

PCS-Konferenz 26/27. Juli 2003 Interlaken

Workshop am 27.6.2003

Workshop 4 D

Versicherer: Mehr Konkurrenz / Wettbewerb und die Rolle der APDRG's Einleitungsreferat

Hermann Plüss

Martial Barbier

Peter Indra

Einführung von Wettbewerb mit den DRG:



.....könnte Risiken bieten.....



Wettbewerb ist der beste Garant für Qualität!

B. Rueff

«Gesünder durch mehr Wettbewerb»

Die Kosten und damit der stetige Prämienanstieg in der Krankenversicherung sind kaum zu bremsen, sagt der Berner Gesundheitsökonom Robert E. Leu. Aber mit mehr Wettbewerb könnten die knappen Mittel effizienter eingesetzt und die Qualität gesteigert werden.

Hj. Leu zum Thema Wettbewerb:

Wie sind die Kosten in den Griff zu bekommen? Durch Sparen? Durch Rationalisieren?

Leu: Rationalisieren, also effizienter Einsatz der vorhandenen Mittel, ist ein wirtschaftliches Gebot. Auch mehr Wettbewerb bringt Spareffekte. Aber im Gesundheitswesen ist nicht alles politisch machbar. Mehr Wettbewerb ist in erster Linie durch Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Krankenversicherern und Ärzten zu erreichen. Mehr Wettbewerb entsteht aber auch mit einer Anwendung des Kartellgesetzes auf das Gesundheitswesen. Denn hier herrscht auf beiden Seiten eine hohe Konzentration, die Wettbewerb verhindert: sowohl auf Seiten der öffentlichen Spitäler, die von den Kantonen betrieben werden, als auch auf Seiten der Krankenversicherer, die sich wenig konkurrieren, sondern häufig geschlossen auftreten.

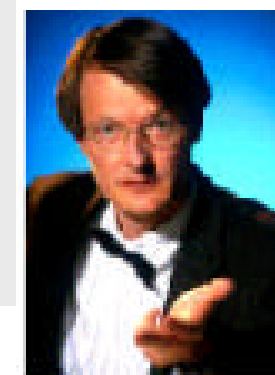
Regulierter Wettbewerb:

Leu: Den so genannten regulierten Wettbewerb, das heisst Wettbewerb, der durch gesetzliche Rahmenbedingungen so gesteuert wird, dass er auch die erwünschten Ergebnisse generiert. Elemente davon bestehen im Krankenversicherungsgesetz bereits heute. Zum Beispiel: Versicherungs-Obligatorium, Aufnahmepflicht für die Krankenkassen, ein Minimalleistungspaket, das bei uns allerdings eher einem Maximalleistungspaket entspricht. Um wirklich zu einer Wettbewerbslösung im Gesundheitswesen zu kommen, müsste das Krankenversicherungsgesetz durch Wettbewerbselemente ergänzt werden: Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Ärzten, eine neue Form der Spitalfinanzierung, die Anwendung des Kartellrechts.

Wettbewerb generiert hohe Qualität:

Leu: Wettbewerb generiert erst hohe Qualität! Wir wissen aus anderen Märkten, dass intensiver Wettbewerb zu hoher Qualität führt. Die Schaffung von Behandlungszentren zum Beispiel - nicht einfach eine Zusammenlegung von Spitälern - führt auch zu höherer Qualität. Denn je mehr Operationen in einem Zentrum durchgeführt werden können, desto eingespielter ist das Team, desto höher ist die Qualität. Auch Ratings, die Beurteilung von Ärzten und Spitälern nach bestimmten Kriterien, tragen zu mehr Wettbewerb und damit zur Qualitätssteigerung bei.

Deutschland:



Gesundheitsökonom Karl Lauterbach hält 1410 deutsche Kliniken für überflüssig

Von Christian Lahm

„In Deutschland sollten 231 651 Krankbetten und 1410 Kliniken geschlossen werden: Mit diesem Vorschlag lehrt der gesundheitsökonomische Berater von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), Professor Karl W. Lauterbach, die Klinikärzte das Fürchten. Seine Begründung: Überversorgung und Verschwendung.“

„Dieser deutliche Abbau von Kliniken kann natürlich kein politisches Ziel sein, welches verfolgt werden sollte“, versucht Lauterbach zu beschwichtigen. Es sei aber davon auszugehen, „daß die große Zahl der Standorte nicht nur unwirtschaftlich ist, sondern auch zu Lasten der Qualität geht“. . .

Die Fallkosten variieren je nach Klinik erheblich

Ergebnis: Im Schnitt liegen 15 Prozent aller Abteilungen bei vergleichbaren Patientenzahlen mit ihren Ausgaben doppelt so hoch wie der Durchschnitt, 15 Prozent kommen aber mit der Hälfte der Durchschnittskosten aus. In der Chirurgie liege diese Streuung sogar bei bis zu 25 Prozent. Um solche Abweichungen zu egalisieren, seien Fallpauschalen heilsam. Nur so könnten die gegenwärtig „erheblichen Ineffizienzen“ in den Kliniken überwunden werden.“

Helios-Kliniken (D):

■ These 1: Das DRG-System verbessert die Versorgungsqualität

Das DRG-System zwingt zu einer fachübergreifend effizienten Behandlung der Patienten. Es unterstützt damit medizinisch sinnvoll eine ganzheitliche Betrachtungsweise sowohl hinsichtlich der Ablauforganisation als auch der Qualitätsmessung. Dies allein kommt bereits den Patienten zugute. Darüber hinaus ermöglicht es das System erstmals dem Patienten und seinem behandelnden Hausarzt, das Krankenhaus ihrer Wahl aufgrund objektiver Kriterien auszuwählen. Der Medizinische Jahresbericht 2000 der **HELIOS** Kliniken GmbH und die Jahresberichte 2000 der einzelnen **HELIOS**-Kliniken demonstrieren die Möglichkeiten dieses Systems. Der damit ausgelöste Wettbewerb wird zu erheblichen Verbesserungen in der Leistungsqualität führen.

Die immer wieder behauptete "blutige Entlassung" hat sich in keinem Land, welches DRG-Systeme eingeführt hat, als Problem erwiesen. Der Wettbewerb zwingt vielmehr die Krankenhäuser, weit mehr als bisher die Patientenzufriedenheit als Erfolgskriterium in den Vordergrund der Überlegungen zu stellen.

■ **These 7: Das DRG-System intensiviert den Qualitätswettbewerb und stärkt so die Medizin**

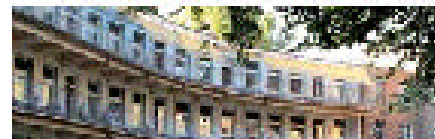
Systeme, die dem Wettbewerb aus dem Wege gehen, verlieren ihre Leistungsfähigkeit. Aus Sicht der **HELIOS** Kliniken GmbH wird der durch das DRG-System ausgelöste Leistungs-, Qualitäts- und Effizienzwettbewerb die Medizin stärken. Die Krankenhäuser werden sich nationalen und internationalen Vergleichen stellen müssen. Die Transparenz der Leistungs- und Qualitätsdaten und ihre - auch internationale - Vergleichbarkeit ist hierzu unabdingbare Voraussetzung. Die **HELIOS** Kliniken fordern die Publikationspflicht der DRG-Leistungsdaten und DRG-bezogener Qualitätsparameter für alle Krankenhäuser.

Wettbewerbliche Aspekte im Jahresbericht der Helios-Gruppe:

Die Verweildauer im Vergleich

Die DRG-Analyse ermöglicht auch einen nach Krankheitsgruppen adjustierten Vergleich der Verweildauern.

DRG-adjustierte Sterblichkeit



Wie wir schon im Medizinischen Jahresbericht 2000 ausgeführt haben, eignen sich die DRGs für risikoadjustierte Vergleiche der Krankenhaussterblichkeit.

Die Risikoadjustierung des australischen DRG-Systems ist dabei nicht für

Interne und externe Qualitätssicherung und Verbesserung der Patientenversorgung

Die Qualitätssicherung ist ein sehr umfangreiches Gebiet, das – je nach Definition – eine Vielzahl, auch kleinerer (durchaus wichtiger), hausinterner Maß-

Wie funktioniert's?

Alle Behandlungsfälle werden über ihre Diagnosen in Fallgruppen (DRG's) erfasst. Jeder Patient erhält einen DRG-Code.

Die DRG ermöglichen Vergleiche zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich ihrer Fallzahl und Fallstruktur (Casemix).



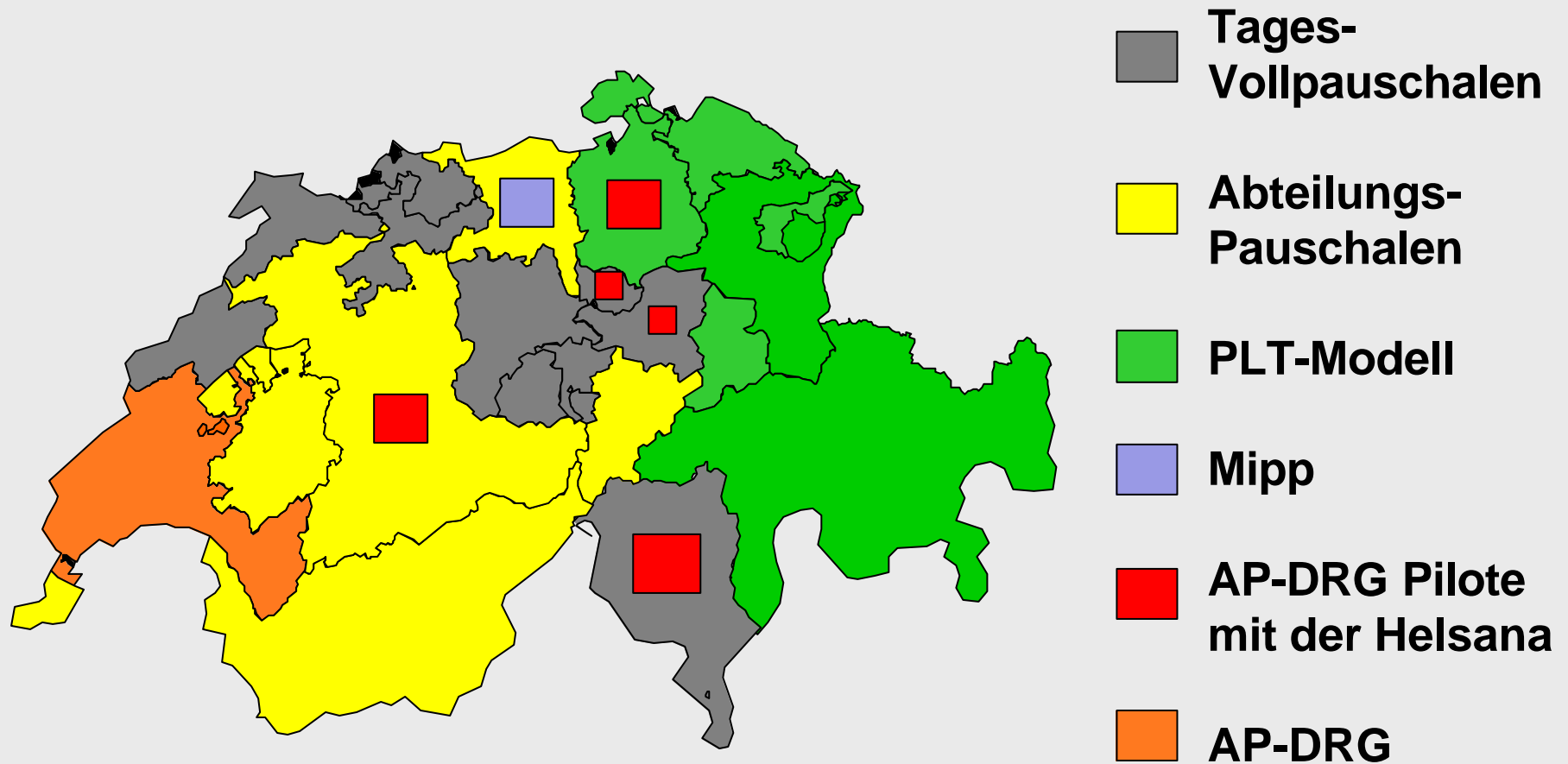
Funktionsweise der DRG:

DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, mit dem die einzelnen stationären Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, Alter des Patienten, Komplikationen, Entlassungsgrund u.ä.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden.

Die Zuweisung eines Behandlungsfalles zu einer Fallgruppe erfolgt in einem definierten Verfahren. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die hinsichtlich der medizinischen Diagnose und des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind.

Dabei gilt: Je mehr Kriterien einer Fallgruppe zugrundegelegt werden und je mehr Fallgruppen ein System aufweist, desto differenzierter können die einzelnen Behandlungsfälle eines Krankenhauses hinsichtlich des Schwierigkeitsgrades und damit die Leistung eines Krankenhauses miteinander verglichen werden.

Abgeltungsmodelle in CH-Spitälern 2003



Full - Capitation (über die ganze Behandlungskette)

Pauschalen

Teilcapitation: nur für Grundversorger

Ambulante und stationäre Abgeltungsmodelle in der Schweiz

Abteilungspauschalen

dito

Diagnosebezogene Fallpauschalen

Tagespauschalen

dito

Kombination von Tages- + Abteilungspauschalen

Im Zusatzversicherungsbereich werden häufig Tagespauschalen für Hotellerie und Pflege mit SLK oder anderen ELT kombiniert

dito

Tagespauschalen nach BESA-Stufen

Einzeleistungstarif

heute: kant. Arzttarife
später gesamtschweizerischer Arzttarif (Tarmed)

Preise gemäss Spezialitätenliste

Preise gemäss Analyseliste

heute: SLK
später: Tarmed

heute: SLK
später: Tarmed

Spitex-Tarif nach KLV (Rahmentarif)

Hausarzt

Spezialarzt

Medikamente

Labor

Spital ambulant

Spital teilstationär

Spital stationär

Rehabilitation

Spitex

Pflegeheim

Was wollen die Krankenversicherer ?

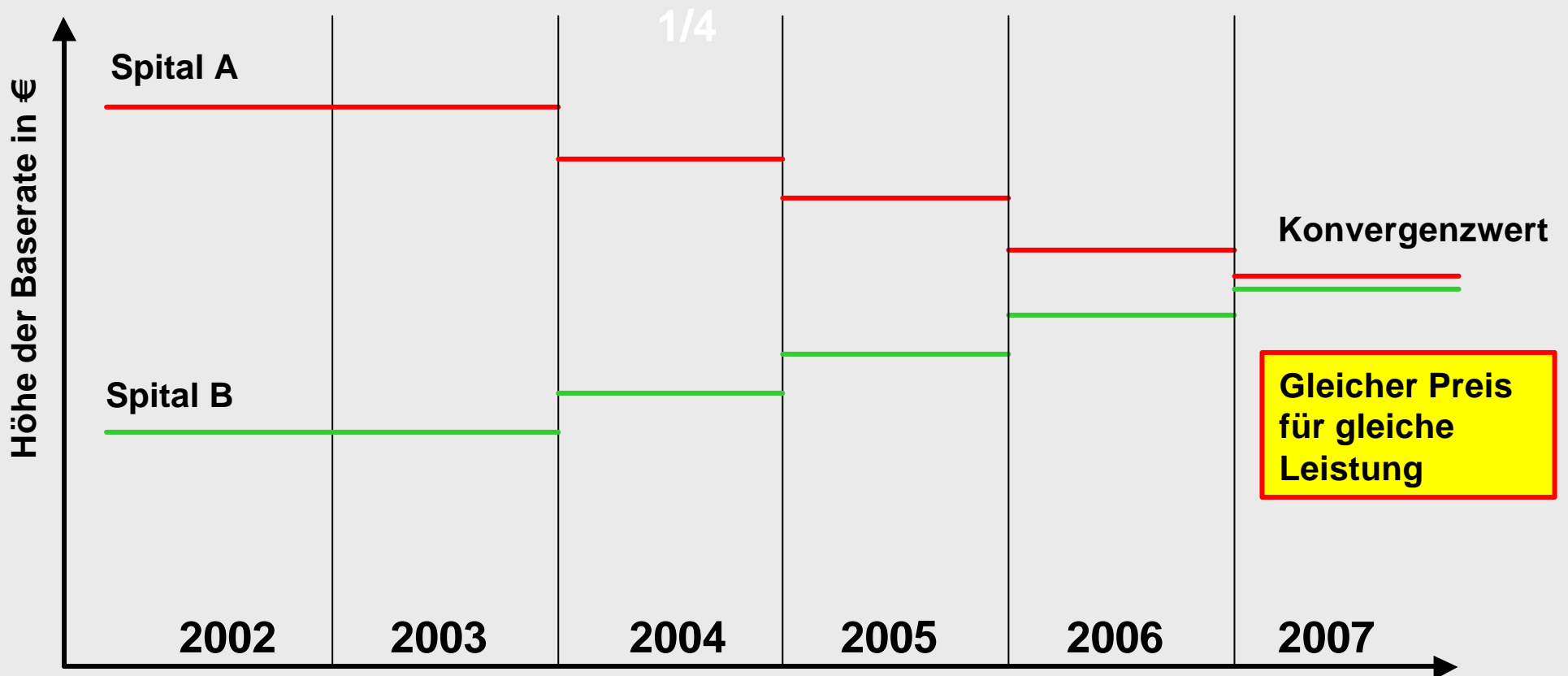
**Nicht mehr 26 verschiedene
Abgeltungssysteme, sondern
ein einheitliches
gesamtschweizerisches
Abgeltungssystem !**

Wettbewerbselemente:

- ➔ **Leistungsorientierung**
- ➔ **Möglichkeit der Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit (Leistungserbringer sind keine „Black Boxes“ mehr)**
- ➔ **Möglichkeit der Grundlage für ein schweizerisches Benchmarking und somit auch Grundlage für mehr Wettbewerb**
- ➔ **Kostenwirksamkeit**
- ➔ **einer guten Grundlage für ein Outcome-orientiertes Qualitätsmanagement .**

Preis-Konvergenz der Baserate in Deutschland:

Die heute unterschiedlichen Basisfallwerte sollen bis 2007 landesweit vereinheitlicht werden. Damit dies nicht plötzlich der Fall ist, wird dies bis zum Jahre 2007 über eine Preis-Konvergenz bewerkstelligt:



Auswirkungen des Risikomix unter DRG:

Bisher wurden in der OKP die „anrechenbaren Kosten“ eines Spitals auf alle Pflage tage gleich verteilt. Ein Tag Operationssaal und IPS kosteten gleich viel wie ein Pflage tag eines bald zu Entlassenden ohne besondere Aufwände. Die Kosten wurden über alle Versicherten gleich verteilt.

Neuere Systeme, wie z.B. das PLT-System berücksichtigen den Aufwand etwas besser (IPS-Zuschläge, Implantat-Zuschläge, etc.)

Unter den DRG werden die Kosten nach dem „genormten“ Ressourcenverbrauch verteilt; d.h. z.B. eine Unterschenkelamputation kostet unter DRG 12 mal mehr als eine Hospitalisation wegen einer Gehirnerschütterung bei gleicher Aufenthaltsdauer, was bisher gleich teuer war.

Eine höhere Morbidität würde auch zu höheren Cost-Weights und somit zu höheren Kosten insgesamt unter dem DRG-System führen, als im bisherigen System der Tagesvollpauschalen oder dem PLT-System.

Heute definierte Teilprojekte Swiss-DRG

- **Nationale Datenbasis**
- **Berechnung der Kostengewichte**
- **Rahmenbedingungen der Abgeltungen somatisch / andere**
- **Wahl des Groupers**
- **Anpassung des Basis-Groupers an die schweiz. Bedürfnisse**
- **Tarifmodell und Abrechnungsregeln**
- **Empfehlungen zur Qualitätskontrolle und Indikatorenvorschläge**
- **Datenschutz**
- **Umsetzung des Systems: Einführungsbedingungen**
- **Umsetzung des Systems: Management des Systems**
- **Wartung der APDRG Schweiz; 5. und ev. 6. Version CW**

Offene Fragen:

- Auswirkungen der Morbidität auf einzelne Versicherer
- Qualitätskontrollen über Eigen- und Fremdmessungen
- Controlling und Kontrolle (Kodierung, Qualität, etc.)
- Auswirkungen des Finanzierungsmodells (dual-fix, monistisch)
- 2. KVG-Revision und Anforderungen an weitere Anpassungen
- Transparenz in Fragen Spitaldaten
- Folgen der Erkenntnisse aus dem Benchmark für die Anpassung der Baserates einzelner Spitäler
- Sanktionsmassnahmen bei ungenügender Qualität oder Kodierverstössen

Offene Fragen:

- **Was verstehen wir Versicherer unter Wettbewerb**
 - Wettbewerb unter Versicherern
 - Qualitätswettbewerb ?
 - Wettbewerb der Baserate's; Preiswettbewerb auch im KVG
 - Risikoselektion ?
- **Kann jemals ein freier Wettbewerb unter Spitälern herrschen?**
 - Wer stellt die Versorgung der Bevölkerung sicher?
 - Rosinenpickerei der Spitäler ?
 - Abschiebung von Patienten ?
 - Rahmenvorgaben der Kantone / Regionen
- **Können wir allenfalls auch Konkurse von Spitälern mitverantworten ?**

Sind mehr Wettbewerb und mehr Konkurrenz der Rettungsanker für das Gesundheitswesen?



Gesundheitswesen Schweiz

