

---

# „Ein Jahr Konvergenz - Auswirkungen auf die Versorgung“

**28. Deutscher Krankenhaustag**

**Düsseldorf, 17.11.2005**

**Johann-Magnus v. Stackelberg**  
**Stellvertretender Vorstandsvorsitzender**  
**AOK-Bundesverband Bonn**

# ***Die Koalitionsvereinbarung ist unter Dach und Fach: Der Vorhang fällt und viele Fragen sind noch offen.***

---

In den Politikfeldern Gesundheitspolitik/GKV/Pflege sind in **zentralen Fragestellungen** wie z.B. nachhaltige Finanzierung **keine Einigungen** erzielt worden.

---

**große Reformvorhaben** sind hinsichtlich des „Ob“ vereinbart, **aber die Einigung über das „Wie“ wurde vertagt.**

---

Die Koalitionsvereinbarung bringt **finanzielle Belastungen für die GKV, z.B.:**

**Anhebung der Mehrwertsteuer auf 19 % ab 2007** führt zu einer **Mehrbelastung der GKV** bei Arzneimittelkosten von 295 Mio € pro Prozentpunkt, **insgesamt also von 885 Mio € je Jahr.**

**Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt wegen versicherungs-  
emden Leistungen werden schrittweise auf Null zurückgeführt**

insparziell 11,1 Mrd. € Transfer aus der Tabaksteuer (§ 221 SGB V) in der 16. LP  
voraussichtl. Transfer 2006: 4,2 Mrd., 2007: 1,5 Mrd. € und ab 2008: 0 €).

**Entlastungen Arzneimittel weitaus geringer als geplant**

# Zur Erinnerung: Warum überhaupt DRG?

---

- **Selbstkostendeckung beenden und leistungsorientiert Vergüten (Leistungen – nicht Kosten – finanzieren)**
- **Mehr Wettbewerb schaffen um Effizienz und Versicherten- bzw. Patientenorientierung zu belohnen**
- **Sinnvolle dezentrale Innovationsprozesse anstoßen (Produkt- und Prozessinnovation)**
- **Verweildauer reduzieren**
- **Transparenz schaffen (Leistungen, Kostenrechnung, komparative Vor- und Nachteile)**
- **Orientierung an den Patienten**
- **Budgetierung des einzelnen Krankenhauses beenden**
- **Ausgabensteigerungen eindämmen**

# Resümee des DRGs Systems II

---

... und was ist bisher eingetreten?

- Gelungene Anpassung und Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems in sehr kurzer Zeit
- Abrechnung von 95 Prozent aller nicht vom Umstieg ausgenommenen Krankenhäuser nach DRG.
- Erhöhte Transparenz bei Qualität und Leistungserbringung
- Deutlich spürbare Verweildauerreduktion
- Deutlich mehr Wettbewerb im Krankenhausmarkt (zwischen Krankenhäusern aber auch zwischen Krankenkassen) Spezialisierung, Kooperation, Zentrumsbildung => Effizienz
- Klarer Trend zur Patientenorientierung – unterstützt durch die Gesetzgebung
- Steigerung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ?

**Fazit:**

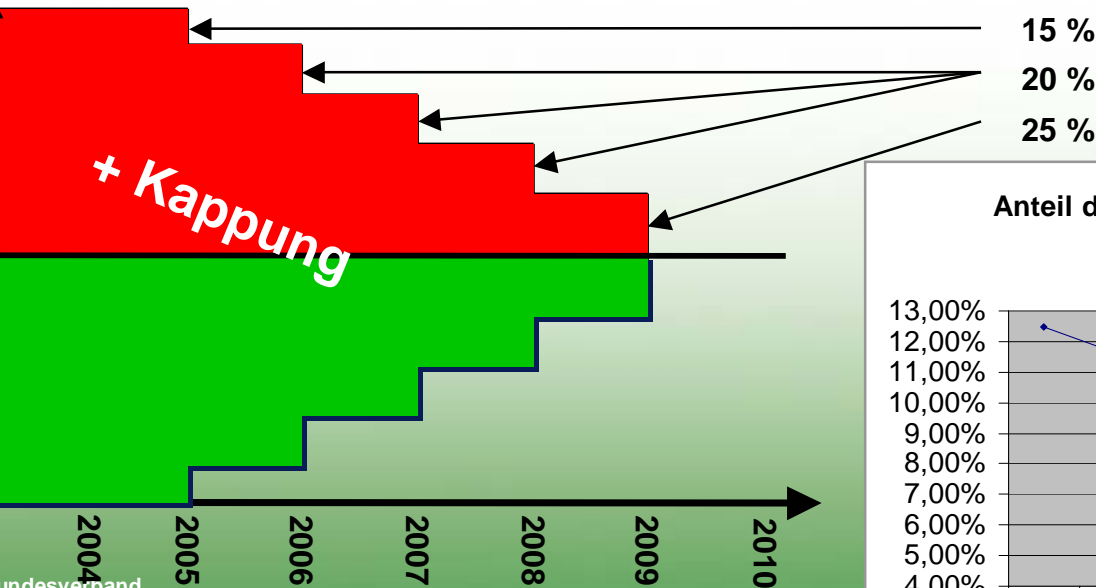
---

**Die bisherige Einführung des  
G-DRG Systems ist ein großer Erfolg aller  
Beteiligten!**

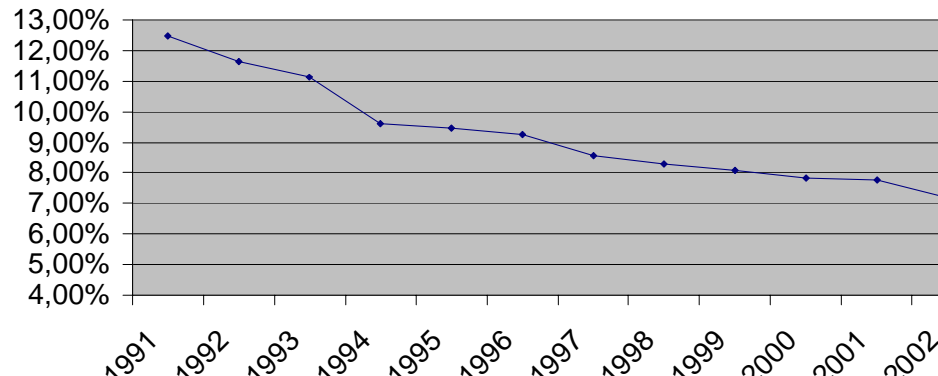
**Aber wie wirkt das DRG-System im speziellen:**

# Was spüren die Krankenhäuser?

- Zunehmende Ökonomisierung der Medizin
- Die zunehmende Komplexität des DRG-Systems
- Ab 2005 vor allem die ökonomischen Konsequenzen des DRG-Systems (positiv wie negativ)
- Einen verschärften Wettbewerb untereinander (Trägerschaften, Versorgungsstufen etc.)
- Die Erosion der Investitionskostenfinanzierung



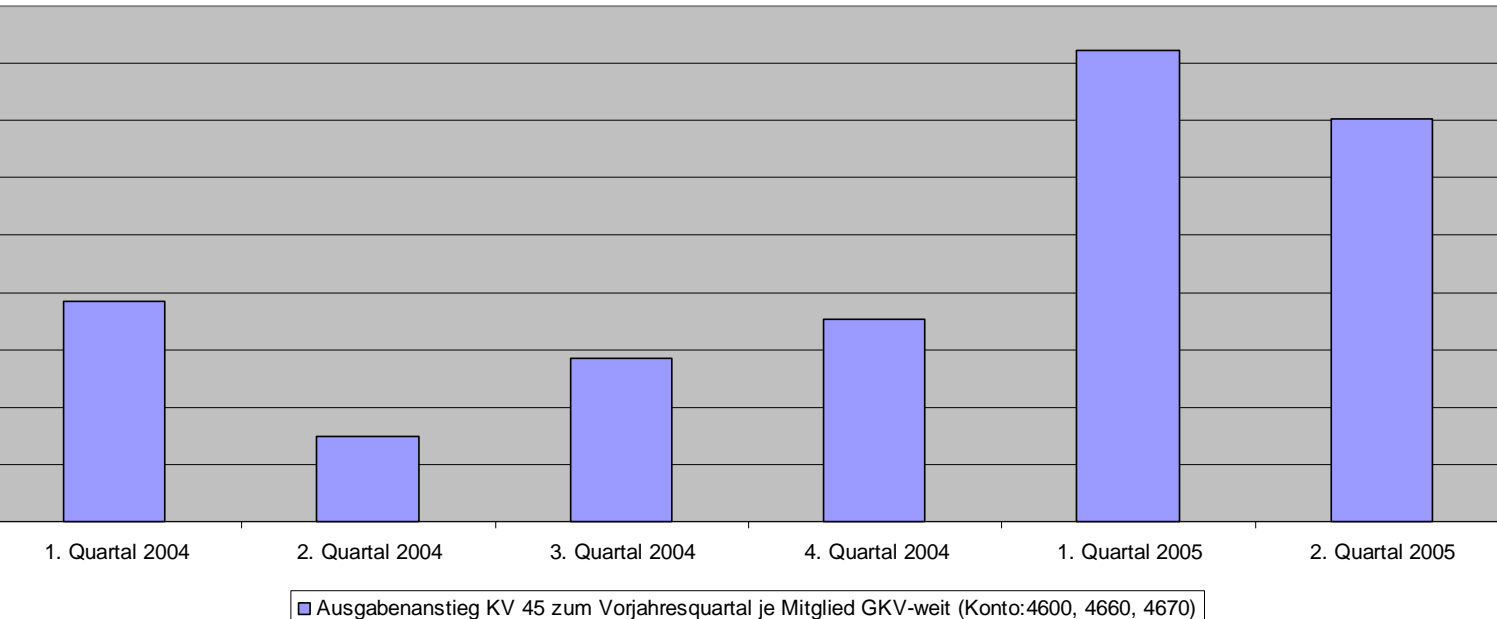
Anteil der KHG-Fördermittel an allen Ausgaben der GKV für stat. KH-Behandlung



# Was merken die Krankenkassen?

- Zunehmend harter Wettbewerb um Versicherte
- Die zunehmende Komplexität des DRG-Systems
- Zunahme der Bedeutung von Qualität in der Versorgung
- Steigende Ausgaben im stationären Sektor (ca. 4 % von 2003/2004)

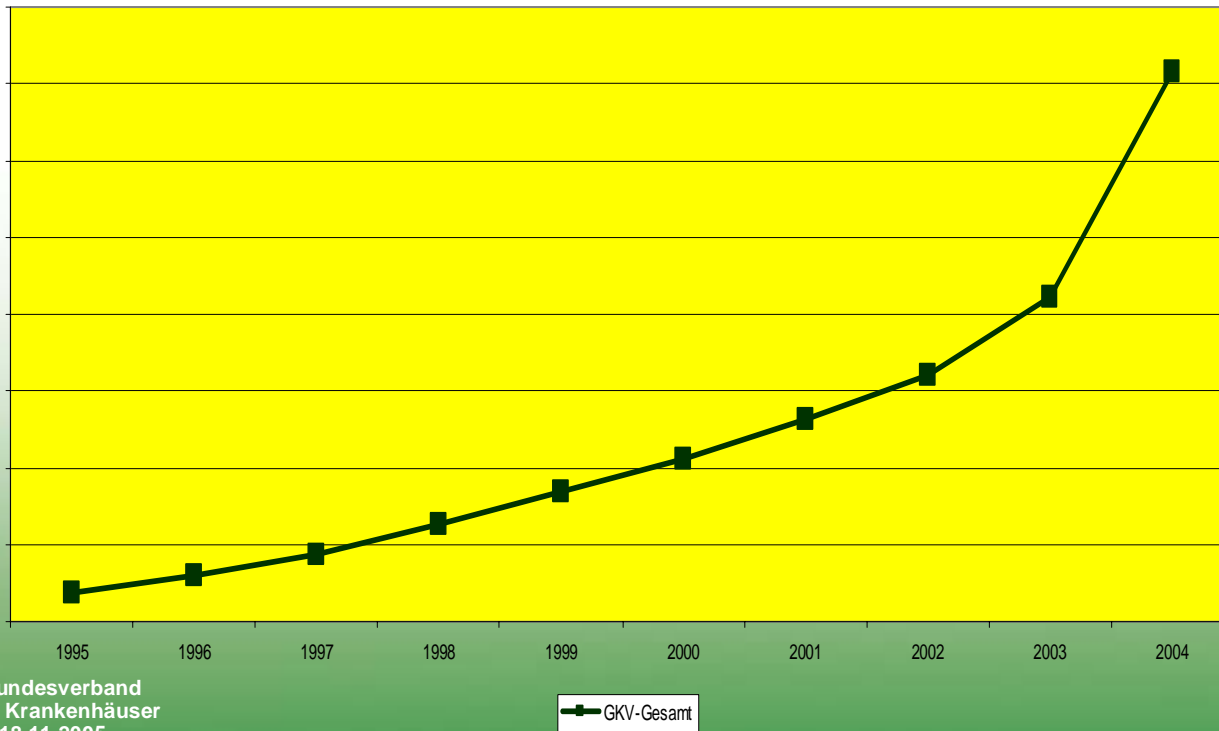
Ausgabenanstieg KV 45 zum Vorjahresquartal je Mitglied GKV-weit  
(Konto:4600, 4660, 4670)



# Problem: Extrabudgetäre Kostensteigerungen

**DRGs werden rein intrasektoral eingesetzt - und selbst hier nicht umfassend. Die Probleme im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung verschärfen sich zusehends:**

Ausgaben KJ1 Absolut Konto 4620  
ambulantes Operieren am Krankenhaus gem. § 115 b SGB V



**Steigerung der Ausgaben für ambulante Operationen 2003/2004 um ca. 70 Prozent gem. § 115b SGB V GKV- und AOK-weit!**

# Problembereich ambulante Behandlung am Krankenhaus

- Die derzeitige ambulante Versorgung durch Krankenhäuser ist bereits sehr vielfältig!
- Allerdings existieren zahlreiche ungerechtfertigte Kostendifferenzen am Rande des DRG-Systems. Die derzeitige Vergütung ambulanter Leistungen ist chaotisch!
- Ebenso chaotisch ist die Kalkulation teilstationärer Leistungen. Teilstationär nur Dialyse und Geriatrie durch DRG abbildbar!
- § 115 b SGB V bedarf einer Überarbeitung. Zulassungs- und Abrechnungsgarantie sind nicht akzeptabel!
- Ein überarbeiteter § 116 b SGB V und die §§ 140 SGB V sind die Modelle des zukünftigen Wettbewerbs!
- In der Gravitation von DRG und EBM: Erhoffte Konvergenz der Vergütungssysteme in den nächsten Jahren!

# Was merken die Patienten?

- Verweildauerreduktion
- Beginnender Wandel der Arzt-Patientenbeziehung und Stärkung der Patientenrechte
- Erste Möglichkeiten für Versicherte Krankenhausinformationen zu erschließen



## Klinik-Konsil

Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

Suchen Sie Krankenhäuser

- ▶ ... zu einer Diagnose (ICD)
- ▶ ... zu einer Behandlung
- ▶ ... Qualitätsberichte (in
- ▶ ... Methodik / Hilfe

Die Informationen des Klinik-Konsils sind nach den Erkenntnissen der AOK, durch die behandelnden Ärzte und weitere Erläuterungen.

## AOK KRANKENHAUS-NAVIGATOR

**Dieser Bereich steht exklusiv AOK - Versicherten zur Verfügung**

Dieser Bereich steht exklusiv AOK - Versicherten zur Verfügung. Sie suchen ein geeignetes Krankenhaus in Ihrer Nähe? Dann nutzen Sie unseren Krankenhaus-Navigator. Einfach Ihre Postleitzahl und das medizinische Thema Ihres Interesses eingeben und los geht's. Der Krankenhaus-Navigator ist allerdings ein exklusiver Service der „AOK – Die Gesundheitskasse“ für ihre Versicherten.

Bitte melden Sie sich deshalb an, um diesen Service nutzen zu können.

**E-Mail Adresse oder Nickname:**

**Mein persönliches Kennwort:**

# Notwendigkeit detaillierter Qualitätsinformationen

---

- In Bezug auf Qualität müssen Ross und Reiter genannt werden. Qualität muss für Krankenkassen und Versicherte erkennbar sein!
- Allokationsentscheidungen müssen auch nach qualitativen Gesichtspunkten zum Vorteil der Versicherten ausgerichtet werden.
- Die AOK hat die Zeichen der Zeit erkannt und handelt:
  - Klinik-Konsik  
Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte  
<http://www.aok-klinik-konsil.de/>
  - AOK Krankenhaus-Navigator  
Krankenhausinformationen für Versicherte der AOK  
<http://www.aok.de/>
  - Qualitätssicherung mit Routinedaten: QSR  
Mit Hilfe vorhandener Datenbeständen (Routinedaten, vor allem Abrechnungsdaten) Ergebnisqualität messen.  
<http://wido.de/>

# Fazit: Qualitätstransparenz

---

- Der Qualitätsbericht ist das bislang erste QS-Instrument, das Transparenz für den Versicherten schafft (auch für Ärzte).
- Eine Qualitätssicherung, die auf Routinedaten der Kassen beruht, dürfte eine der wesentlichen Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität werden.
- Neben der „Basissicherung“ durch gesetzliche vorgegebene QS-Instrumente (BQS-Verfahren, QS-Bericht) wird sich eine „Kultur“ der Qualitätstransparenz ergeben.

**Der begonnene Einstieg und der Ausbau  
wettbewerblicher Strukturen ist nicht mehr  
aufzuhalten!**

**Je früher Krankenhäuser und Krankenkassen Teil dieser  
Strukturen werden, desto besser.**

# Die Preisfindung ab 2009

---

Vier Varianten für die Festlegung des Basisfallwertes sind denkbar:

1. Richtpreise

Einheitlich verhandelte Basisfallwerte dienen als Orientierungsgrößen und erlauben eine begrenzte Preissetzung

=> Vorteile: Flexibilität und Möglichkeit kassenspezifischer Verhandlungen

=> Nachteil: Höchst gefährlich für die Ausgabenentwicklung der GKV und die Transparenz des DRG-Systems

2. Höchstpreise / Mindestpreise

Höchstpreise ermöglichen das Unterbieten

Mindestpreise ermöglichen das Überbieten

=> Notwendigkeit von ergänzenden Regularien

Möglichkeit kassenspezifischer Verhandlungen

3. Fixpreise

Ergebnis mit Ende der Konvergenzphase

=> Starres System. Fördert ungerechtfertigte Gewinne oder Verluste ohne ergänzende Regelungen

4. Floatende Fixpreise

Feste Basisfallwerte für bestimmte Volumina, danach Preisverfall

=> Pate: ambulanter Bereich

# Die Preisfindung ab 2009

---

- Auch 2009 wird die wettbewerbs- und Leistungsorientierung erhalten bleiben!
- Eine unbegrenzte Ausgabensteigerung in der GKV muss allerdings vermieden werden!
- Wettbewerbliche Gestaltungsmöglichkeiten für die einzelne Krankenkasse sind dabei unabdingbar!

**Höchstpreise ermöglichen ein gewisses Maß an unbürokratischem Wettbewerb und garantieren ein ausreichend hohes Preisniveau!**

**Die Ausgabensituation der GKV bleibt kontrollierbar.**

**Herzlichen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**<http://www.aok-gesundheitspartner.de>**

grünte Versorgung

Transport

/ Vorsorge

Heilkunde

ermöglicht, werden damit deutsche Kliniken auch für Ärzte  
transparenter. [mehr...](#)

**Fristverlängerung für die Abgabe der  
maschinenlesbaren Qualitätsberichte**

[Kontakt](#)

**Newsletter**

Wenn Sie keine  
Nachrichten verp  
möchten, können  
unseren Newslett  
bestellen. Damit