

Sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung

Zulassung und Vergütung aus Sicht der Krankenkassen

Berlin AWMF-Forum
Berlin 10.04.2019

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Planung vs. Marktregulierung
2. Ambulant–stationärer Grenzbereich
3. Vergütungsstrukturen
4. Fazit

Strukturbereinigung einleiten!

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Landesplanung – ein Ammenmärchen

Der Kinderglaube

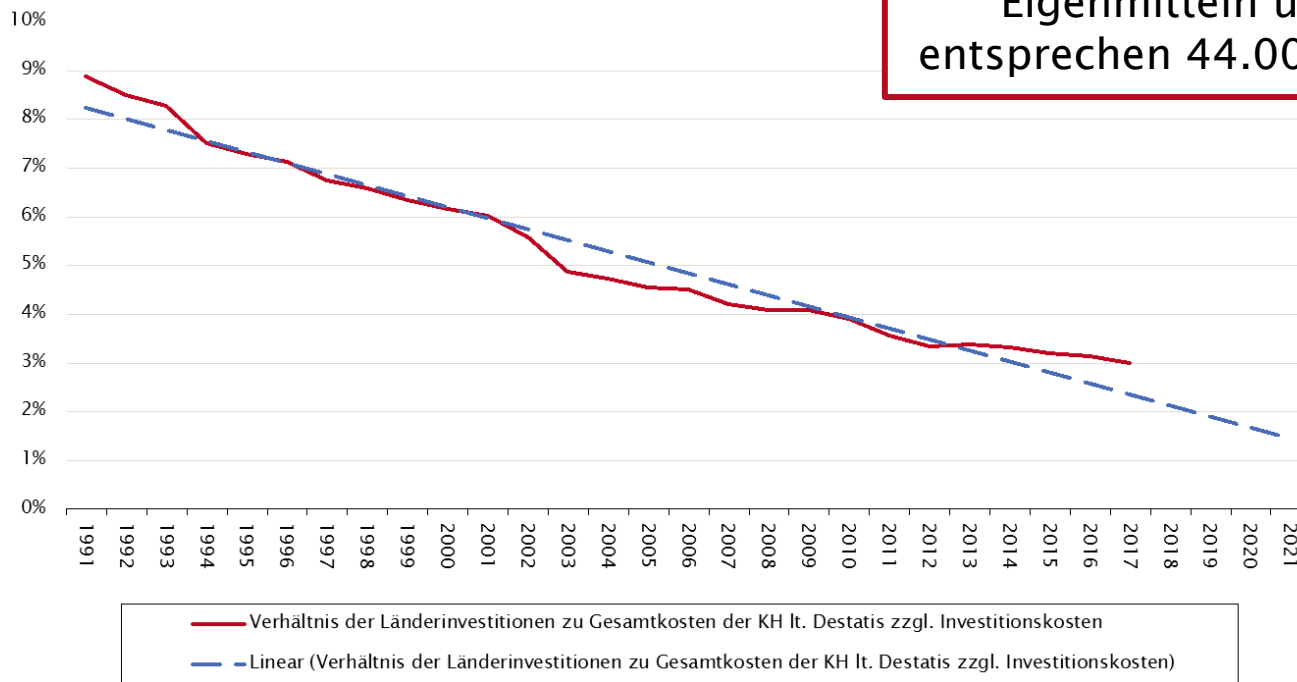
- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut Krankenhäuser überall dort, wo die Landeskinder dies benötigen.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

Die Wirklichkeit

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und das IQTIG überwachen als Regulierungsbehörden die Qualität.

Investitionsmittel der Länder

2,4 Mrd. Euro Investitionen aus
Eigenmitteln und Krediten
entsprechen 44.000 Pflegestellen.



Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Beim Sicherstellungszuschlag wurde die landesplanerische Einzelfallentscheidung durch einen bundesweiten Algorithmus ersetzt.

Der G-BA wird zur Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung.

Diese Rolle hat er schon bei der ambulanten Bedarfsplanung und im Arzneimittelbereich.

Zunehmend kritisch ist die verfassungsrechtliche Unwucht: Die Länder kommen ihrer Finanzverpflichtung nicht nach, beanspruchen aber doch weiterhin die Planungshoheit.

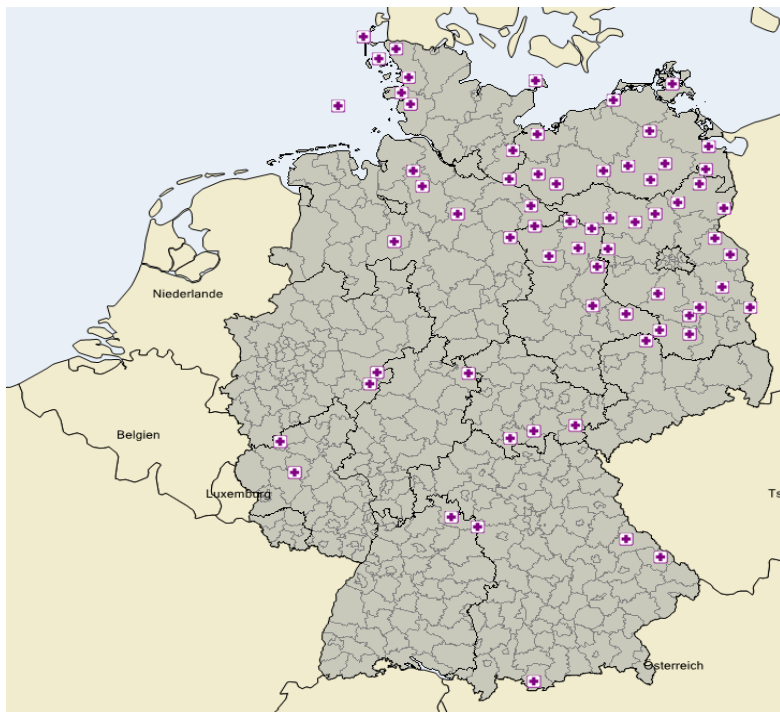
Anmerkung: Das Grundgesetz kennt auch Grundgesetzänderungen.

Sicherstellungszuschlag

G-BA-Beschluss vom 24.11.2016



Spitzenverband



Pkw-Fahrzeit	30 Minuten
Betroffenheitsnorm	5.000 Einwohner
Einwohnerdichte	≤ 100 Einwohner/km ²
Notwendige Vorhaltung	Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie
Inselkrankenhäuser	Öffnungsklausel
ca. 100 Sicherstellungskandidaten	

Beispiele für qualitätsorientierte Marktregulierung

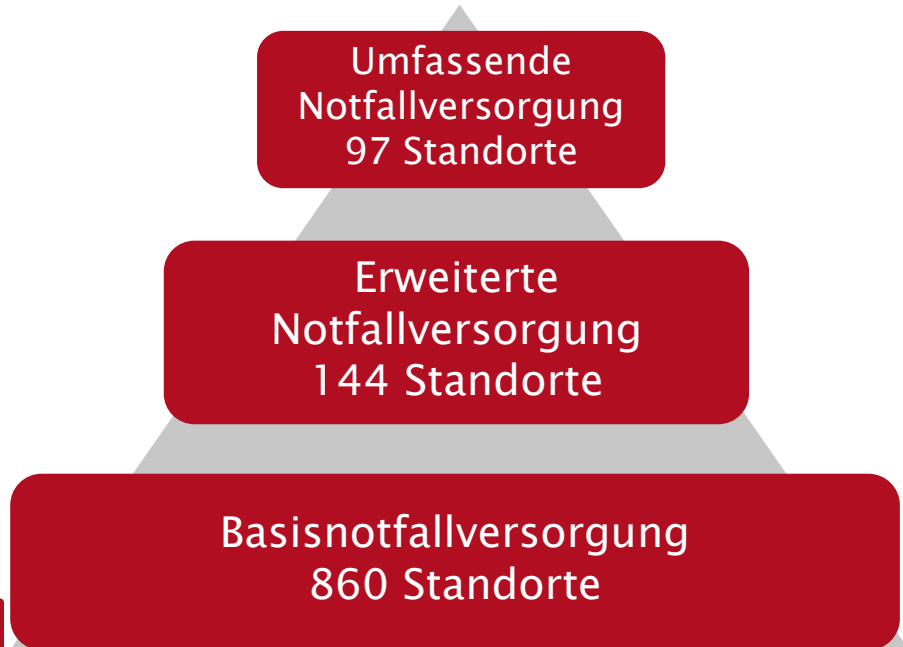
- ▶ Mindestmengen
- ▶ Notfallstufen
- ▶ G-BA-Strukturrichtlinien
(TAVI, Frühgeborene, ...)
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen

Definition von Notfallstufen im G-BA (Folgenabschätzung)

- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ **538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).**
- ▶ Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!

Achtung!

Es geht nicht um das Überleben von Kliniken.
Es geht um das Überleben von Patienten.



Grafik: Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen (n = 1.101; 63 %)

Ambulante Bedarfsplanung

- ▶ Bedarfsplanung ist Marktregulierung eines Lizenzmarktes – so wie Krankenhausplanung.
- ▶ Es ist ein schlecht regulierter Markt, weil die Lizenzen Ewigkeitsgarantie haben.
- ▶ Reaktion auf wandelnden Bedarf ist damit nicht möglich.
- ▶ Weder die ambulante Bedarfsplanung noch die Krankenhausplanung ist in der Lage, Überkapazitäten abzubauen.
 - Kassensitze werden verkauft oder vererbt – nicht stillgelegt.
 - Länder können belegte Häuser nicht stilllegen (Drei-Häuser-Test).

Krankenhaus-Report 2018

Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit



Spitzenverband



101

7 Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

Abstract

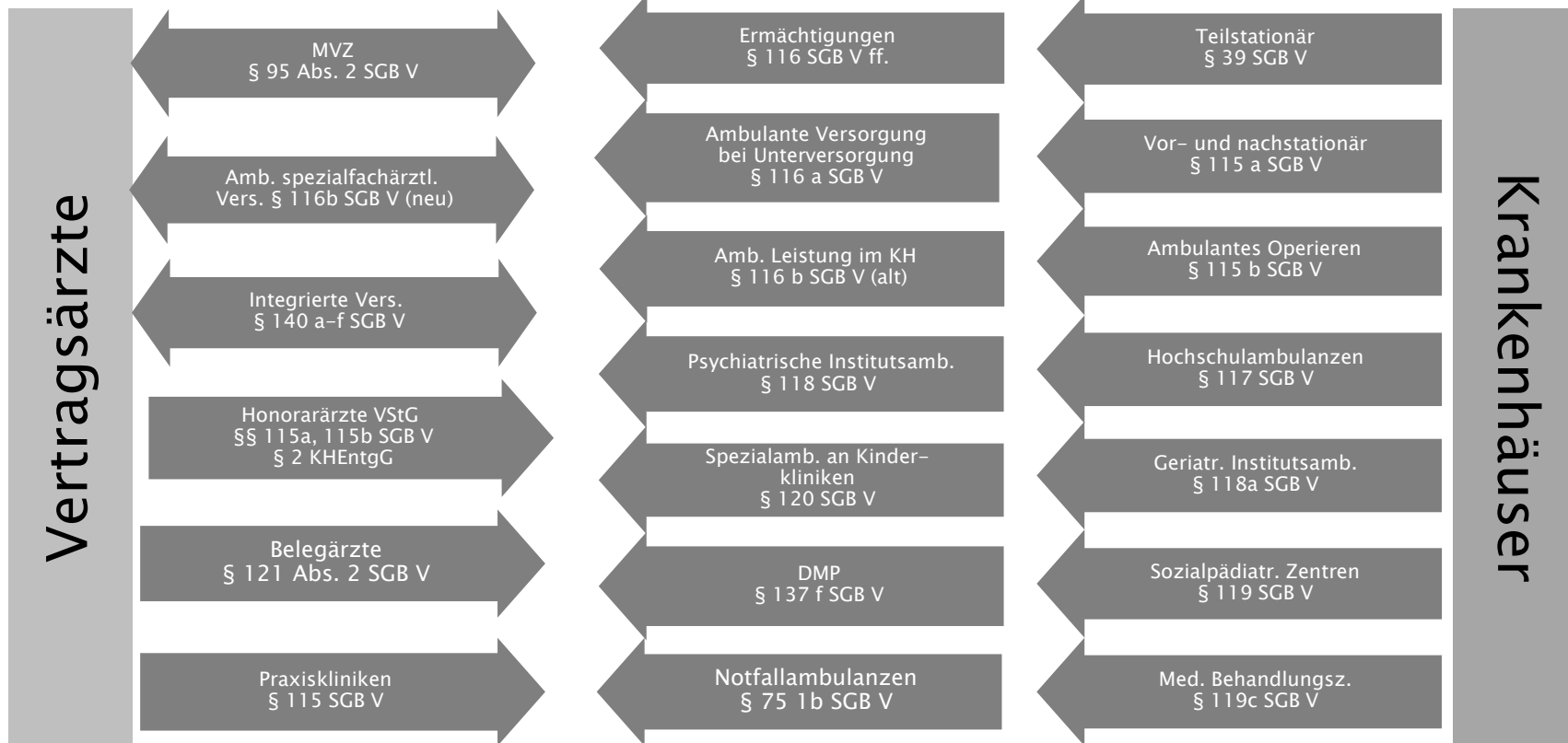
Deutschland erlebt einen fundamentalen Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: Es entsteht neben der klassischen Planung eine bundesweite Marktregulierung, die die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist auch im Krankenhausbereich zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden. Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittler-

7

Gang der Handlung

1. Planung vs. Marktregulierung
2. Ambulant–stationärer Grenzbereich
3. Vergütungsstrukturen
4. Fazit

Ambulant–stationärer Grenzbereich



Deutsches Ärzteblatt

12

Die Zeitschrift der Ärzteschaft | Gegründet 1872 | Ausgabe A | 20. März 2009



Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b

Ungleicher Kampf



Spitzenverband

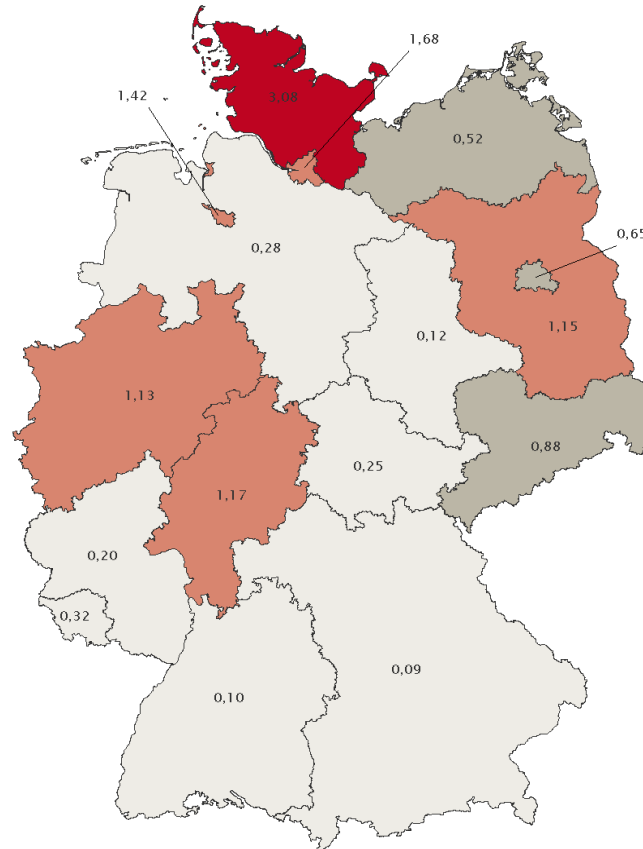
§ 116b – Entwicklungsgeschichte

- ▶ **GKV-Modernisierungsgesetz (2003):**
selektive Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, ohne Bereinigungen
- ▶ **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007):**
Zulassungsanspruch, aber Bestimmung durch Länder
- ▶ **GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012):**
einheitlicher Rechtsrahmen ambulant/stationär
Zulassung „Wer kann, der darf.“
Eingrenzung auf „schwere Verlaufsformen“
- ▶ **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015):**
Eingrenzung auf „schwere Verlaufsformen“ entfällt

Anzahl von 116b- Bestimmungen nach Bundesland

Durchschnittliche Anzahl an
116b-Bestimmungen pro Krankenhaus
(allgemeine Krankenhäuser)

≥ 0,00 - < 0,50	≥ 1,00 - < 2,00
≥ 0,50 - < 1,00	≥ 2,00 - < 4,00



Quelle: Umfrage des GKV-Spitzenverbandes (2011), eigene Darstellung

VSG-Umsetzung auf Bundesebene



Spitzenverband

§ 116b neu SGB V (GKV-VStG)	G-BA	Überarbeitung der RL nach § 116b
		Überarbeitung der Konkretisierungen der RL nach §116b
		Anpassung der Verfahrensordnung
	Dreiseitig 116b (6)	Abrechnung
		Vergütung
	Zwei- seitig	Bereinigung

§ 116b im G-BA

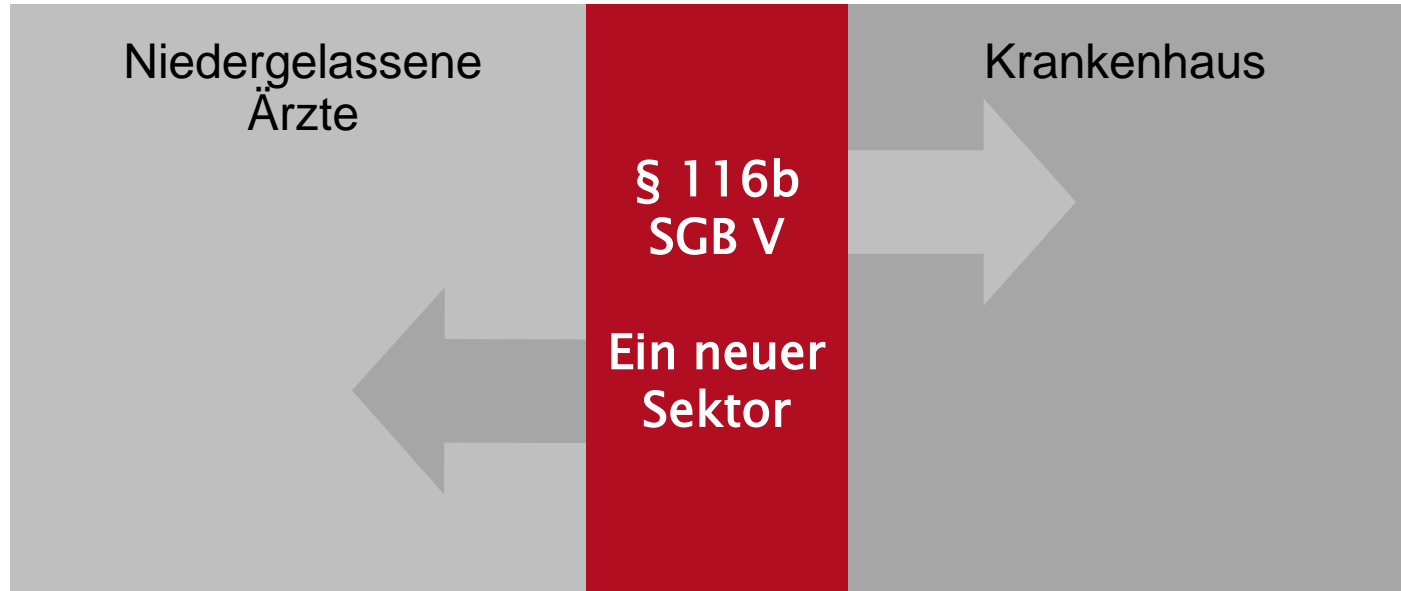
Zwei Dutzend Konflikte, damit die Richtlinien für Krankenhäuser und Praxen gleichermaßen anwendbar sind



Spitzenverband

1. „Schwere Verlaufsformen“
2. „Seltene Erkrankungen“
3. Behandlungserfahrung
4. Leitlinienorientierte Behandlung
5. Studienteilnahme
6. Dokumentation
7. Kooperation mit Selbsthilfe
8. Räumliche Ausstattung
9. Facharztstatus
10. Intensivstation
11. 24-Stunden-Notfallversorgung
12. Mindestmengen
13. „Schalenmodell“
14. Andere Berufsgruppen
15. Verweis aus QS 135 Abs. 2 SGB V
16. „Kooperationen“
17. Ort der Leistungserbringung
18. Überweisungserfordernis
19. Gesicherte Diagnose
20. Abgrenzung zu „teilstationär“
21. Methoden: Verbotsvorbehalt
22. Behandlungsumfang
23. Katalogentwicklung
24. Kodierrichtlinien

Ein neuer Sektor entsteht



Reform nach Versorgungsclustern (1 / 3)

1. Ergänzende vertragsärztliche Versorgung	2. Äquivalente Leistungserbringung	3. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung
<ul style="list-style-type: none"> • Ermächtigungen bei Unterversorgung (§§ 116, 116a) • Geriatrische Institutsambulanzen • Psychiatrische Institutsambulanzen (Entfernung) • Sozialpädiatrische Zentren • Einrichtungen der Behindertenhilfe, Pflegeeinrichtungen, Behandlungszentren für geistig Behinderte (§ 119a – c) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulantes Operieren (AOP) • Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hochschulambulanzen (Art, Schwere, Komplexität) • Psychiatrische Institutsambulanzen (Art, Schwere, Dauer) • vor-, nach- und teilstationäre Versorgung

Reform nach Versorgungsclustern (2 / 3)

1. Ergänzende vertragsärztliche Versorgung

- Ermächtigungen bei Unterversorgung (§§ 116, 116a)
- Geriatrische

Versorgungsdefizite ausgleichen

• Reglementationen, Behandlungszentren für geistig Behinderte (§ 119a – c)

2. Äquivalente Leistungserbringung

Fehlllokation und Überkapazitäten vermeiden

3. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung

- Hochschulambulanzen
- Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge begrenzen**

Reform nach Versorgungsclustern (3 / 3)

Ergänzende vertragsärztliche Versorgung

Versorgungsdefizite ausgleichen

- Durchgängig bedarfsabhängige Ermächtigung
- Durchgängig EBM-basierte Vergütung
- Klare Definition und Abgrenzung der Versorgungsaufträge
- Anrechnung in der Bedarfsplanung

Äquivalente Leistungserbringung

Fehlallokation und Überkapazitäten vermeiden

- Sektorenübergreifende Kapazitätssteuerung
- Zeitlich befristete Versorgungsaufträge
- Einheitliche Preis-, Mengen- und QS-Systematik

Hochspezialisierte Ambulanzversorgung

Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge definieren

- Vereinheitlichung von Dokumentation, Strukturanforderungen und Vergütung
- Stringente Definition der Versorgungsaufträge

Gang der Handlung

1. Planung vs. Marktregulierung
2. Ambulant–stationärer Grenzbereich
3. Vergütungsstrukturen
4. Fazit

Eckpunkte der Reform zur Notfallversorgung (05.12.2019)

- ▶ **Schwerpunkt 1: Gemeinsame Notfalleitstellen**
 - Rufnummern 112 und 116117 verbinden
 - Telefontriage
 - Grundgesetzänderung notwendig(!)

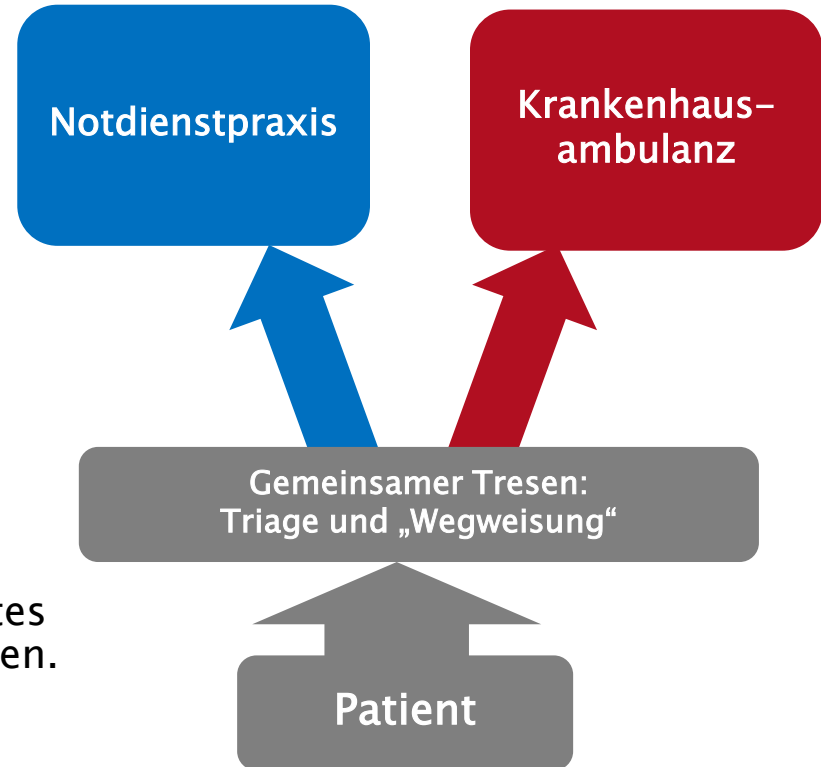
- ▶ **Schwerpunkt 2: Integrierte Notfallzentren (INZ)**
 - Gemeinsamer Tresen
 - Integration des KV-Bereitschaftsdienstes
 - Eigener Vergütungssektor

- ▶ **Erster Eindruck:**
 - Alles ziemlich nah am Sachverständigenrat
 - Es fehlt jede bundespolitische Strukturierung.

Neuordnung der Notfallversorgung

Konsens: Gemeinsamer Tresen

- ▶ Der Patient sollte rund um die Uhr im Notfall eine zentrale Anlaufstelle haben.
- ▶ Am gemeinsamen Tresen von KV und Krankenhaus erfolgen
 - die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit und
 - die „Wegweisung“ (Disposition) in die angemessene Versorgungsebene.
- ▶ Die Ersteinschätzung kann durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal durchgeführt werden.



In der Diskussion: Einheitliche Sektorengleiche Vergütung (ESV)

- ▶ Leistungsbereich, in dem Ambulanzen und Praxen gleichermaßen tätig werden (wie beim ambulanten Operieren)
- ▶ Abgegrenzter Leistungskatalog
- ▶ Einheitliche Vergütung via Fallpauschalen
- ▶ Unklar: Kapazitäts- und Leistungsplanung

Erste Bewertung:

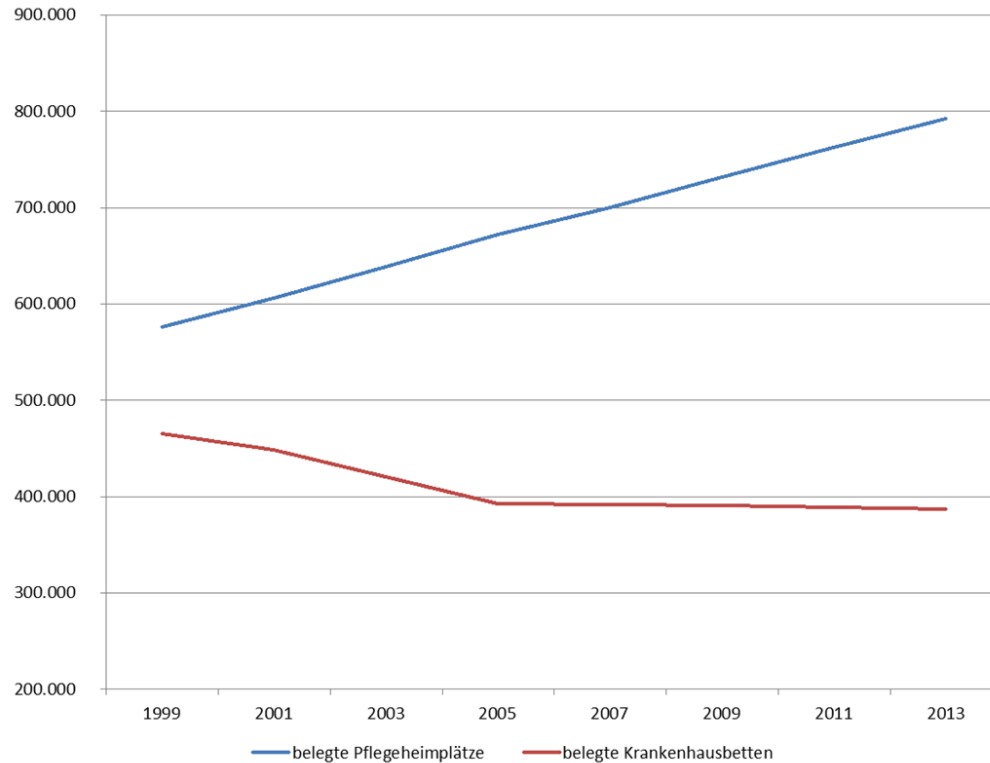
- Folgt dem historischen Trend „Öffnung der Krankenhäuser“.
- Eher ein neuer Sektor als die Überwindung der Sektorengrenze
- Problematisch ist die ökonomische Attraktivität für Ärzte in Ballungsgebieten.

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



Spitzenverband



Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Der „Pflexit“ – so klug wie der Brexit

Absehbar:

1. Selbstkostendeckung führt zu Maximierung der Kosten (kein Fokus auf Leistungen).
2. Pflegekräfte werden wieder zur Raumpflege eingesetzt.
3. Altenpflege, ambulante Pflegedienste und Reha werden durch Krankenhäuser leer gekauft.
4. Doppelfinanzierung durch Anrechnung von „pflegeentlastenden Maßnahmen“

Künftige Herausforderungen für das DRG-System

- ▶ Integration der Investitionskosten
- ▶ Neue Vergütungsformen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung (bislang nicht einmal eine Unterscheidung zwischen Tagesfällen mit und ohne Übernachtung)
- ▶ Aufwendige Pflege adäquat finanzieren, wenn die Selbstkostendeckung wegfällt
- ▶ Gesetzesinitiative: Eigene Vergütung für Integrierte Notfallzentren (INZ)
- ▶ Vorhaltung stärker berücksichtigen
- ▶ Qualitätszu- und -abschläge ins DRG-System einbauen

Qualitätsorientierte Versorgung: Das P4P–Mysterium



- ▶ Alle sind der Ansicht, dass finanzielle Anreize die Versorgungsrealität bestimmen.
- ▶ Alle sind der Ansicht, dass Qualität gefördert werden sollte.
- ▶ Keiner ist für P4P.

Gang der Handlung

1. Planung vs. Marktregulierung
2. Ambulant–stationärer Grenzbereich
3. Vergütungsstrukturen
4. Fazit

Fazit

1. Regionale geplante, integrierte Vollversorgung ist Politikromantik. Ohne regionale Finanzverantwortung führt sie zu Verschwendung einerseits und Versorgungsengpässen andererseits.
2. Weder die Krankenhausplanung noch die ambulante Bedarfsplanung sind in der Lage, den Abbau von Überversorgung zu bewirken.
3. Landesbezogene Krankenhausplanung wird zur bundesweiten algorithmischen Marktregulierung. Dem G-BA kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu.
4. Eine Neuordnung des ambulanz-stationären Grenzbereiches sollte drei unterschiedliche Versorgungscluster berücksichtigen:
 - Ergänzende vertragsärztliche Versorgung
 - Äquivalente Leistungserbringung
 - Hochspezialisierte Ambulanzversorgung
5. Die Notfallversorgung bedarf dringend einer bundeseinheitlichen Neuordnung. Der gemeinsame Tressen kristallisiert sich als Reformkern heraus.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de