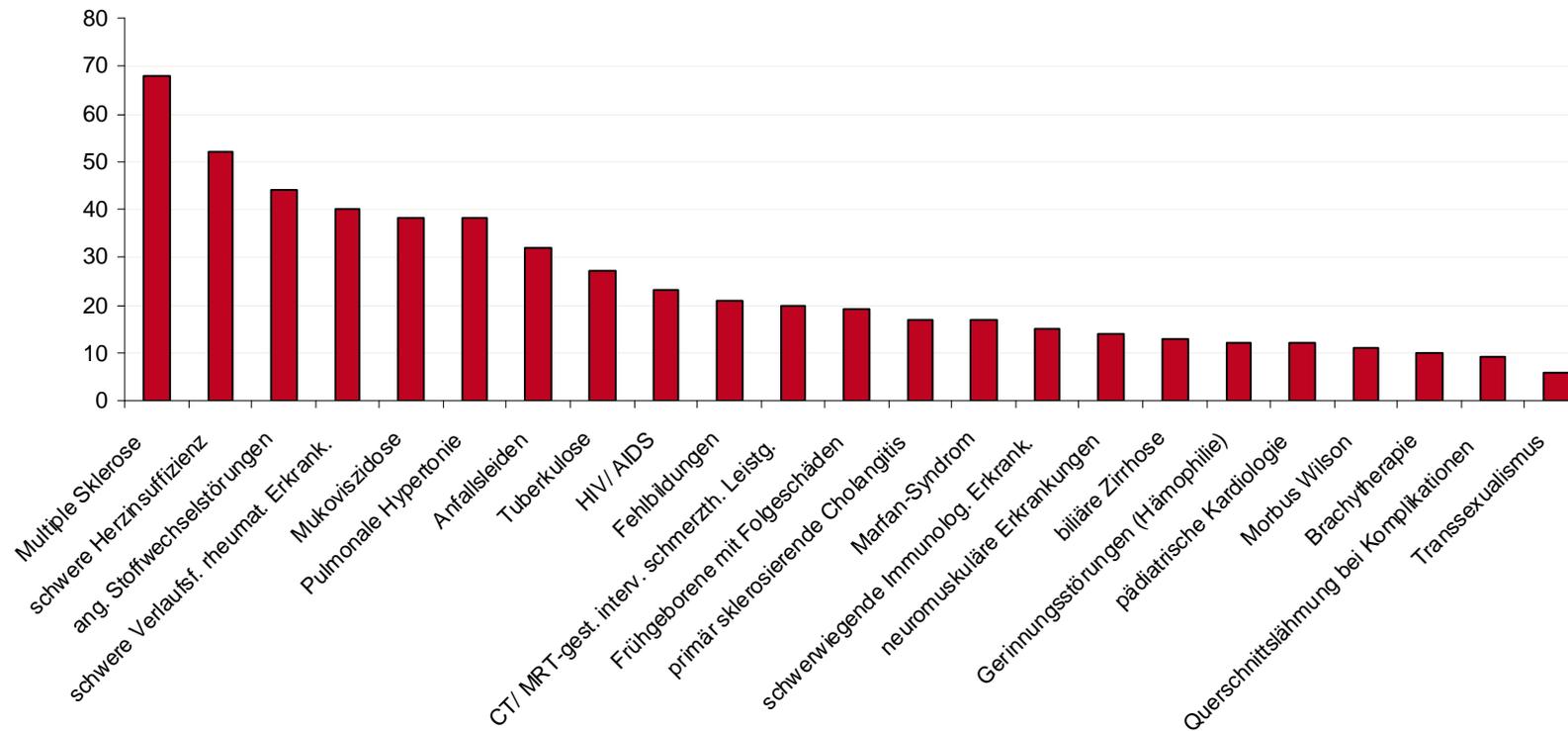
Quelle: Bestimmungen Umfrage des GKV-Spitzenverbandes, 12/2010; Ausgaben 2007 bis 2009 KJ 1, 2010 KV 45 1. -4. Quartal

# Antragslage § 116 b Abs. 2 SGB V: 2.400 Anträge, 1.160 Bestimmungen

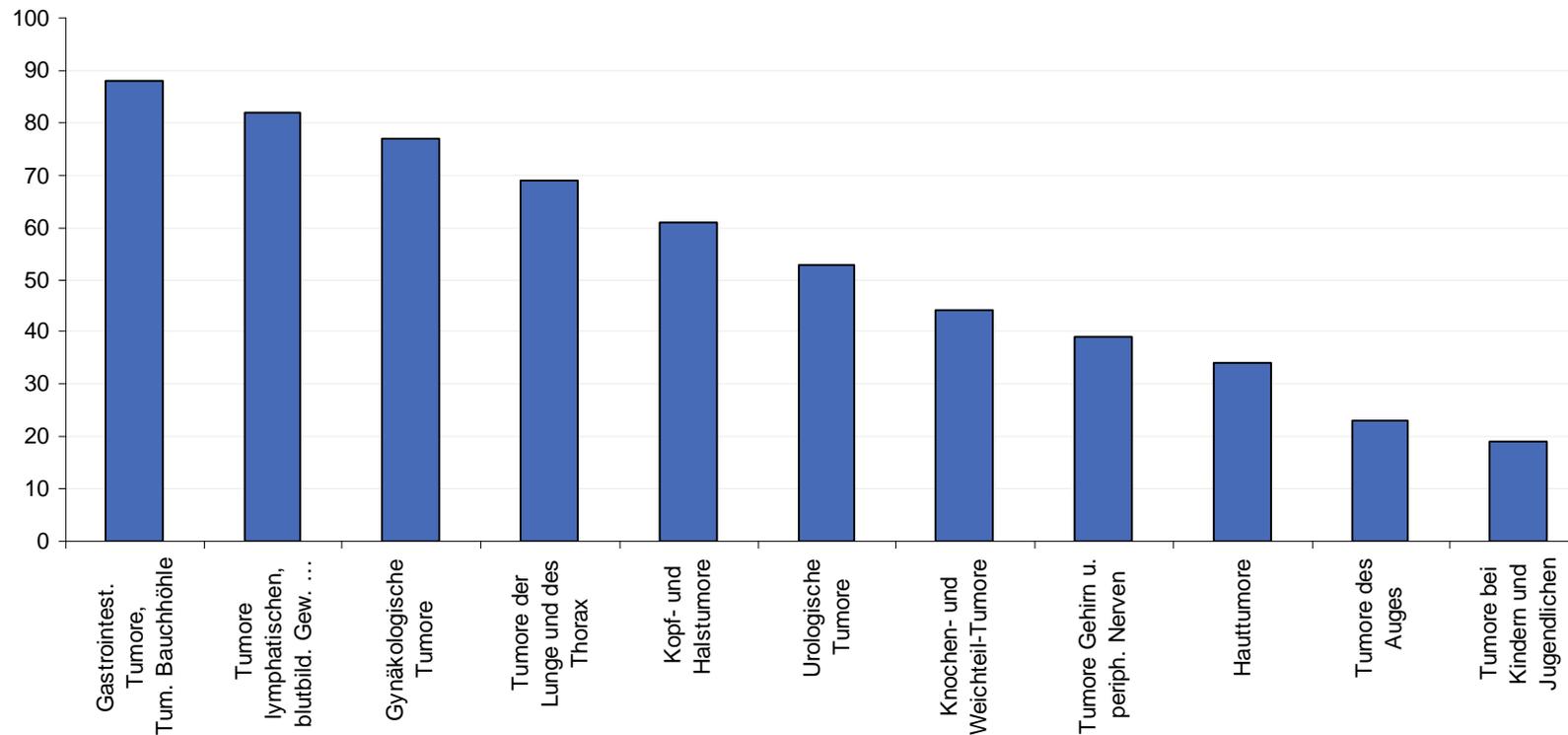


Quelle: Umfrage des GKV-Spitzenverbandes, 12/2010

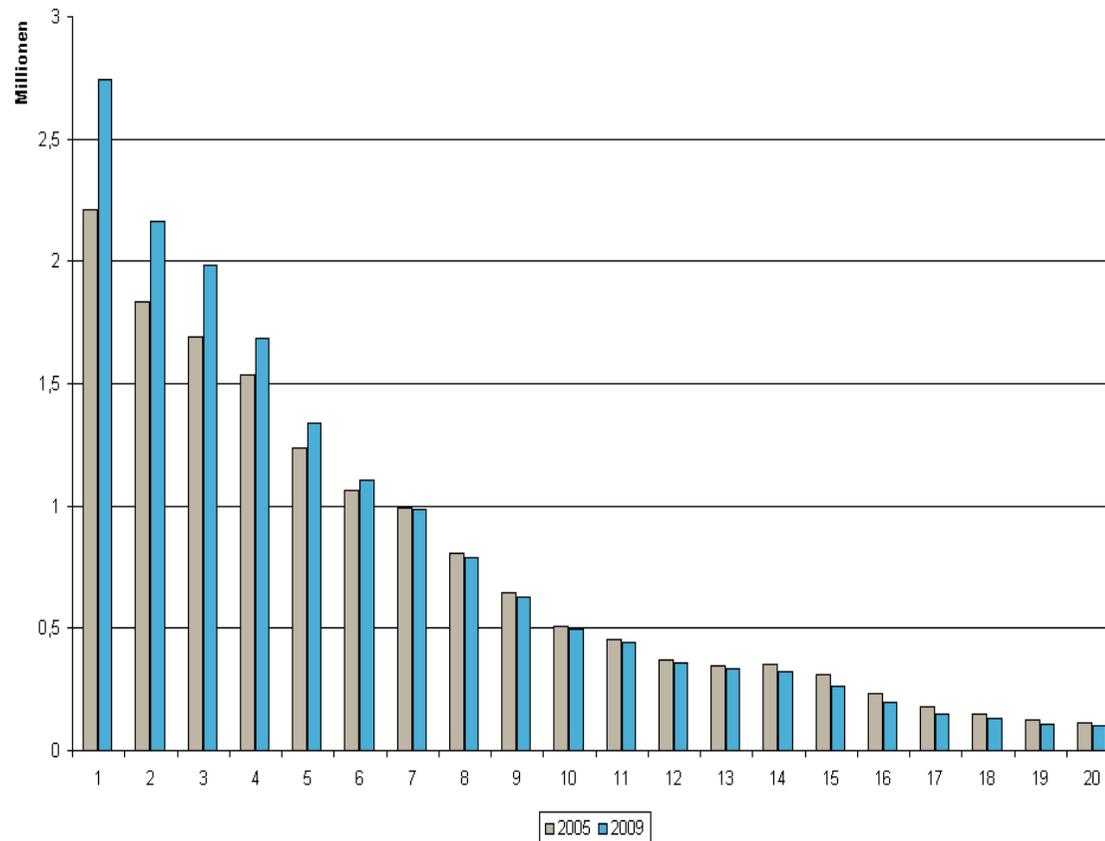
# Bundesweit ca. 560 Bestimmungen § 116 b Abs. 2 SGB V (ohne Onkologie)



# Bundesweit ca. 600 Bestimmungen (onkologische Indikationen)



# Heute ein Tag – morgen ambulant



è Stationäre  
Verweildauer 2009

è Fallzahl 2009:  
17,2 Mio. Fälle

è Ca. 2,5 Mio. Fälle  
besitzen nur 1 Tag  
Verweildauer!

è Stundenfälle:  
ca. 320.000

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen

# Inkonsistenter Ordnungsrahmen

- è Krankenhäuser sind umfangreich ambulant tätig, aber
  - die Krankenhauszulassung erfolgt bedarfsunabhängig und
  - die KV-Zulassung berücksichtigt die ambulante Krankenhausleistung nicht.
  
- è ungesteuerte Mengenentwicklung
  
- è fehlende Verhandlungsstrukturen

# Undifferenzierte Vergütungen

è „Schlechte Vergütungsformen ergeben schlechte Ergebnisse.“

è Beispiel:

Quartalspauschalen bei Hochschulambulanzen, PIA, ...

è Folge:

- falsche Anreize der Patientenselektion (Verdünnerefälle)
- keine Substitution stationärer Leistungen

# Keine Direktverträge

- è Bisher gibt es keine Möglichkeiten, Direktverträge für standardisierte Elektivleistungen zu schließen.
- è Es existiert kein ausreichender Qualitätswettbewerb.
- è Insgesamt unzureichende Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen, die selber in einem harten Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen stehen.

# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

# Neuer „dritter Sektor“



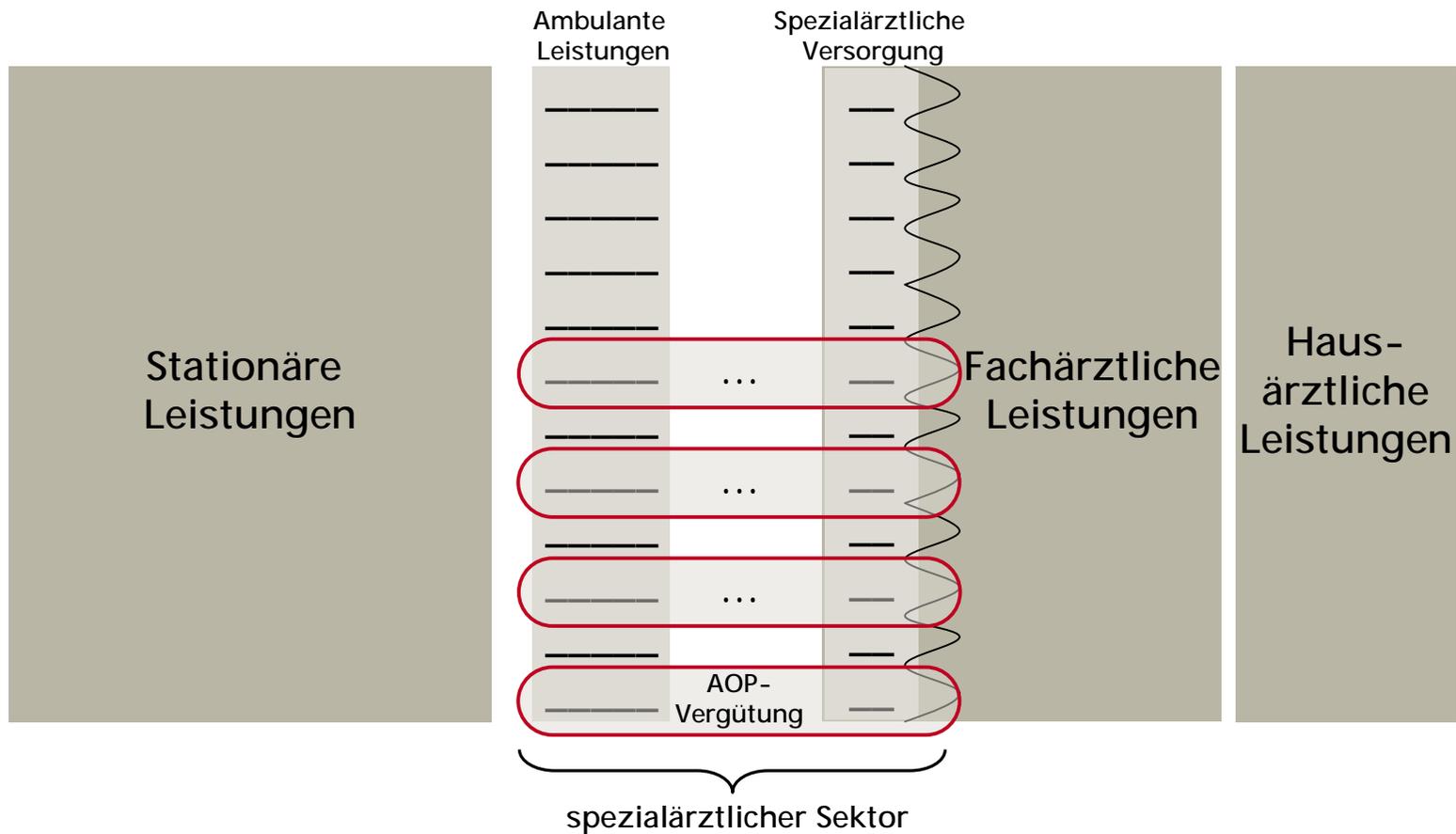
# Leistungsbereich definieren!



Spitzenverband

Krankenhausbereich

KV-Bereich



## „Trenner“ identifizieren

- è Für einen 3. Leistungsbereich müssen Facharztleistungen eindeutig zugeordnet werden.
- è Einfacher Fall: Ambulantes Operieren  
EBM enthält bereits eine Abgrenzung.
- è Weitere „Trenner“ müssen gesucht werden.  
Beispiel:
  - 116 b HIV: Leistungen der HIV-Spezialambulanzen
  - Notfall: EBM-Notfallziffern

# Schwierigkeitsgrade bei der Sektorabgrenzung



1. Grad  
Abgrenzung im EBM vorhanden (z.B. 115 b)
2. Grad  
Leistungen EBM-basiert, aber diffuser Anteil fachärztlicher Versorgung (116 b)
3. Grad  
Keine Leistungsdefinition. Erst Dokumentation schaffen, dann Komplement suchen (Hochschulambulanz, PIA, ...).

# Verhältnis der Ausgaben im spezialärztlichen Bereich

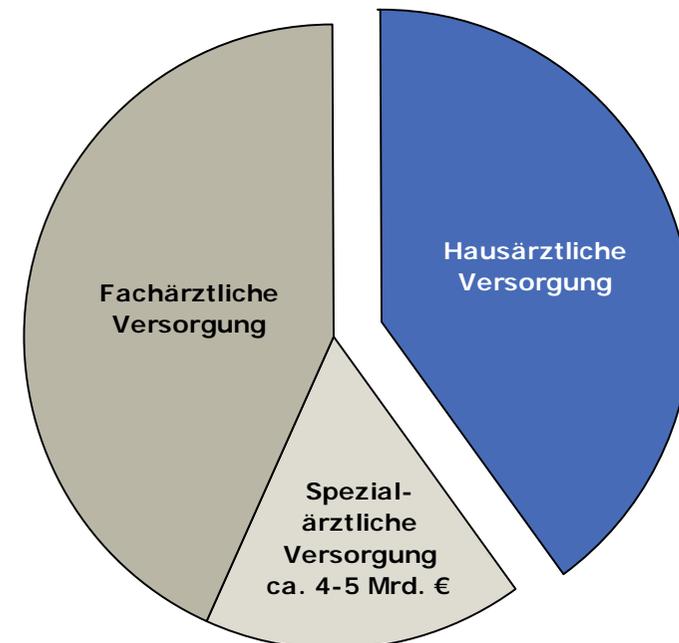
## è Krankenhäuser

Ambulanter Bereich (2009) - Schätzung	in Mio. Euro
Ambulantes Operieren im KH	630
Psychiatrische Institutsambulanzen	390
Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung	290
Sozialpädiatrische Zentren	160
Ambulante Behandlung im KH (§ 116 b SGB V)	40
Stundenfälle	230
Teilstationäre Behandlung - Somatik	750
Teilstationäre Behandlung - Psychiatrie	500
Notfallambulanzen	380
Hochschulambulanzen	540
<b>Summe</b>	<b>3.910</b>

Quelle: KJ 1-Statistik, Daten nach § 21 KHEntgG sowie Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes

## è niedergelassener Bereich

Ausgaben "Ärztliche Behandlung" ca. 30 Mrd. €



# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

# „Ja“ zu ambulanten Krankenhausbehandlungen



- è GKV als Teil und Partner in der ambulanten Versorgung
- è Verhandlungen von Katalog, Preisen und Mengen im spezialärztlichen Bereich notwendig
- è Wahrnehmung von „Rechten und Pflichten“ erfordert ordentliche Regelungen und klare Definitionen für beide Seiten.

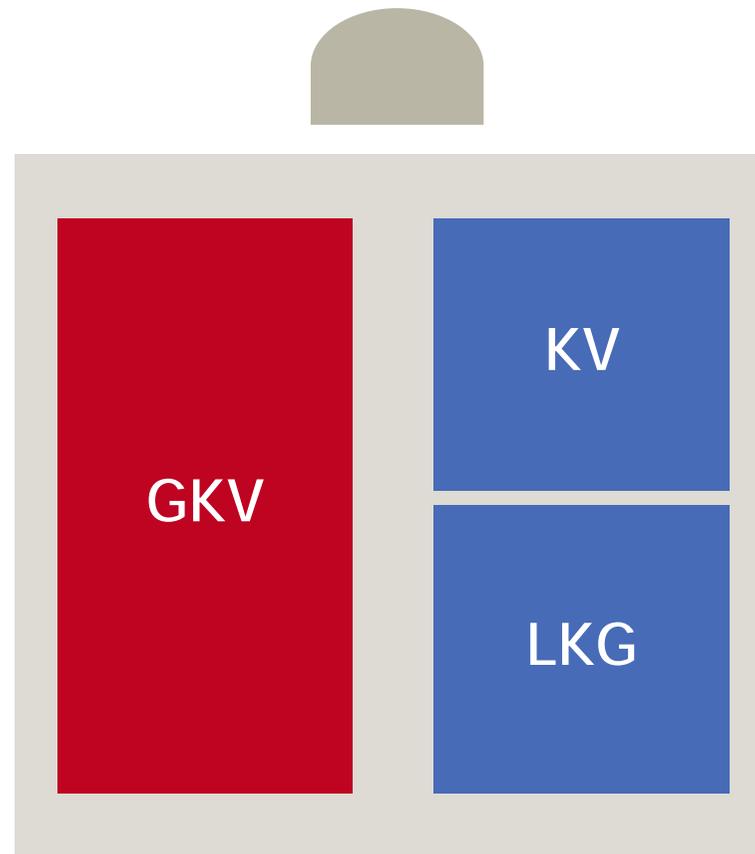
# G-BA-Parität (Verhandlung auf Landes- und Bundesebene)



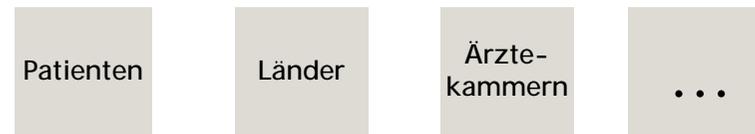
Spitzenverband

unparteiischer  
Vorsitzender  
(stimmberechtigt) →

stimmberechtigte  
Mitglieder →



Beteiligte  
(nicht stimmberechtigt) →



# Mengen verhandeln!

- è Mengenbegrenzung im stationären Bereich:  
Mehrleistungsabschlag
- è Mengenbegrenzung im ambulanten Bereich:  
Regelleistungsvolumina
- è Analogon erforderlich im spezialärztlichen Bereich

# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

# Differenzierte Gebührenordnung



è eigenständige Gebührenordnung für spezialärztliche Leistungen

è Ausgangsbasis: EBM

è Erweiterung um bewährte Elemente des DRG-Systems, u. a.

- stärkerer Fall- und Patientenbezug
- Einbeziehung von Sachkosten
- Prinzip der jährlichen, empirisch basierten Systemweiterentwicklung

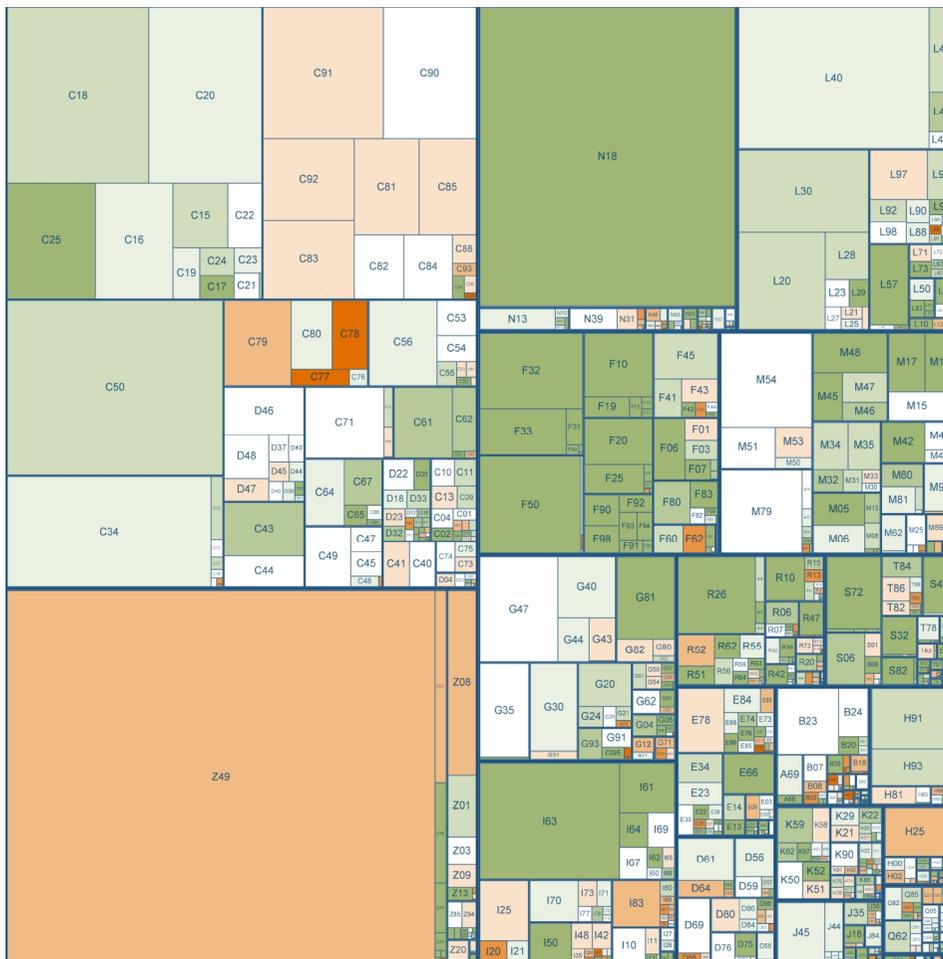
è EBM-DRG-Hybrid

# PIA-Vergütung nach Bundesländern

	Anzahl der PIA	Fachkliniken und Fachabt.	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit geregelt oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale (Einmalkontakt/Mehrfachbeh.)	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale (einmalige Behandlung, Notfall)	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	Einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpommern	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	landesweit
Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale (gesondert Notfallbehandlung)	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen (Leistungskatalog analog Bayern)	Einzelverträge + landesw.
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale (+ EBM, + Tagespauschale)	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + landesweit
Gesamt	418	434		

# Leistungsspektrum Teilstationär

Teilstationäre Zahl der Hauptdiagnosen (2006) und jahresdurchschnittliche Veränderung der Zahl der Hauptdiagnosen (2004 - 2006), (ICD-3-Steller); (n = 352 ICD-3-Steller)



Schwerpunkte:

- Dialyse
- Onkologie

Vorsicht mit der Fallzählung!

Legende



Quelle: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004 - 2006), März 2010 InEK, IGES, S. 233

# Innovationen



è Verbots- und Erlaubnisvorbehalt existieren in der spezialärztlichen Versorgung nebeneinander:

Erlaubnisvorbehalt: 115 b, 116 b, ...

Verbotsvorbehalt: Hochschulambulanz, teilstationär, PIA

è Es ist alles eine Frage der Gebührenordnung.

è GKV-Position: Innovation gehört in Innovationszentren - also Erlaubnisvorbehalt plus NUB-Regelung mit Studienauflage.

# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

# Differenzierte Bedarfsplanung

- è Einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung bedarf es nur bei sektorübergreifender Leistungserbringung – also für die spezialärztliche Versorgung.
- è Die Bedarfsplanung für hausärztliche und allgemein-fachärztliche Versorgung kann „klassisch“ erfolgen – allerdings mit „Herausschneiden“ der spezialärztlichen Versorgung (neue Anhaltszahlen für Fachärzte).
- è Die Länder haben keine Funktion außerhalb der stationären Bedarfsplanung (116 b durch Zulassungsausschuss statt durch „Länderbestimmung“).

# Zulassung auf Zeit

- è Die separate Zulassung, d. h. HNO-Kassenarztsitz, berechtigt nicht automatisch zur Durchführung ambulanter HNO-Operationen.
- è „Zulassung auf Zeit“ (z. B. 10 Jahre)
- è Die sektorübergreifende Bedarfsplanung muss leistungsorientiert sein.

# Räumlicher Bezug der Bedarfsplanung



## è Primärversorgung:

- vergleichsweise enges Netz an Praxen und Einrichtungen
- wohnortnahe, kleinräumige Struktur auf der Grundlage von Entfernungsparametern (Erreichbarkeit innerhalb einer bestimmten Zeit)

## è Allgemeine fachärztliche Versorgung:

- Landkreise und kreisfreie Städte (im Prinzip wie die bestehenden 395 Planungsbezirke)

## è Spezialärztliche Versorgung:

- Aggregation der bestehenden Planungsbezirke

# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

# Kollektiv – Selektiv in der spezialärztlichen Versorgung

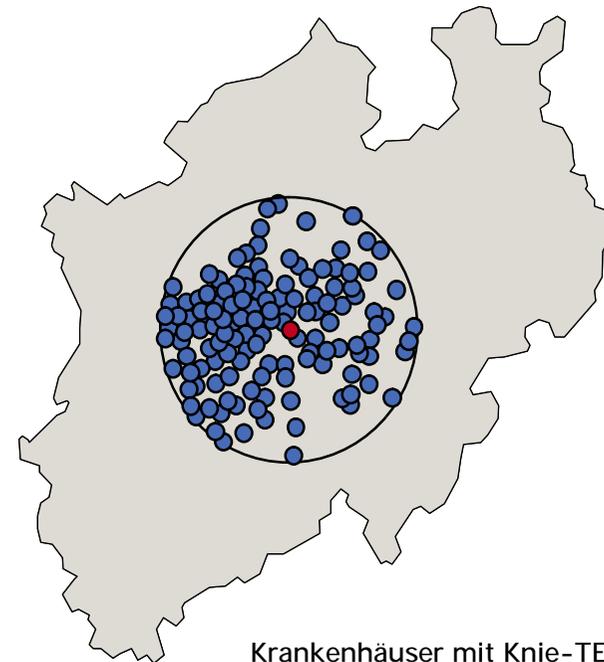


- è Keiner der spezialärztlichen Versorgungsbereiche wird vollständig durch selektive Verträge geregelt werden.
- è Selektiv wird immer eine (hoffentlich wichtige) Teilmenge der kollektiv geregelten Versorgungsgesamtheit sein.
- è Die Abgrenzung des Selektivbereichs folgt in erster Linie der Grenzziehung zwischen Notfall- und Elektivleistung.

# Einzelverträge für planbare Leistungen

è Ein weiteres Kriterium könnte das Leistungsvolumen sein: Selektivverträge eignen sich entsprechend dem stationären Bereich für häufige Leistungen (z. B. ambulantes Operieren), nicht jedoch für seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen (z. B. 116 b).

è Fokussierung auf Ballungsgebiete



Krankenhäuser mit Knie-TEPs  
50 km Umkreis von Essen  
Quelle: Leber, Malzahn, Wolff:  
Elektiv wird selektiv

# Gang der Handlung

- 1 Baustelle „Ambulante Krankenhausleistungen“
- 2 Spezialärztlicher Versorgungssektor
- 3 Steuerung in G-BA-Parität
- 4 Vergütungssystem: Ein EBM-DRG-Hybrid
- 5 Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- 6 Kollektiv - Selektiv
- 7 Reformschritte

# Reformschritte

## è Kurzfristig umsetzbar:

- gemeinsame Verhandlung zum ambulanten Operieren
- Tagesstationär ins DRG-System
- Doku-Systeme (+ Kontenabgrenzung) Uni-Ambulanz, PIA, ...

## è Mittelfristig umsetzbar:

- Ausschreibung selektiver Leistungen
- vollständige Substitution von „teilstationär“
- Gebührenordnung Uni-Ambulanz

## è Eher langfristig umsetzbar:

- NUB-Regelung für Hochschulambulanzen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.