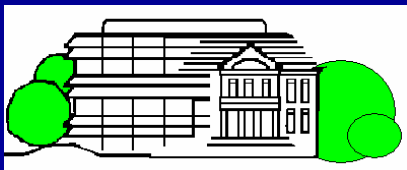


# **Krankenhausfinanzierung 2005**

## **Auswirkung auf die Verzahnung ambulanter/teilstationärer Versorgung**

**H. Bischoff**  
**Stabsstelle Medizinisches Management**



Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg  
Internistische Onkologie der Thoraxtumoren - Thoraxchirurgie





### Zur Person:

\* 1958

1986 Approbation

1994 FA Lungen- und Bronchialheilkunde

1995 Allergologie

1996 Umweltmedizin

1997 Ärztliches Qualitätsmanagement

1998 EFQM Assessor

2003 KTQ Visitor

2004 Diplom Gesundheitsökonom (BI)

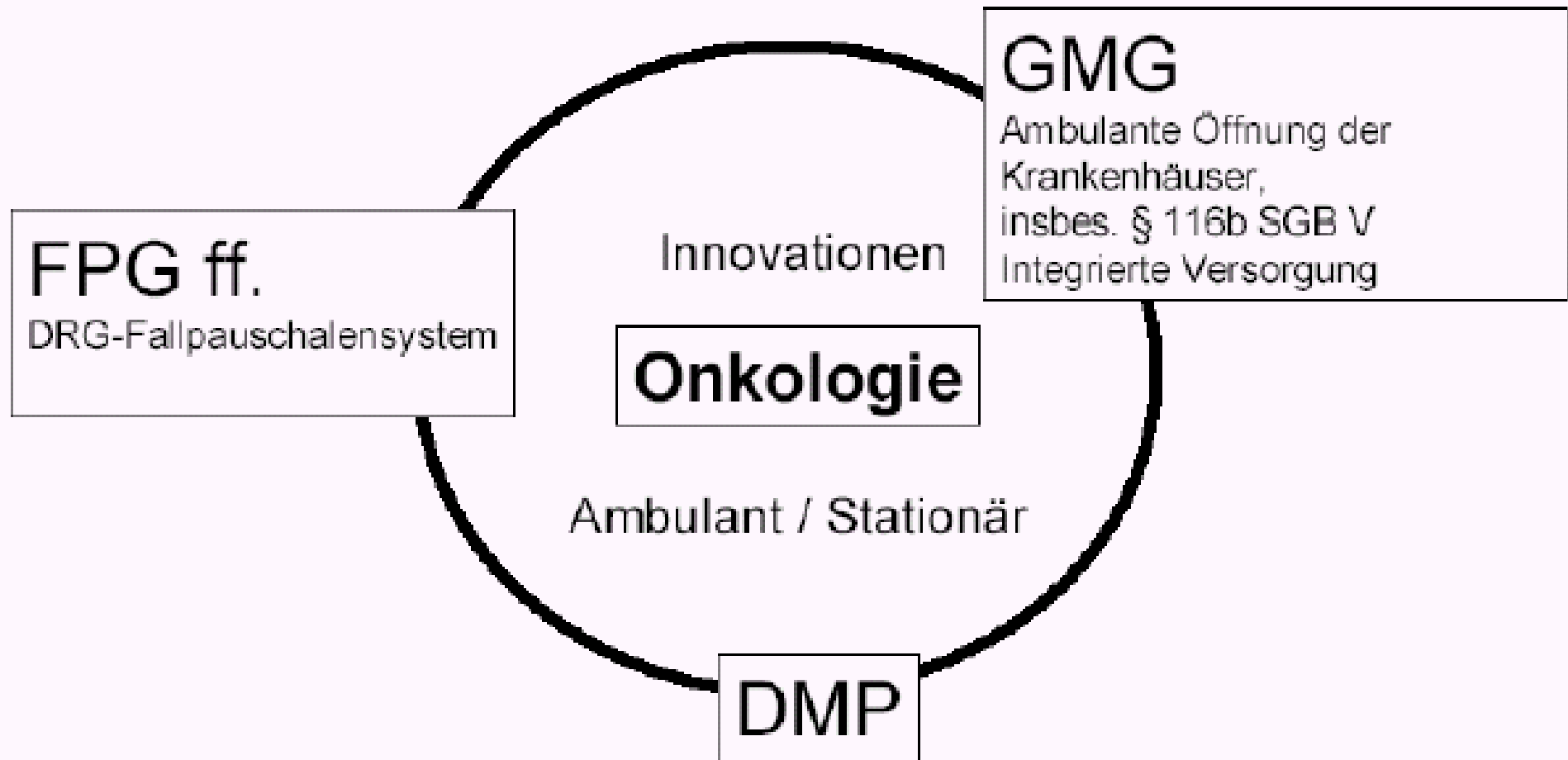
### Zur Stellung in der Klinik:

OA Abt. Innere Medizin / Onkologie (Prof. P. Drings)

seit 2001 Leitung Stabsstelle Medizinisches Management

# Neue gesetzliche Rahmenbedingungen

---



# Kostendämpfungsgesetze

1993: Gesundheitsstrukturgesetz

12/95: 1.-3. Änderungsverordnung zur BPflV

04/96: 4. Änderungsverordnung zur BPflV

04/96: Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausa Ausgaben

11/96: Beitragsentlastungsgesetz

06/97: 1. und 2. GKV Neuordnungsgesetz

12/97: 5. Änderungsverordnung zur BPflV

12/98: GKV Solidaritätsstärkungsgesetz

29.12.1999: GKV Gesundheitsreform 2000

2/02 Fallpauschalengesetz

11/03 GMG



# Revolution der Deutschen Krankenhausfinanzierung

Der  
Vordenker



*HASTA LA VICTORIA SIEMPRE*

PREDOONES IMPERIAL LANGATISA

Die Wegbereiterin



*HASTA LA VICTORIA SIEMPRE*

Die Vollstreckerin



*HASTA LA VICTORIA SIEMPRE*

PREDOONES IMPERIAL LANGATISA

# Revolution der Deutschen Krankenhausfinanzierung

Der  
Vordenker  
FP/SE  
1995



*HASTA LA VICTORIA SIEMPRE*

Die Wegbereiterin



Gesundheitsreform 2000

*HASTA LA VICTORIA SIEMPRE*

Die Vollstreckerin



KHFPG  
2002

*HASTA LA VICTORIA SIEMPRE*



Tel.: 0 62 21 - 41 32 00

Fax: 0 62 21 - 40 29 16

Ladenburger Straße 50

69120 Heidelberg

[www.ihr-preiswerter-bestatter.de](http://www.ihr-preiswerter-bestatter.de)

# RÖDER

*Ihr preiswerter Bestatter*

## **Röder Bestattungen in Heidelberg zum 01.01.2004 mit neuem Konzept - Kernleistungen zu Festpreisen**

■ Anonyme Bestattung	990,- EUR
■ Feuerbestattung mit Urnentrauerfeier	1.190,- EUR
■ Erdbestattung mit Trauerfeier	1.390,- EUR
■ Feuerbestattung mit Trauerfeier und späterer Urnenbeisetzung	1.490,- EUR

**auf allen Friedhöfen im Rhein-Neckar-Kreis.**

Unsere Festpreise sind inkl. MwSt bis zum 31.12.2004 gültig und verstehen sich zuzüglich Fremdkosten und städtischer Gebühren.

Kompetente Beratung – gute Leistungen – stimmiger Preis.  
Eine würdige Bestattung ist für uns selbstverständlich!

# Marode Krankenkassen

	SCHULDEN in Millionen Euro	SCHULDEN JE MITGLIED in Euro
Barmer	-947	-170
AOK Baden-Württemb.	-905	-315
AOK Bayern	-674	-216
DAK	-670	-138
AOK Berlin	-585	-973
BKK Heilberufe	-365	-989
AOK Rheinland	-292	-164
AOK Mecklenburg-Vorp.	-270	-563
AOK Brandenburg	-216	-361
BKK Mobiloil	-207	-280
AOK Rheinland-Pfalz	-187	-229
BKK Gesundheit	-171	-385
Deutsche BKK	-163	-208
AOK Sachsen-Anhalt	-161	-227
AOK Hessen	-150	-128
Gmuender Ersatzkasse	-136	-150
AOK Hamburg	-127	-559
AOK Saarland	-118	-578
BKK SBK (ehem. Siemens)	-117	-261
IKK Bayern	-109	-727
Schwenninger BKK	-84	-405
Sancura BKK	-69	-362

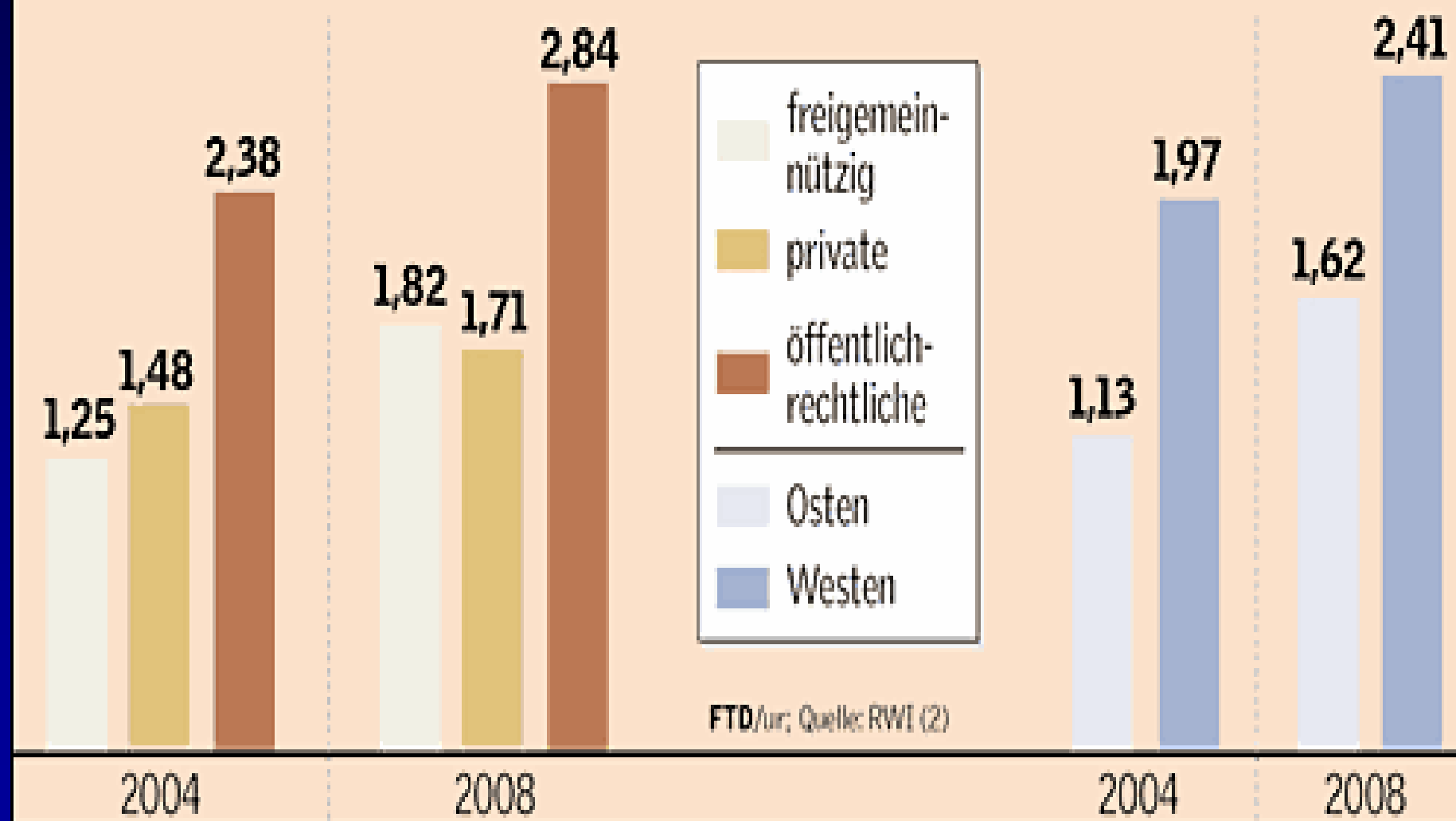
DER SPIEGEL

Stand: 31. 12. 2003

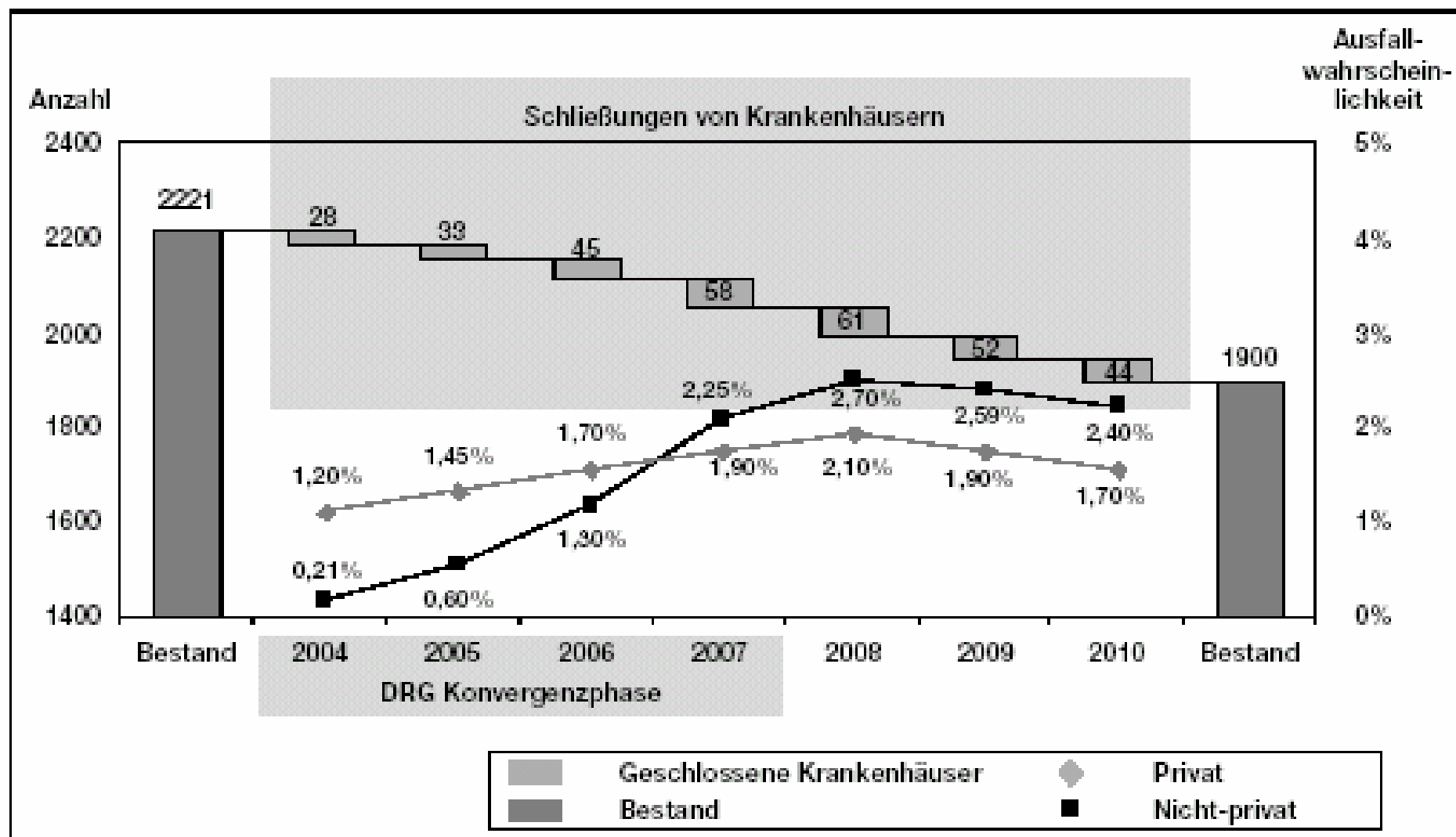


# Düstere Aussichten für Deutschlands Krankenhäuser

Insolvenzwahrscheinlichkeit nach Trägern und im Ost-West-Vergleich in % (2008 Prognose)



# Abbildung 1: Ausfallwahrscheinlichkeit im Krankenhaussektor



# Neu in 2005

## Definition „teilstationär“

### Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3054), wird wie folgt geändert:

1. In § 39 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere auf Grund ihrer Komplexität oder bestehender Risiken in einem Krankenhaus erbracht werden muss, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzeptes in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten sowie für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt.“



**Cave ! MDK Prüfung ! Fehlbelegung !**



# Ebenen der Patientenversorgung

Hausärztliche Versorgung  
z.B. Herz- Kreislauferkrankungen

Spezialisierte Versorgung  
z.B. Unfälle

Hochspezialisierte Versorgung  
z.B. onkologische Fälle  
z.B. kinderkardiologische Fälle

## Qualitätsverbesserung der Versorgung am Beispiel hochspezialisierter Klinikambulanzen

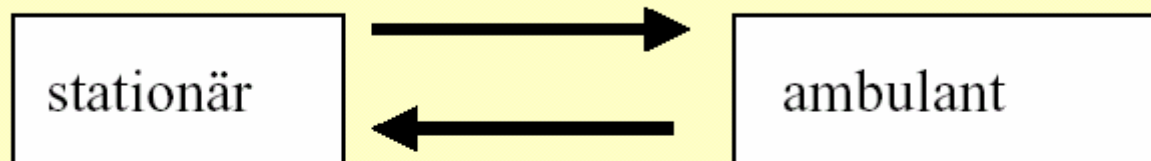
### Optimale Ressourcennutzung und Qualitätssicherung durch

- Fachwissen interdisziplinär und an einem Ort
- patientenorientiertes Zeitmanagement
- Wertschätzen der Patientenautonomie (Patienten wollen eine ganzheitliche Versorgung durch ein Team ihres Vertrauens über den stationären Aufenthalt hinaus wählen können)
- Mehrfachuntersuchungen werden vermieden
- die Krankheitsverläufe können vom Klinikteam kontinuierlich verfolgt werden
- Informationsfluß kontinuierlich im System
- sektorale Grenzen unter einem Dach überwinden

## Qualitätsverbesserung der Versorgung am Beispiel hochspezialisierter Klinikambulanzen

### Beispiel: Onkologische Patienten sind angewiesen auf

- kontinuierlichen Informationsfluß im System



- das Überwinden sektoraler Grenzen (dafür bieten sich die Strukturen unter einem Dach an)
- enge Kooperation interdisziplinär (medizinisch-diagnostisch, operativ, strahlentherapeutisch, psychologisch, Selbsthilfe, Einbezug der Familie).....

# **GKV- Modernisierungsgesetz**

**§ 95**

**Medizinische Versorgungszentren**

**§ 116 Abs. a**

**Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei  
Unterversorgung**

**§ 116 b Abs. 1**

**Ambulante Behandlung des Krankenhauses im  
Rahmen von DMP**

**§ 116 Abs. 2-5**

**Ambulante Behandlung des Krankenhauses bei  
hochspezialisierten Leistungen**

**§ 140 Abs. a-d**

**Integrierte Versorgung, leistungssektorenübergreifend,  
fachübergreifend**

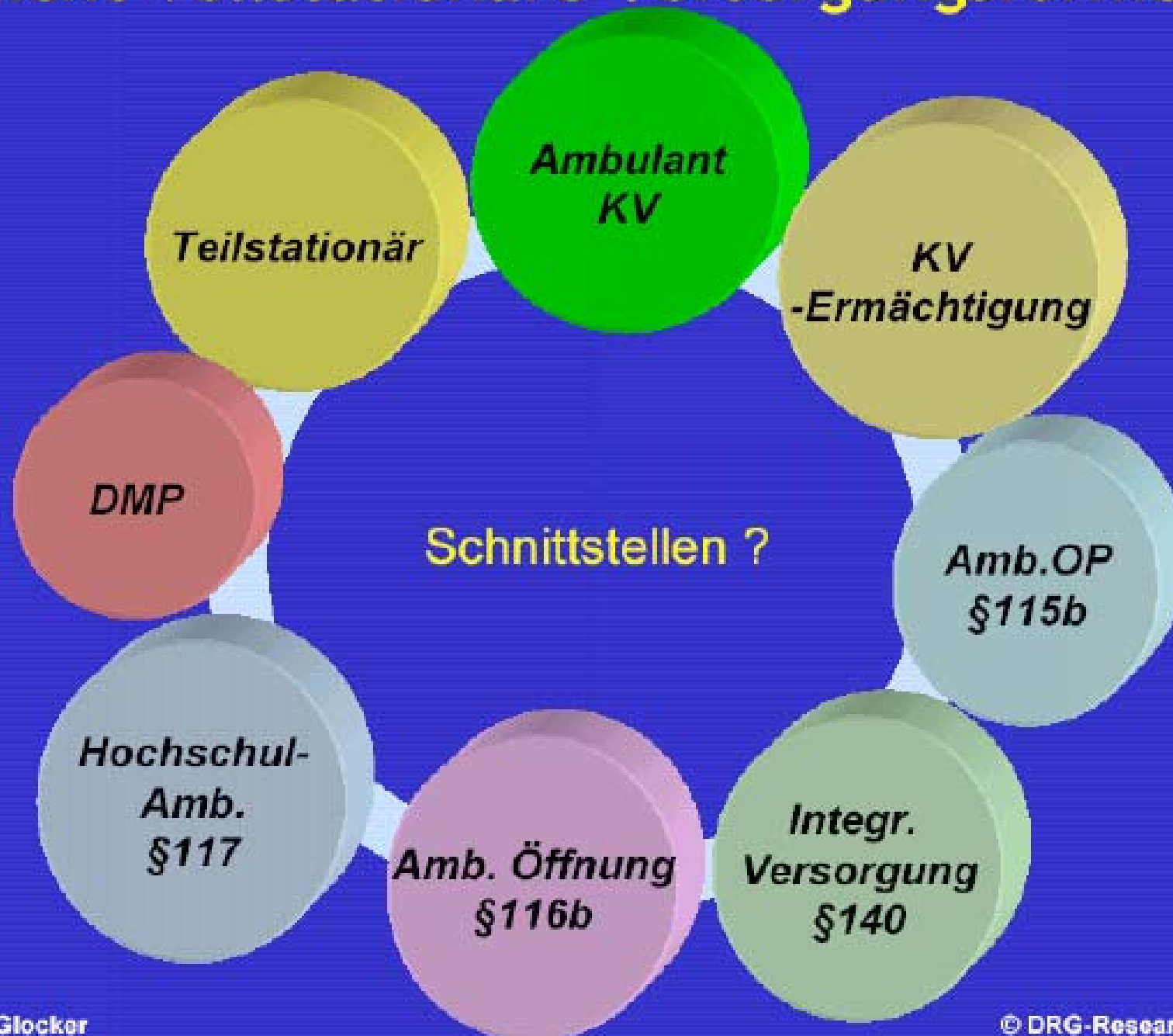
Agenda 2010



Bild: dpa



# „nicht-vollstationäre Versorgungsformen“





Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung



**DIE GESUNDHEITSREFORM:**

**Schmeckt nicht jedem, hilft aber!**

Unser Gesundheitssystem ist leistungsstark. Jeder, der krank wird, bekommt unabhängig von Alter und Einkommen die medizinische Versorgung, die er braucht. Damit das so bleibt, müssen wir dafür sorgen, dass jeder Euro im System effektiv eingesetzt wird. Es ist Zeit für eine echte Strukturreform. Wir brauchen mehr Mitsprache für Patientinnen und Patienten, mehr Transparenz, mehr Wettbewerb um die beste Qualität. Wir müssen gemeinsam etwas tun. Denn: Gesundheit geht vor.

Infos unter 0800 715 15 9 oder [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

DAMIT DEUTSCHLAND GESUND BLEIBT.

# Ziele des GMG:



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

- Finanzierungsziele/Strukturziele
- Effizienz- und Qualitätsziele
- Neudefinition von Schnittstellen:  
ambulant/stationäre Versorgung
- Ziel: sektorübergreifende, ganzheitliche Versorgung des Patienten;
- Relevanz: gerade für die onkologische Versorgung der Versicherten

# Chancen des GMG?



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

Bisher vor allem

- prä/post-stationäre Versorgung mit Tagesbegrenzung (§ 115a);
  - Vorbereitung der vollstationären Behandlung (§ 115a Nr. 1);
  - Grenze: 3 Tage innerhalb von 5 Tagen;
  - Sicherung/Festigung des Behandlungserfolges (§ 115a Nr. 2);
  - Grenze: 7 Tage innerhalb von 14 Tagen





- Teilöffnung der Krankenhäuser für insbesondere Krankheiten mit besonderem Verlauf (§ 116b Abs. 2);
- Teilöffnung der Krankenhäuser in der Integrationsversorgung;
- Teilöffnung der Krankenhäuser für DMP-Versorgung (§ 116b Abs. 1);
- Medizinische Versorgungszentren

## Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante onkologische Versorgung (§ 116b Abs. 2)

- Verträge über die ambulante Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen;
- zwischen: Krankenhaus und Krankenkasse (Landesverband);
- über Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen (§ 116 Abs. 2 Nr. 2);
- GMG-Begründung: “Gesetzliche Festlegung, damit die Krankenhäuser möglichst bald nach Inkrafttreten des GMG von der Öffnung der Krankenhäuser Gebrauch machen können”.
- typischerweise: Wechsel zwischen stationärem und ambulanten Behandlungsbedarf in der Onkologie;



# Voraussetzung der Öffnung:



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

- Vertrag zwischen Krankenkasse und Krankenhaus!
- nicht Kraft Gesetzes!
- Problem in der Umsetzung?

Orlowski, BMGS 2004

# Widersprüche der aktuellen Versorgung

- ✓ Unkoordinierte technische und personale Infrastruktur auf allen Ebenen unseres Versorgungssystems
- ✓ "doppelt besetzte Facharztstruktur" (Prof. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer), speziell im ambulanten und stationären Sektor
- ✓ Streng sektorale Trennung, unterlegt mit sektoralen Budgetvorgaben und "sektoraler Wirtschaftlichkeitsprüfung"
- ✓ Fehlendes definiertes Ziel (Endpunkt) für Versorgungsoptimierung und wirtschaftliches Handeln
- ✓ Gefahr: ökonomische Anreize in den Sektoren (Auslastungsstrategien) überlagern den medizinisch sinnvollen Ressourceneinsatz
- ✓ Einzelkämpfertum und niedrige Nutzungsfrequenzen komplexer technischer Einrichtungen provozieren Fragen nach der Qualität der Versorgung

Rebscher 2004

a

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN  
KRANKENKASSE





## Vergütung: (§ 116b Abs. 5)

- nicht stationäre Entgelte, da ambulante Versorgung;
- nicht Gesamtvergütung;
- Direktvertrag: Krankenkasse/Krankenhaus;
- entsprechend der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen;

- Problem: Doppelvergütung? Sind die Anreize im GMG hier so gesetzt, dass für Krankenkassen Einzelverträge mit Krankenhäusern nicht finanziell attraktiv sind?
- Kopfpauschale der Gesamtvergütung;
  - Direktvertrag;
  - keine Bereinigung vorgesehen;
  - Absenkung der Gesamtvergütung in den Folgejahren (morbiditybezogene Vergütung ab 2006)
  - Änderungsbedarf?

## Was ist die „innovative“ Rechtsgrundlage für mehr Effizienz?

### ✓ § 116 b SGB V

- additives Honorar
- additive Strukturen
- keine Integration, sondern Verdrängungswettbewerb

### ✓ keine tragfähige Basis

### ✓ § 140 a-d SGB V

- Integration offen
- Anschubfinanzierung geregelt
- Endpunktverantwortung
- kompatible Honorarregelungen
- selbststeuernde Netzwerke

### ✓ tragfähige Basis

Rebscher 2004

a

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN  
KRANKENKASSE

## **Integration einer ambulanten onkologischen Versorgung im Krankenhaus in ein onkologisches Gesamtversorgungskonzept**

---

Nur die Integration der ambulanten (und stat.)  
onkologischen Versorgung im Krankenhaus mit  
der Versorgung bei den niedergelassenen  
Onkologen / Ärzten kann zu einer deutlichen  
Optimierung der Versorgung onkologischer  
Patienten führen

- Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung garantiert alleine keine Verbesserung der onkologischen Versorgung
- Nur im Zusammenspiel mit einem integrierten Versorgungskonzept kann die ambulante onkologische Versorgung optimiert werden
- Neben den Krankenhäusern sollten die niedergelassenen Onkologen und die Hausärzte im Rahmen eines über Leitlinien definierten Versorgungspfades integriert werden

Straub 2004



# **Zusammenfassung § 116**

**Die Instrumente zur Öffnung in der Onkologie sind vorhanden**

**Die Finanzierung ist offen**

**Derzeit von Seiten der Kassen keine Anreize**



Dr. med. Wurscht

~~Alle Kassen~~

BKK für Biobäcker  
AOK Süd-Süd-Nord  
BKK für Auserwählte  
IKK für Langschläfer  
BKK Vegetariana  
BKK für Kölschtrinker  
BKK für Nasenbohrer  
BKK für Warmduscher  
BKK für Ampelgelbbremer  
BKK für Kurzhaare  
BKK für Glotzsträger

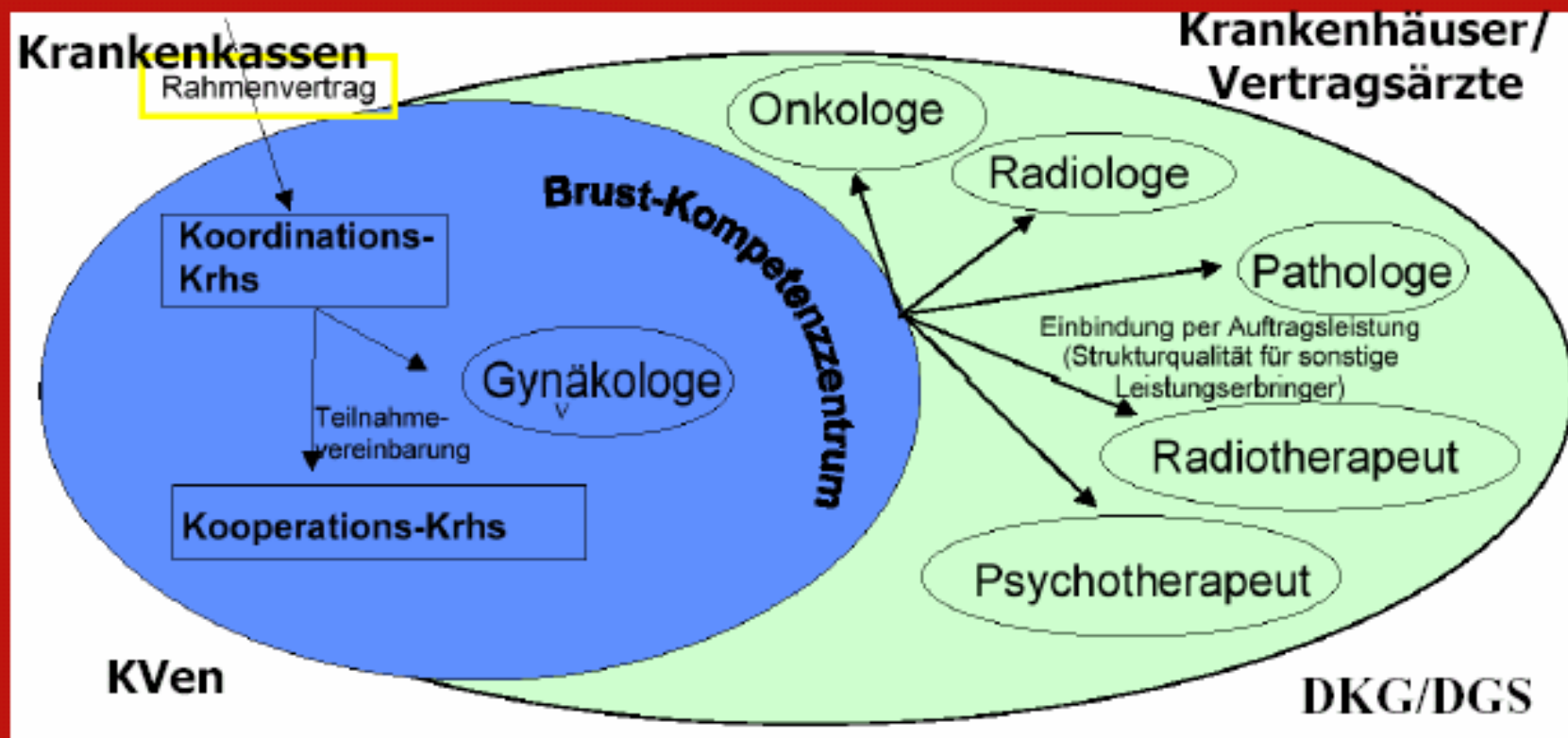


Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

- Öffnung der Krankenhäuser bei DMP's (Brustkrebs - § 116b Abs. 1):
- Teilnahme des Krankenhauses am DMP;
  - vertragliche Öffnung zur ambulanten Behandlung;
  - soweit die Anforderungen an die ambulanten Leistungserbringung im DMP die Öffnung erfordern (RSAV);
  - Vergütung (maßgeblich: gewählte Vertragsform);
  - finanzieller Anreiz -RSA-Fähigkeit

Orlowski, BMGS 2004

# Beispiele für Integrierte Versorgung : DMP-Brustkrebs Baden- Württemberg



Strenge Teilnahmebedingungen sorgen für flächendeckende Versorgung auf höchstem medizinischem Niveau.

Bamberg 2004

# **Zusammenfassung DMP**

**Grosses Interesse der Kassen (RSA)**

**viel Bürokratie**

**derzeit nur für Mamma Ca verfügbar**



→ Medizinische Versorgungszentren (§ 95):

- Neuer Anbieter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung;
- Problem: Nur im Rahmen der Bedarfsplanung;
- Kombinationsmöglichkeit zwischen MVZ eines Krankenhauses mit akut stationärer Versorgung dieses Krankenhauses (Krankenhausärzte ? § 30 Abs. 2 ÄZVO; Belegarzt)



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

Orlowski, BMGS 2004

**Kommentar:**

**Auswirkungen und Umsetzung noch ungewiss**



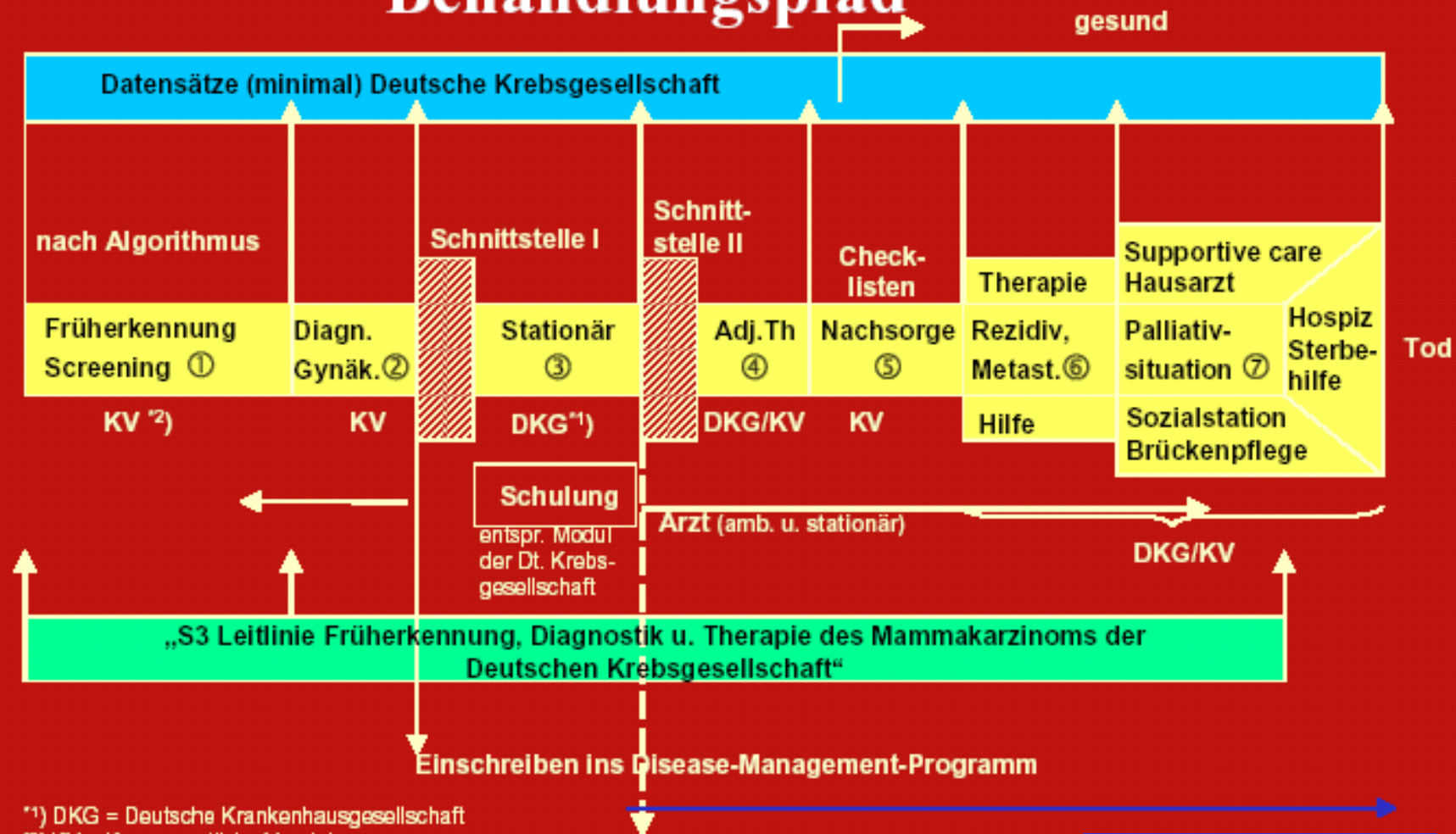
- Öffnung der Krankenhäuser bei Integrationsversorgung (§ 140b Abs. 4 Satz 3):
- “Auf der Grundlage des Zulassungsstatus” der Integrationsvertragspartner;
- nur im Rahmen “eingebrachter” Zulassungen?
- Notwendigkeit wegen Bedarfsplanung?
- Finanzieller Anreiz: Anschubfinanzierung (1%-Regel).

# Die integrierte Versorgung soll die Behandlungskette optimieren

- ❖ Krankheitskarrieren werden gesteuert
- ❖ „angemessene“ Medizin wird belohnt
- ❖ Alle Optionen werden genutzt



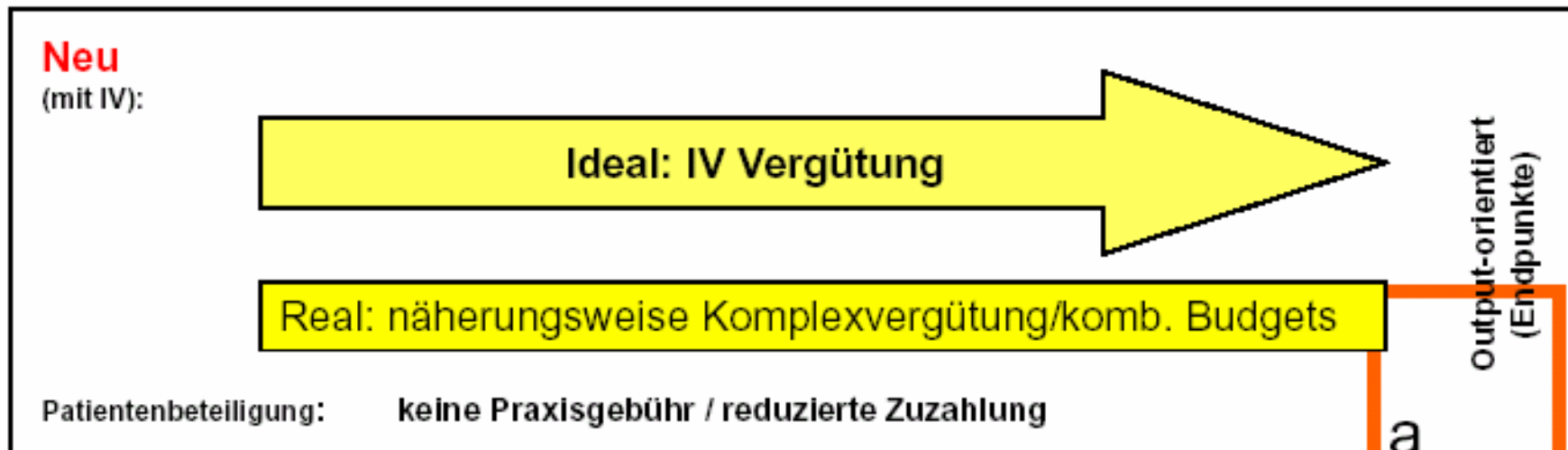
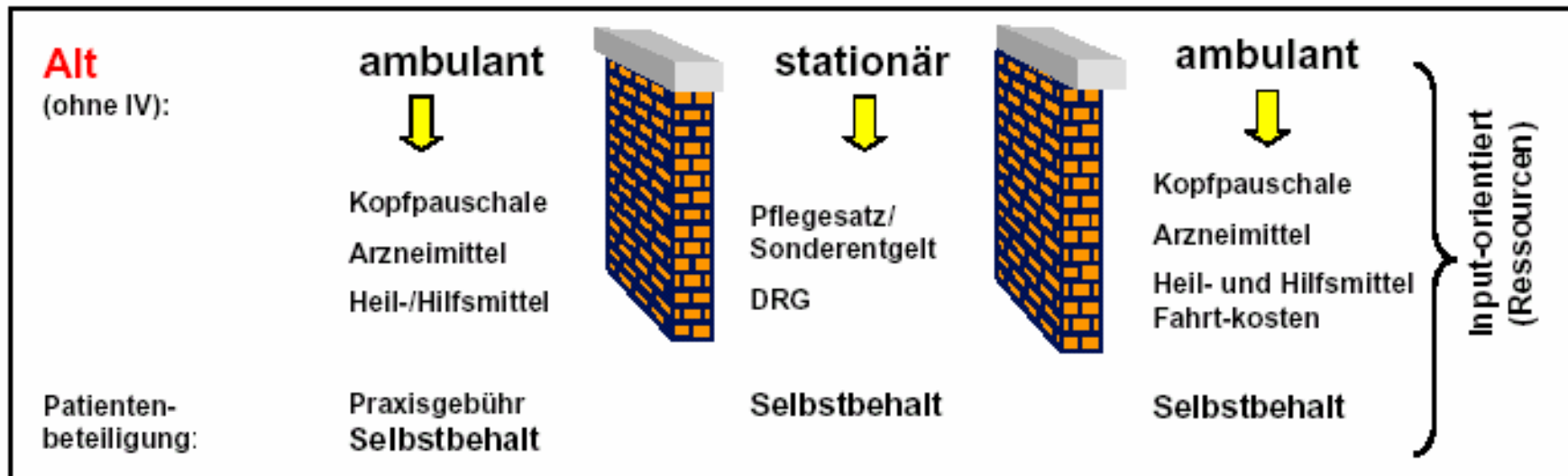
# Beispiele für Integrierte Versorgung : DMP-Brustkrebs – Orientierung am Behandlungspfad



<sup>1)</sup> DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft

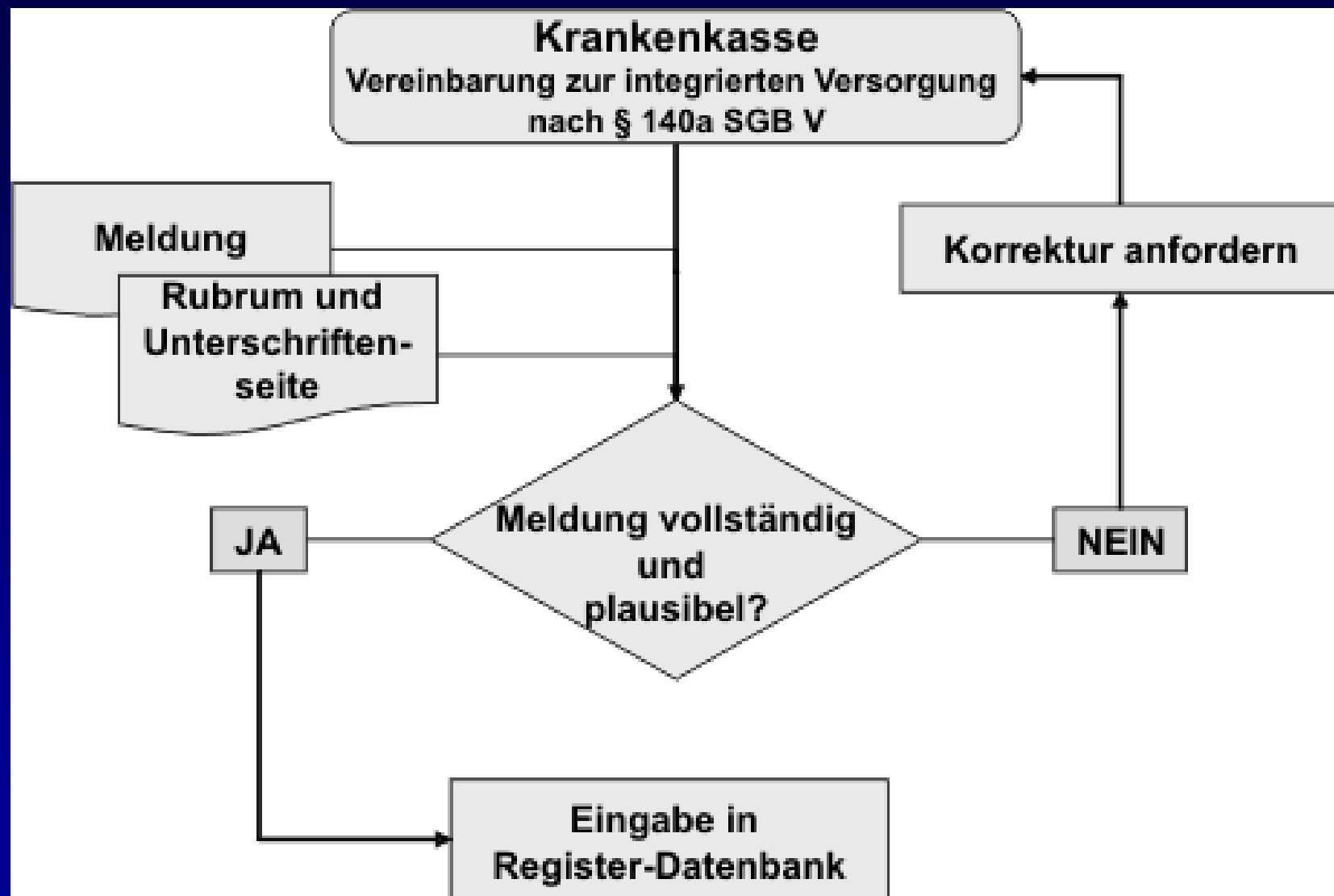
<sup>2)</sup> KV = Kassenärztliche Vereinigung

# Ökonomisches Modell der Integrierten Versorgung



DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN  
KRANKENKASSE






Registerstelle 140d Prozessablaufdiagramm Meldung

BQS-register140d - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

← Zurück → Suchen Favoriten Medien

Adresse <http://www.bqs-register140d.de/> Wechseln zu Links »

**register  
140d**

Informationen Auskunft Registrieren Vertrag Kontakt

BQS-Online

## Herzlich willkommen auf der Seite der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V vereinbart. Mit der Einrichtung und dem Betrieb der Registrierungsstelle wurde die BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH beauftragt.

Aufgabe der Registrierungsstelle ist die Erfassung der Meldungen der Krankenkassen über abgeschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V und die Erteilung von Auskünften über abgeschlossene Verträge an Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen.

Die Registrierungsstelle gibt keine allgemeinen Auskünfte zur integrierten Versorgung oder zum Stand der Umsetzung des § 140a SGB V. Bitte wenden Sie sich an die Vertragspartner, wenn Sie Informationen zur integrierten Versorgung wünschen.

Wenn Sie einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V anstreben oder als Leistungserbringer einem Vertrag beitreten möchten, wenden Sie sich bitte an die Ihnen bekannten Krankenkassen in Ihrer Region.

Start | Schmallenberg112004 | Microsoft PowerPoint - [...] | AOK Partner Krankenha... | BQS-register140d - ... | 13:58

# **Zusammenfassung § 140**

**Interesse von allen Beteiligten**

**die Umsetzung im Bereich der Onkologie ist schwierig**

**- Garantie ?**

**- Reha Träger KV / RV**

**die Laufzeit ist begrenzt**

**Abschlüsse eher auf Gernzkostenbasis**

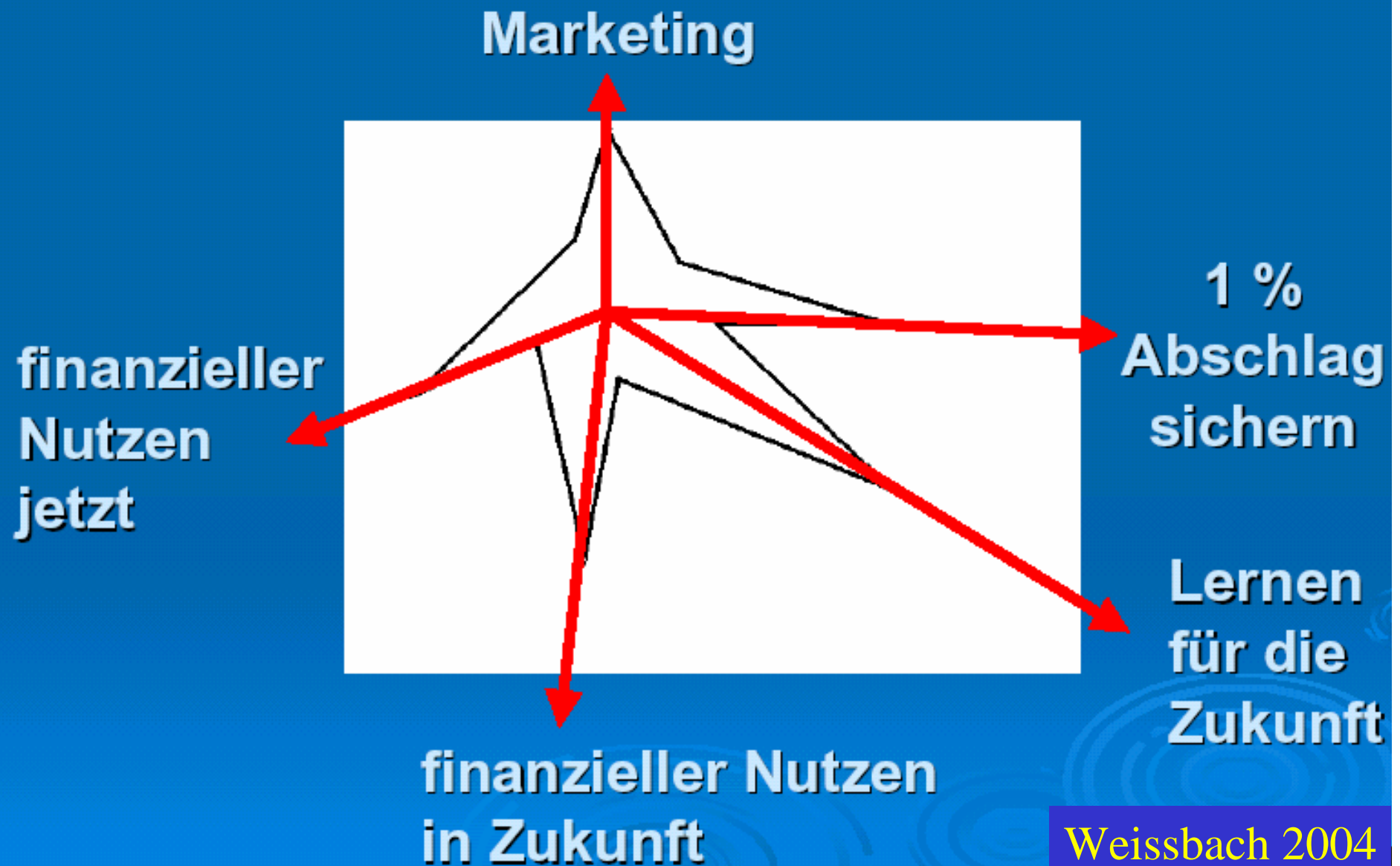
**Interessant bei Überkapazitäten**

**bisher (11/04) 164 Abschlüsse / insges 64 Mio EUR**



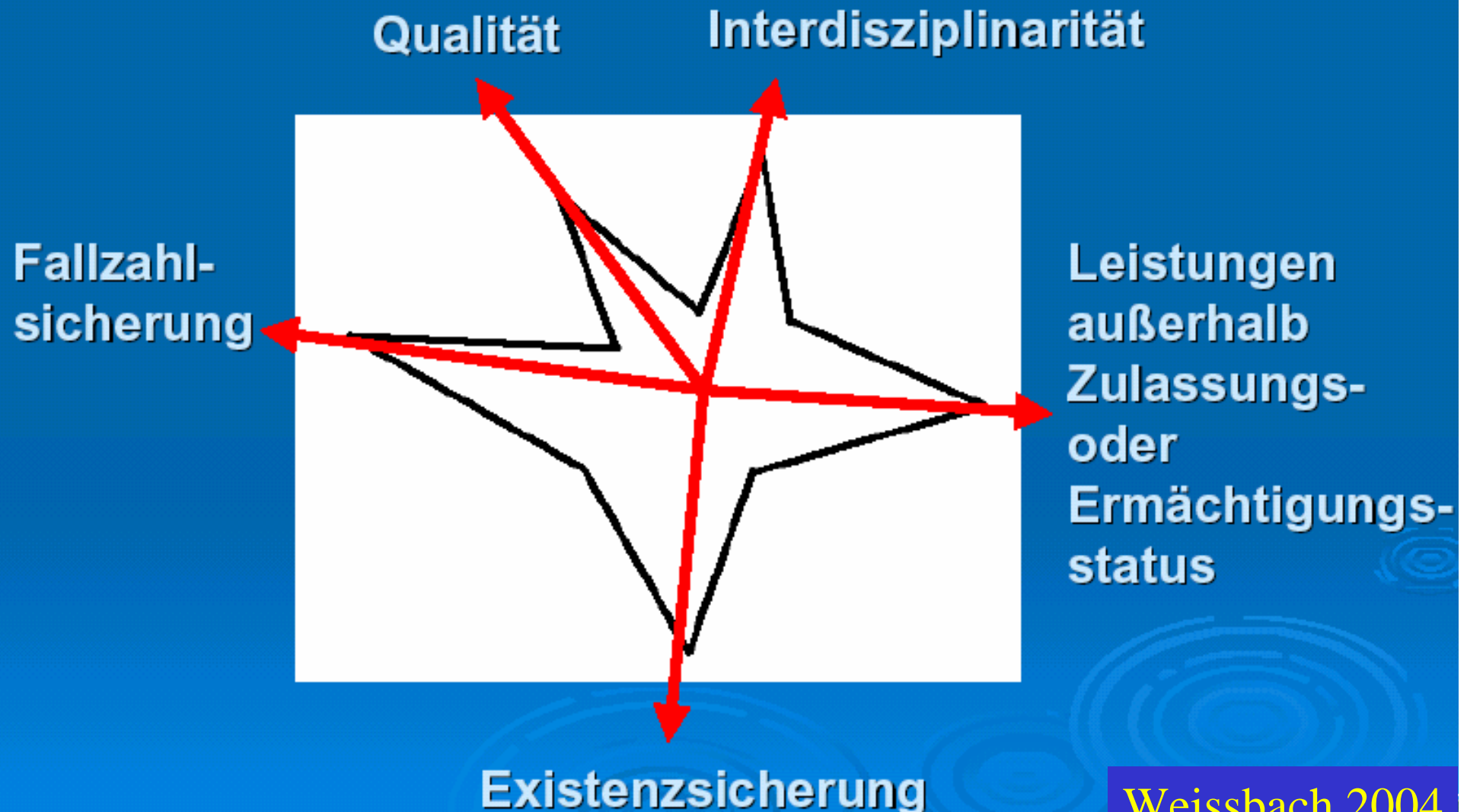
- GMG: Breite Gestaltungsmöglichkeiten für Neudefinition der Schnittstellenfrage;
- spezifischer Behandlungsbedarf von chronischen Krankheiten, Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf kann vertraglich erfasst werden;
- insbesondere die Kombination der verschiedenen vertraglichen Öffnungsmöglichkeiten führt zum gewollten Ergebnis:
- Verbesserung von Qualität und Effizienz durch Änderung von Versorgungsstrukturen im Interesse der Patienten und Patientinnen.

# Interessen der Krankenkassen

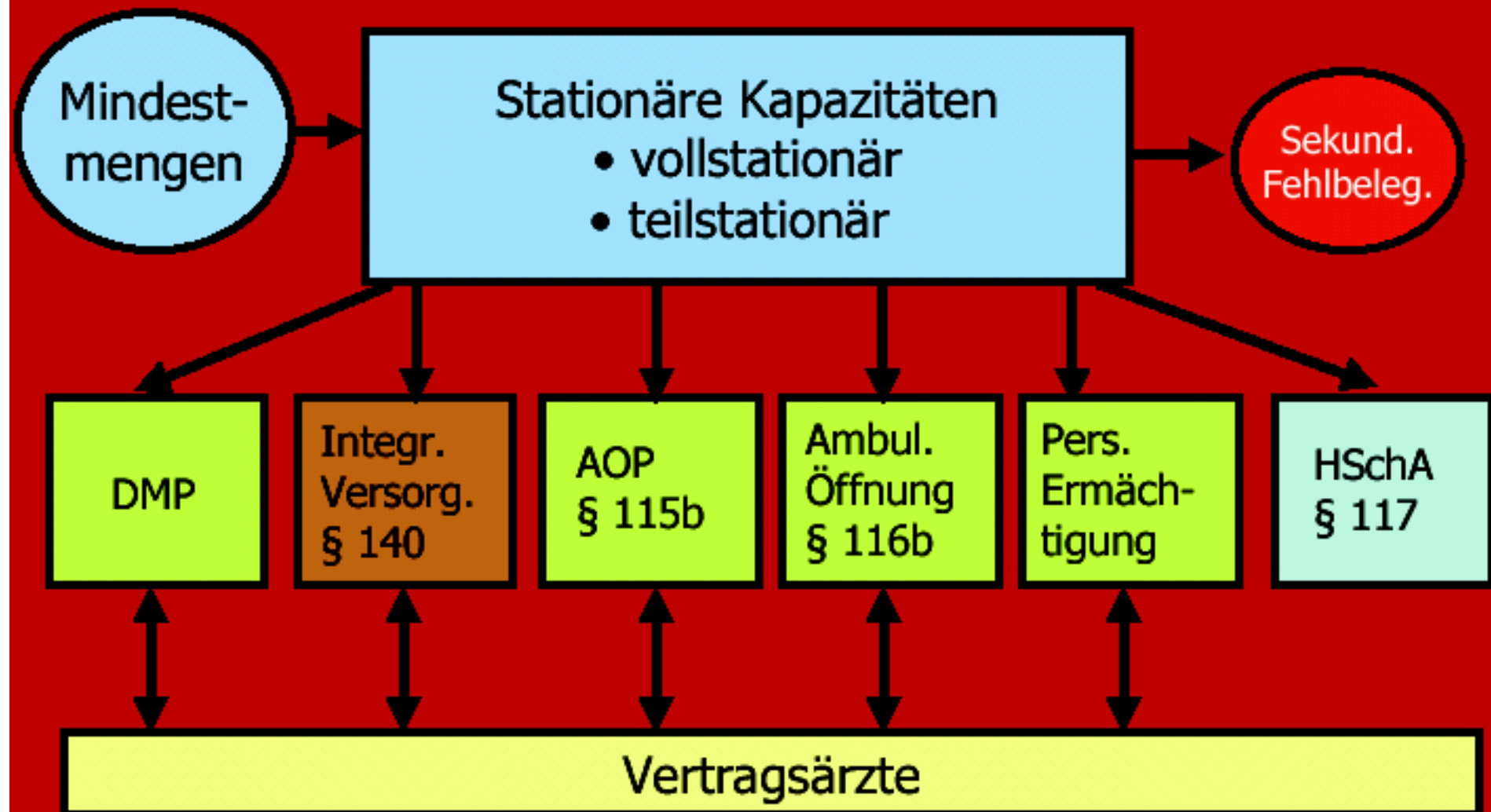




# Interessen der Leistungserbringer



# Sektorübergreifende Versorgung:



# FAZIT

das GMG bietet neue Möglichkeiten  
die Umsetzung ist noch schleppend  
Geburtsfehler sollten noch behoben werden  
Kreativität ist gefragt  
es bleibt spannend !

# Exkurs Innovationen und GKV

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 22.7.2004, B 3 KR 21/03 R

...Aus alledem folgt, dass die stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten nicht von der GKV zu vergüten ist, solange sie der klinischen Prüfung eines nicht zugelassenen Arzneimittels dient, ohne dass es darauf ankommt, ob die Arzneimittelstudie dabei "im Vordergrund" der Behandlung steht oder nicht. ....

**„Wenn wir bewahren wollen,  
was wir haben  
werden wir  
viele verändern müssen“**

J.W. von Goethe





**Ein gesundes System ist ganz leicht zu durchschauen.**