

## Biersdorfer Krankenhausgespräche, 09. September 2010

Anforderungen an eine altersgerechte, medizinische Versorgung:

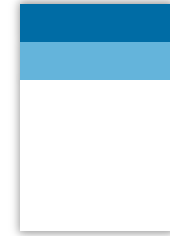
Was planen und erwarten die Krankenkassen?

Referenten:

Reiner Glasmacher, Hauptabteilungsleiter Leistungen, Verträge, Pflege

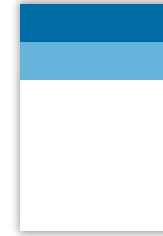
Theo Barth, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung und Rehabilitation





# Gliederung

- Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung – Zahlen, Daten, Fakten aus Sicht einer bundesweit tätigen Krankenkasse
- Der alte Mensch im Krankenhaus
- Was tut und plant die BARMER GEK
- Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung
- Fazit

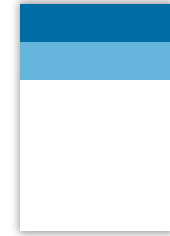


## Vom Wandel der Demographie überfordert?

*“Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer **älter werdenden Bevölkerung**...*

*... Dies wirft die Frage nach einer **generationenspezifischen Versorgung** auf, die den Kriterien der Effizienz und Effektivität bzw. Qualität sowie Nachhaltigkeit genügt.”*

Sondergutachten des SVR-Gesundheit 2009



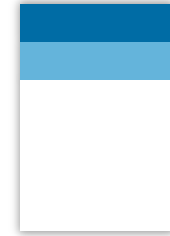
## Einfache Frage:

Was planen und erwarten Krankenkassen?

## Einfache Antwort:

Eine patientenorientierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung!

*.....Ist die Antwort wirklich so einfach?*

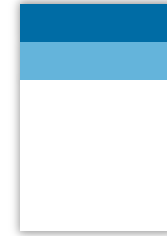


## Nein, weil:

- die Versorgung des Patienten nicht an der KH-Pforte endet,
- wir als Krankenkasse in Versorgungsketten denken und
- wir Ihnen nicht sagen können, wie „Krankenhaus funktioniert“

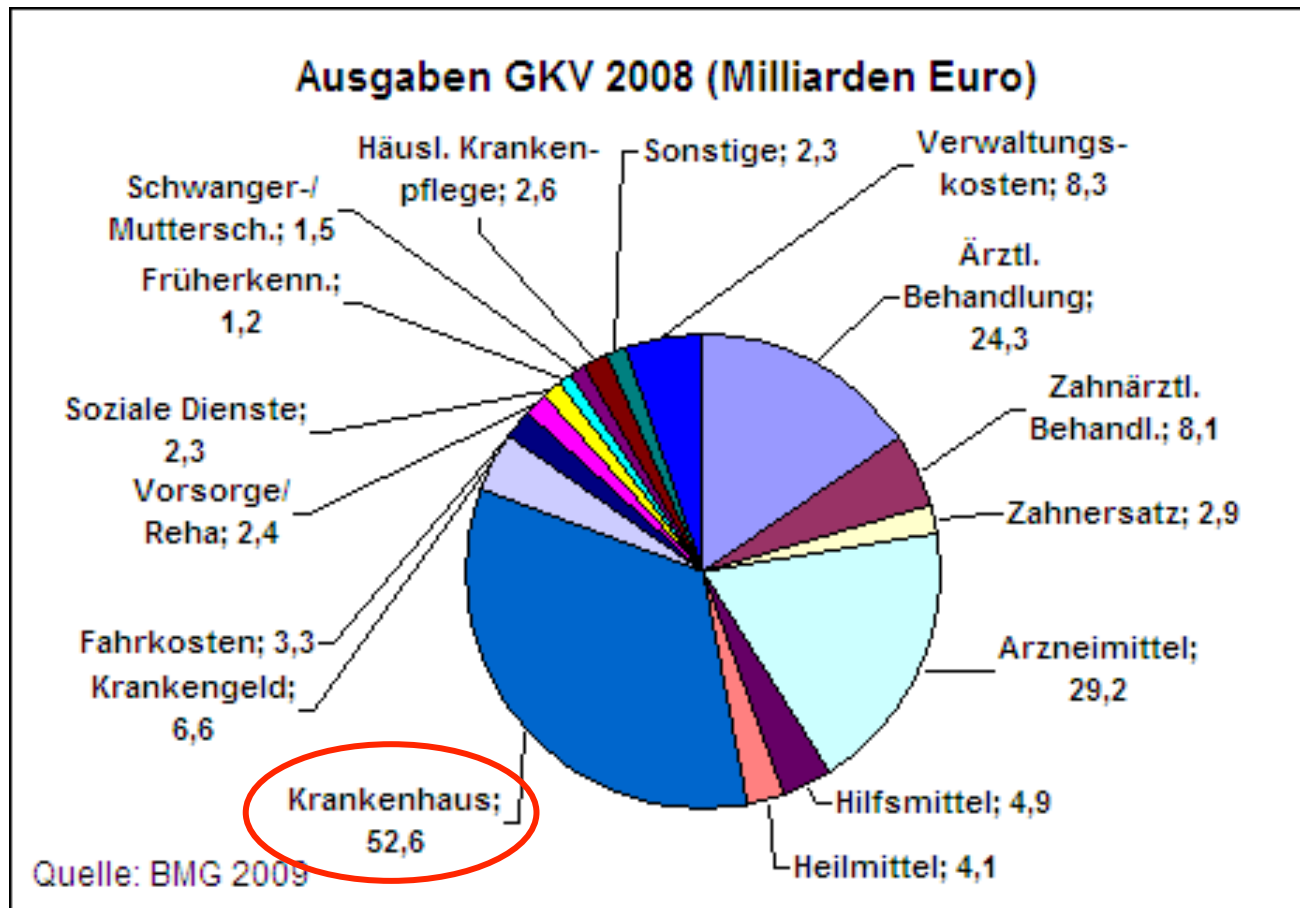
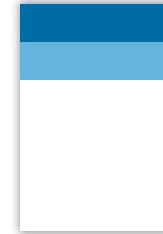
Wir können uns aber zur gesamten Versorgungskette äußern – müssen dies sogar!

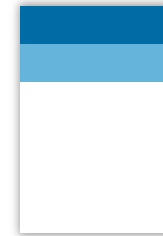
# Zukünftige gesellschaftliche Herausforderungen



- **Demographischer Wandel** führt zu einer Verschiebung des Altersaufbaus (mehr Alte und mehr Hochbetagte)
- Veränderter Altersaufbau führt zu verändertem **Versorgungsbedarf und Präferenzen der Versicherten**
- **Medizinischer und medizin-technischer Fortschritt** beeinflussen das Versorgungsgeschehen und -prozesse
- **Konzentrationsprozesse** haben Einfluss auf die flächendeckende Versorgung

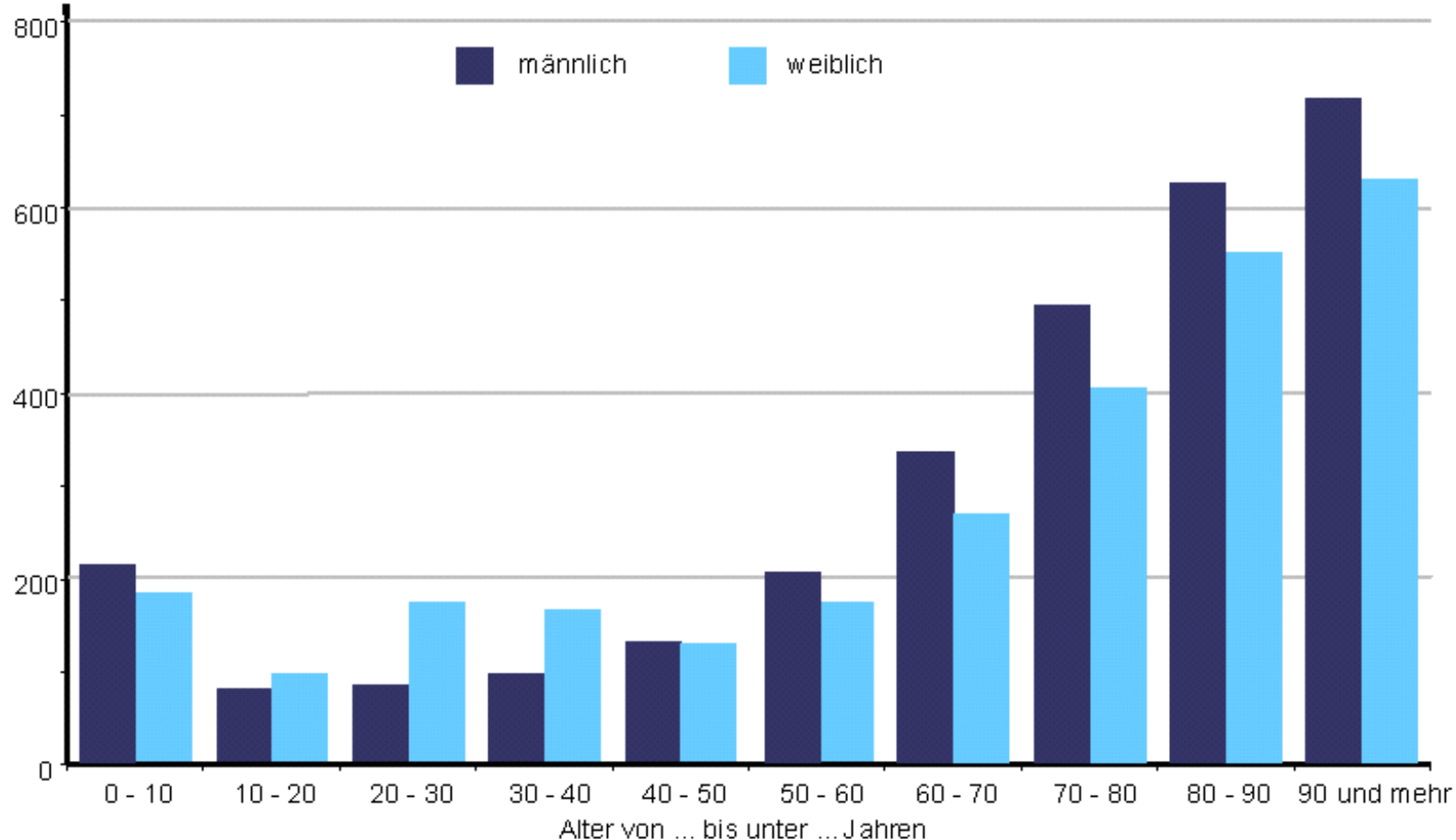
# Anteil Krankenhaus an den Leistungsausgaben der GKV: 30 Prozent





# Altersverteilung der KH-Fälle

Krankenhausfälle je 1000 Einwohner nach Altersgruppen

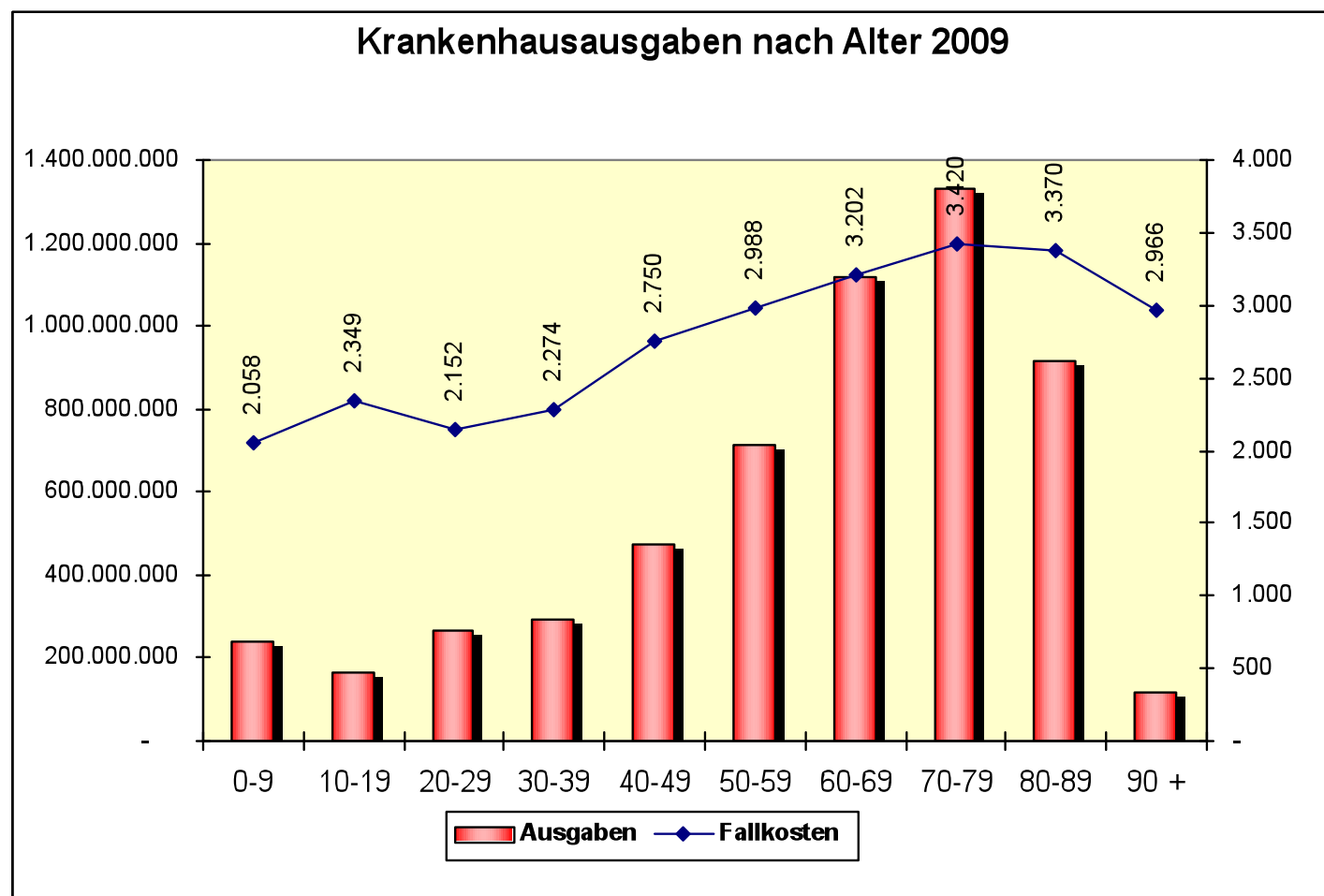
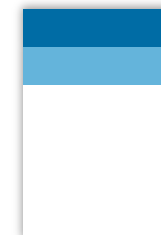


Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder / Demographischer Wandel in Deutschland, 2008

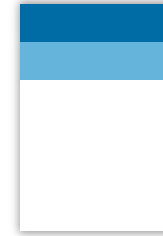


# Krankenhausausgaben der BARMER 2009

## 5,6 Mrd. Euro



Quelle: BARMER Daten 2009



# Leistungsausgaben der BARMER 2009

**Die Gruppe der Ab-80-Jährigen verursacht mit  
7 % Versichertenanteil gut 16 % der Leistungsausgaben**

20 % der Krankenhausleistungen

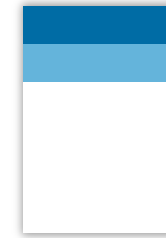
25 % der Sonstigen Leistungen (u.a. Reha, Heil-/Hilfsmittel)

14 % der Arzneimittelleistungen

**Die Gruppe der Ab-67-Jährigen verursacht mit  
23 % Versichertenanteil gut 45 % der Leistungsausgaben**

**Ist die Generationensolidarität  
der GKV in Gefahr?**

# Veränderung der Morbidität bis 2020

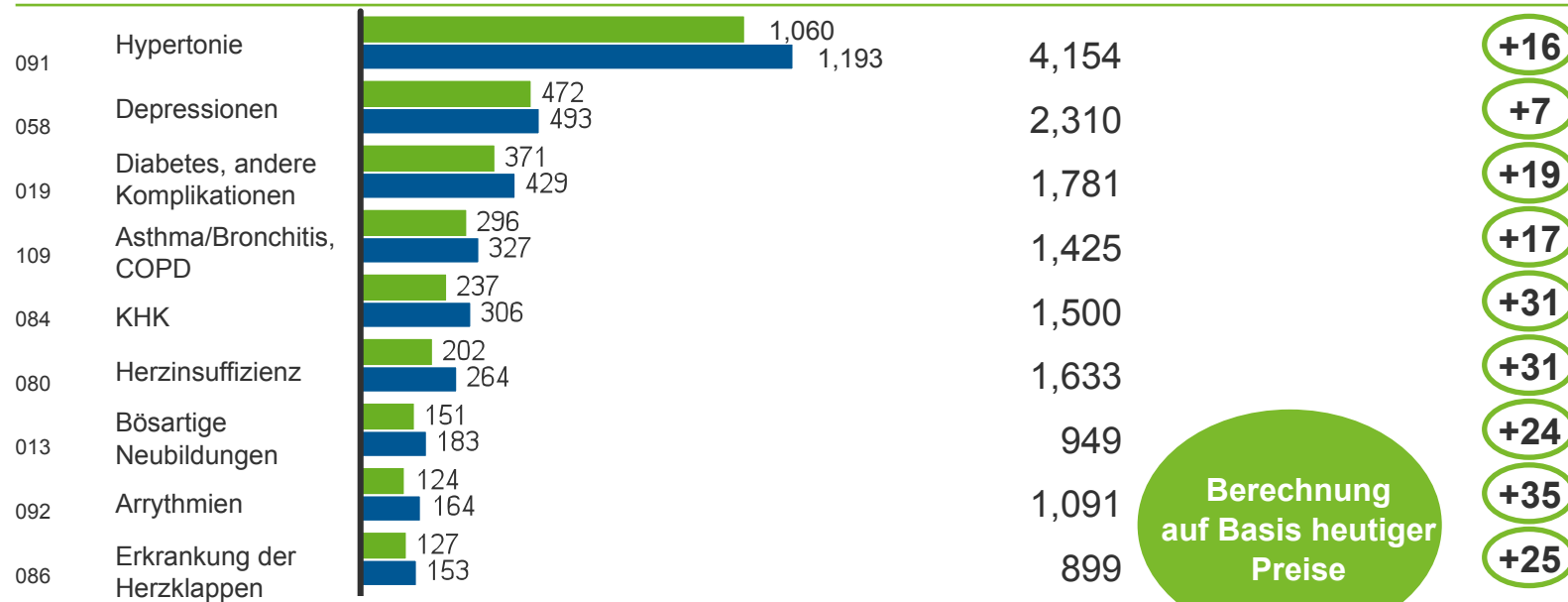


■ Heute  
■ 2020

Zehn wichtigsten HMGs bei der BARMER  
GEK nach Versicherten\* in 1,000

Leistungsausgaben  
2007, in Mio. EUR

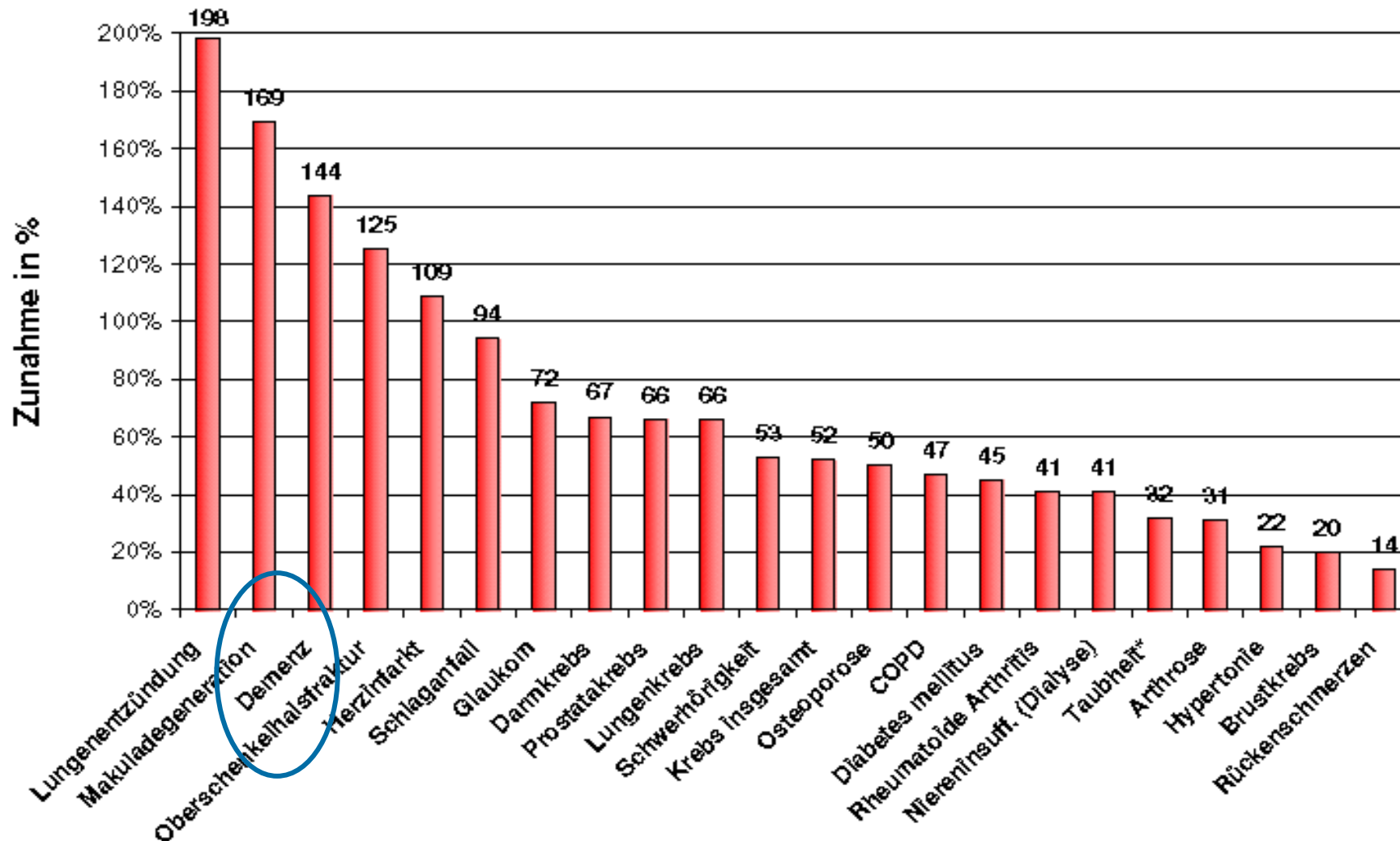
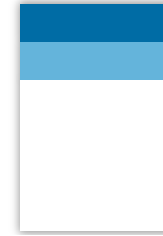
Veränderung Leistungs-  
ausgaben in Prozent

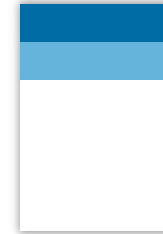


Berechnung  
auf Basis heutiger  
Preise

\* Versichertenjahre werden wie Versicherte behandelt

# Zunahme ausgewählter Krankheiten 2007 - 2050



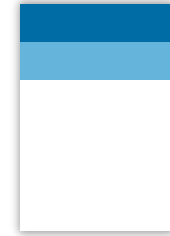


## Zwischenfazit

- die Bevölkerung wird im Durchschnitt älter und kränker
- die Fallzahlen und Kosten im Krankenhaus steigen



**Leidet das System an „Altersschwäche“?**



# Gliederung

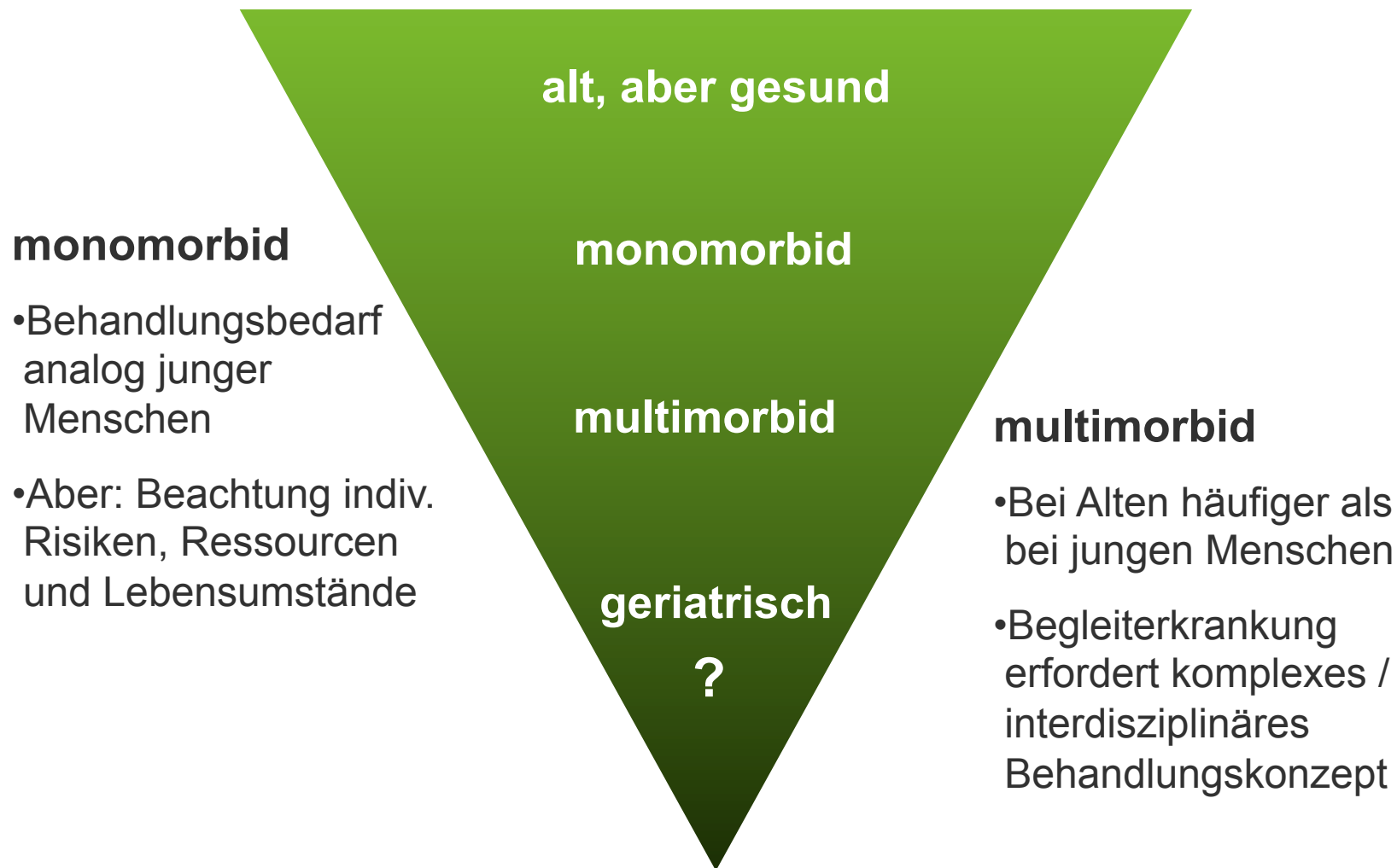
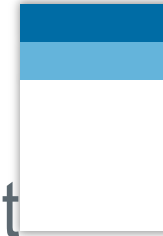
- Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung – Zahlen, Daten, Fakten aus Sicht einer bundesweit tätigen Krankenkasse
- Der alte Mensch im Krankenhaus
- Was tut und plant die BARMER GEK
- Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung
- Fazit

# Nicht jeder alte Mensch ist ein geriatrischer Patient



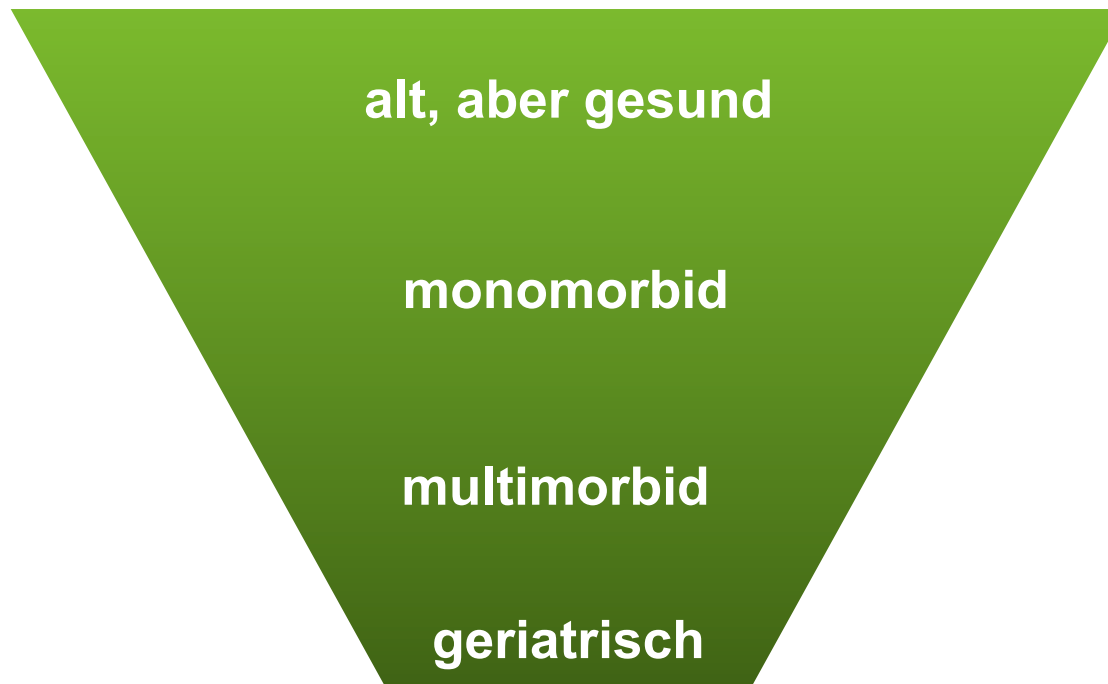


# Nicht jeder alte Mensch ist ein geriatrischer Patient

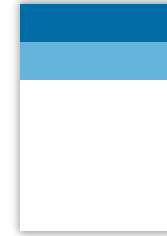




Nicht jeder alte Mensch ist ein geriatrischer Patient



**„Jeder Mensch ist anders“ – auch jeder alte Mensch!  
Individuelle Behandlungsbedürfnisse und  
Behandlungserfordernisse sind zu berücksichtigen**

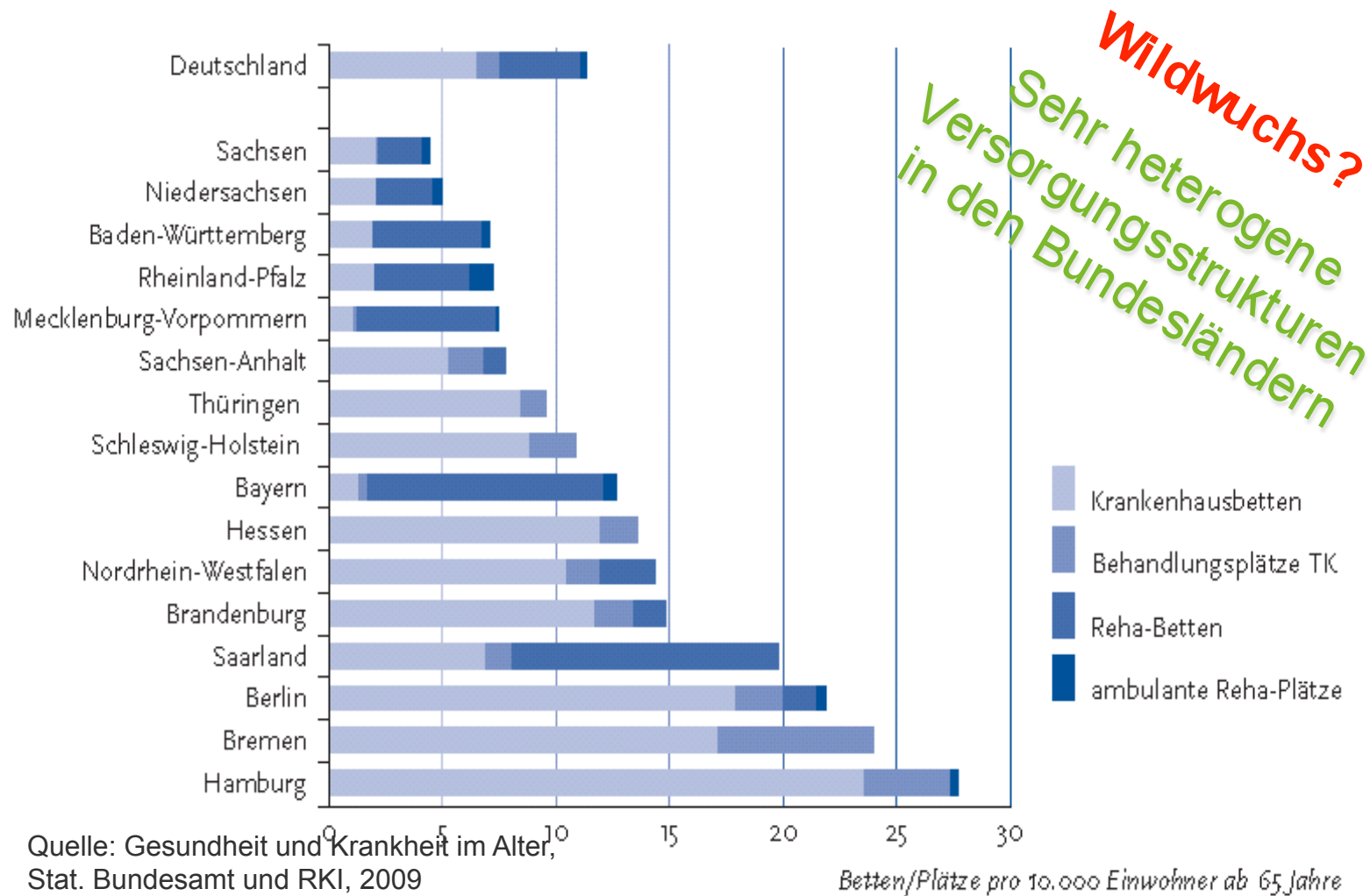
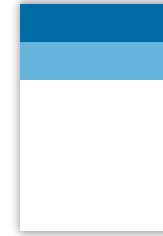


# Strukturelle Anforderungen an eine altersgerechte KH-Versorgung

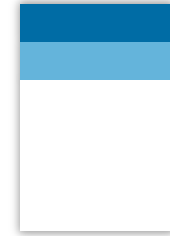
- Versorgung **monomorbider** alter Patienten
  - keine spezifischen strukturellen Anforderungen
  - aber: Berücksichtigung individueller Risiken/Ressourcen; spezifische Behandlung und Mobilisierung
  
- **Versorgung geriatrischer Patienten**  
( „Weißbuch Geriatrie“ 2010 )
  - überdurchschnittliche Nachfrageentwicklung in der stationären Versorgung
  - geriatrische Kapazitäten in den Bundesländern unterschiedlich (historisch gewachsen, föderal entwickelt)

# Geriatrische Versorgung in den Bundesländern 2006

**Problem:** Diversifikation der Strukturen



# Altersmedizinische Versorgung...



**alt, aber gesund**

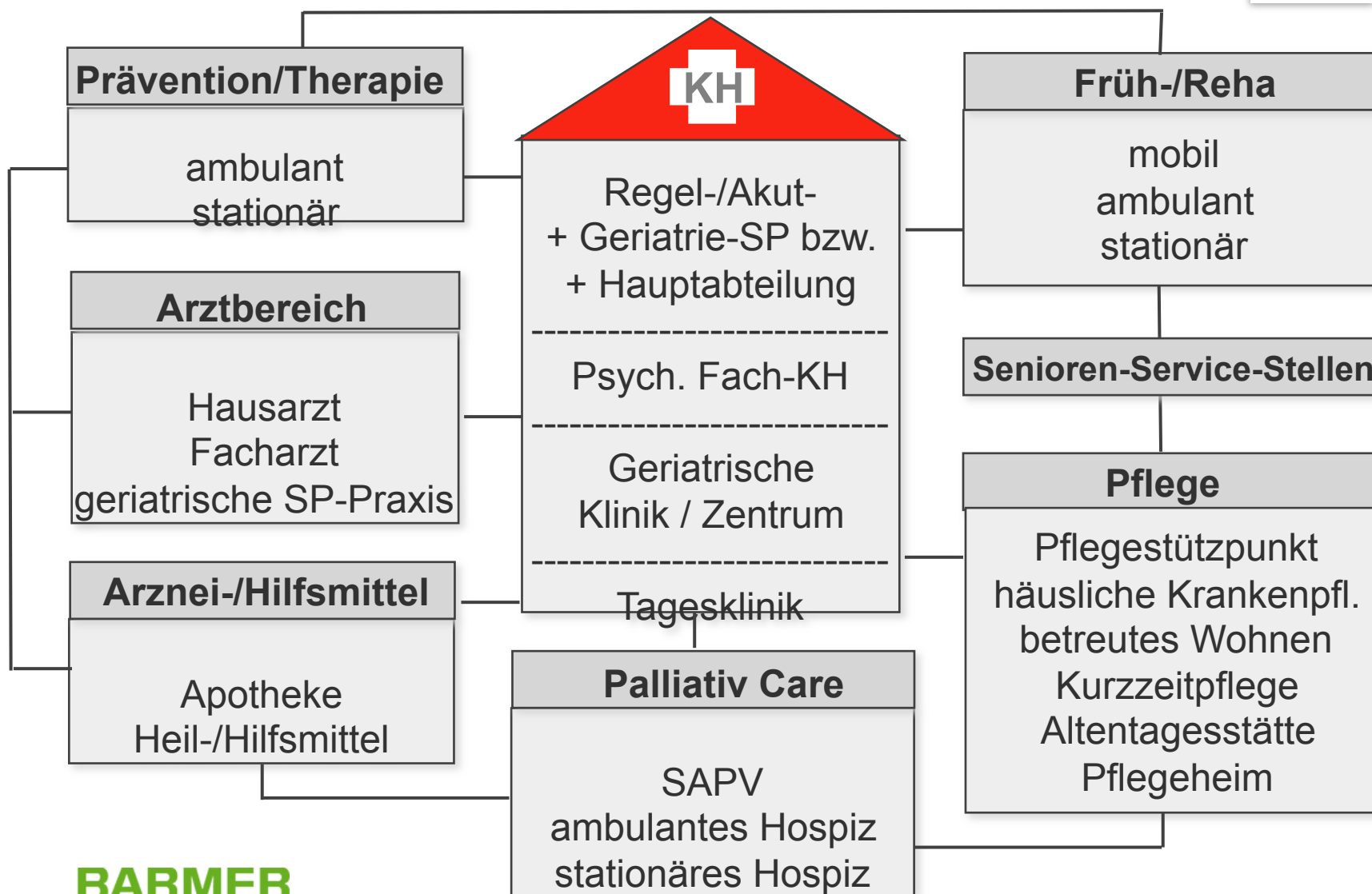
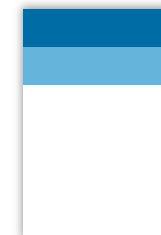
**monomorbid**

**multimorbid**

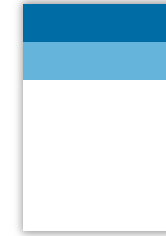
**geriatriisch**

**Behandlung alter Menschen lässt sich nicht auf die KH-  
Behandlung reduzieren, sondern ...**

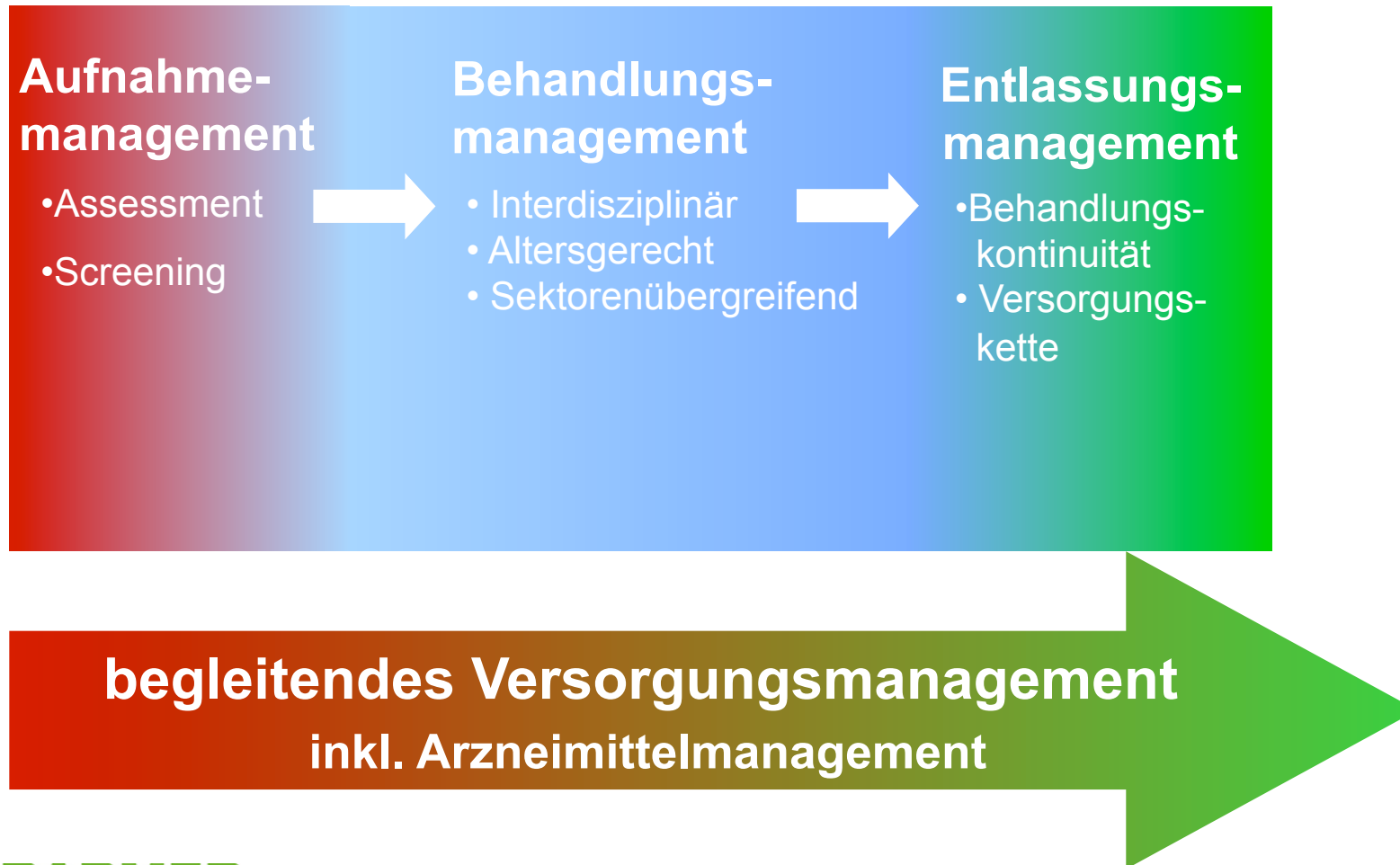
# Versorgung alter Menschen findet in vielen Disziplinen statt – leider nicht immer vernetzt



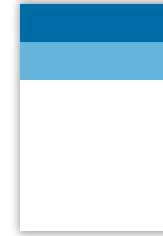
# Theorie - und Praxis??



## Prozesse im Krankenhaus



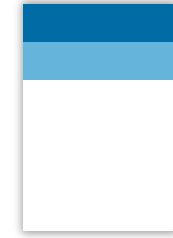
# Versorgungs- / Entlassungsmanagement im KH



- Gesetzliche Grundlage: § 11 Abs. 4 SGB V  
*„Versicherte haben **Anspruch** auf ein Versorgungsmanagement insb. zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“*



- Kliniken sollen den **nahtlosen Übergang** in die ambulante, rehabilitative und pflegerische Versorgung sicherstellen
- Zur Erfüllung ihrer Aufgabe werden die Leistungserbringer von den Krankenkassen unterstützt

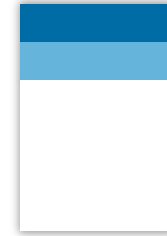


# Versorgungs- / Entlassungsmanagement im KH

- **Systemimmanente Problematik** durch die DRG-Vergütung
  - Ökonomisierung der Leistungserbringung
  - Erhöhung der Entlassungsgeschwindigkeit
- **Mangelnde Verankerung** in den Behandlungsstrukturen und Behandlungspfaden (u.a. frühzeitige Planung der Anschlussbehandlung, Einbindung der Angehörigen)
- **Defizitäres Arzneimittelmanagement**  
ambulant – stationär – ambulant
- **Sozialdienst** oft ungenügend informiert und ausgestattet  
(Erfahrungen der Versorgungsmanager der BARMER GEK)

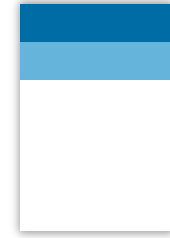






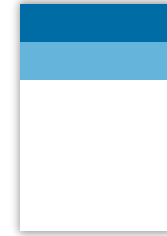
## Erfahrungen unserer Versorgungsmanager

- „Viele ältere Menschen mit Brüchen (alleinstehend) werden aus dem Krankenhaus entlassen. Keine Pflegestufe, da keine Grund- und Behandlungspflege notwendig ist. Gefahr eines erneuten Sturzes oder der Verwahrlosung.“
- „Der Pflegebedürftige und seine Angehörigen werden im Krankenhaus oftmals nicht genug eingebunden. Pflegeschulung/ Lagerungsschulungen der Angehörigen vor Entlassung notwendig.“
- „Bessere Vernetzung und bessere Aufklärung der Patienten und Angehörigen wäre wünschenswert. Niemand kümmert sich wirklich um den Behandlungserfolg. Patienten müssen sich oftmals selbst kümmern, weil vom Krankenhaus aus nichts geregelt wird. z.B. im Laufe einer Reha wird ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, was passiert im Anschluss?“



## Erfahrungen unserer Versorgungsmanager

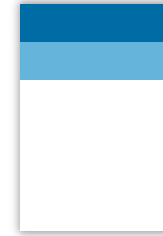
- „Worum kümmert sich der Sozialdienst im Krankenhaus?  
Beispiel: Eine Patientin wird stationär wegen einer Fraktur behandelt. Während des Aufenthaltes werden auch Knochenmetastasen diagnostiziert. Eine Anschluss-Reha wird nur wegen der orthopädischen Diagnose eingeleitet - der Sozialdienst weiß nichts von der Ca-Erkrankung und es wurde diesbezüglich auch nichts mit der Patientin besprochen. Erst nach Rücksprache erhält der Sozialdienst den Auftrag von den Ärzten.“



# Gliederung

- Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung – Zahlen, Daten, Fakten aus Sicht einer bundesweit tätigen Krankenkasse
- Der alte Mensch im Krankenhaus
- **Was tut und plant die BARMER GEK**
- Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung
- Fazit

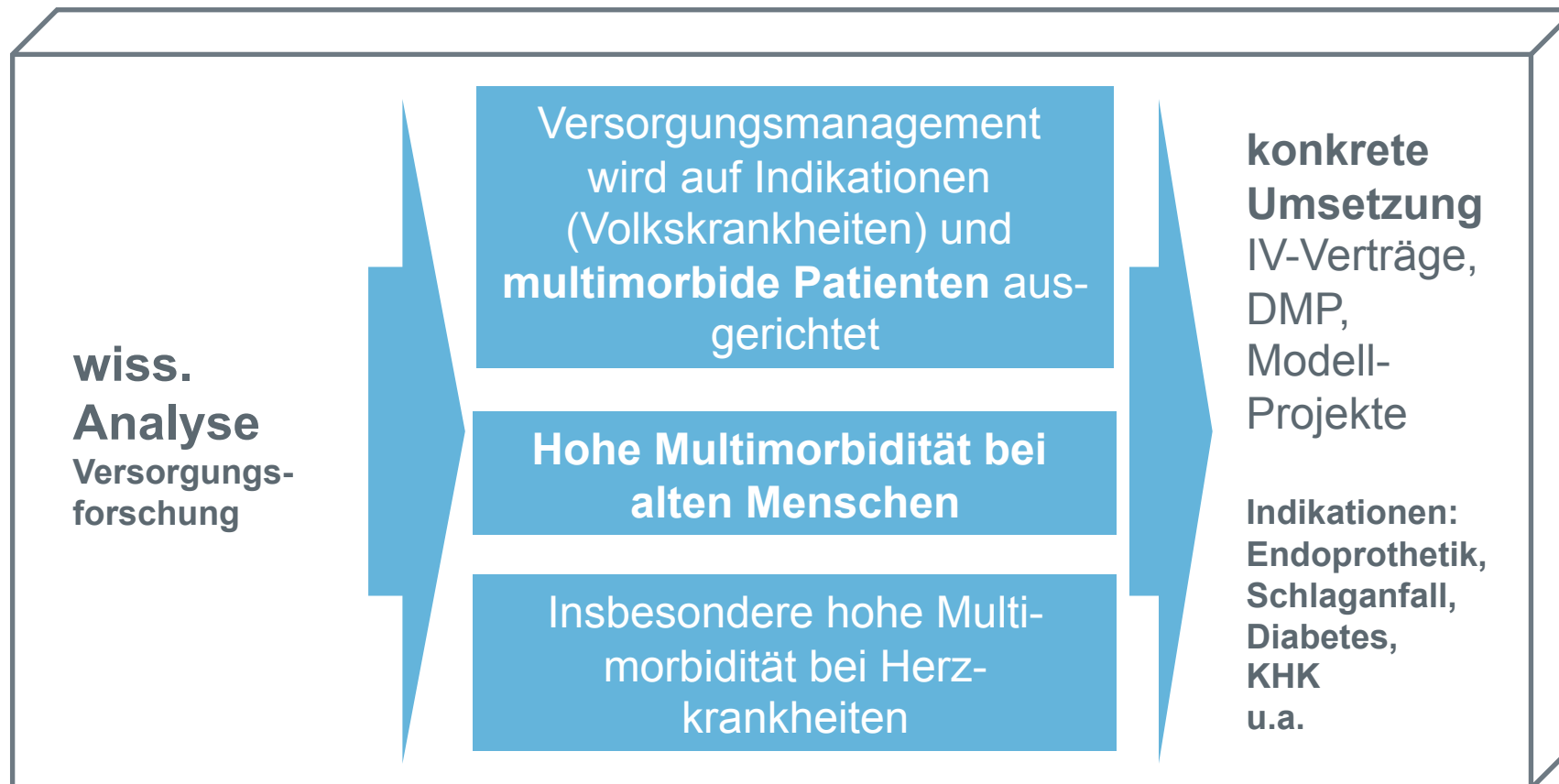
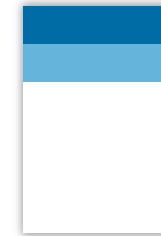
# Was tut die BARMER GEK bereits heute?



- „Aus Daten Wissen generieren!“ – Versorgungsforschung (u.a. [Arzneimittelreport](#), Gesundheitsreport, [KH-Report](#))
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement fördern und fordern (u.a. Engagement für KH-Hygiene, [Weisse Liste](#), adressatengerechte Information)
- Information und [medizinische Beratung](#) der Versicherten (u.a. Teledoktor)
- Selektives Vertragshandeln nutzen ([IV-Verträge](#) - auch im Bereich der Altersmedizin)



# Übergreifende Versorgungsprogramme

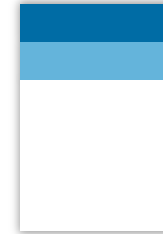


# Hohe Komorbiditäten zwischen den Krankheiten geben Aufschlüsse über übergreifende Versorgungsprogramme

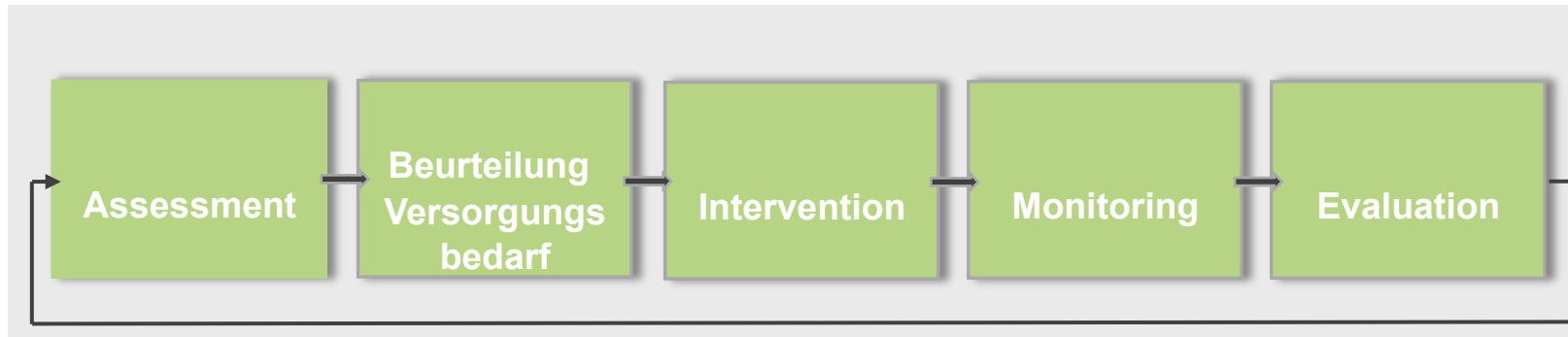


## Anteil Komorbiditäten in Prozent bei BARMER Versicherten

	HMG	LA ges. in Mio. EUR	091 Hypertonie	080 Herzinsuffizienz	084 KHK	092 Definierte Arrhythmien	086 Erworb. Herzklappenkrank.	Diabetes Typ II	071 Polyneuropathie	058 Depression & Wahn	109 COPD, Asthma (> 17 J.)	022 Schwerw. endokrine Erkrankungen
Kardiovaskuläre Erkrankungen	091 Hypertonie	4.154			13	5		20		13	8	
	080 Herzinsuffizienz	1.633			28	27	19	29		19		
	084 KHK	1.500	52	24		16		28		15		
	092 Definierte Arrhythmien	1.091	35	36	25		23	25				
	086 Erworb. Herzklappenkrank.	899	33	28	21	24		17				
Diabetes und Folgekomplikationen	015 - 019 Diabetes Typ II (ohne HMG 020)	~ 2.000	50	15	17				9	14	10	
	131 Nierenversagen	955	44	40	27	24		33				
	071 Polyneuropathie	835	41	19	18			37		24		
	130 Dialysestatus	380	40	34	26			27				39
	058 Depression & Wahn	2.310	27	8	8			12			9	
	109 COPD, Asthma (> 17 J.)	1.425	28	13	11			14		15		
	105 Gefäßerkrankungen	794	45	19	24			26		17		
038 Rheuma & BGW-Entzünd.	689	32		10			14		18	10		



# Strukturiertes Versorgungsmanagement



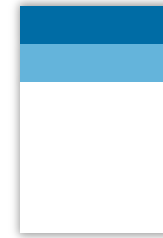
## Ziele im Versorgungsmanagement

- Sicherstellen der Leistungen, die individuell benötigt werden (Über-, Unter-, Fehlversorgung vermeiden und begegnen)
- verbessertes Schnittstellenmanagement / Transparenz über das Versorgungshandeln
- Optimierung und Rationalisierung der Versorgungsformen/ Versorgungsstrategien
- Einbeziehung des Umfeldes der Versicherten

## Adressaten des Versorgungsmanagements

Versicherte, bei denen aufgrund vorhandener Erkrankungen Versorgungsbedarf gegeben ist, der im Rahmen von Koordinierungs- und Steuerungsaktivitäten individuell gedeckt und optimiert werden kann (u.a. VM für Pflegeantragsteller).

# Versorgungsmanagement und Vertragsfreiheit - vielfältige Optionen und Chancen



Integrierte Versorgung - § 140a SGB V

Hausarztzentrierte Versorgung - § 73b SGB V

Bes. ambulante Versorgung - § 73c SGB V

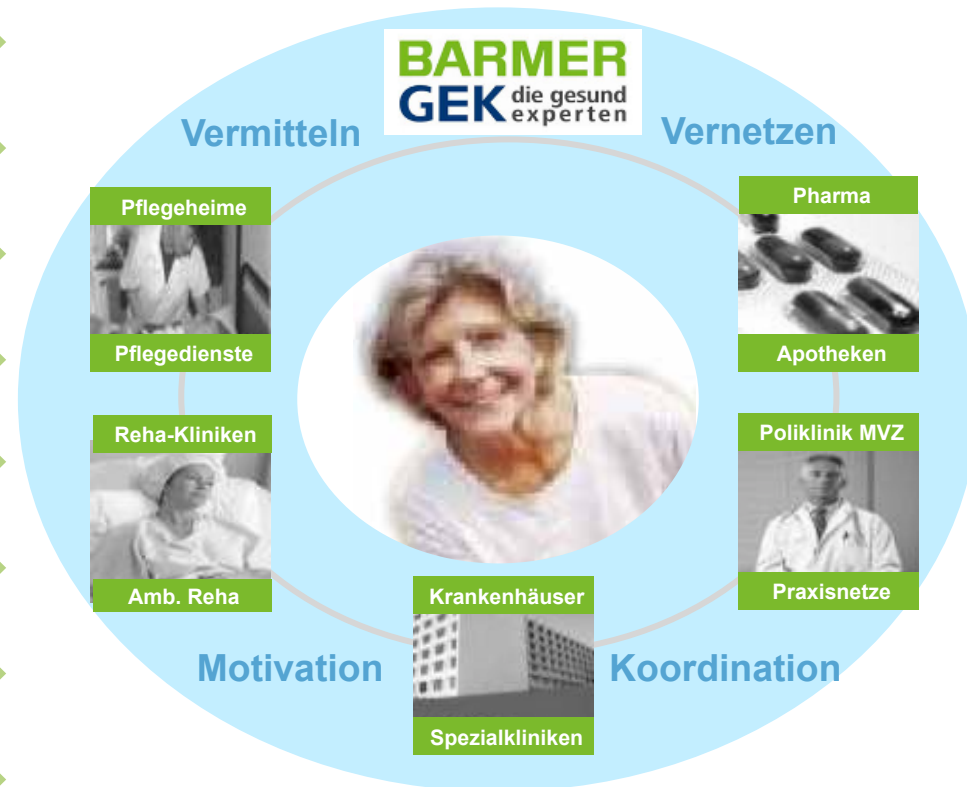
AM-Rabattverträge - § 130a (8) SGB V

Disease Management Programme - § 137f SGB V

Versorgungsmanagement - § 11 Abs. 4 SGB V

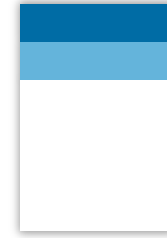
Pflegeberatung - § 7a SGB XI

Gestaltung von Tarifen - § 53 SGB V

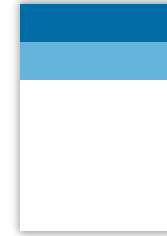




# Versorgungsmanagement und Vertragsfreiheit bei der BARMER GEK



- > 300 Verträge zur **Integrierten Versorgung** mit einem breiten Themenspektrum (rd. 40 Indikationen)
- bundesweit flächendeckende **Disease Management** Programme bei Diabetes mellitus, Asthma, COPD, Brustkrebs und koronarer Herzkrankheit mit mehr als 600.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern
- **Arzneimittel-Rabattverträge** für mehr als 300 Wirkstoffgruppen
- Zahlreiche **Leistungs- und Beratungsangebote**, z.B. umfassende Pflegeberatung



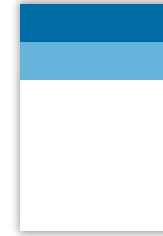
# Vertragswettbewerb als Entwicklungsoption

## ■ **Aktive Nutzung von individualvertraglichen Lösungen**

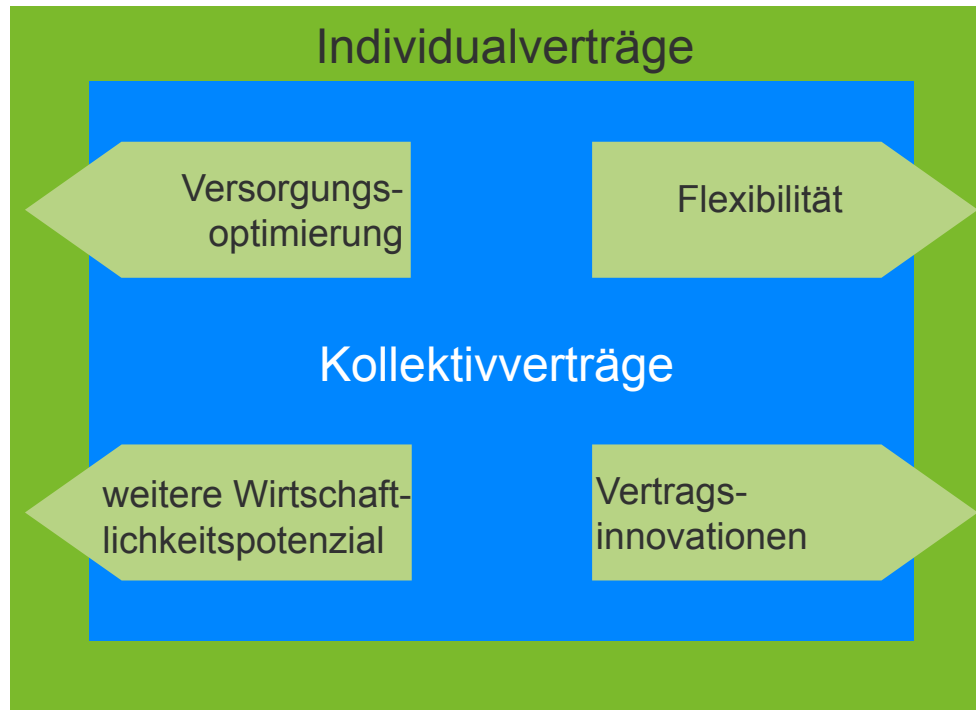
- für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung
- zur Intensivierung der sektorübergreifenden Versorgung

## ■ **Die BARMER GEK setzt auf mehr Vertragsfreiheit, durch**

- stufenweise Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten zur individuellen Ausgestaltung von Leistungsinhalten, Preisen und Mengen bei abnehmender Regulierung
- Garantie zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallversorgung im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen



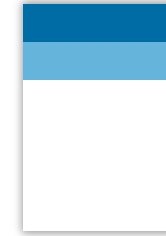
# Vertragsmanagement im Krankenhaus




**Individualverträge als Ergänzung zum Kollektivvertrag zielgerichtet dort einsetzen, wo**

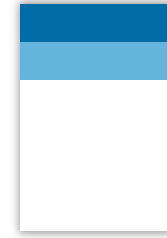
- Versorgungsoptimierung möglich
- Flexibilität neue Handlungsoptionen eröffnet
- weitere Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen sind
- Vertragsinnovationen Vorteile im Wettbewerb schaffen

# Strukturen und Prozesse gestalten - Auszug aus dem strategischen Portfolio der BARMER GEK



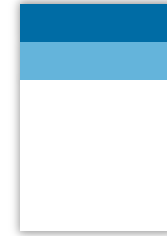
Bereiche Ansätze	Indikationen					Populationen		Regionen
	Kardio- vaskuläre Krank- heiten	Diabetes mellitus	Psychia- trische Erkran- kungen	Gene- tische Erkran- kungen / Hämo- philie	Rücken- schmer- zen	 <b>Ältere</b>	Familien mit Kindern	Region
Individualisierte Angebote								
Gezielte Versorgungssteuerung								
Breiten- versorgung								
Information / Kommunikation								
Ambulantes Operieren								

## Im Fokus: Versorgungsprogramm „Ältere“



# Versorgungsmanagement Pflege

- **Pflegeberatung** gemäß § 7a SGB XI durch qualifizierte Fachkräfte der BARMER GEK (bundesweit 80 MA mit spezifischer Weiterbildung)
- **Aktive Ansprache** der Versicherten bei Neuantrag auf Pflegeleistungen
- **Strukturiertes „Case Management“**



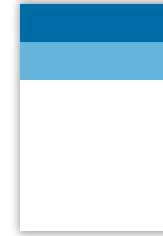
# Versorgungsmanagement Pflege

## ■ Ablauf des „Case Managements“

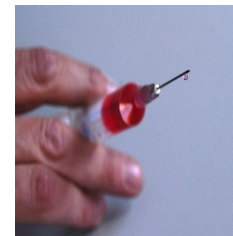
- den Hilfebedarf systematisch feststellen (Assessment)
- einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und Hilfen erstellen (Hilfeplanung)
- auf die zur Durchführung nötigen Maßnahmen hinwirken (Intervention)
- die Umsetzung des Versorgungsplans begleiten, überwachen, ggf. der veränderten Bedarfslage anpassen (Monitoring)
- den Hilfeprozess auswerten und dokumentieren (Evaluation)

# Versorgungsprogramm „Ältere“

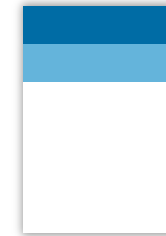
## Top-Thema Polypharmazie



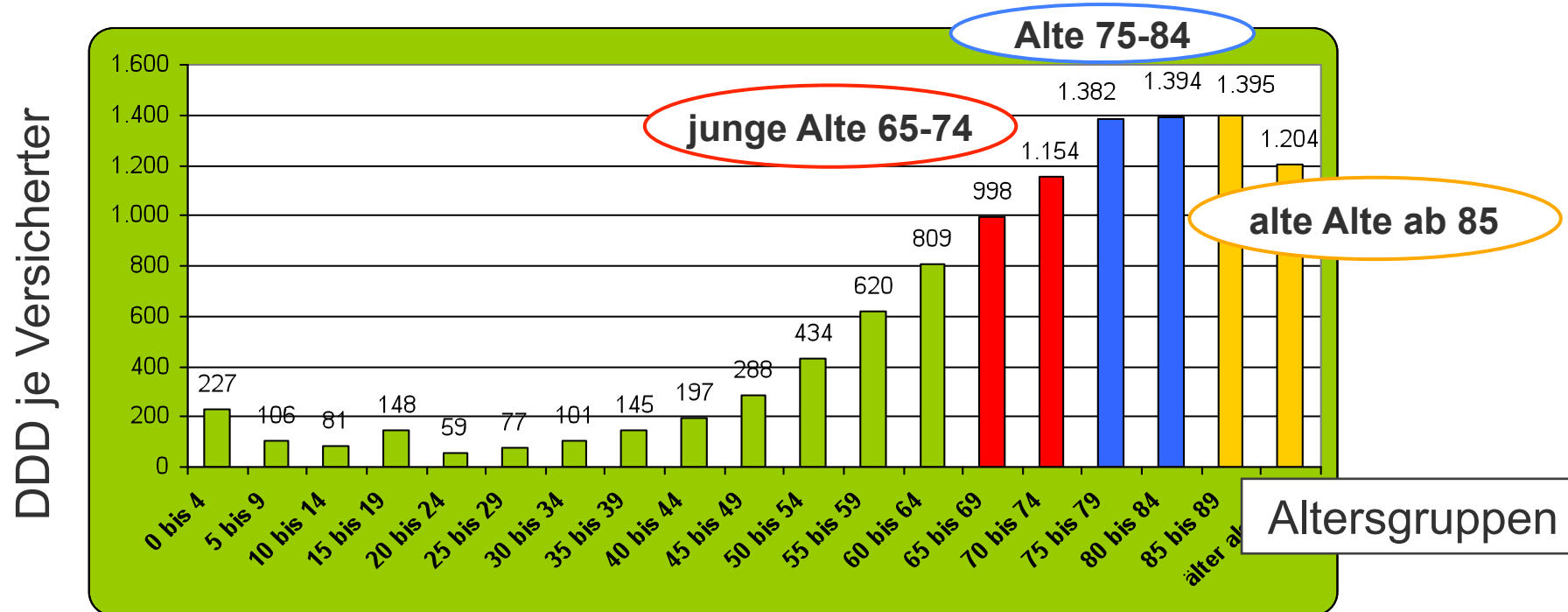
- Arzneimittelmanagement als Bestandteil des Versorgungsmanagements bei der BARMER GEK (Modellprojekt Schleswig Holstein)
- Entscheidungshilfe von und für Hausärzte, wie im Falle von Polypharmazie behandelt werden kann (fehlende Leitlinie bei Multimorbidität)
- Steuerung und Koordination der Arzneimitteltherapie im Einzelfall durch die Hausärzte



# Polypharmazie im Bereich der Altersmedizin



## Arzneiverbrauch je Versicherter in der GKV 2008

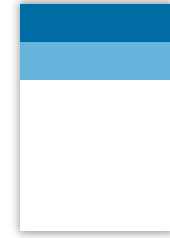


Quelle: Arzneiverordnungsreport 2009



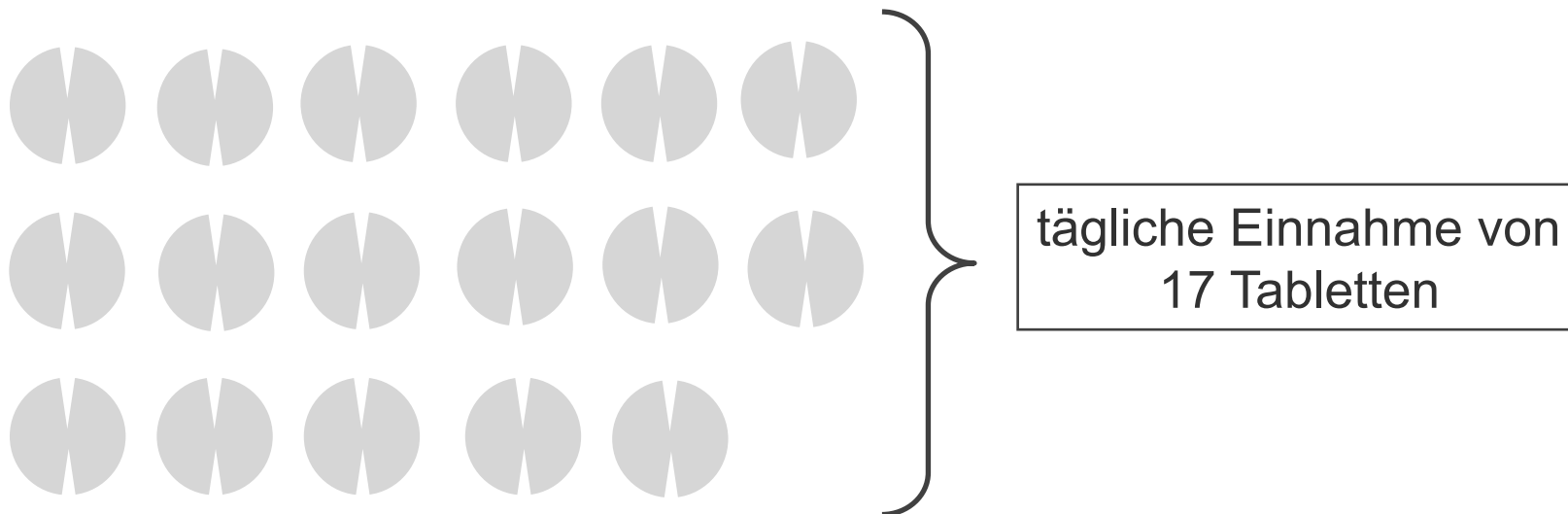
Fallbeispiel:

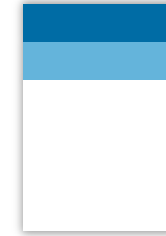
Versicherte, weiblich, 86 Jahre, multimorbide



## Arzneimittel-Verordnungen im 3. Quartal 2009

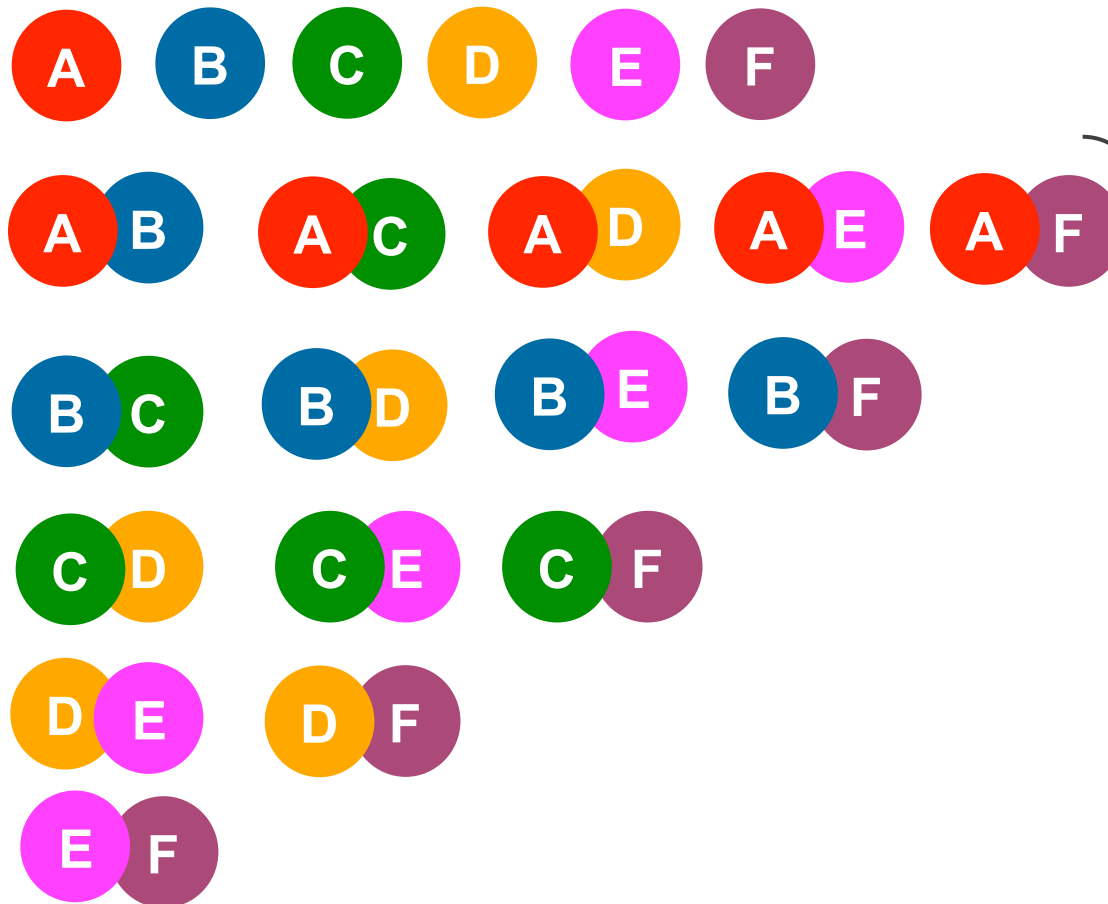
**1.518 Tabletten + ein halber Liter Tropfen  
+ 20 Spritzen + tägl. Inhalation**





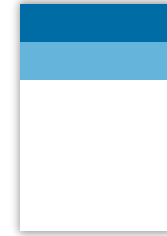
# Polypharmazie - Arzneikomplikationen

Mögliche Anzahl an Wechselwirkungen bei 6 Wirkstoffen



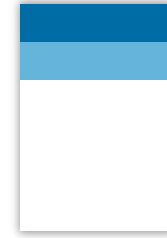
**15 mögliche Wechselwirkungen,** zusätzlich zu den Arzneimittel-Nebenwirkungen!

nach Hiemke C., et al.; Wechselwirkungen bei der Psychopharmakotherapie; Arzneimitteltherapie 21, 11 2003, 331-335



# Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen

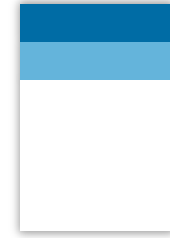
- Erhöhte **Medikamenten-Konzentration** (Multimorbidität)
- Verzögerte Genesung
- Erhöhte **Empfindlichkeit** für Medikamente
- „**Missmanagement**“ gerade bei chronischen Erkrankungen (keine Transparenz über Behandlung bei Hausarzt, Facharzt, Apotheken, Krankenhaus etc.)
- Fehlerhafte **Medikamentengabe** und **Handhabung** (z.B. keine Kraft in den Händen für schwere Drehverschlüsse, => Adherence)
- **Patientenpräferenz** („Ich will noch leben und nicht nur Tabletten essen“)



# Polypharmazie im Bereich der Altersmedizin

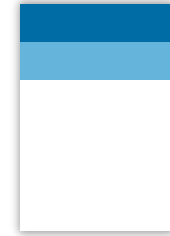
## Ziele der BARMER GEK

- Verbesserte Adherence und Behandlung der Versicherten
- Verringerung / Vermeidung von Arzneimitteln (weniger täglich einzunehmende Arzneimittel)
- Senkung Arzneimittelkosten
- Dokumentation (Verordnungen + Selbstmedikation)
- Vermeidung von KH-Aufenthalten (häufige unerwünschte Arzneimittelwechselwirkung ist Schwindel => Stürze)
- Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und Disziplinen



# Gliederung

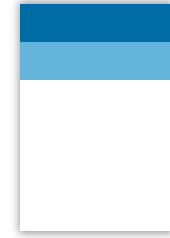
- Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung – Zahlen, Daten, Fakten aus Sicht einer bundesweit tätigen Krankenkasse
- Der alte Mensch im Krankenhaus
- Was tut und plant die BARMER GEK
- **Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung**
- Fazit



# Verantwortung von Politik und Gesetzgeber

## Weichen stellen für eine altersgerechte Versorgung

- **Rahmenbedingungen** und gesetzliche Vorgaben, u.a.
  - Etablierung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung
  - bundesweit einheitliche Qualitätskriterien sowie Sicherstellung der Qualitätstransparenz
  - Verknüpfung SGB V + SGB XI
  
- Erweiterung der **Vertragsmöglichkeiten** für Leistungserbringer und Kostenträger sowie **flexible Steuerungsmöglichkeiten**



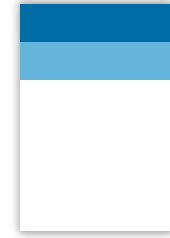
## Ziel: Sachgerechte Strukturen

### ■ Etablierung geriatrischer **Strukturen**

- Geriatrie ist nicht in jedem KH leistbar und finanzierbar
- Geriatrie (Hauptabteilung / Behandlungseinheit) gehört in größere KH bzw. Fachkrankenhäuser
- Einrichtung von geriatrischen Zentren mit **Augenmaß** (Erhalt der wohnortnahen Versorgung)

### ■ Berücksichtigung **altersmedizinischen Fachwissens** in

- der grundständigen med./pfleg. Ausbildung
- der ambulanten und stationären Versorgung

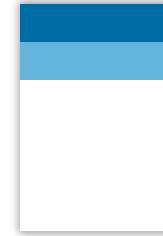


# Gliederung

- Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung – Zahlen, Daten, Fakten aus Sicht einer bundesweit tätigen Krankenkasse
- Der alte Mensch im Krankenhaus
- Was tut und plant die BARMER GEK
- Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung
- **Fazit**



# Anforderungen an eine altersgerechte Versorgung

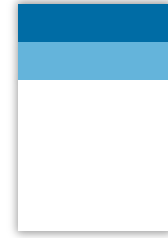


- Demographische Entwicklung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – **in gemeinsamer Verantwortung** von Politik, Ländern, Leistungserbringern und Krankenkassen
  
- Differenzierte, individuelle Behandlungskonzepte
  - Nicht jeder alte Mensch gehört in die Geriatrie
  - **Spezialisierung** sinnvoll
  
- **Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung**
  - Sektorendenken überwinden
  - Schnittstellenmanagement verbessern
  - Gestaltungsspielräume vergrößern

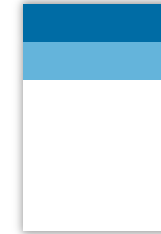
*Demographische Entwicklung als  
Chance und Herausforderung für  
innovative Versorgungsstrukturen*

**BARMEER**  
die gesund  
exportieren  
**GEK**

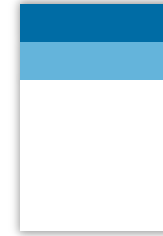
# Back up Folien



Aufn G Kurzversion	Aufn G Te	Daten	2007	2008	2009	2010
<b>Teilstationär</b>		_Fallkosten	2.201	2.154	2.292	2.384
		Diff_Fallkosten		-2,1%	6,4%	4,0%
		Ausgaben_	121.024.745	123.439.842	130.936.453	65.706.144
		Diff_Ausgaben		2,0%	6,1%	-49,8%
		Fälle_	54.987	57.311	57.127	27.563
		Diff_Fälle		4,2%	-0,3%	-51,8%
		Tage_	1.179.575	1.206.405	1.261.364	624.862
		Diff Tage		2,3%	4,6%	-50,5%
		VWD	21,5	21,1	22,1	22,7
		Anteil Ausgaben	2,4%	2,3%	2,3%	2,2%
<b>Vollstationär</b>		_Fallkosten	3.165	3.206	3.382	3.461
		Diff_Fallkosten		1,3%	5,5%	2,3%
		Ausgaben_	4.980.739.036	5.128.977.778	5.468.264.976	2.935.721.935
		Diff_Ausgaben		3,0%	6,6%	-46,3%
		Fälle_	1.573.508	1.599.997	1.617.014	848.337
		Diff_Fälle		1,7%	1,1%	-47,5%
		Tage_	13.555.220	13.537.456	13.491.940	7.040.255
		Diff Tage		-0,1%	-0,3%	-47,8%
		VWD	8,6	8,5	8,3	8,3
		Anteil Ausgaben	97,2%	97,1%	97,1%	97,3%
<b>Vorstationär</b>		_Fallkosten	143	147	149	150
		Diff_Fallkosten		2,7%	1,1%	0,8%
		Ausgaben_	24.542.198	28.560.885	31.566.139	15.051.877
		Diff_Ausgaben		16,4%	10,5%	-52,3%
		Fälle_	171.403	194.153	212.316	100.398
		Diff_Fälle		13,3%	9,4%	-52,7%
		Tage_	218.988	256.749	295.580	148.403
		Diff Tage		17,2%	15,1%	-49,8%
		VWD	1,3	1,3	1,4	1,5
		Anteil Ausgaben	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%
<b>Gesamt: Fallkosten</b>			<b>2.848</b>	<b>2.852</b>	<b>2.985</b>	<b>3.090</b>
<b>Gesamt: Diff Fallkosten</b>				<b>0,1%</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,5%</b>
<b>Gesamt: Ausgaben_</b>			<b>5.126.305.979</b>	<b>5.280.978.505</b>	<b>5.630.767.568</b>	<b>3.016.479.956</b>
<b>Gesamt: Diff Ausgaben</b>				<b>3,0%</b>	<b>6,6%</b>	<b>-46,4%</b>
<b>Gesamt: Fälle_</b>			<b>1.799.898</b>	<b>1.851.461</b>	<b>1.886.457</b>	<b>976.298</b>
<b>Gesamt: Diff Fälle</b>				<b>2,9%</b>	<b>1,9%</b>	<b>-48,2%</b>
<b>Gesamt: Tage_</b>			<b>14.953.783</b>	<b>15.000.610</b>	<b>15.048.884</b>	<b>7.813.520</b>
<b>Gesamt: Diff Tage</b>				<b>0,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>-48,1%</b>
<b>Gesamt: VWD</b>			<b>8,3</b>	<b>8,1</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>
<b>Gesamt: Anteil Ausgaben</b>			<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

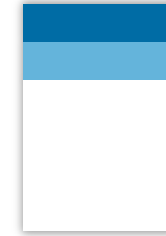


KH Entlassj Metriken	2009		
	Gesamtkosten	Fallzahl	Falkosten
Altersklassen Bez			
00-04 Jahre	185.652.161	91.298	2.033
05-09 Jahre	54.274.656	25.294	2.146
10-14 Jahre	68.407.579	27.733	2.467
15-19 Jahre	98.350.562	43.260	2.273
20-24 Jahre	116.943.128	54.345	2.152
25-29 Jahre	149.268.785	69.379	2.151
30-34 Jahre	145.657.146	66.751	2.182
35-39 Jahre	149.137.268	62.881	2.372
40-44 Jahre	208.320.323	77.743	2.680
45-49 Jahre	264.035.857	94.036	2.808
50-54 Jahre	315.625.710	108.218	2.917
55-59 Jahre	398.369.182	130.727	3.047
60-64 Jahre	424.098.945	135.545	3.129
65-69 Jahre	692.247.002	213.119	3.248
70-74 Jahre	753.602.865	224.855	3.352
75-79 Jahre	574.893.511	163.566	3.515
<b>80-84 Jahre</b>	<b>544.518.496</b>	<b>158.776</b>	<b>3.429</b>
85-89 Jahre	371.576.028	113.074	3.286
90- Jahre	115.145.984	38.829	2.965
N.N.	21.348	6	3.558
	5.630.146.533	1.899.435	2.964



# BARMER GEK Krankenhauszahlen

	2007	2008	2009	2010	
<b>Ausgaben in Mio.</b>	5.126,31	5.280,98	5.630,77	3.016,48	↗
<b>Behandlungstage</b>	14.953.783	15.000.610	15.048.884	7.813.520	↗
<b>Fallzahlen</b>	1.799.898	1.851.461	1.886.457	976.298	↗
<b>Fallkosten Ø</b>	2.848	2.852	2.985	3.090	↗
<b>Verweildauer Ø</b>	8,3	8,1	8,0	8,0	↘



# Mehr als 300 IV-Verträge der BARMER GEK

ab dem 01.07.2010 nach Indikationen (Stand 07.07.2010), u.a.:

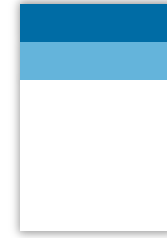
Endoprothetik	67	Behindertenversorgung	2
Ambulantes Operieren	49	Neurochirurgie	2
Kardiologie	28	Palliativmedizin	2
Onkologie	21	Kinder-Palliativmedizin	2
Rückenerkrankungen	9	Asthma/COPD	1
Chirurgie	5	Demenz	1
Diabetes	5	Dialyse/Niereninsuffizienz	1
Psychische Erkrankungen	5	Extremitätenchirurgie	1
Rheuma	5	Gynäkologie	1
Chronikerversorgung	5	Geriatric	1
Augenerkrankungen	4	Knie-Rehabilitation	1
Parkinson	4	Mukoviszidose	1
Wundversorgung	4	Muskelschwäche bei Kindern	1
Schlaganfall	3	Osteoporose	1
Kopfschmerz / Migräne	2	Urologie	1



# Arten von geforderten Zentren und Schwerpunkten in 2010

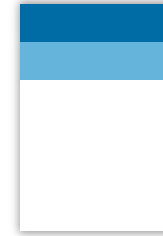
- Brustzentren (68)
- Tumorzentren (57)
- **Geriatrische Zentren (41)**
- Gefäßzentrum (11)
- Perinatalzentrum (10)
- Darmzentrum (9)
- Notfallzentrum (6)
- Traumazentrum (5)
- Prostatakarzinomzentrum (4)
- Kinderonkologisches Zentrum (3)
- Stroke Unit (3)
- Herzzentrum (3)
- Diabeteszentrum (2)
- Adipositaszentrum (1)
- Beckenbodenzentrum (1)
- Coloproktologisches Zentrum (1)
- Neuroblastom-Zentrum (1)
- Pädiatrisches Zentrum (1)
- Rheumazentrum (1)
- Telemed.Schlaganfallvers.(1)
- Transplantationszentrum (1)
- Univers.Cancer Center (1)





# Strategie zur Etablierung geriatrischer Zentren

- Regionale Begrenzung der Zentren und Schwerpunkte auf **wenige zentrale Krankenhäuser**
- Beschränkung der Zuschlagsfinanzierung auf **übergreifende Aufgaben**, die über die Versorgung der Patienten hinausgeht (z.B. *KH-übergreifende Konsile, besondere Dokumentationsleistungen für das Klinische Krebsregister, Nachsorgeempfehlungen*) – Orientierung an Bundestagsdrucksache
- **Keine zusätzliche Finanzierung von Behandlungskosten** über Zuschläge
- Vereinbarte Zuschläge sind im **LBFW mindernd** zu berücksichtigen



# Der geriatrische Patient

## Die 4 geriatrischen „I`s“

**I**nstabil

Fähigkeitsstörungen in der Selbstversorgung

**I**nkontinent

Fähigkeitsstörungen in der Kontinenz

**I**nmobil

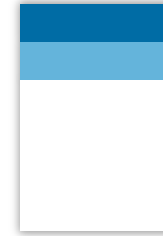
Fähigkeitsstörungen in der Fortbewegung

**I**ntellektuelle Schwächen

Fähigkeitsstörungen im Verhalten und in der Kommunikation

**Manifeste Fähigkeitsstörungen bei multimorbiden, lebensälteren (> 70 Jahre) Versicherten**

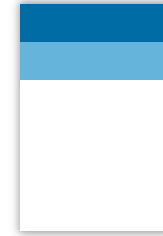
■ ggf. aktualisieren Stat. Bundesamt 2008



## Geriatricanteil an den Gesamtkapazitäten KH

Stand 2007 lt. Stat. Bundesamt	Gesamt	Geriatric
Krankenhäuser	2.087	-
stationäre FA	8.494	193 (2,3%)
stationäre Betten	506.954	10.599 (2,1%)
Tageskliniken	1.095	112 (10,2%)
Tageklinikplätze	19.406	1.576 (8,1%)

Quelle: Kompetenz Centrum Geriatric, August 2009



# Weiterentwicklung Qualitätssicherung

## ■ Krankenhaus

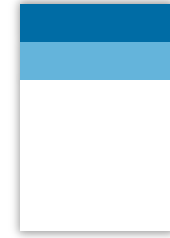
- ✓ Struktur: Qualitätsanforderungen zur Abrechnung von geriatrischen Leistungen  
(u.a. Komplexpauschale Geriatrische Frühreha OPS 8-550)
- QS-Verfahren nach § 137 SGB V  
BQS-Verfahren / ab 01.01.2010 AQUA:  
kein indikationsspezifischer Qualitätsindikator  
nur ein Generalindikator für Pflege (Dekubitus)

## ■ Rehabilitation – gesetzl. Verfahren nach §§135a, 137d SGB V

- ✓ GKV - QS-Reha Geriatrie (in Entwicklung)
- ✓ Stationäre Reha: Allgemeine Zertifizierungspflicht internes Qualitätsmanagement (BAR, § 20 SGB IX) ab 01.10.2012

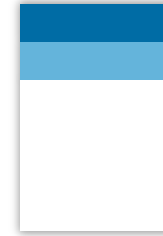
**Sektorenübergreifende QS nicht in Sicht**

# Anforderungen zur Weiterentwicklung - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung



- Definition indikationsspezifischer Qualitätsindikatoren
  - Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
  - Einbezug von Patientenerfahrungen
- Bundesweit einheitliche wissenschaftlich fundierte, aber schlanke Methodik und Instrumente
  - möglichst gesetzl. Verfahren nach § 137a SGB V (AQUA)
  - Einbezug von Routinedaten (Abrechnung, Versicherten)
- Messung und Auswertung: sektorenübergreifend, einrichtungsbezogen, faire Einrichtungsvergleiche (Kontrolle Case Mix, Risikoadjustierung)
- Transparenz: stärkere Verpflichtung zur Veröffentlichung geeigneter klinikbezogener Qualitätsergebnisse

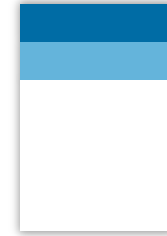
# Leistungs- und qualitätsbezogene Vergütung



**Ist-Situation: Geld folgt Leistung(smenge)**

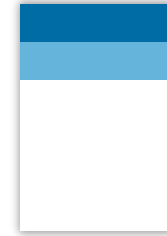
**Ziel: Geld folgt Erfolg!**

- Anreizsysteme für mehr **Struktur- / Prozess- / Ergebnisqualität** (u.a. Qualitätskriterien Geriatrie)
- Voraussetzung für **Wirtschaftlichkeit** schaffen durch effiziente Strukturen und Prozesse



## „Reha vor Pflege“ – Anreizsystem

- Nach Beobachtung der BARMER GEK ist die Anzahl der Maßnahmen geriatrischer Anschlussrehabilitationen im Zeitraum 2002 bis 2009 um **30 % gestiegen**. (Quelle: BARMER GEK Reha-Daten)
- Nach statistischer Auswertung von MDK-Pflegegutachten der BARMER GEK-Versicherten werden Rehabilitationsmaßnahmen als Leistungen der Krankenkasse regelmäßig **vor Gewährung** einer Pflegestufe erbracht
- Die Kosten der medizinischen Maßnahmen, die der Verhinderung einer Pflegestufe dienen, trägt folglich die **Krankenkasse** und **nicht** die **Pflegeversicherung**.

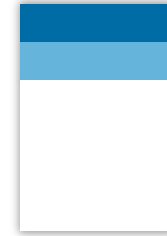


## „Reha vor Pflege“ – Anreizsystem

### Offene Fragen:

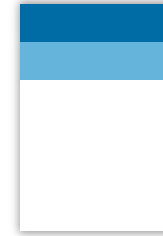
- Steht hinter dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ der **richtige monetäre Anreiz** für die Kranken- und Pflegekassen?
- Wer hat die Verhinderung von Pflege zu finanzieren?  
Die Krankenkasse oder die Pflegeversicherung?





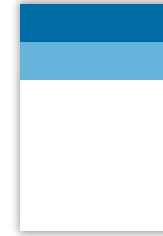
# „Reha vor Pflege“ – Änderung des Finanzierungssystems

- **Weder:** Erweiterung der Leistungszuständigkeit der PV durch Implementierung von Reha in den Leistungskatalog der Pflege (vermeidet unnötige Doppelstrukturen zw. Kranken- und Pflegekasse)
- **Noch:** Finanzausgleich für die Ausgaben der Krankenkasse durch die Pflegekasse über den Morbi-RSA (unzureichende Datenlage und hoher bürokratischer Dokumentationsaufwand)



# „Reha vor Pflege“ – Änderung des Finanzierungssystems

- **Sondern:**
- **Die Krankenkasse erbringt die Rehabilitationsleistungen**
- **im Auftrag der Pflegekasse, diese leistet im Gegenzug**
- **einen unmittelbaren Finanzausgleich.**
  
- **Vorteile**
  - Sofortige Umsetzbarkeit
  - Schlanke Strukturen und Prozesse
  - geringer Verwaltungsaufwand



# „Reha vor Pflege“ - Zusammenfassung

weder:

Neue Leistungszuständigkeit  
der Pflegeversicherung



Unnötige  
Doppelstrukturen

noch:

Finanzausgleich für Krankenkasse  
über Morbi-RSA



Hoher Doku-Aufwand,  
unzureichende Datenlage

sondern:

**Unmittelbarer Finanzausgleich:**  
Krankenkasse erbringt Reha  
im Auftrag der Pflegekasse  
(s. Mutterschaftsgeld)



Schlanke  
Strukturen und Prozesse