

Was ist uns die Gesundheit von Kindern wert? – Welche Ansatzpunkte hat die GKV?

DGKJ–Veranstaltung: Kinder im Krankenhaus – Kostenfalle Kind?
Berlin, 11.04.2014

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausfinanzierung
GKV–Spitzenverband

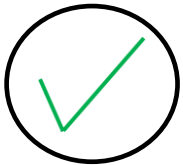


Propädeutik: Vergütungssystematik und assoziierte Problembereiche

Komponenten des DRG-Vergütungssystems

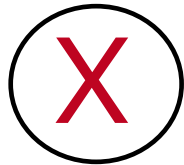
DRG-Katalog
(InEK)

Schweregrad



LBFW

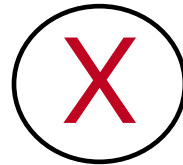
Preis



RWI-Gutachten

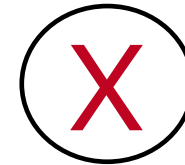
Menge

Fallzahl



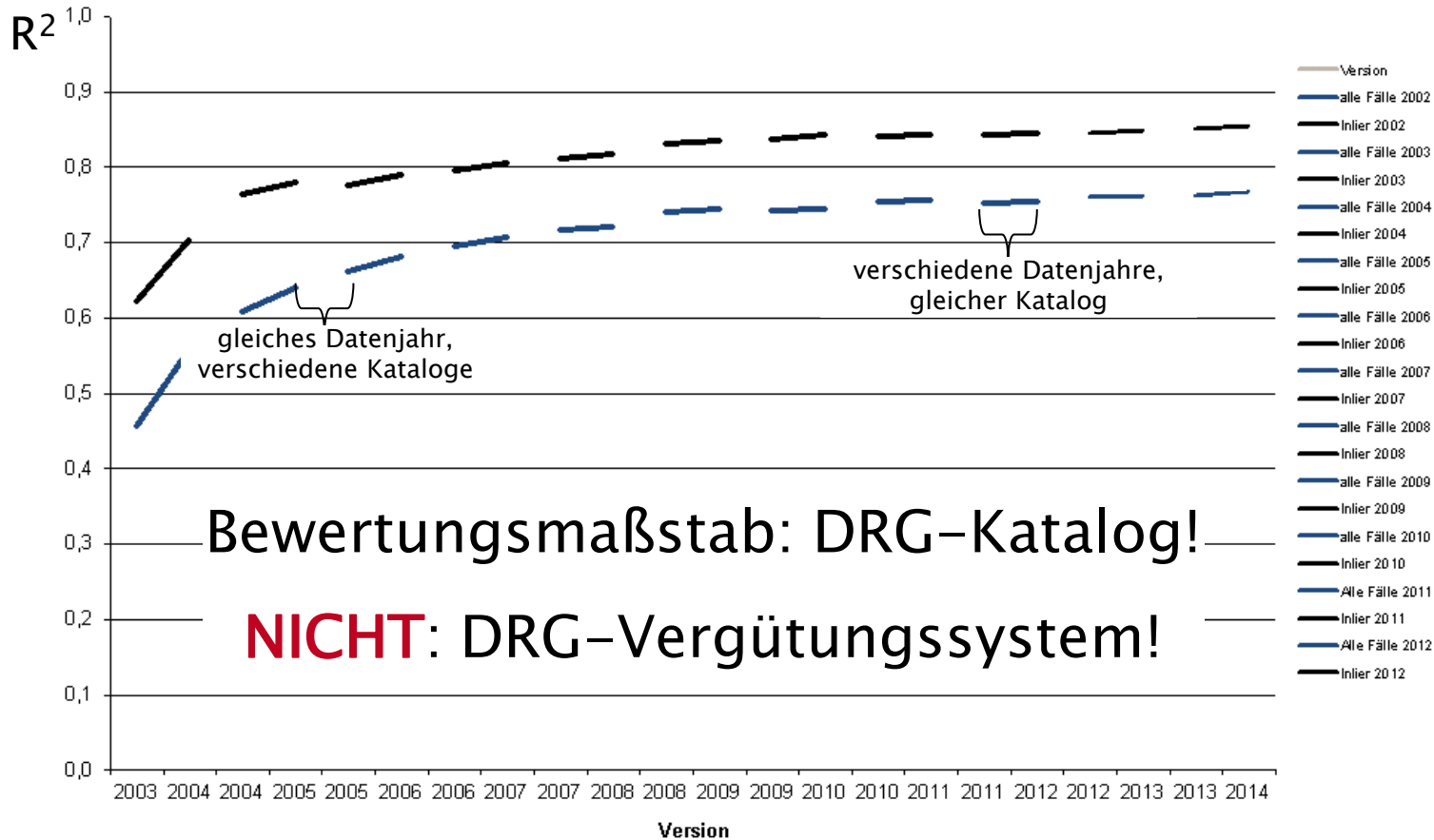
hche-Gutachten

Begleitende
Instrumente
(BE, Zu- und
Abschläge...)



Selbstverwalt.

Schweregrad: DRG-Preissystem ist gelungen



Das G-DRG-System ist der beste Krankenhausbewertungsmaßstab, der jemals in Deutschland entwickelt worden ist.

Vorbildfunktion!

Quelle: Präsentationen des InEK 2003 bis 2014, eigene Darstellung

Leistungen speziell für Kinder im DRG-Katalog

- ▶ Die genauen Kosten der Fälle der Kinder- und Jugendmedizin gehen in die Kalkulation ein.
- ▶ 2014 insgesamt 211 „Kindersplits“.
 - 84 DRGs „reine Kindersplits“ (ausschließlich Kinder).
 - 127 DRGs, die im Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung führen (allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren).
 - Zusätzlich zahlreiche Diagnosen (z.B. angeb. Fehlbildungen) und ZE (hochaufwändige Pflege bei Kindern) vergütungserhöhend.
- ▶ **Kindersplits mit positivem Ergebnis werden auch bei geringsten Fallzahlen umgesetzt.**
- ▶ **Kindernegative Splits werden unterlassen (geringere Verweildauer von Kindern)!**

Begleitende Finanzierungsinstrumente zur DRG-Pauschale

- ▶ **Besondere Einrichtungen (Ausnahme von DRG-System)**
 - pauschaliert nicht zu vergüten (z.B. Isolierstationen, Regelung für selbstständ. Kinderkliniken ab 2009 deutlich eingeschränkt)
- ▶ **Unbepreiste DRGs und ZEs (verhandelbar)**
 - pauschalierbar, aber nicht bepreisbar (z.B. schwere Verbrennungen)
- ▶ **Hochspezialisierte Zusatzentgelte (verhandelbar)**
 - wenige KH, überregional, 50% teurer, qualitätsgesichert
- ▶ **Langliegerzuschläge (Öffnung der Pauschalierung)**
 - mehr Geld bei Überschreiten der OGV
- ▶ **Innovationsregel (NUB-Verfahren)**
 - Zusatzentgelt, wenn neu und teurer
- ▶ **Zu- und Abschläge (spezielle Tatbestände)**
 - **Begleitpersonenzuschlag** / in Aussicht: „**Extremkostenzuschlag**“

Begleitende Finanzierungsinstrumente

Beispiel: Extremkostenpatienten

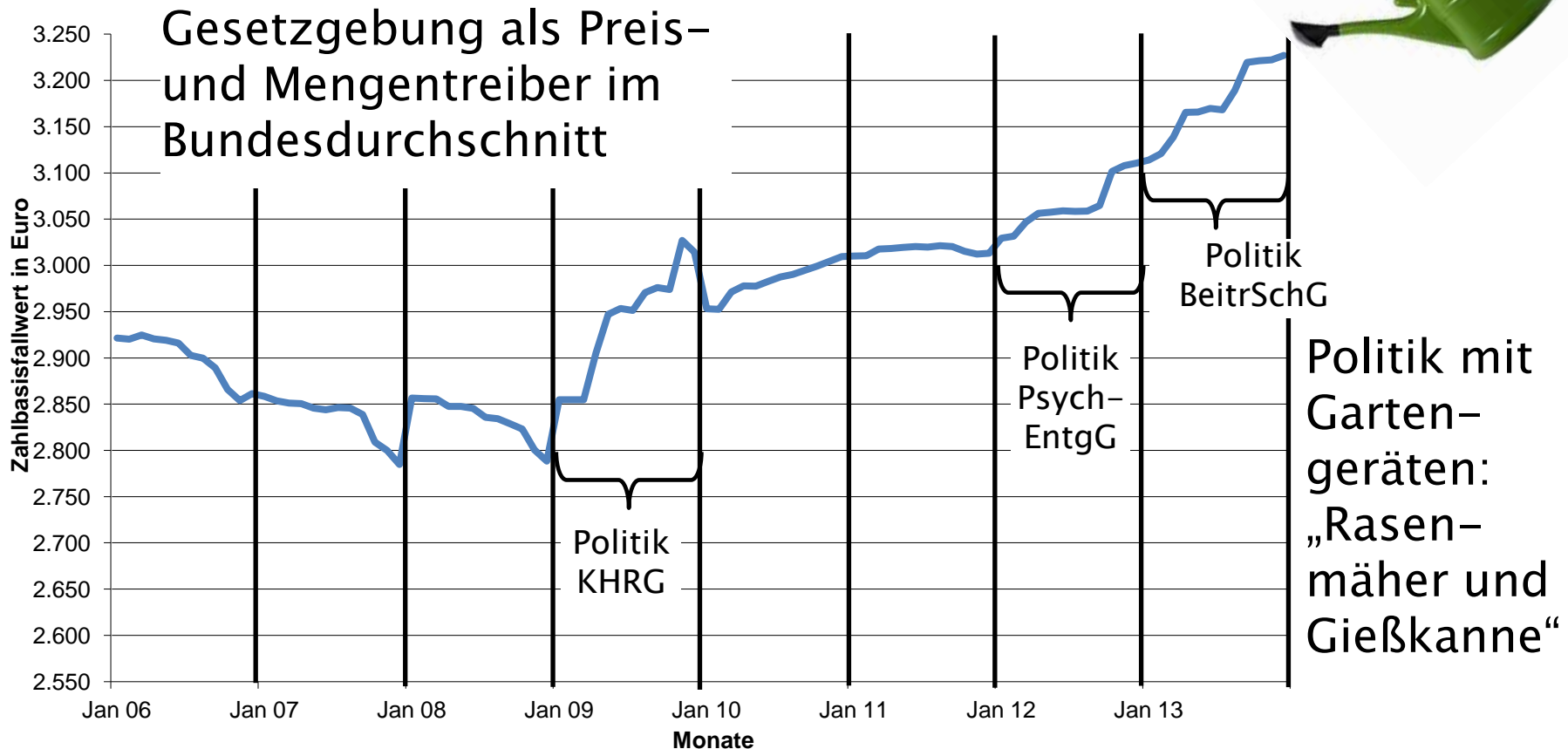
- ▶ In der Vergangenheit bereits umfangreiche Aktivitäten: Spezielle Kostenausreißerdatenbank und umfangreiche Katalogumbauten seit Bestehen des DRG-Systems.

- ▶ KVBeitrSchG + Koa.-Vertrag: InEK-Prüfauftrag „Extremkostenpatienten“ beauftragt u.a.:
 - Gibt es relevante Kostenunterdeckungen?
 - Stehen den Kostenunterdeckungen Erlösüberdeckungen gegenüber?
 - Sind die Kostenunterdeckungen ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?
 - Lassen sich Extremkostenpatienten sachgerecht über Patientenmerkmale identifizieren und abbilden?

Preis: Landesbasisfallwert

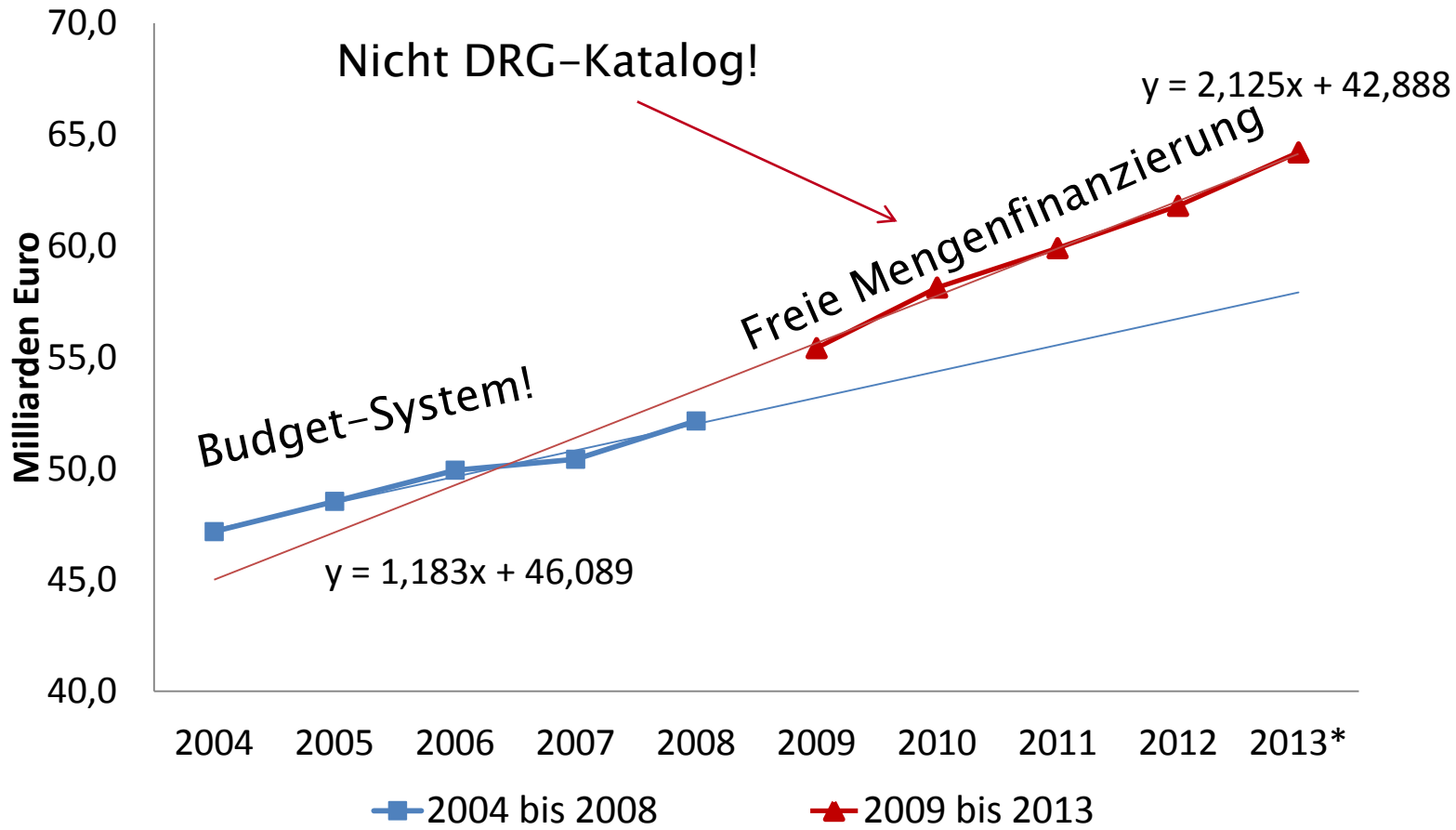
- ▶ Das DRG–Finanzierungssystem ist transparent und preisgesteuert (Vergütung, Menge, Ausgaben)
- ▶ Steigt die Menge zu stark, muss der Preis sinken!
 - Sinkt der Preis, sinkt c.p. auch die Menge („selbstregulierend“)
 - Nur 1 / 3 der Mengensteigerungen sind demografisch erklärbar (Begleitforschung / RWI / wahrscheinlich hohe)
 - Weiterer Grund für Preissenkungen: Die Produktivitätsfortschritte (z.B. Verweildauer, Fixkosten) gehören den Versicherten!
- ▶ **Das Preisniveau wird allerdings ohnehin im wesentlichen nicht durch Verhandlungen bestimmt...**

Preisentwicklung: Zahlbasisfallwert (Z-Bax) 2006 bis 2013



Quelle: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>,

DRG-Ausgabenziel klar verfehlt: Seit Ende der Konvergenz ca. eine Mrd. extra p. a.!

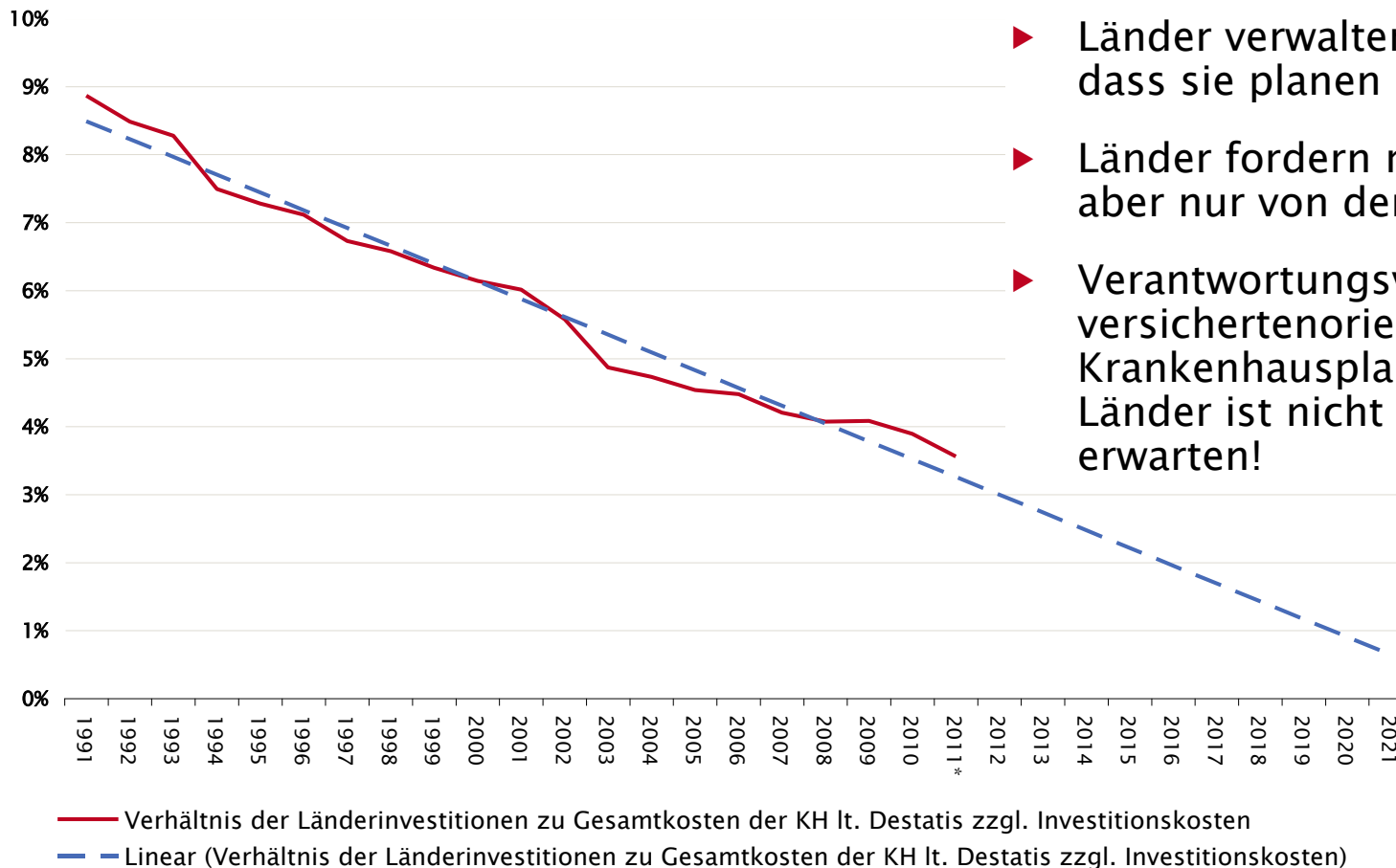


Quelle: Amtliche Statistik KJ 1 (2004 - 2012), * Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes für 2013

Menge: Das etwas andere „Mengenproblem“ der Pädiatrie

- ▶ Die Pädiatrie hat kein Mengenproblem – im Gegenteil!
 - In einfachen Worten: Steigen die Wirbelsäulen-OPs, dann sinkt c.p. der Preis auch für die Kinderkrankenhäuser und -abteilungen mit.
 - „Kollektivhaftung“ meint eigentlich Marktinterdependenz und gilt **in zwei Richtungen** (negativ wie positiv (z.B. Tarifraten).
- ▶ Warum ist das richtig so?
 - Die ökonomische Wertigkeit der Leistungen zueinander ist korrekt abgebildet (DRG-Katalog)
 - Der Preis gilt für alle Krankenhausleistungen gleichermaßen.
 - Wenn es keinen ausreichenden Bedarf gibt, dann wird die Leistung an dem Standort nicht mehr angeboten weil die Kosten der Vorhaltung nicht ausreichend refinanziert werden.
- ▶ **Die eigentliche Frage : Soll die Leistung weiter an dem Standort angeboten werden auch wenn der Bedarf ausbleibt?**

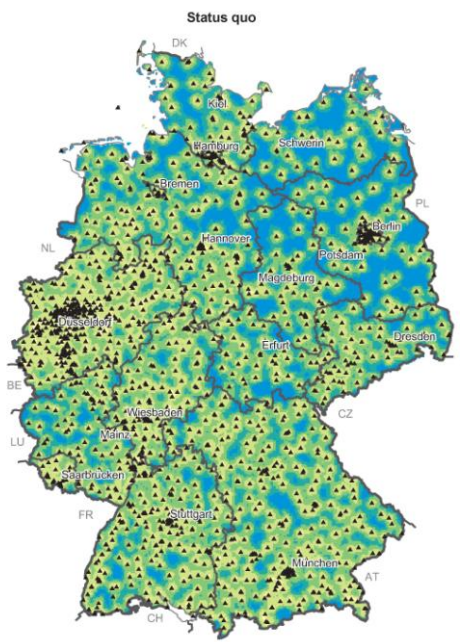
Erosion der dualen Finanzierung Planung ohne Kostentragung?



- ▶ Länder verwalten mehr, als dass sie planen und zahlen.
- ▶ Länder fordern mehr Geld, aber nur von den Kassen.
- ▶ Verantwortungsvolle, versichertenorientierte Krankenhausplanung der Länder ist nicht mehr zu erwarten!

Quelle: Leber, Wolff: Wer bestellt, muss bezahlen, in f&w 03/2012

GKV: Überversorgung ist das drängendere Problem!



Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2008 in Minuten

Yellow	bis unter 5
Light Green	5 bis unter 10
Medium Green	10 bis unter 15
Dark Green	15 bis unter 20
Blue	20 und mehr

Datenbasis: Erreichbarkeitsmodell des BBSR

Quelle:
Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung; Raumordnungsbericht 2011

- ▶ Überkapazitäten in Ballungsräumen reduzieren!
- ▶ Versorgung in der Fläche sicherstellen!
 - Versorgungsgrad der Bevölkerung ist sehr gut:
 - „73,2 % der Bevölkerung leben innerhalb eines 10-Minuten-Radius;
 - 97,5 % innerhalb eines 20-Minuten-Radius um ein Grundversorger-krankenhaus“
- ▶ Das Überversorgungsproblem ist gravierender als das Problem der Unterversorgung!



Sicherstellungszuschlag – keine „Türschildfinanzierung“!

- ▶ **Grundversorgung**
 - Fachabteilungen Innere Medizin sowie entweder Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Teilnahme an der Notfallversorgung
- ▶ **Notwendigkeit für Sicherstellung**
 - innerhalb eines vorgegebenen Kilometerradius: kein anderes geeignetes Krankenhaus
- ▶ **Geringer Versorgungsbedarf**
 - mittlere Anzahl der Einwohner <100 je Quadratkilometer (Destatis: „**ländlich und dünn besiedelt**“)
- ▶ **Betriebsgefährdung**
 - Kostenunterdeckung von Leistungen ist ursächlich für **Betriebsgefährdung des ganzen KH**

Sinnvolle Verteilung der finanziellen Mittel notwendig!



- ▶ **Versorgungszuschlag und „Extramittel“ umwidmen!**
- ▶ Schaffung wirksamer Instrumente zum Abbau von Allokationsproblemen (Unter- und Überversorgung).
- ▶ Koa.-V.: „Vorhaltekosten“ (Sicherstellung, Notfallversorgung, Extremkosten, Qualität)

Ambulante pädiatrische Versorgung: Pädiatrische Spezialambulanz (I)

- ▶ Kommentierung des GKV–Spitzenverbandes:
- ▶ Versorgungsform grundsätzlich wichtig und wünschenswert (Einführung mit KHRG ab 2009):
 - ambulant statt stationär
 - spezialisierte und zentralisierte fachärztliche Versorgung
 - sichert die spezialisierte Versorgung am Krankenhaus, wo durch niedergelassene Ärzte (überwiegend Hausärzte) keine adäquate Versorgung stattfindet
 - bietet eine im besten Sinne integrierte Versorgung
 - einer der wenigen Bereiche ohne „doppelte Facharztschiene“

Vertragsärztliche Versorgung: Hoher Anteil ermächtigter Ärzte

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Anzahl).
Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Schwerpunktbezeichnung

	Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte insgesamt	Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte	Anteil der ermächtigten Ärztinnen und Ärzte
Kinderheilkunde ...			
Infektiologie	2	1	50%
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	25	12	48%
Kindergastroenterologie	11	8	73%
Kinderhämatologie	5	4	80%
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	74	45	61%
Kinderkardiologie	330	84	25%
Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde	15	5	33%
Kidnernephrologie	19	9	47%
Kidnerneuropsychiatrie	9		0%
Kinder-Pneumologie	58	15	26%
Kinderrheumatologie	3	3	100%
Neonatologie	657	249	38%
Neuropädiatrie	361	158	44%

- ➔ Die pädiatrische Spezialambulanz sichert die Versorgung.
- ➔ Der hohe Anteil von Ermächtigungen zeigt die Notwendigkeit der ambulanten Versorgung an der Klinik.

Ambulante pädiatrische Versorgung: Pädiatrische Spezialambulanz (II)

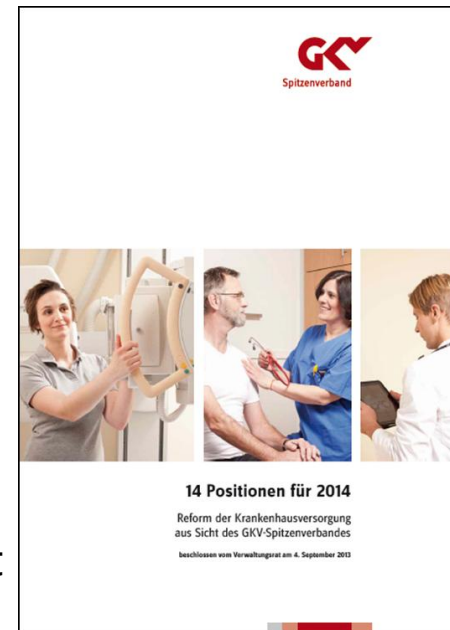
- ▶ Die separate Vergütungslösung geht nicht konform mit dem Wunsch, gleiche Leistungen gleich zu vergüten. Ein niedergelassener Arzt erhält für die gleiche Leistung weniger Geld!
- ▶ Der GKV–Spitzenverband spricht sich weiter für die einheitliche Abbildung ambulanter Leistungen im EBM und gegen eine Inselfösung dieses Versorgungsbereichs aus.
- ▶ Fazit: Zustimmung in der Sache, Lösungsweg allerdings verschieden.

Fazit

- ▶ Die Abbildung der Kinder- und Jugendmedizin im DRG-Katalog ist gelungen (inkl. ergänzender Instrumente).
- ▶ Ein einheitlicher Preis für Krankenhausleistungen ist richtig und notwendig!
- ▶ Die Vorhaltekosten sind über spezielle „Kinder-DRGs“ berücksichtigt.
- ▶ Ausschlaggebend bei der Finanzierung muss stets der Versorgungsbedarf sein. Danach kann über Sicherstellungszuschläge nachgedacht werden.
- ▶ Verantwortungsvolle, versichertenorientierte Krankenhausplanung der Länder ist nicht mehr zu erwarten.
- ▶ Finanzielle Anreize zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen werden zukünftig wichtiger.

14 Positionen für 2014 „14 Grundsätze“

1. Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten
2. Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen
3. Strukturbereinigung einleiten
4. Qualitätsanreize durch Direktverträge setzen
5. DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben
6. Preisentwicklung fair gestalten
7. Verhandlungen auf Landesebene stärken
8. Überhitzte Mengenentwicklung stoppen
9. Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten
10. Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren
11. Qualität transparent weiterentwickeln
12. Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen
13. Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben
14. Nutzen von Innovationen ermitteln





Spitzenverband

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aktuelle Informationen unter:
www.gkv-spitzenverband.de

Artikel in G+S 2-3/2014
„Versichertenorientierte Krankenhausversorgung“

Artikel in f&w 2/2013:
„Das Ende der Gießkannenpolitik“

Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes:
„14 Positionen für 2014“

