

Prospektive Berücksichtigung von Verlagerungsprozessen in Krankenhaus-Budgetverhandlungen

**Fachtagung „Ambulant vor stationär“
am 8. September 2014 in Berlin**

**AGENON Gesellschaft für Unternehmensentwicklung
im Gesundheitswesen mbH Berlin
Friedrichstr. 94 10117 Berlin**

AGENDA

- I. Ausgangspunkt und Fragestellung
- II. Vorschlag für das Vorgehen
- III. Voraussetzungen
- IV. Hemmnisse
- V. Fazit

I Ausgangspunkt und Fragestellung

- Annahme:
Für eine Region z ist bezogen auf die dortige Wohnbevölkerung festgestellt worden, dass in der abgelaufenen Periode eine Verlagerung von der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung erfolgt ist.
- Fragestellung:
Wie kann diese regions- und bevölkerungsbezogen festgestellte Verlagerung den behandelnden Krankenhäusern (einzeln) zugerechnet werden (welche Methoden)?
- Die Methoden sollen Schiedsstellen- und SG-fest sein.

I Ausgangspunkt und Fragestellung

§ 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V:

- Veränderungen des Umfangs vertragsärztlicher Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor sind bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen
- Aufsatzwert für die Anpassung ist der Behandlungsbedarf aller Versicherten mit Wohnort in der jeweiligen KV-Region im Vorjahr

I Ausgangspunkt und Fragestellung

Konzeptionell-methodischer Zugang:

1. Zeitbezug:

Durch Verlagerungen bedingte Veränderungen der Leistungsmengen in **zeitlich zurückliegenden Perioden** werden in der Vergütung für die Folgeperiode berücksichtigt

2. Bevölkerungsbezug:

Wohnortprinzip; Veränderungen der Leistungsmengen bei der Versorgung der **Versicherten mit Wohnort in der betrachteten Region**

I Ausgangspunkt und Fragestellung

Vollständig anderer konzeptionell-methodischer Zugang im Krankenhausbereich:

1. Zeitbezug:

- Jeder behandelte Fall wird nach Abschluss der Behandlung in Rechnung gestellt und bezahlt
- Trivialerweise gilt: Für (komplett) in den ambulanten Bereich verlagerte Fälle werden keine Rechnungen gestellt
- Prospektive Ausrichtung der Budgetverhandlungen (§ 18 Abs. 3 S. 1 KHG und § 11 Abs. 1 S. 2 KHEntG)

I Ausgangspunkt und Fragestellung

- ➔ Verlagerungsaspekt kann nur zeitlich vorwärtsgewandt in die Budgetverhandlungen eingebracht werden (im Sinne zukünftig ausgeschöpfter Verlagerungspotenziale)

I Ausgangspunkt und Fragestellung

2. Bevölkerungsbezug:

- Kein dem vertragsärztlichen Bereich vergleichbares bevölkerungsbezogenes Konzept
 - Statt Bevölkerungsbezug gilt „Hausbezug“:
 - Für die Vergütung bzw. ihre Anpassung spielt es keine Rolle, woher die Patienten stammen (wo sie wohnen)
 - verhandelt wird ausgehend von den im aktuellen Jahr im „Haus“ behandelten Fällen und den darauf aufbauend geplanten Fallzahlen im Folgejahr
- ➔ Wie können regional- und bevölkerungsbezogen verifizierte *Verlagerungspotenziale* in die hausbezogenen Verhandlungen eingebracht bzw. „übersetzt“ werden?

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 1: Auswahl Krankheitsgruppen

Auswahl bspw. nach:

- Indikationsgruppen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle
- Innovationen in Versorgungsangeboten, Versorgungsprozessen (Schwerpunktpraxen, DMP, SAPV)
- ...

Im Projekt: Exemplarische Auswahl im Lenkungsgremium für die weiteren Arbeiten

- DMG 30 – Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
- DMG 50 – Diabetes mellitus
- DMG 179 – Ischämische Herzkrankheiten

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

**Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)**

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 2: Spezifikation verlagerungssensitiver Parameter der Inanspruchnahme

- DMG 30 – Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane:
exemplarische Auswahl von 17 DRGs als
verlagerungssensitiv
- DMG 50 – Diabetes mellitus:
exemplarische Auswahl von 32 DRGs als
verlagerungssensitiv
- DMG 179 – Ischämische Herzkrankheiten
exemplarische Auswahl von 45 DRGs als
verlagerungssensitiv

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 3: Quantifizierung der Parameter

- Regional differenzierte Auszählung der Fallzahlen der betreffenden DRGs für einen mehrjährigen Zeitraum nach dem Wohnort der Patienten
 - Bund gesamt
 - Land
 - Kreisregion
- Berücksichtigung von Veränderungen im DRG-Katalog
- Einheitliche Adjustierung, zumindest nach Alter und Geschlecht (um die Regionalauswahl in nachfolgendem Schritt 4 vorzubereiten)

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

**Schritt 4:
Regionalauswahl**

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 4: Regionalauswahl

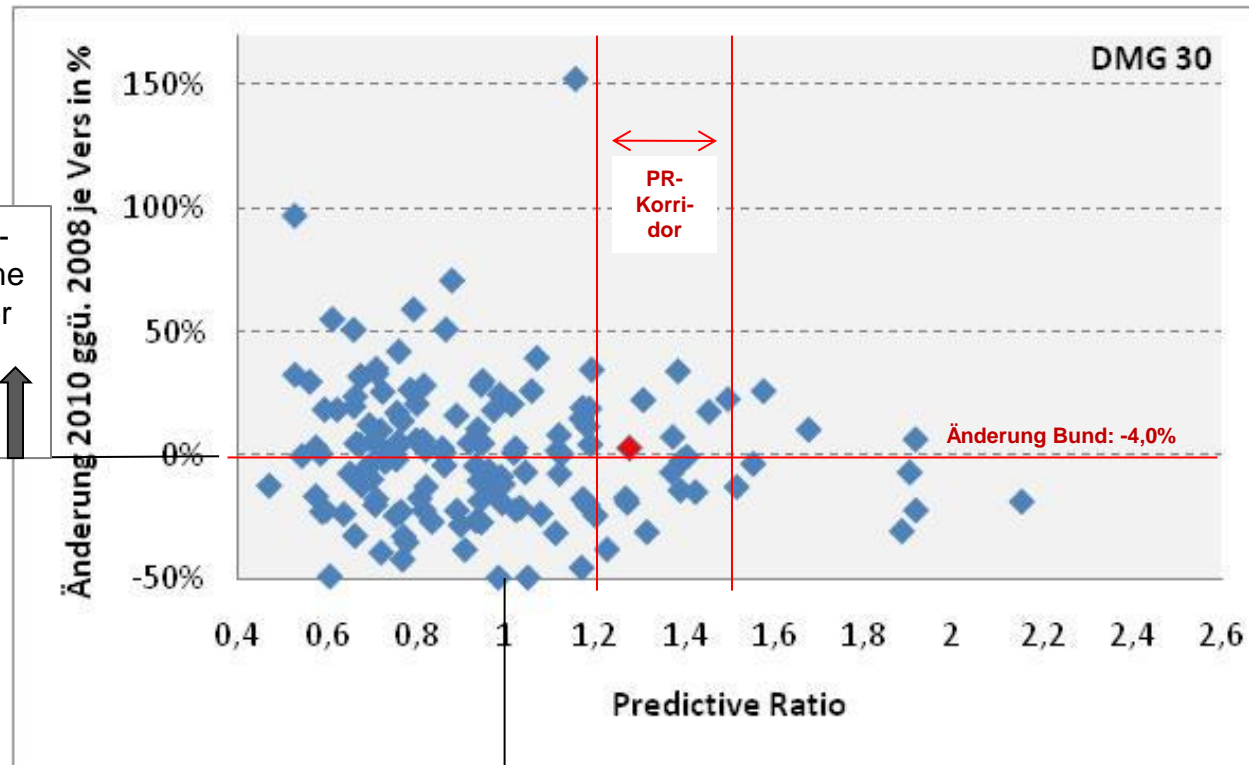
Im Projekt für die weitere Untersuchung zu Grunde gelegte Auswahlkriterien:

- Mindestens 20T BARMER GEK-Versicherte
- Überschaubare Anzahl von Krankenhäusern in der Region (nicht mehr als 3) bei gleichzeitig hoher Konzentration der Fälle auf diese Häuser
- Stärkerer Zuwachs der Fallzahl (je Vers.) im Zeitraum 2008 bis 2010 als im Bundesdurchschnitt
- Durchgängig erhöhte IST-Fallzahlen als nach Maßgabe der Alters- und Geschlechtsstruktur zu erwarten ($PR > 1$)

Schritt 4: Regionalauswahl

DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

(nur Kreisregionen mit 20T BARMER GEK-Vers. und mehr)



Indirekte A+G-Adjustierung auf die Versicherten der BARMER GEK insgesamt; stationäre Fallhäufigkeit IST und ERW gemittelt über den Zeitraum 2008 bis 2010

PR <1: Stationäre Fallzahl IST liegt niedriger als stationäre Fallzahl ERW

PR =1: Stationäre Fallzahl IST entspricht stationärer Fallzahl ERW

PR >1: Stationäre Fallzahl IST liegt höher als stationäre Fallzahl ERW

Fallzahl IST liegt höher als Fallzahl ERW

Schritt 4: Regionalauswahl

DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

	2008	2009	2010
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
Kreisregion Bielefeld			
Versicherte der BARMER GEK	31.597	31.441	31.376
Verlagerungssensitive DRG-Fälle			
Region gesamt	147	145	171
je 100 Versicherte Region	0,47	0,46	0,55
je 100 Versicherte Bund	0,35	0,34	0,32
Abweichung Region von Bund in vH	+34%	+35%	+71%

Im Jahr 2008 lag die stat. FZ der exemplarisch als verlagerungssensitiv eingestuften DRG um 34% über dem Bundesdurchschnitt

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

**Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten**

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 5: Aufarbeitung ambulanter Angebote und Behandlungsmöglichkeiten

- Vom Projekt nicht erfasst
- Sonderauswertung von KBV und ZI zur Arztdichte in der Freien Kreisstadt Bielefeld, in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland je 100.000 Einwohner; an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (inklusive Ermächtigte; Stichtag 31.12.2010)

Schritt 5: Aufarbeitung ambulanter Angebote und Behandlungsmöglichkeiten

DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	Kreisfreie		
	Stadt Bielefeld	Nordrhein-Westfalen	Deutschland
Einwohner:	323.270	17.845.154	81.751.602
Hausärztinnen und -ärzte	60,94	62,58	66,41
darunter:			
mit Weiterbildung im SP Gastroenterologie	0,31	0,45	0,30
mit Weiterbildung im TG Hämatologie	0	0,02	0,03
mit Weiterbildung im SP Hämatologie und (Internistische) Onkologie	0	0,31	0,23
Fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten (inkl. Lungenärzte)	18,25	12,50	13,69
darunter:			
ohne Schwerpunkt	2,47	2,10	3,29
SP Gastroenterologie	3,09	2,04	1,87
TG Hämatologie	0	0,07	0,08
SP Hämatologie und (Internistische) Onkologie	1,24	1,09	1,09
sonstige SP	11,45	7,20	7,36
Alle sonstigen Fachgebietsärzte und übrige Arzt- und Psychotherapeutengruppen	186,53	110,97	110,46
Arzt- und Psychotherapeutengruppen insgesamt	265,72	186,06	190,55

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

**Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“**

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 6: Bestimmung von „Ziel-Krankenhäusern“

- Feststellung der Verteilung der stationären Fälle von Versicherten mit Wohnort in der Kreisfreien Stadt Bielefeld auf die Krankenhäuser in der Region und Krankenhäuser außerhalb

	Verlagerungssensitive DRG-Fälle 2010	
	absolut	in Prozent
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane		
Kreisfreie Stadt Bielefeld		
Region gesamt	171	
Krankenhaus A	38	22%
Krankenhaus B	68	40%
Krankenhaus C	59	35%
Außerhalb	6	4%

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

**Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen**

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

Schritt 7: Zielbildung auf der Basis von Vergangenheitswerten und Prognosen

	2008	2009	2010	Prognose 2011
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane				
Kreisregion Bielefeld				
Versicherte der BARMER GEK	31.597	31.441	31.376	
Verlagerungssensitive DRG-Fälle				
Ist Region gesamt	147	145	171	154
Erwartet Region gesamt	114	109	102	108
Differenz Ist zu Erwartet	+33	+36	+69	+46
Ist Region gesamt hochgerechnet	1.343	1.358	1.646	1.449
Erwartet Region hochgerechnet	1.055	1.022	940	1.006
Differenz Ist zu Erwartet	+288	+336	+706	+443
				-222
				-197,041

Prognose 2011 = über die Jahre 2008 bis 2010 gemittelte Werte

Unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bielefelder Bevölkerung für Bielefeld gesamt hochgerechnete Werte

Regionales Verhandlungsziel 2011:
Abschmelzung der prognostizierten Differenz 2011 um 50%

entspricht Erlösminderung in Case Mix (gewichtet)

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

**Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-
Krankenhäusern“**

Schritt 8: Zuordnung zu den „Ziel-Krankenhäusern“

Wie kann die Zuordnung erfolgen?

- Pauschal (zu gleichen Anteilen)
- Entsprechend den bisherigen Versorgungsanteilen
- Sachlich begründete differenzierte Zuordnung vor dem Hintergrund regionaler Begründungszusammenhänge

Schritt 8: Zuordnung zu den „Ziel-Krankenhäusern“

Verteilung der für die Region im Jahr 2011 gesamt angestrebten Minderfälle nach dem Versorgungsanteil in 2010:

	Verteilung verlagerungsse nsitive DRG- Fälle 2010 in Prozent	Fallzahl- Prognose 2011 (hochgerec hnet)	Forderung Minderfälle 2011 gegenüber Prognose	Erlösminder ung 2011 (Case Mix)
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane Kreisfreie Stadt Bielefeld				
Region gesamt		1.449	-222	-197,041
Krankenhaus A	22%	322	-49	-43,787
Krankenhaus B	40%	576	-88	-78,356
Krankenhaus C	35%	500	-76	-67,985
Außerhalb	4%	51	(-8)	.-

III Voraussetzungen

- Kassenarten-übergreifende Zusammenführung der Falldaten (unter Ausweis von Wohnort)
- Aufbereitung für Populationen und Adjustierung, auch für zurückliegende Zeiträume; Umgruppierung
- „Timing“ der Datenverfügbarkeit (die Fallinformationen müssen frühzeitig möglichst vollständig vorliegen)
- Systematische Aufbereitung der ambulanten Angebotsstrukturen und Behandlungsmöglichkeiten
- Zielbildung ausgehend von bevölkerungsbezogenen Analysen (im Kontrast zur „hausbezogenen“ Perspektive)
- Einnahme einer bevölkerungsbezogenen versorgungsepidemiologischen Perspektive in den Verhandlungen

IV Hemmnisse

Ergebnis einer Befragung von erfahrenen Budgetverhandlern:

- Versorgungsepidemiologische Perspektive spielt in der Praxis von Schiedsstellen- und SG-Entscheidungen keine bedeutende Rolle
- Oftmals im Vordergrund: Kann das Krankenhaus seine Forderungsposition auf der Grundlage der bisherigen Leistungsentwicklung substantiiert begründen?
- Es bestehen kaum Chancen, versorgungsepidemiologisch begründete (prospektive) Erlösminderungen umzusetzen

V Fazit

- Auf empirischer Basis können über das beschriebene Vorgehen regional auffällige stationäre Behandlungsdichten, für die eine epidemiologische Begründung nicht vorliegt, für Budgetverhandlungen adressiert werden
- Flankierend müsste dargelegt werden können, dass die ambulanten Behandlungsangebote und –möglichkeiten die Versorgung tragen können
- Flankierende Rahmensetzung:
Explizite Anforderung, die stationäre Behandlungsdichte der regionalen Bevölkerung *und* die ambulanten Behandlungsangebote und –möglichkeiten in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Backup

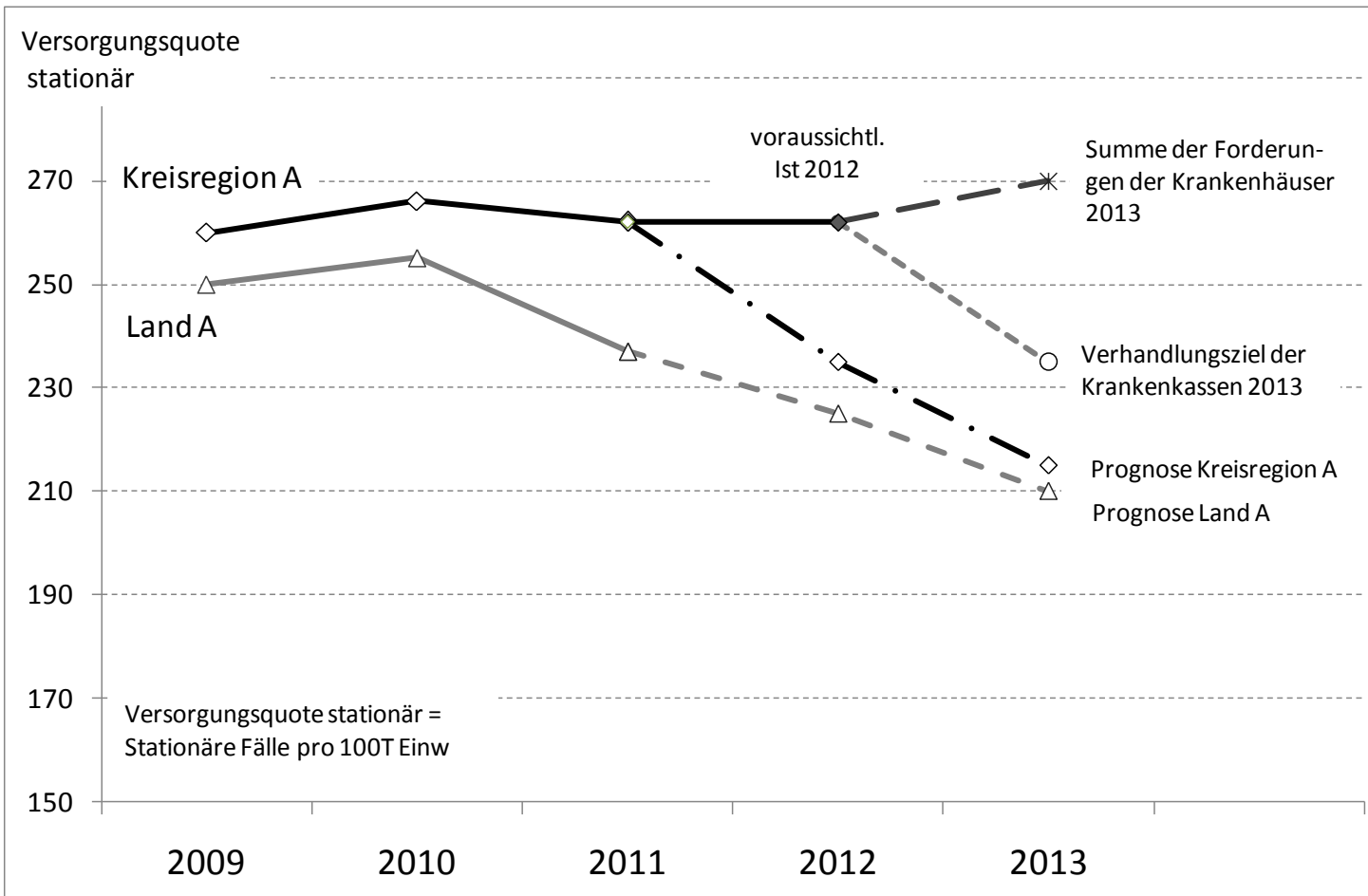
Stationäre Fallhäufigkeiten nach Hauptdiagnosen 2008 bis 2010

	2008	2009	2010
Versicherte der BARMER GEK	8.835.532	8.838.815	8.895.658
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
Versicherte der BARMER GEK mit DMG 30-Diagnose	67.588	71.982	74.376
Anteil an Versicherten der BARMER GEK in vH	0,76%	0,81%	0,84%
DMG 50 - Diabetes mellitus			
Versicherte der BARMER GEK mit DMG 50-Diagnose	673.356	724.301	750.533
Anteil an Versicherten der BARMER GEK in vH	7,62%	8,19%	8,44%
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten			
Versicherte der BARMER GEK mit DMG 179-Diagnose	607.154	623.597	635.246
Anteil an Versicherten der BARMER GEK in vH	6,87%	7,06%	7,14%

Veränderungsraten der stationären Fallzahlen je 100 Versicherte 2008 bis 2010

	2008	2009	2010
Versicherte der BARMER GEK	8.835.532	8.838.815	8.895.658
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
Stationäre Fälle			
mit DMG 30-Hauptdiagnose	45.606	45.942	44.100
je 100 Versicherte	0,52	0,52	0,50
Veränderung ggü. Vorjahr in vH		+0,7%	-4,6%
DMG 50 - Diabetes mellitus			
Stationäre Fälle			
mit DMG 50-Hauptdiagnose	20.814	21.552	21.918
je 100 Versicherte	0,24	0,24	0,25
Veränderung ggü. Vorjahr in vH		+3,5%	+1,0%
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten			
Stationäre Fälle			
mit DMG 179-Hauptdiagnose	75.083	74.187	74.335
je 100 Versicherte	0,85	0,84	0,84
Veränderung ggü. Vorjahr in vH		-1,2%	-0,4%

Ausgangskonstellation für Verhandlung 2013



Regionale Abweichungen von der bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate

Veränderung stat. FZ mit
HD DMG 30; 2010 ggü.
2008 in vH

