

Universitätsklinika – Quelle für Innovationen und Fortschritt



Eberhard-Karls-Universität
UKT
Universitätsklinikum Tübingen

Rüdiger Strehl
Vorstand UK Tübingen
Vorsitzender Verband
der Universitätsklinika
18. Februar 2005

I.

**Was unterscheidet
Universitätsklinika
von anderen KH ?**

UK – Daten 2001

13 Mrd €

- 36 UK-Betriebe
- Laufende Zuschüsse für F&L:
2,93 Milliarden € / Jahr
- Investitionen : 964 Mio €
 - Darunter HBFG - Investitionen: 707 Mio €
 - Darunter Großgeräteempfehlungen: 193 Mio €
- Staatliche Finanzierung: **rund 4 Mrd €**
- Erlöse Krankenversorgung:
7,96 Milliarden € / Jahr
- Drittmittel: **792 Mio €**

UK – Daten 2001

- **Planbetten (10%)**
 - UK 49.590
 - D 495.176
- **Fallzahlen stationär (12%)**
 - UK 1,7 Mio
 - D 15,5 Mio
- **Kosten (15%)**
 - UK 7,1 Mrd €
 - D 48,4 Mrd €
- **Investitionen (25%)**
 - UK 964 Mio € (incl. F&L)
 - D 4,2 Mrd €

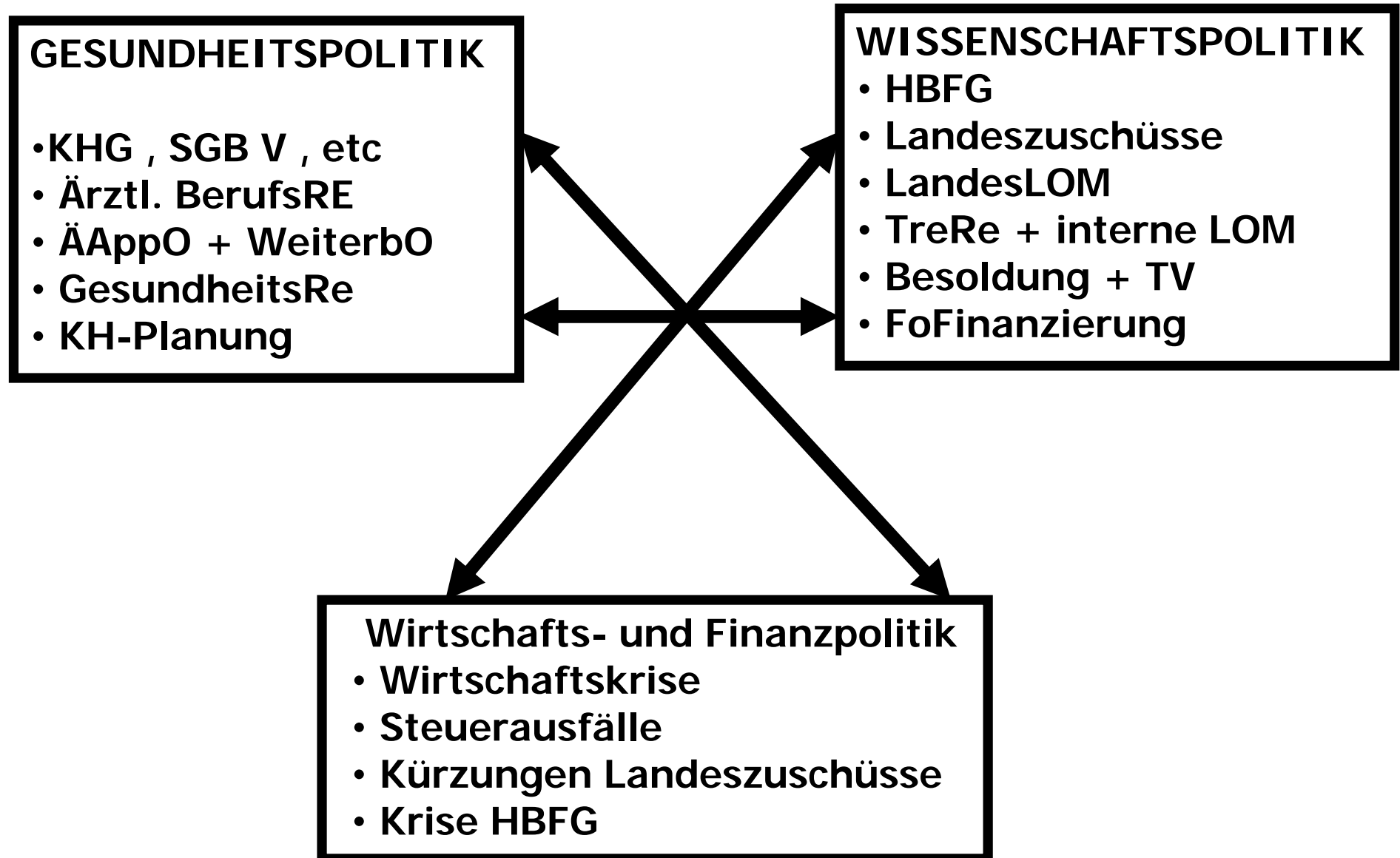


Grossgeräte-intensive
Fachdisziplinen

Alleinstellungsmerkmale

- Personelles know how
- Technisches Equipment
- Innovationsnähe und –verfügbarkeit
- Interdisziplinarität
- Komplexe, schwerste und seltene Fälle
- Verbindung zur Forschung
- Beste Nachwuchskräfte
- Derzeit: noch mehr Geld

HM im Politischen Dreieck



Wirtschaftslage D

Herbst 2004

- **Keine Verbesserung am Arbeitsmarkt**
- **Dies ist bedeutend für GKV-Einnahmen (Grundlohnsumme)**
- **Anhaltende Steuerausfälle**
- **Dies ist bedeutend für die öffentlichen Haushalte**
- **Massive Bedeutung für Hochschulmedizin:**
- **Landeszuschüsse für F&L**
- **Landeszuschüsse für nicht -HBFG Investitionen**
- **Bundes- und Landesmittel für HBFG - Massnahmen**

Geld & Elite

- **UCSF über 800 Mio \$/Jahr (inkl. Investitionen + Schulen)**
- **Stanford über 700 Mio \$ / Jahr (dito)**
- **Harvard Medical**
 - **mutmaßlich 1 Mrd. \$/ Jahr**
 - **Vermögen 2003/4 mehr als 22 Mrd \$ (FAZ 15.9.2004)**
 - **Allein 34 Mio \$ als Bonus an Vermögensverwalter**
- **Johns Hopkins, Baltimore ???**
- **Scripps foundation La Jolla/San Diego ???**
- **Hochschulmedizin Tübingen 80 Mio €**

II.

**Warum stören
Innovationen im
GKV – System ?**

Innovationen

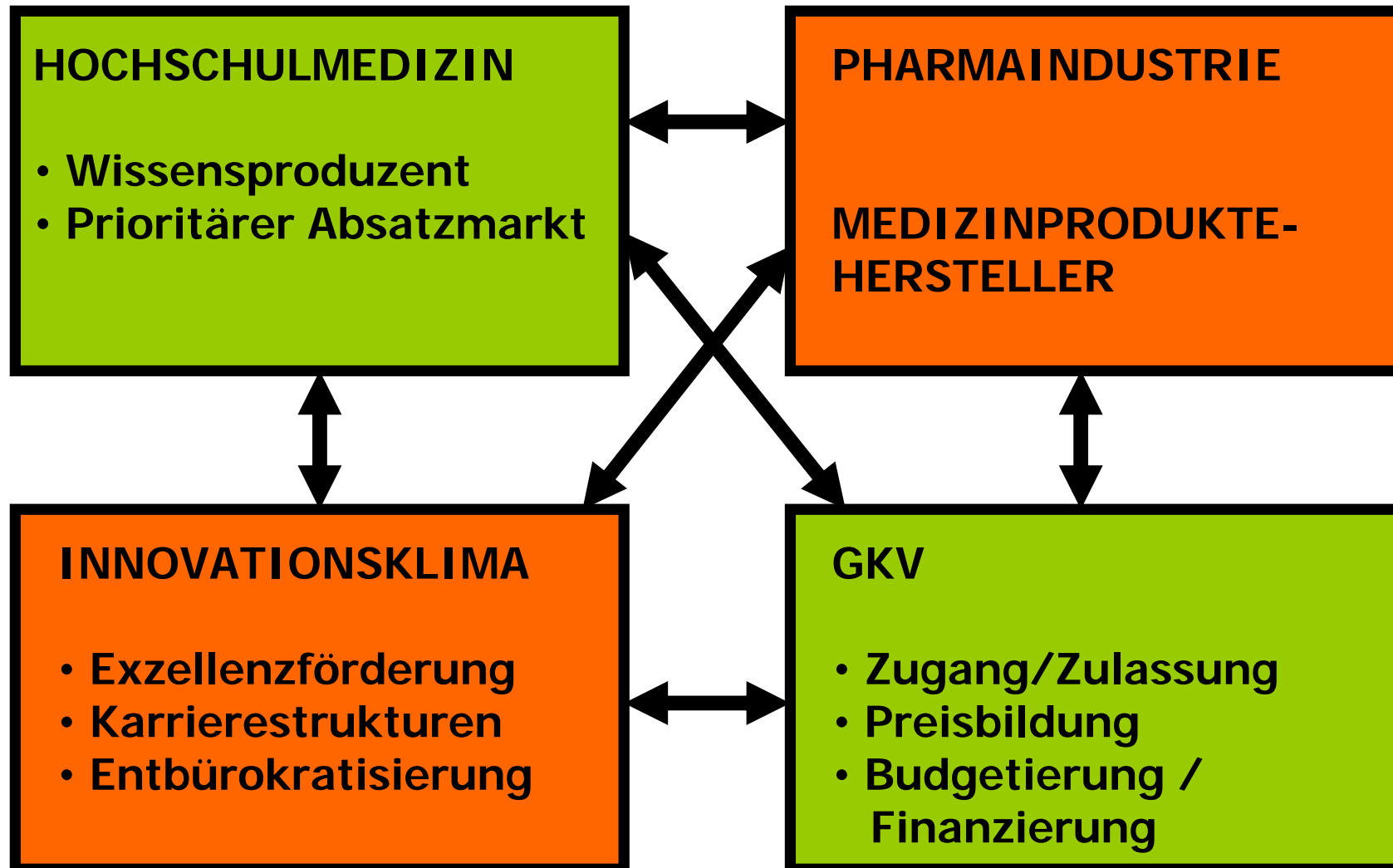
- Stationär
- Ambulant
- Einzelinvestitionen
- Bau- und Infrastruktur
- Neue Medikamente
- Bildgebende Verfahren
- Labor
- Implantate
- Beschichtete Stents
- Netze
- Einweginstrumente

Das Phänomen

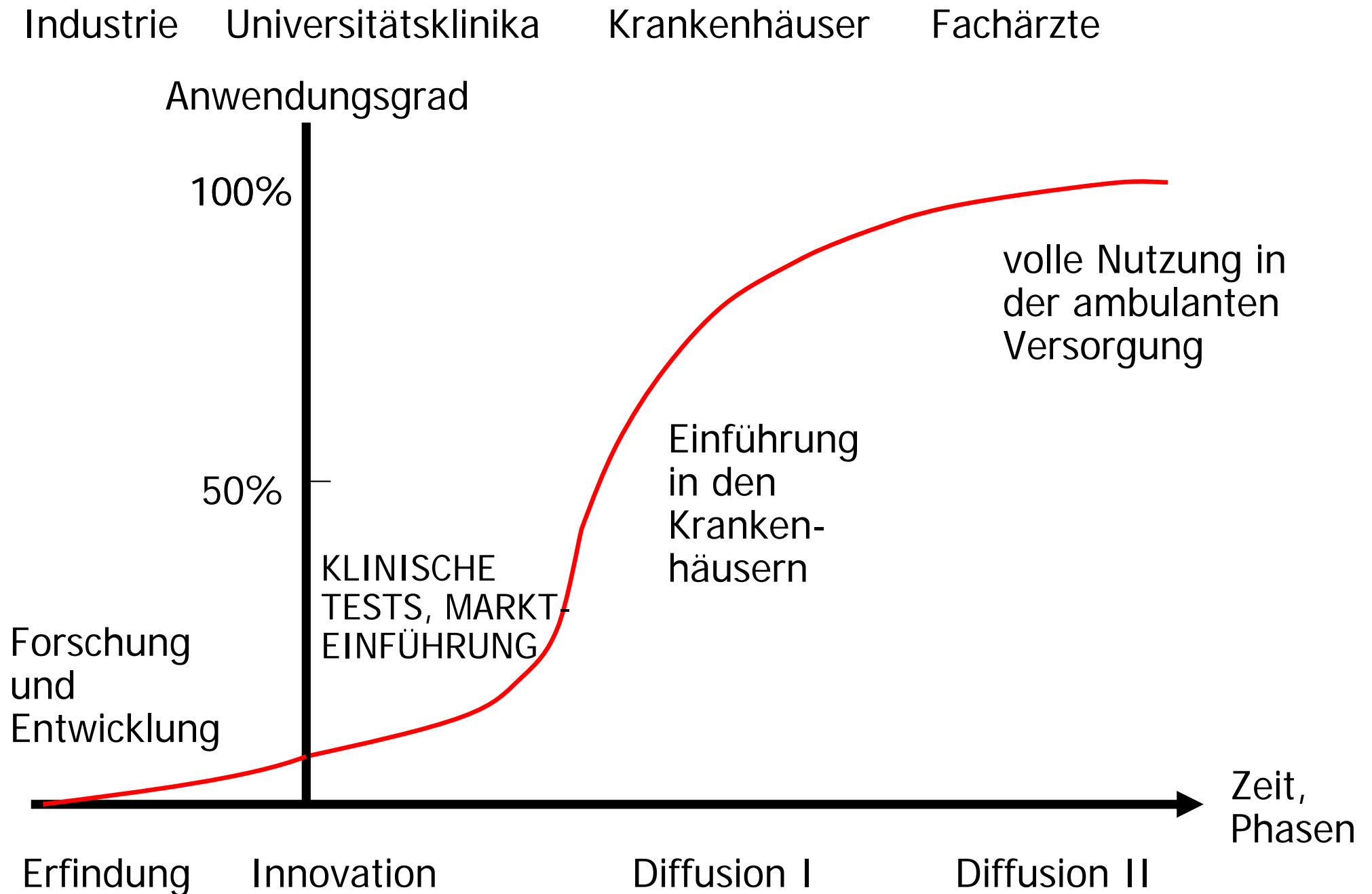
- Realität von gesicherten und unsicheren Diagnoseverfahren und Therapiekonzepten
- Medizinische Unsicherheit konstitutiv für Innovationen
- Innovationen zielen auf bessere Wirkungsgrade von verbesserungsbedürftigen Diagnosen und Therapien
- Vor allem bei Schwerkranken
- Im KH-Finanzierungssystem Missbrauch nicht ausschliessbar
 - oft teuer mit unsicherer Wirkung
 - Kollision 1: gedeckelte Budgets
 - Kollision 2: Zulassung als GKV – Leistung
 - Kollision 3: Ohne EBM oder DRG kein Preis

Medizin-Innovationen

Themenfelder



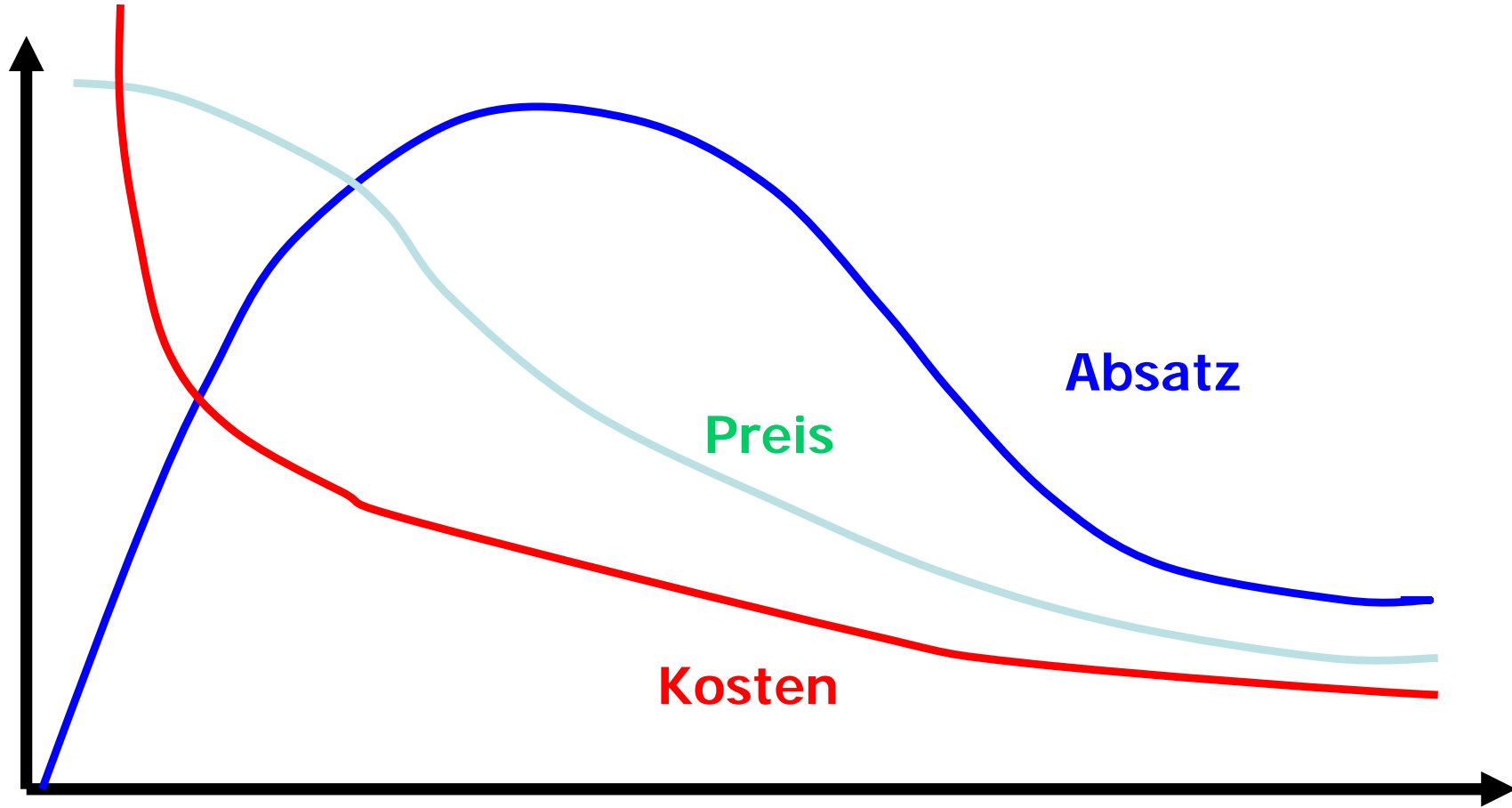
PHASEN DES MEDIZINISCH-TECHNISCHEN INNOVATIONSPROZESSES



Innovationsphase

Routinephase

Menge



Zeit

III.

**Wie wurden Innovationen
bisher trotz Budgetierung
ermöglicht ?**

Die Zitrone ist ausgequetscht

Jahr	Veränderungsrate *	Tarifsteigerung Gesamt	Differenz
1995	0,700%	3,260%	-2,560%
1996	0,855%	1,580%	-0,725%
1997	1,300%	1,700%	-0,400%
1998	1,660%	1,700%	-0,040%
1999	1,987%	3,640%	-1,653%
2000	1,490%	1,590%	-0,100%
2001	1,630%	1,360%	0,270%
2002	1,840%	3,140%	-1,300%
2003	1,370%	3,110%	-1,740%
Gesamt**	12,832%	21,080%	-8,248%

* einschl. BAT-Berichtigung gem. § 6 Abs. 3 BPflV

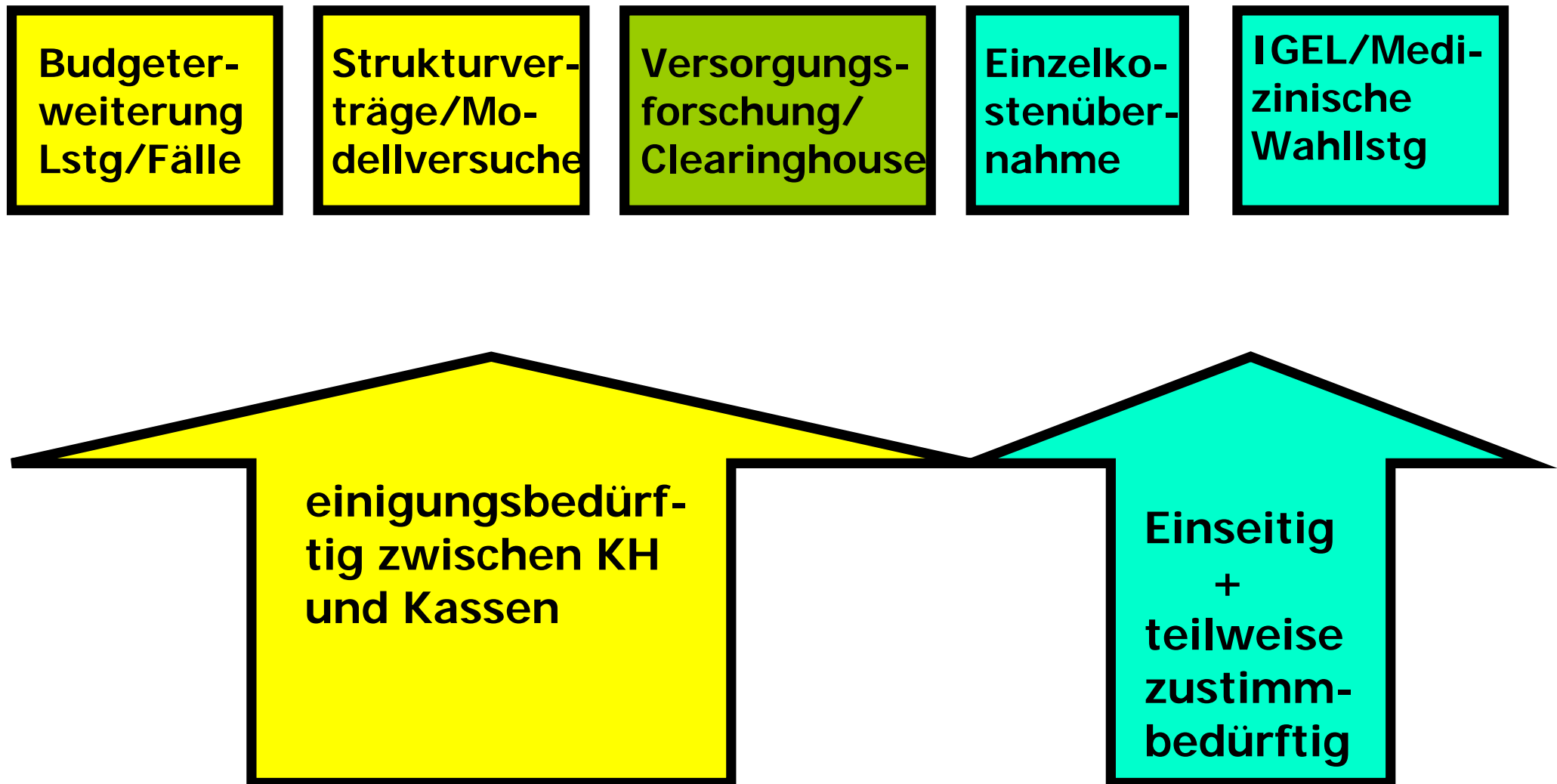
** einfache Summe ohne Berücksichtigung "Zinseszins-Effekt"

Mischsystem-Pflegegesetz

- **Nur Grenzen des SGB V:
d.h. Notwendigkeit der KH-Behandlung**
- **Ansonsten keine Zugangsbegrenzungen
für Innovationen –
insbesondere Prozedurenfreiheit**
- **Kostenbeschränkungen nur über
finanzielle Budgetrahmen**
- **Damit im Rahmen des Budgets Freiheit zur
Kosten substitutiven Implementierung von
Innovationen für jedes KH**

SGB V und Innovationen

Fiktion+Realität



IV.

**Wie verlieren UK Geld
durch einheitliche
Basisfallwerte und wo
bleibt es ?**

Landeseinheitlicher Basisfallwert

- **UK-Spektrum (ausgleichsbereinigt)**
- **Max 3.779 €**
- **Min 2.980 €**
- **Mittel 3.355 €**

- **BW:**
- **Max 4.357 €**
- **Min 1.364 €**
- **Mittel 2.860 €**

- **Gigantische Umverteilung zwischen den KH**
- **Kassen schauen ins Leere**

Regeltypische Umverteilung

- **Bis 30.000 Fällen/Jahr (> 800 Betten):**
- **Gewinner / Verlierer ähnlich groß**
- **Konzentration der Gewinner im Segment zwischen 8.000 und 30.000 Fällen**
- **Ab 30.000 Fällen/Jahr (> 800 Betten): nur noch Verlierer**

Bsp. UK Deutschland

- 6,5 Mrd € Erlöse
- 17 Mio Fälle x 600 € Differenz beim Basisfallwert
- 1 Mrd € als Verlierersumme
- Hieran ändert neues Konvergenzmodell nur zeitlich etwas
- Unverändertes Ziel:
- Alle KH-Leistungen über einheitlichen Basisfallwert

Neubauer (ku 8/2004)

1. Festlegung der Konvergenz nach 16 Bundesländern ohne sachliche Grundlage
2. DRG-System erklärt nur etwa 70% der Kostenunterschiede – 30% können abweichen, ohne dass Unwirtschaftlichkeiten die Ursache sind
3. Andere Formel am 29.9.2004 im Bundestag: 25% sehr gut + 25% extrem schlecht abgebildet
4. Hohe Schwankungsbreiten innerhalb einzelner DRG führen zu systematischer Risikoselektion
5. Schwachpunkte provozieren ein unübersichtliches Zu- und Abschlagssystem
6. **2 bis 3 Mrd € Verlust an Innovationspotential**

V.

**Wie wird
Innovative Onkologie im
DRG – System
benachteiligt ?**

DRG + Innovationen

- **Abschließender DRG - Katalog mit Einheitspreisen**
- **Innovation mit höheren Kosten braucht neue oder neu definierte DRG**
- **Zeitaufwendige Festlegung**
- **Sonderlösung für Innovationen zwingend:**
 1. **Ausnahme von 100%-DRG**
 2. **Schnelles Verfahren für Einführung**
 3. **Entscheidungsmodell für endgültige Übernahme in den DRG - Katalog**

Innovationen im DRG - System

- 1. Eine eigene DRG**
- 2. Ein eigenes Zusatzentgelt**
- 3. Ein Innovationsentgelt nach § 6 II**
- 4. Klinische Studien**
- 5. Systemergänzungen**

1.Eine neue DRG

- **Abschließender DRG - Katalog mit Einheitspreisen**
- **Innovation mit höheren Kosten braucht neue oder neu definierte DRG**
- **Zeitaufwendige Festlegung**
- **Normal: Innovationsfenster von drei bis fünf Jahren**
- **Konzeptänderung Herbst 2004**
- **Datenerhebung 2005**
- **Datenauswertung InEK 2006**
- **Neue DRG in FPVO 2007**

2. Ein neues Zusatzentgelt Therapieunterschiede

- **Diagnoseorientierung**
- **Therapieunterschiede bei gleicher Diagnose**
- **Bsp: Tagestherapiekosten Chemotherapie + Therapievarianten Onkologie (Faktor 100 und mehr)**
- **Bsp.: Produktunterschiede bei Defis hinsichtlich Größe (Komfort) + Laufdauer (Häufigkeit des Batteriewechsels)**

Biopsien bei Brustkrebs

	Preis	Fallzahl	
Sonographische Hochgeschw.biop.	210,91 € Nadel 37,75 €	250	
Sonographische Vakuumbiopsie	507,39 € Nadel 318,93 €	20	
Stereotaktische Mammogr. V.b.	573,34 € Nadel 353,06 €	35	
MRT-gesteuerte Vakuumbiopsie	867,36 € Nadel 232,00 €	15	
Hautpunch- biopsie	13,11 € Stanze 1,61 €	15	

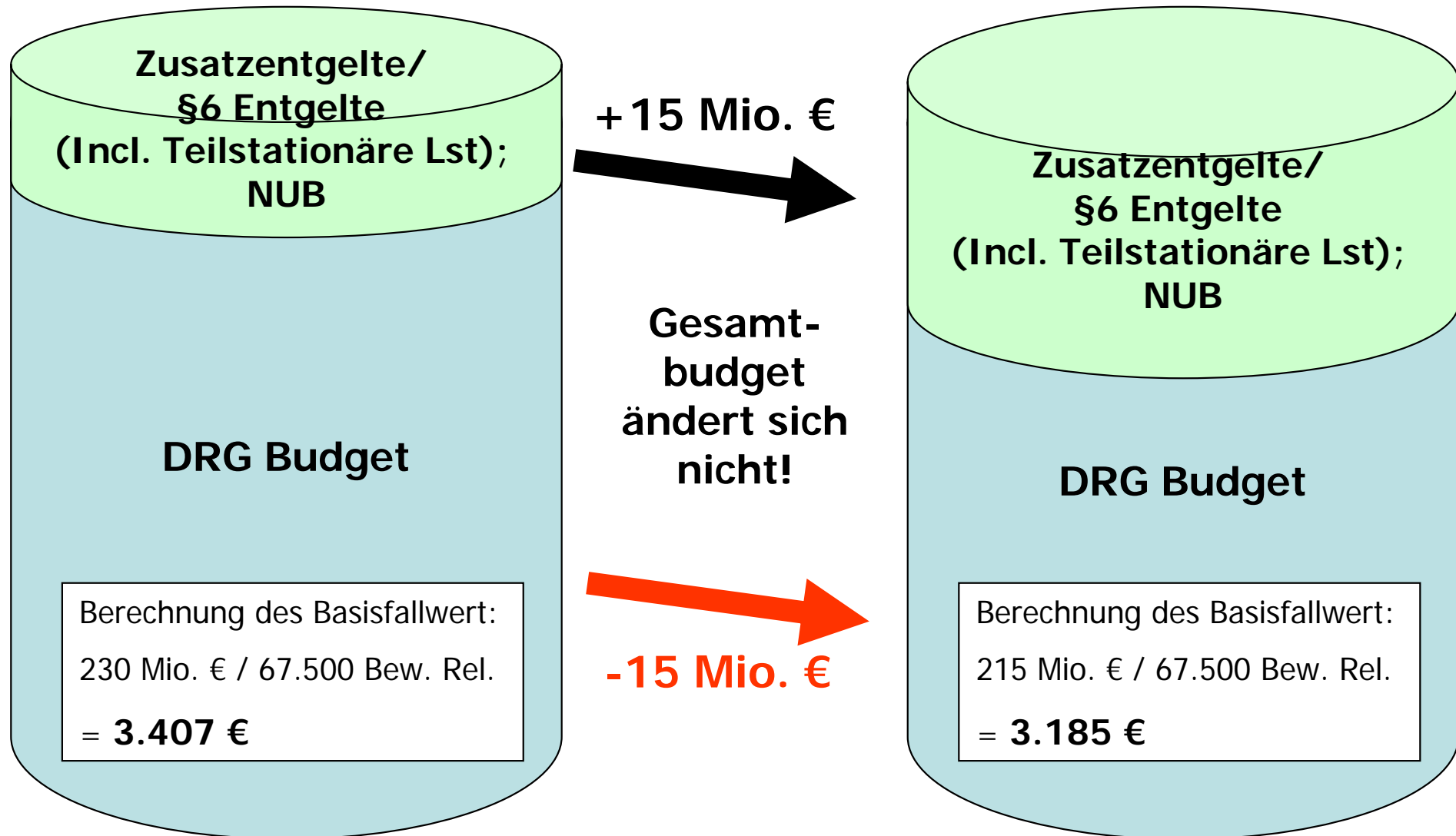
Chemotherapie

- **Unterschiedliche Therapieschemata**
- **CMF-Schema** **8€/Tag**
- **EC-Schema** **88€/Tag**
- **VM-Schema** **214€/Tag**
- **Dox/Doc-Schema** **1154€/Tag**
- **Zuzüglich Nebentherapien (Schmerz, Erbrechen, Haarausfall, Pilzbefall)**

Zusatzentgelte & Basisfallwert

- Deutliche Ausweitung; erster Schritt
- **Problem: nur „Mehraufwand“ geht in Kalkulation ein ???**
- Effekt: Basisfallwert der HLM wird entlastet und gesenkt
- Damit vermindert sich die Differenz zum landeseinheitlichen Basisfallwert
- Allerdings keine linearen Effekte, da dieser sich auch vermindert
- Netto: Verminderung der Konvergenzlast für die HLM

Kommunizierende Röhren



3. § 6 II KHEntgG

1. Noch nicht über DRG **sachgerecht vergütet**
2. Keine sachgerechte Alternative (etwa Sammel-DRG)
3. Nicht nach § 137c SGB V ausgeschlossen
4. Empfehlungen der Parteien auf Bundesebene zu Kalkulation und Vergütung
5. Zeitlich befristete fallbezogene Entgelte
6. **Sollbestimmung** für örtliche Vertragsparteien
7. **Schiedsverfahren**
8. Optionale Befassung des Ausschusses Krankenhäuser/Krankenkassen gemäß § 137c SGB V durch Bundesebene
9. Bis 31.10 des Vorjahres Information durch Bundesebene im Einzelfall, ob die Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen sachgerecht abgerechnet werden kann

Antrag Tübingen für 2005

- **51 Innovationsentgelte fristgerecht beantragt**
- **Selbstverwaltung hat InEK beauftragt**
- **Ergebnis per 28.1.2005**
- **8 positiv**
- **22 negativ**
- **21 nicht beurteilt**

Kriterien InEK

- NUB-Vereinbarung der Selbstverwaltung
- Ausschlusskriterium Nr.1: Keine Neuheit festgemacht an erstmaligem Einsatz vor 2001
- Ausschlusskriterium Nr.2: reine Diagnostik
- Keine Beantwortung der Fragen
- ob im DRG - System inhaltlich und/oder
- Ob in der DRG - Kalkulation

4. Klinische Studien im KH

- **§8 KHEntG:**
- **„Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine KH-Leistungen nach § 7 zu berechnen“**
- **D.h.: notwendige, aber nicht prüfungsbedingte Zusatzkosten**
- **Nun aber BSG vom 22.Juli 2004**
 - **Ignoriert Wortlaut**
 - **Studien primär im Interesse + auf Veranlassung der pharmazeutischen Industrie**
 - **Finanzierung des Gesamtaufwands durch Preisgestaltung der Arzneimittel**

5. Systemergänzungen ?

- **Massive Zweifel an der ausschließlichen Finanzierung von Innovationen im System über DRG/Zusatzentgelte/Innovationsentgelte**
- **Bisher nirgendwo auf der Welt; vor allem nicht in Australien**
- **Vorliegende Gutachten werden von BMG/ Kassen/ DKG weitgehend ignoriert**
- **Finanzierungsquelle Strukturfonds als Systemergänzung insbesondere für Finanzierung von Innovationen vermutlich unerlässlich**
- **Hauptproblem: fachliche Überforderung der Entscheidungsfähigkeit der Selbstverwaltung**

VI.

**Kann man von einem
neuen Systems der
Innovationsbe- und
verhinderung in D
sprechen ?**

Problem Innovation

- Tenor: Verschwendung im System
- Gut organisiert: ordnungsrechtliche Zulassung als präventive Schadensabwehr
- Schlecht organisiert: Echte Wirksamkeits-/Nichtwirksamkeitsnachweise
- Stattdessen:
 - Generalverdacht der Geschäftemacherei
 - Vorwurf der weitreichenden Wirkungslosigkeit
- Beispiel 1: Nutzen von Chemotherapien
- Beispiel 2: Berichterstattung über die Kardiologie
- Institutionelle Abwehr:
 - Weltweite Informationsnetze
 - Neue Prüfhürden (BA + Institut)

Großoffensive zur Kontrolle von Innovationen

- **Mega-BA**
- **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Vorstand + Stiftungsrat)**
- **Health Technology Assessment (HTA)**
- **G-DRG System**
- **Innovationen im ambulanten Sektor**
- **12.Novelle AMG**
- **GCP-V**

GSM 2003 – GemBA

- Gemeinsamer Bundesausschuss § 91 SGB V
- Bisher beispiellose Zentralisierung der Selbstverwaltung
- 3 Neutrale/9 Kassen/5KV/4DKG für sechs Jahre
- Wechselnde Zusammensetzungen je nach Thema
- Übergeordneter Super-BA mit Mehrheitsentscheidungen
- **Verbindliche Definitionsmacht für alle medizinischen Leistungen im GKV-System gegenüber**
 - Versicherten
 - Krankenkassen
 - Zugelassenen Krankenhäusern
 - Beteiligten an ambulanter Leistungserbringung

Lücken

Forschung und GKV-Finanzierung

- **Die klinische Forschung benötigt nicht nur für stationäre Behandlungen und Probanden Regelungen**
- **Hochschulambulanzregelungen allein reicht nicht**
- **auch für AOP, ambulante Öffnung nach § 116b SGB V, DMP und Integrierte Versorgung jeweils durch KH**
- **und auch für ambulante Patienten in der Vertragsärztlichen Versorgung**

Alternativen ?

- **Regelmechanismus statt Flut von Einzelentscheidungen**
- **Oder Stufenzulassungen**
- **Denkbare und im Ausland praktizierte Alternative**
- **Markteinführung innovativer Produkte und Medikamente zunächst für zwei oder drei Jahre nur in UK/ausgewählten KH**
- **Hierfür müssten kontrollierte Informationen zur Bewertung festgelegt werden**
- **Abprüfung sachkompetent und überörtlich**
- **Extra-Finanzierung?**

VII.
Ist die
Integrierte Versorgung
ein Ausweg ?

Neues Konzept für IV Wille des Gesetzgebers

- Kern der IV: Kassen + Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 75 I
- Anbindung der IV an das Kollektivvertragssystem + insbesondere des Sicherstellungsauftrags der KV unterbleibt
- Die bisherige Verschränkung machte die Rechtslage + vertragliche Abwicklung unübersichtlich + unberechenbar
- D.h. Verantwortung allein bei Vertragspartnern
- Einflussnahme Dritter (Spitzenverbände + KV) scheidet aus
- Ziel: innovatives unternehmerisches Handeln
- Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird ausdrücklich durchbrochen
- Kassen gehen unternehmerisches Risiko ein
- Leistungserbringer haben erhebliche Investitionskosten aufzubringen
- Des weiteren wird davon abgesehen, die Leistungserbringer an den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstigen Berechtigtenstatus zu binden
- Die Leistungserbringer sollen nicht die bisherigen sektorbezogenen Grenzen in die IV mit hinein nehmen müssen

KH-Barometer

Umfrage 391 KH in 05-07/2004

- 7,3% der KH als Teilnehmer
- Größere KH aktiver als KH < 300 Betten
- Struktur:
 - 78,8% mit Vorsorge- oder REHA Einr.
 - 43% mit niedergelassenen Ärzten
 - 16,% zwischen KH
- **Leistungsbereiche**
 - 70,8% Endoprothetik
 - 10,5% Onkologie
 - 7,2% Invasive Kardiologie
 - 6,5% Geriatrie
 - 6,1 % Kardiochirurgie
- **Vergütungsformen:**
 - 77,3% Pauschalen
 - Möglich auch Einzelleistungsvergütung
 - Pauschale pro Quartal
 - Vergütung pro Einsatztag
 - Komplexpauschalen für Akut KH + REHA
 - Zuschläge zu DRG

HLM: Richtige Krankheiten ?

- **HLM/Maximalversorgung:**
 - Hohe Spezialisierung
 - HLM-KH: Oft sehr kurze Episoden im Rahmen der Erkrankung
 - Viele schwere Erkrankungen
 - Viele Fälle mit chronischem, gestuft progredientem Verlauf
 - Gesicherte und ungesicherte Therapien
 - Aber extreme interne Interdisziplinarität
- **Behandlungserfolg kann allein nicht erreicht werden**
- **SP in Diagnostik + Ersttherapie**
- **Auch know how für Prävention + Einstellung (Diabetes, Hochdruck, Stoffwechsel etc.)**

HLM: Richtige Krankheiten ?

- **Hochdosis – Onkologie: schwerwiegendes**
- **Herz-Kreislauf:**
 - **Kardiologie (Bsp. Defi - Wechsel)**
 - **Kardio - Chirurgie**
- **Transplantationen: ewiges**
- **Neurologie: manches**
- **Pädiatrie: spezielles + seltenes**
- **Frauenheilkunde: hochinnovatives**
- **Orthopädie: wie alle**
- **usw.**

IV + Spezifikum von Maximalversorgung

- Problem 1: HSchAmb + über Ermächtigungen: Ambulanz bereits indoor
- Folge 1: Problem nicht Integration mit Bürokratieballast, sondern Zulässigkeit + Bezahlung + Budgetierung
- Problem 2: Hochgradig innovativ:
- Folge 2: nur Modelle interessant jenseits von Innovationsbarrieren (EBM, DRG und GemBA)
- Problem 3: Unternehmerische Stabilität ?
- Folge 3: Instabilitäten
 - Finanzierung nur für 3 Jahre
 - Stationäre Inputs in andere Sektoren kaum zurückführbar

VIII.

**Hat der GKV – Patient
noch Anspruch auf
medizinische
Innovationen ?**

Wahlleistungen

§ 17 KHEntgG

- **Keine allgemeine KH-Leistung**
- **Allgemeine KH-Leistung darf durch medizinische Wahlleistung nicht beeinträchtigt werden**
- **Vereinbarung über gesonderte Berechnung**
- **Leistungen müssen von einem Arzt erbracht werden**
- **Mitteilung über die Art der Wahlleistung an die Landesbehörde**
- **Angemessenes Entgelt im Verhältnis**
- **Zulässig ab 2005**

Medizinische Wahlleistungen

- **KH-Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des KH im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind**
- **Keine KH-Leistungen**
 1. KH-Leistungen, die keine allgemeinen KH-Leistungen sind
 2. KH-Leistungen, die nicht durch DRG, Prozeduren oder andere vorgegebene Merkmale erfasst werden
 3. Innovationen, die nicht über § 611 KHEntgG vergütet werden
 4. KH-Leistungen, die explizit vom GemBA als GKV-Leistung verneint werden
- **Fallgruppen**
 1. Fehlende medizinische Indikation
 2. Zusätzliche Leistungen anlässlich einer medizinisch indizierten KH-Behandlung
 3. Alternativleistungen
 4. Ambulante Behandlung

Grenzen & Ethik

- Analoge Konstruktion wie IGEL
- Im Visier: GKV- nicht Privatpatienten
- Besonderes Opfer
- Deshalb wichtig: Grund- und Standardversorgung gehört in den DRG - Bereich
- Nur extrem evidente + finanziell bedeutsame Ausnahmen
- Vor allem deutlich teurere Alternativen in Diagnostik + Therapie
- Und: vom GemBA oder anderen Instanzen explizit als GKV-Leistung ausgeschlossene Leistungen

IX.

**Warum zahlen die UK
Innovationen
nicht von den
Zuschüssen für F&L ?**

Ewiges Thema

- Kassen und Gesundheitspolitik ziehen sich auf Leistungs- und Finanzierungsrahmen der GKV zurück
- Keine effektiven Lösungen für Innovationen im GKV - System
- Wissenschaftspolitik fühlt sich nur für F&L zuständig
- Geld für KV gilt als Missbrauch
- Argwohn + Neid bei Universitäten ausserhalb der Medizin
- Im übrigen: ständige Kürzungen der Zuschüsse für die Hochschulmedizin

Falsche Themen

- Reine Verweigerungshaltungen
- Überwiegend fiktive Trennungen
- Jede Seite versucht sich zu lasten der anderen zu exkulpieren
- Richtig vielmehr: typische Integrationsproblematik mit „Kuppelproduktion“
- Nötig 1: mehr Geld – nicht einseitige Rückzüge
- Nötig 2: unbürokratische Zulassungs-, Preis- und Finanzierungsregelungen für die innovative Medizin

X.

**Eliteförderung
Mehr Geld für die
Innovative HM ?**

Ziel

- **Innovationsoffensive des Kanzlers Anfang 2004**
- **„Spitze in der Breite – was fehlt, sind die Leuchttürme“ (EINHÄUPL)**
- **Nach dem Vorbild der Vereinigten Staaten**
- **Oder D vor dem Nationalsozialismus**
- **Leistungsspirale durch wettbewerbliche Verfahren aktivieren**
- **Finanzvolumen: 1,9 Mrd € über 5 Jahre (2005 bis 2010); 75% Bund/25% Länder**
- **Inhalt: Exzellenzcluster, Graduiertenschulen, bis zu 10 Spitzenuniversitäten**

Elite & HM

- Keine besondere Berücksichtigung der klinischen und patientenbezogenen Forschung
- Weder strukturell - Noch finanziell
- Sonderprogramm für forschende und innovative HM
- Erstens: Geld in Sondertöpfen und Extrabudgets
- Zweitens: Sonderbefreiung von Bürokratie
- Drittens: Ausnahmen von zentraler Innovationskontrolle
- Quellen: Ressorts (auch BMGS) + GKV + Länder
- Verwendung: nicht nur für Forschung ieS, sondern auch für forschungsgebundene innovative KV

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**