

Krankenhaus-Report 2005

Schwerpunkt: Wege zur Integration

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt

Zusammenfassung

Zusammenfassung Krankenhaus-Report 2005 – Wege zur Integration

1 Wege zur Integration – Die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven (Editorial)

Henner Schellschmidt, Jürgen Klauber und Bernt-Peter Robra

In immer neuen Anläufen versuchen Gesetzgeber, Krankenkassen und einzelne Leistungserbringer, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie innerhalb der Sektoren aufzubrechen und zu einer verbesserten Re-Integration im Dienste der Patienten zu gelangen. Neue Hoffnungen knüpfen sich an die im Jahr 2004 mit dem GMG verabschiedeten §§ 140a-d SGB V, die mit weitgehender Vertragsfreiheit und einem definierten Budgetvolumen die integrierte Versorgung voranbringen sollen. Medizinische Versorgungszentren, neue Netzideen im ambulanten Bereich, Komplexpauschalen zur integrierten Vergütung von Krankenhaus und Reha lauten einige der Stichworte in der Diskussion. Mit seinem Schwerpunkt "Wege zur Integration" behandelt der Krankenhaus-Report 2005 Perspektiven und Schwierigkeiten der Integration im Gesundheitswesen.

2 Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik

Volker Eric Amelung und Katharina Janus

Nachdem der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes erhebliche finanzielle Anreize gesetzt hat und gleichzeitig eine Abkehr von kollektiv orientierten Verträgen ermöglicht hat, ist die integrierte Versorgung in Deutschland im zweiten Anlauf in Fahrt gekommen. Grundsätzlich lässt sich differenzieren zwischen Produktintegration und Institutionenintegration. Zur Produktintegration gehören sowohl Ansätze des Disease Managements als auch sektor- und/oder disziplinenübergreifende Komplexpauschalen. Institutionenintegration umfasst horizontale und vertikale Integration. Beide Integrationsformen können in unterschiedlichen institutionellen Arrangements organisiert werden.

3 Perspektiven der Integrierten Versorgung in Deutschland – Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgabe der Integration aus Sicht der Politik

Franz Knieps

Durch die Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber mit der integrierten Versorgung neben die kollektivvertraglich gestaltete Regelversorgung eine weitere Versorgungsform gestellt, die die historische Trennung unterschiedlicher Versorgungsbereiche überwinden soll. Der gute Wille blieb jedoch weitgehend folgenlos, da die Finanzierung neuer Versorgungsformen bürokratisch geregelt war und die Akteure nicht daran dachten, Finanzmittel für neue Versorgungsformen zur Verfügung zu stellen. Der Gesetzgeber sah sich deshalb erneut genötigt, den rechtlichen Rahmen für die integrierte Versorgung umzugestalten und zusätzliche ökonomische Anreize zu setzen. Dabei ist es zu eng, lediglich die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz neu gefassten Vorschriften der §§ 140 a bis 140 d SGB V zu betrachten. Der Blick muss auf alle neuen Versorgungsformen ausgeweitet

und Änderungen im Vertragsarztrecht, Krankenhausrecht und Kassenorganisationsrecht müssen in eine Gesamtbetrachtung einbezogen werden.

4 Versorgungsteuerung über Vergütungsanreize: Braucht integrierte Versorgung integrierte Vergütung?

Günter Neubauer

Das wohl entscheidende Hindernis für eine verbreitetere integrierte Versorgung liegt in der sektorspezifischen Vergütung. Da aber kein Sektor gerne Budgetmittel abgeben will, erfolgt keine systemoptimale, sondern lediglich eine sektoroportimale Leistungserstellung. Will man die sektorale Budgetierung als Integrationshindernis abbauen, so sollte den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, globale Kassenbudgets zu bilden, innerhalb derer die Vergütung für Versorgungsketten integriert werden kann. Es bleibt das technische Problem, welche Formen der integrierten Vergütung am geeignetsten sind. Zur Auswahl stehen Koordinationspauschalen, Komplex- und Episodenpauschalen, Pauschalen für eingeschriebene Versicherte, kombinierte Budgets und Pauschalen für einen Generalunternehmer. Ein zusätzliches Hindernis für die Einführung integrierter Versorgungsformen ist, dass die Vergütungssysteme der einzelnen Sektoren sich grundlegend voneinander unterscheiden.

5 Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung

Wilhelm F. Schröder und Karsten Zich

Das Krankenhaus als Betrieb hat hervorragende Voraussetzungen dafür, den Prozess der Integration in der medizinischen Versorgung in Deutschland voranzutreiben. Eine zentrale Voraussetzung, um die Ziele der Integration zu erreichen, ist allerdings die synchrone Integration von Behandlung, betrieblicher Organisation und Vergütung. Diese Einheit kann nur ein Unternehmen erreichen, das die verschiedenen zu integrierenden Versorgungsbereiche in seiner Direktionshoheit umschließt. Dieses Unternehmen ist allerdings etwas anderes als ein Krankenhaus: ein "Gesundheitsunternehmen". Es verfolgt nicht die gleichen ökonomischen Interessen wie ein Krankenhaus.

6 Integrierte Versorgung als Option in der räumlichen Versorgung

Thomas Jendges, Peter Oberender, Marc Jasper und Jan Hacker

Besonders in strukturschwachen Teilen der neuen Bundesländer droht massive ärztliche Unterversorgung. Durch die Nutzung neuer Versorgungsformen des GMG im Sozialgesetzbuch V (Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren) können Strukturen etabliert werden, die bei der Behebung dieses Defizits helfen. Ein konkretes Modell in Brandenburg sowie ein überregionales Modell des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen werden als Optionen gegenübergestellt. Beiden ist gemeinsam, dass hier nicht mehr nur einzelne Indikationen, sondern die weitgehende Vollversorgung der Bevölkerung einer Region im Mittelpunkt der Konzepte steht.

7 Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland

Klaus Jacobs und Sabine Schulze

Ziel dieses Beitrags ist die Darstellung der Entwicklungen von Managed Care und Ansätzen integrierter Versorgung in den USA sowie eine Analyse dieser Entwicklungen vor dem Hintergrund des US-amerikanischen Systemkontexts. Zum einen soll damit ein besseres Verständnis – vor allem der unterschiedlichen Dimensionen – von Managed Care und integrierter Versorgung an sich erreicht werden. Zum anderen sollen (mögliche) Kausalitäten zwischen US-Ergebnissen und Besonderheiten des US-Systems deutlich werden, sodass auf dieser Grundlage Rückschlüsse für die deutsche Diskussion über Managed Care – respektive „Wettbewerb“ und „Integration“ – gezogen werden können. Das methodische Vorgehen stützt sich dabei auf eine Review der aktuelleren US-amerikanischen und deutschen Literatur über Managed Care.

8 Integrative Versorgungsplanung

Hans-Heinrich Rüschemann, Andrea Roth und Christian Krauss

Die integrative Versorgungsplanung ist eine Weiterentwicklung der bisherigen Krankenhausplanungen in vier Bereichen: (1) Leistungsorientierung: Der zukünftige Leistungsbedarf wird über DRG-bezogene Fallzahlen bestimmt und ist damit kompatibel mit der leistungsorientierten DRG-Finanzierung. (2) Integrierte Patientenkarrieren: Patientenkarrieren zeigen den Weg durch das System der Krankenhäuser und auch der vor und nach einem Krankenhausaufenthalt erfolgten Behandlungen. Kooperations- und Strukturdefizite der Versorgung können so aufgedeckt werden. (3) Ausgaben/Kosten: Die zu erwartenden Ausgaben/Kosten der zukünftigen Krankenhausversorgung sowie der zugehörigen Investitionskosten können kalkuliert werden – die finanzielle Umsetzbarkeit der Planung ist zu prüfen. (4) Interaktion: Die Analysen zur integrativen Versorgungsplanung können nur gemeinsam mit dem Auftraggeber durchgeführt werden. Politische Entscheidungen aufgrund zukünftiger Bedarfzahlen (Prognose) können in ihren Auswirkungen für alle Beteiligten simuliert werden.

Über einen Gutachtenauftrag im Kanton Bern/Schweiz können wesentliche Aspekte einer integrativen Versorgungsplanung umgesetzt werden. Methodik, Prognose- und Simulationsergebnisse können einen Beitrag zur Neuorientierung der Krankenhausplanung in Deutschland leisten.

9 Gleiche Erwartungen, unterschiedliche Dispositionen – niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte im Spiegel systematischer Fallvignetten

Bernt-Peter Robra, Helga Kania, Oliver Kuß, Katrin Schönfisch und Enno Swart

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte sollten über die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten keine stark unterschiedlichen Ansichten haben. Mit dem Ziel, Determinanten ärztlicher Einweisungs- bzw. Aufnahmeentscheidungen an der ambulanten-stationären Schnittstelle genauer zu beschreiben, wurden typisierte Fallbeschreibungen (Vignetten) für zwei exemplarische Versorgungsprobleme entwickelt: Oberbauch- und Unterbauch-Beschwerden. Die Einweisungsdringlichkeiten wurden mit Hilfe von klinischen Scores und Leitlinien abgestuft. Eine regionale Stichprobe niedergelassener Ärzte und Krankenhausärzte wurde schriftlich gebeten, je zehn Oberbauch- und Unterbauch-Vignetten zu beurteilen. Der Rücklauf lag bei 27,1 %; 7.069 Oberbauch- und 7.026 Unterbauch-Vignetten waren auswertbar.

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte schätzten Krankheitswahrscheinlichkeiten, die in hohem Maße übereinstimmten. Wachsende erwartete Krankheitswahrscheinlichkeiten gingen mit höheren Einweisungs- bzw. Aufnahmezeiten ins Krankenhaus einher. Das Muster der Merkmale, die als entscheidungserheblich angegeben wurden, war in beiden Arztgruppen ähnlich. Die Häufigkeit veranlasster Krankenhausaufenthalte reproduzierte die vorgegebenen Vignettenstufen. Allerdings war die Wahrscheinlichkeit, einen Krankenhausaufenthalt zu veranlassen, bei den Krankenhausärzten ceteris paribus deutlich höher als bei den niedergelassenen Ärzten.

Fallvignetten sind eine praktikable Sonde, um Versorgungsentscheidungen experimentell zu untersuchen. § 39 SGB V ordnet den Krankenhausärzten die letzte Entscheidung für die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts zu. Da Krankenhausaufenthalte im ambulanten Sektor zurückhaltender veranlasst werden als im stationären, lässt diese Regelung kaum steuernde Wirksamkeit im Hinblick auf primäre Fehlbelegung erwarten.

10 Rechtliche Aspekte der Qualitätstransparenz im stationären Bereich – Möglichkeiten zur Schaffung von Instrumenten für mehr Informationen und Wissen

Roland Flasbarth und Robert Francke

Das „gläserne Krankenhaus“ ist der Traum der Krankenkassen, die sich fundierte Entscheidungen bei der Auswahl ihrer Vertragspartner erhoffen – und der Albtraum einiger Krankenhausträger, die öffentliche Diskussionen über ihre qualitative Leistungsfähigkeit befürchten. Der Beitrag stellt die rechtlichen Positionen der Beteiligten dar. Es wird die Frage untersucht, ob und unter welchen Voraussetzungen Qualitätstransparenz außerhalb der aktuell normierten Instrumente etwa durch die Kassen selbst geschaffen werden kann. Die rechtlichen Möglichkeiten, die Krankenhäuserträger ausschöpfen können, wenn sie von Kassen erstellte Qualitätsvergleiche als Marketing-Instrument nutzen wollen, werden dargestellt.

11 Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004)

Jörg Friedrich und Christian Günster

Mit der DRG-Vergütungsreform in Deutschland ist die Zielsetzung verbunden, die Leistungs- und Kostentransparenz der stationären Versorgung deutlich zu verbessern. Die im Gesetz formulierte Verpflichtung zur Evaluation der DRG-Einführung wurde bislang noch nicht eingelöst. In diesem Beitrag wird das stationäre Leistungsgeschehen für AOK-Versicherte vor und während der DRG-Einführung 2002 bis 2004 analysiert. Auf Basis von ca. 16,8 Millionen Fällen werden die Effekte relevanter Einflussfaktoren auf zentrale Kenngrößen wie Fallzahl, DRG-Leistungsvolumen (Casemix) und gemittelter Fallschwere (Casemix-Index) herausgestellt. Die Analyse basiert zum einen auf der Zeitreihenbetrachtung ausgewählter Einflussfaktoren unter besonderer Würdigung der Kodierung. Zum anderen erfolgt eine Strukturanalyse durch die Anwendung der für den Arzneimittelmarkt etablierten Methode der Komponentenerlegung, die hier erstmals unter Verwendung der DRG-Systematik für den stationären Leistungssektor eingesetzt wurde. Die Komponentenerlegung entspricht dem Konzept der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (Indexanalyse) und untergliedert durch Bildung einzelner Indexwerte die Casemixveränderung in Teileffekte. Im Ergebnis liegen mit diesem Beitrag erstmals weitergehende, auf breiter Datengrundlage stehende Erkenntnisse zur Entwicklung des Casemix und seiner Determinanten in Deutschland unter DRGs vor.

12 Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten – Status quo und Szenarien

Martin Spangenberg und Alexander Schürt

Der Beitrag befasst sich mit raumordnerischen Aspekten der stationären medizinischen Versorgung als wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge. Im Mittelpunkt stehen Ergebniskarten von Erreichbarkeitsanalysen, die regionale Unterschiede in der Krankenhausversorgung sowie mögliche Auswirkungen von räumlichen Konzentrationsprozessen in der deutschen Krankenhauslandschaft modellhaft untersuchen. Die vorgestellten Analysen sind auf die regionale Bedeutung von Krankenhausstandorten und die Bereitstellung von Sicherstellungszuschlägen im Zusammenhang mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen ausgerichtet. Aus raumordnerischer Sicht nimmt die Ebene der Mittelzentren innerhalb des Zentrale-Orte-Konzepts für die wohnortnahe Versorgung mit Krankenhäusern der Grundversorgung eine Schlüsselrolle ein.

13 Krankenhauspolitische Chronik: 2004 (August) bis 2005 (Juli)

Jutta Visarius und Andreas Lehr

Die krankenhauspolitische Chronik wird bis zum Juli 2005 weitergeführt. Auf der CD-ROM setzt die Chronik im Jahr 2000 ein. Zu den Ereignissen ab dem Jahr 2004 stehen Dokumente zum Herunterladen zur Verfügung.

14 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2003

Sebastian Rolland

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik für das Berichtsjahr 2003 zusammen. Die Krankenhausstatistik ist eine jährliche Vollerhebung, die seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführt wird. Befragt werden Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die im Rahmen dieser Erhebung auskunftspflichtig sind. Dargestellt werden die Ergebnisse zu den Grunddaten (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal) und den Kostendaten (Sach- und Personalkosten) der Krankenhäuser. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden erstmals in einem eigenen Kapitel betrachtet (siehe Kapitel 15).

15 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2003

Sandra Schulte

Die Diagnosen der Krankenhauspatienten bilden das gesamte vollstationäre Geschehen in den deutschen Krankenhäusern ab. Dieser Beitrag beschreibt die Ergebnisse der Diagnosedaten der Krankenhauspatienten. Diese amtliche Statistik wird seit 1993 jährlich als Totalerhebung durchgeführt. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind auskunftspflichtig. Erfasst werden alle Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen werden. Im Jahr 2003 waren dies insgesamt 17,3 Mio. Patienten. Erstmals seit Beginn der bundeseinheitlichen Diagnosestatistik ist damit die Fallzahl im Vorjahresvergleich gesunken. Die Daten werden nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Fachabteilungen dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demographischen Effekt bereinigt.

16 Wodurch ist die Veränderung der geburtshilflichen Diagnosehäufigkeiten in der Krankenhausdiagnosestatistik zu erklären?

Günther Heller und Stephan Schmidt

Die im Kapitel 15 vorgestellten Statistiken der Entlassdiagnosen von (vollstationären) Krankenhauspatienten zeigen zum Teil überaus deutliche Veränderungen im Zeitraum 2001 – 2003. Sowohl relativ als auch absolut finden sich dabei die stärksten Veränderungen im geburtshilflichen Bereich (O-Diagnosen), während sich im (medizinisch) benachbarten Bereich der „Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P-Diagnosen) vergleichsweise geringe Veränderungen der kodierten Hauptdiagnosen zeigen.

17 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2003

Sebastian Rolland

In diesem Beitrag werden Ergebnisse für 2003 zu Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland dargestellt. Sie gehören neben den Krankenhäusern zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Das Angebot der Einrichtungen wird durch eine sachliche, personelle und fachlich-medizinische Komponente bestimmt. Informationen über diese Leistungskomponenten sowie zur Inanspruchnahme der Leistungen liefern die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus stehen ab 2003 differenziertere Ergebnisse zur Diagnose- und Patientenstruktur in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten zur Verfügung, denn mit der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Berichtspflicht im Rahmen der Diagnosestatistik auf die genannten Einrichtungen ausgedehnt. Dem zunehmenden Informationsbedürfnis und steigenden Informationsumfang im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation wird hiermit durch einen eigenen Beitrag Rechnung getragen.

18 Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2004

Das Directory deutscher Krankenhäuser basiert auf der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Der Darstellung liegen Vereinbarungsdaten aus dem Budgetjahr 2004 zugrunde. Es handelt sich also nicht um die tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Einrichtung. Der Datenstichtag ist der 8.8.2005. Insgesamt werden 1.694 Krankenhäuser vorgestellt. Zur DRG-Klassifizierung wurde der Katalog 2004 verwendet.

Die Darstellung erfolgt nach Bundesländern und innerhalb der Länder nach Ortsnamen. Dies folgt der Logik landesweiter Basisfallwerte und erlaubt entsprechende Sichten und Vergleiche auf Landesebene. Für jedes Bundesland werden in einer Zeile entsprechend die gewichteten Mittelwerte zu BFW, CMI, Anteile der Partitionen an Gesamtfällen, Leistungsdichte Basis-DRG und Top MDC dargestellt.