

MScPH-Basismodul

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“ (Einführung in das Management im Gesundheitswesen) Übung zur Integrierten Versorgung

Anne Spranger & Miriam Blümel

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies



Datum	Inhalt der VL	Dozierende	Raum
22.10.2018	Organisatorisches / Politische Grundlagen	Blümel	H 3006/3007
29.10.2018	Ökonomie-Bingo	Spranger, Blümel	H 3006/3007
05.11.2018	Wrap-up VL 1-3	Spranger, Blümel	H 3006/3007
12.11.2018	Externe Referenten: Vorstellung und Gruppenübungen zum GBA	Conrad	H 3006/3007
19.11.2018	Szenarien Krankenversicherung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
26.11.2018	Wrap-up VL 4-6	Spranger, Blümel	H 3006/3007
03.12.2018	Vorbereitung Bundestag, Bedarfsplanung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
10.12.2018	Exkursion Bundestag (verschoben)	Alle!	
17.12.2018	Wrap-up VL 7-9	Spranger, Blümel	H 3006/3007

Datum	Inhalt der VL	Dozierende	Raum
07.01.2019	Integrierte Versorgung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
14.01.2019	Arzneimittelsektor	Spranger, Blümel	H 3006/3007
21.01.2019	Wrap-up VL 10-12	Spranger, Blümel	H 3006/3007
28.01.2019	Exkursion Bundestag (verschoben)	Spranger, Blümel	H 3006/3007
04.02.2019	Klausurvorbereitung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
20.02.2019	Klausur bzw. Schriftlicher Test		MA 042
27.03.2019	2. Termin Klausur bzw. Schriftlicher Test		NN

- 1) Vertiefung DMPs aus der VL
- 2) Vertiefung Integrierte Versorgung

Disease Management Programme (DMPs)

- Strukturierte Behandlungsprogramme
- Einführung 2002
- Die Programme basieren auf wissenschaftlich gesicherten aktuellen Erkenntnissen (medizinische Evidenz)
- Bisher existieren 6 verschiedene DMP (bei manchen Kassen jedoch COPD und Asthma = ein Programm)
 - Brustkrebs
 - Diabetes Typ 2
 - Diabetes Typ 1
 - Koronare Herzkrankheit
 - Asthma bronchiale
 - COPD
- Derzeit in Entwicklung: Herzinsuffizienz (2018), Chronischer Rückenschmerz, Depressionen, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis

Die Versorgung chronisch Kranker soll ...


- umfassend
- leitlinienorientiert
- evidenzbasiert
- (über Sektoren hinweg) koordiniert sein und
- die aktive Mitarbeit der Patienten fördern

→ Verbesserung des Gesundheitszustands der Teilnehmer

→ Steigerung der Kosten-Effektivität

- Behandlung und Betreuung von Patienten soll **über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg** bedarfsgerechter sowie wirtschaftlicher organisiert sein (Busse et al. 2012; SVR 2003).
- Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden (BVA 2012).
- **Bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung** sicherstellen und bestehende Versorgungsmängel (Über-, Unter- und Fehlversorgung) abbauen.

Laufende Programme und Teilnehmer

Indikation (<i>Starttermin</i>)	Laufende Programme	Teilnahme am DMP	Versicherte, die in mind. einem DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale (2005)	1.548	943.464	
Brustkrebs (2002)	1.484	106.853	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD; 2005)	1.559	756.881	
Diabetes mellitus Typ 1 (2004)	1.463	205.336	
Diabetes mellitus Typ 2 (2002)	1.580	4.183.767	
Koronare Herzkrankheit (2003)	1.539	1.859.088	
	 <p>Anzahl Krankenkassen x KVen (max. 17)</p>		
Insgesamt	9.173	8.055.389	6.867.114

Stand: 31. Dezember 2017; Quelle: <http://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html>

- Auf Seiten der **Patienten:**
 - Strukturierte Behandlung
 - Zusätzliche Schulungen
 - Evidenz- und Leitlinienbasierte Behandlung
 - ...
- Auf Seiten der **Krankenkassen:**
 - Ggf. Vermeidung teurer Folgeerkrankungen
 - Sonderzahlung für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand
 - Versichertenbindung
 - ...
- Auf Seiten der **Ärzte:**
 - Sonderzahlung für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand
 - ...

- **keine eindeutige Evidenz zur Effektivität** von DMPs trotz zahlreicher Studien
- **Problem der Evaluation:** Vergleich von DMP Teilnehmern mit Kontrollgruppe aus Routineversorgung bei der Einführung nicht vorgesehen
- Ergebnisse einer systematischen Literaturübersicht (Fuchs et al. 2014): verbesserte Versorgung von Patienten mit Diabetes Mellitus durch DMP Teilnahme
- **Weitere Evaluationen zwingend notwendig**, da Veränderungen der Versorgungsqualität erst über langen Studienzeitraum deutlich werden

Quelle: Fuchs et al., 2014

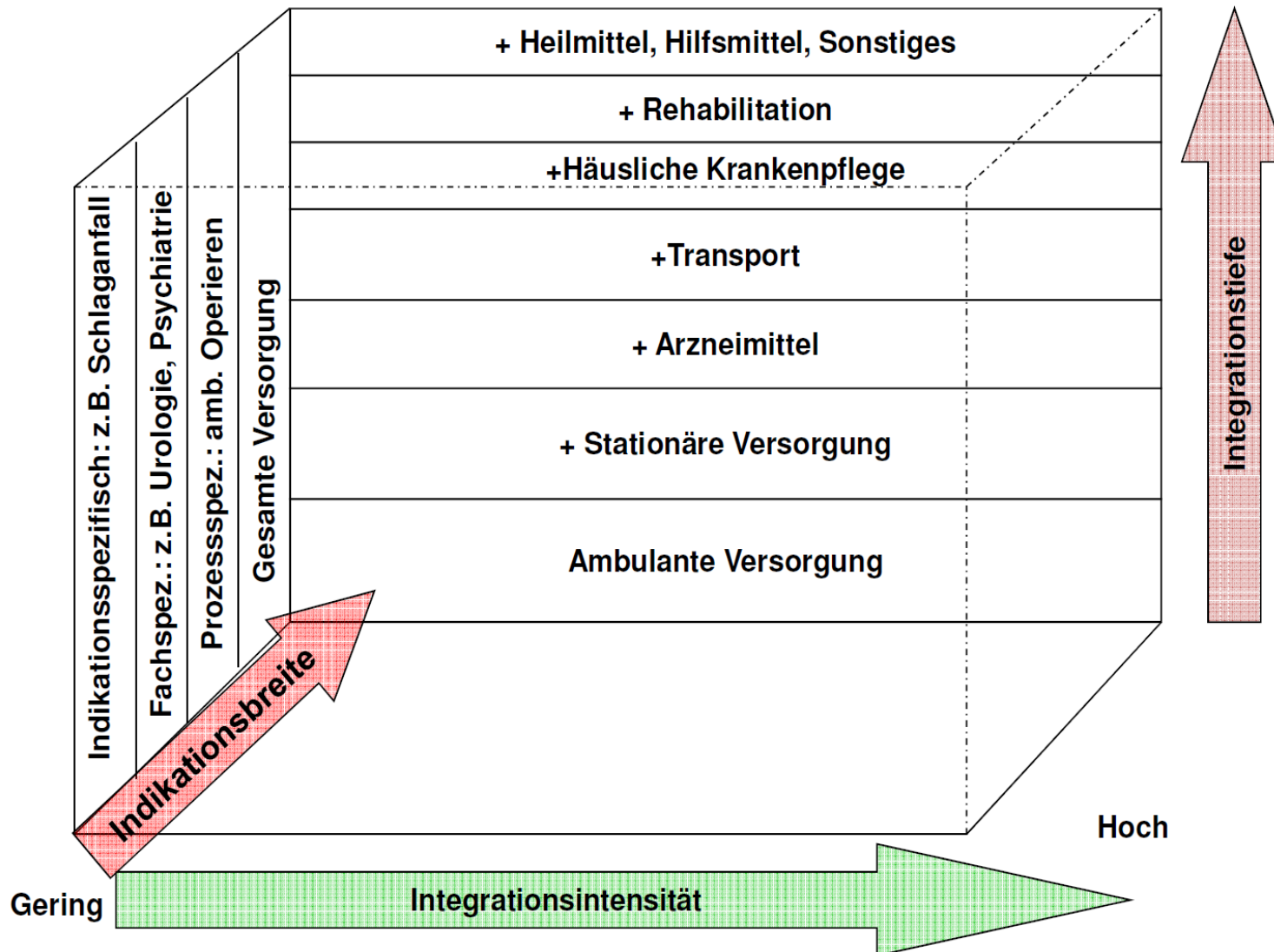
Integrierte Versorgung

- Fachübergreifende und abgestimmte Behandlung von Patienten über Sektorengrenzen (und Berufsgrenzen) hinweg

„Als wichtigstes Merkmal einer IV kann die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation gelten“
(Rosenbrock, Gerlinger 2006)

- IV als Lösung der sektoralen Trennung im deutschen Gesundheitssystem?
- Selektivverträge nach §§140a-d SGB V

Wie integriert ist IV bzw. kann sie sein?



Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R. (2006): Leistungsmanagement in Netzwerken der integrierten Versorgung, In: Busse, R./Schreyögg, J./Gercke, C.A.A. (Hrsg.) Management im Gesundheitswesen, Springer: Berlin.

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz initiierte den Innovationsfonds
- jeweils 300 Millionen Euro (2016-2019)
 - 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen
 - 75 Millionen Euro Versorgungsforschung
- Aktueller Stand ist auf der [G-BA Homepage](#) veröffentlicht (zusätzl. Hintergrund ist als Literatur hinterlegt)

Einnahmen und Ausgaben des Innovationsfonds

	2016
Ausgaben	289,3 Mio. €
Einnahmen	289,3 Mio. €
<i>Davon:</i>	
AOK*	51,3 Mio. €
BKK*	21,6 Mio. €
VdEK*	56,3 Mio. €
IKK*	10,8 Mio. €
KBS*	3,4 Mio. €
LKK	2,9 Mio. €
LR des GF ¹	143,1 Mio. €

* Finanzierungsanteile nach dem Jahresausgleich

¹ Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Quelle: Bundesversicherungsamt 2017.

- Der Innovationsfond gliedert sich nach Themenfeldern (Gebieten in denen besondere Versorgungsdefizite festgestellt wurden).

1) Versorgungsforschung

- Weiterentwicklung der **Qualitätssicherung** und/oder Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung
- Verbesserung von Instrumenten zur **Messung von Lebensqualität** für bestimmte Patientengruppen
- Innovative Konzepte **patientenorientierter Pflege** unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration von ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte
- Ursachen, Umfang und Auswirkungen **administrativer und bürokratischer Anforderungen** im Gesundheitswesen
- Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten
- Themenoffener Bereich

In 2017

Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen zum themenspezifischen Bereich

Für die Themenfelder

- Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle
- Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle
- Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen
- Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen
- Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung
- Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

→ In 2016 waren **vulnerable Gruppen** das beliebteste Themenfeld: ältere Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, pflegebedürftige Menschen, Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit seltenen Erkrankungen (neben ländlichen Gebieten, Arzneimitteltherapiesicherheit, e-Health)

ARena



Antibiotika-Einsatz:

- Zu häufige Verschreibung
- Nicht-indizierte Wirkstoffe
- Falsche Anwendung

Schulung von Ärzten und MFAs zum rationaleren Einsatz von Antibiotika

NierenTx360°



Fehlende Compliance und Nachsorge von **Nierentransplantierten**

Kontinuierliche telemedizinische Betreuung der Patienten und Hausärzte

CoCare

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Medizinische Unterversorgung von **stationär Pflegebedürftigen**

Verantwortliches Hausarztteams je Pflegeheim, Koordination der fachärztlichen Versorgung durch betreuendes Hausarztteam und Pflege

LandRettung



Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im **ländlichen Raum**

Laienschulung, Telenotarzt, Verzahnung Rettungsdienst und kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

MDC	Code	Bezeichnung
00	A	Sonderfälle / Prä-MDC
01	B	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
02	C	Krankheiten und Störungen des Auges
03	D	Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
04	E	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
05	F	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
06	G	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
07	H	Krankheiten und Störungen des hepatobiliären Systems und Pankreas
....

O	01	H
---	----	---

Primäre Sectio caesare

Organsystem/Ursache aus Entlassungsdiagnose
O= Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Prozeduren
01= Sektio
02= normale Entbindung

Schweregrad
A= höchster Schweregrad (mehrere komplizierte Diagnosen, 25 SSW, Mehrlinge)
H= geringer Schweregrad (ohne komplexe Diagnose, 33 SSW)

- **Relativgewicht (cost weight, Bewertungsrelation, Punktzahl)**
Jede DRG ist mit einem Relativgewicht im FPK bewertet, z.B.:
001H Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose mit RG: 0,849
- **Effektives Relativgewicht**
ergibt sich aus dem Katalogwert, indem Zu- und Abschläge bei Kurz- und Langliegern berücksichtigt werden.
- **Basisfallwert (base rate, Punktwert)**
wird in unterschiedlicher Funktion sowohl bei der Kalkulation des Fallpauschalenkatalogs verwendet, als auch seit 2005 für jedes einzelne Krankenhaus bestimmt (sog. krankenhausesindividuelle Basisfallwert) und auf Länderebene verhandelt (sog. Landesbasisfallwert)
- **Case-Mix (Fallmix)**
Die Summe aller effektiven Relativgewichte.
- **Case-Mix Index (CMI)**
durchschnittliche ökonomische Fallschwere: Effektiver Case Mix / Fallzahl

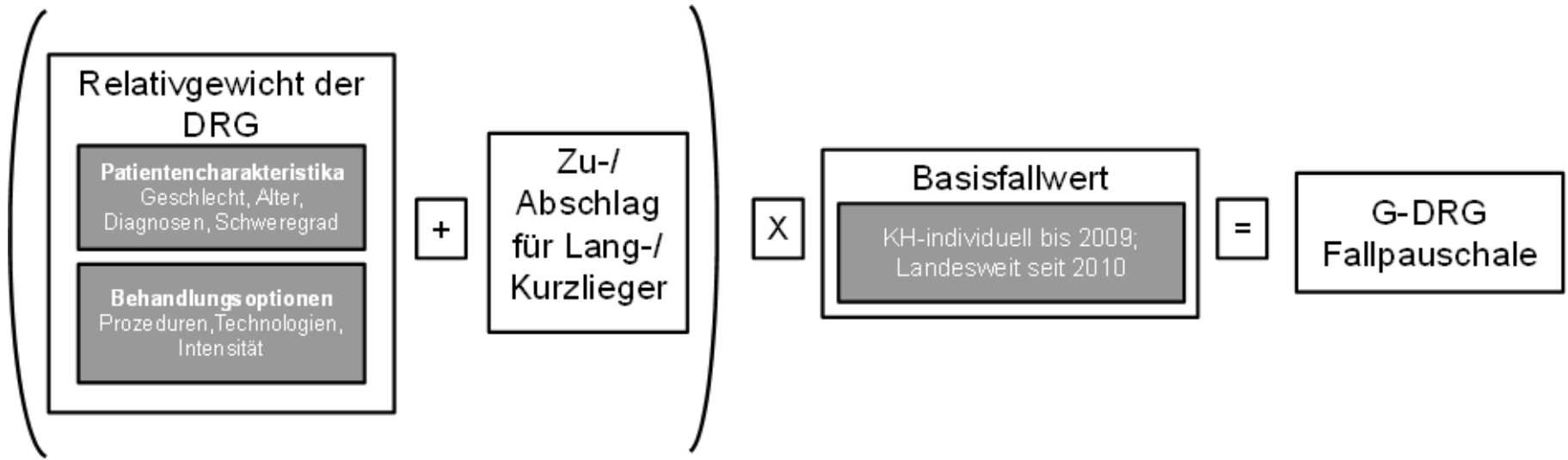


Abb. Berechnung der Fallpauschale zur Krankenhausfinanzierung; Quelle HiT, 2016

Relativgewicht		Basisfallwert		DRG-Vergütung
1,0	x	2.800 €	=	2.800 €
2,5	x	2.800 €	=	7.000 €
...				
7,0	x	2.800 €	=	19.600 €

Zuständig für den Fallpauschalen-Katalog (FPK) und dessen Aktualisierung sind die Selbstverwaltungspartner nach §17b KHG und somit das InEK.

(a).....Einige Prozeduren haben höhere Bewertungsrelationen

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer
O01H	Primäre sectio caesarea	0,849	4
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre	2,957	6.5
G23A	Blinddarmentfernung, Patient < 10 Jahre	0,980	4

(b).....Anreiz zum „Upcoding“ über Prozeduren

Quelle: FPK 2017, S. 28

- Normallieger (Inlier)
Fälle, die innerhalb der Regelverweildauer behandelt werden.
- Kurzlieger (Outlier)
Fälle, die die untere Grenzverweildauer (UGV) unterschreiten.
- Langlieger (Outlier)
Fälle, die die obere Grenzverweildauer (OGV) überschreiten.

Um einem geringeren Behandlungsaufwand bei Kurzliegern bzw. einem höheren Ressourcenaufwand bei Langliegern Rechnung zu tragen, **wird die Vergütung bzw. werden die Relativgewichte der betroffenen Fälle um tagesbezogene Zu- und Abschläge modifiziert**

(d).....Anreiz zur „blutigen“ Entlassung ?

Beispiel:

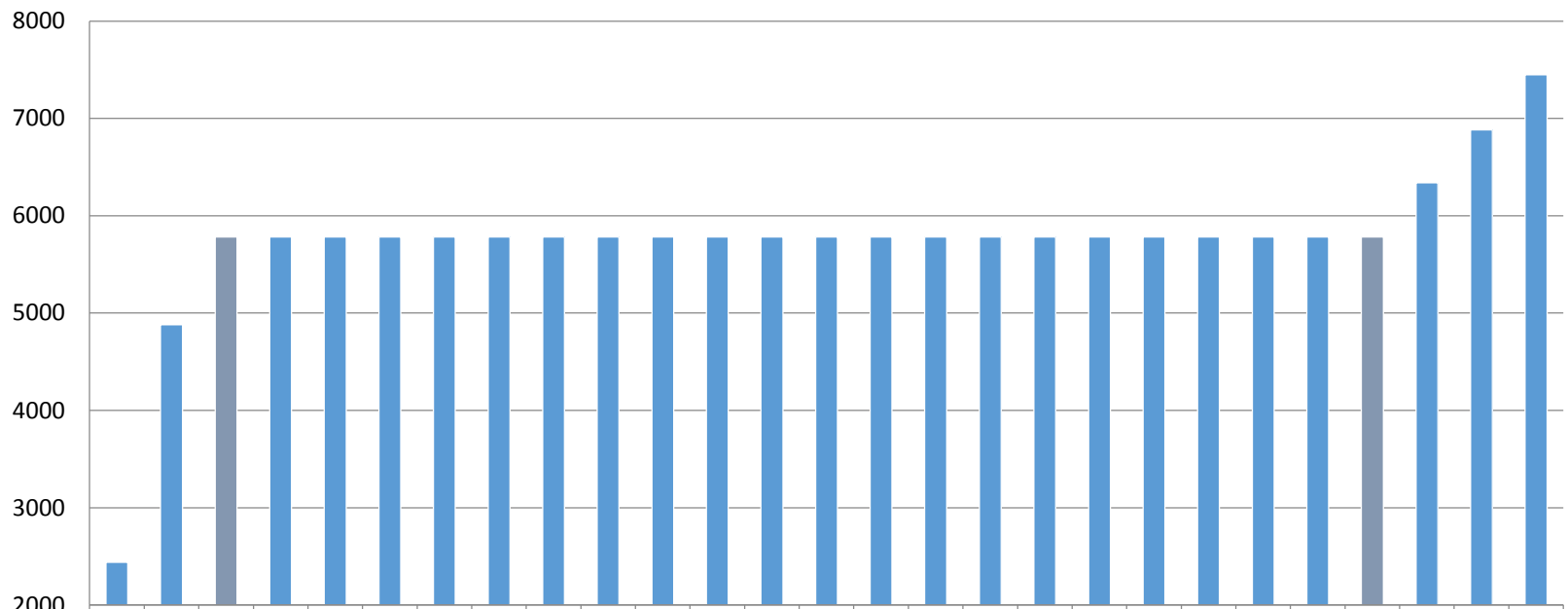
F60A (akuter Myokardinfarkt) in Berlin, 2016

G-DRG= Relativgewicht* Basisfallwert= 1,764* 3278,19= 5782,73€

Komponente der Krankenhausverweildauer durch Zu- und Abschläge

Untere Grenzverweildauer: 3

Obere Grenzverweildauer: 24



Erlös des Krankenhauses	2440	4881	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	5783	6338	6881	7448
--------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Quelle: INeK, 2017.

DRG-basierte Fallpauschalen induzieren eine Yardstick-Competition. Krankenhäuser konkurrieren nicht direkt gegeneinander sondern gegen einen variablen und vorgegebenen Preis je DRG.

