

# **Das Potenzial der Integrierten Versorgung und die Rolle der Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen**

**Heinrich – Böll – Stiftung; Potsdam, 20.01.2007**

**Magnus Stüve**

**Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH**

Borsteler Chaussee 53, D - 22453 Hamburg,

Tel: 040 - 514 85 50

E-Mail: [office@gesundheitsconsult.de](mailto:office@gesundheitsconsult.de)

[www.gesundheitsconsult.de](http://www.gesundheitsconsult.de)

# Gliederung

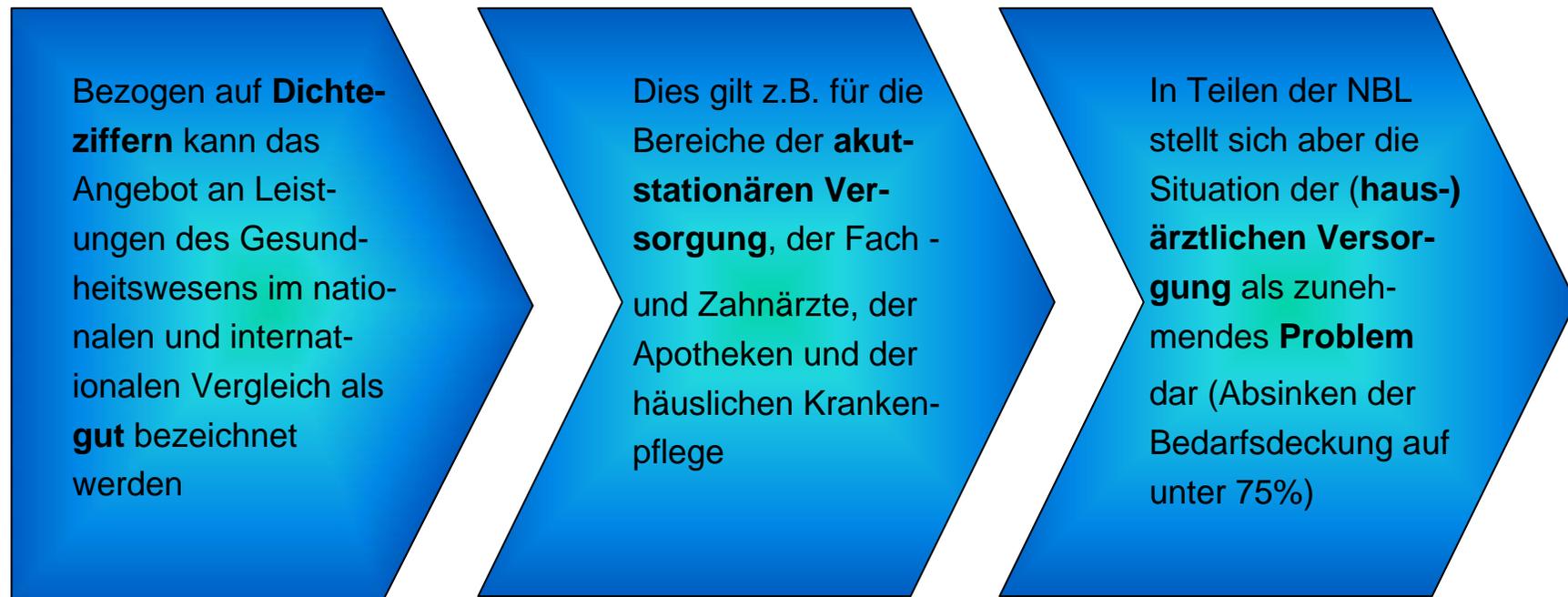
**Hintergrund**

**Krankenhaus – Situation und Analyse**

**SIDIV – Strukturinnovationen durch Integrierte Versorgung**

**Positionierung des ländlichen Kleinkrankenhauses**

# BBR und WIDO 2005: Versorgungsstrukturen in den NBL gegenwärtig gesichert!!!



# Flächendeckende Bedarfsdeckung?

---

Trotz dichtebezogener Bedarfsdeckung:

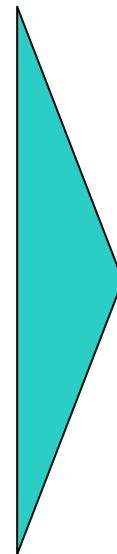
Teilweise erhebliche Über-, Fehl- und  
Unterversorgung (SVR 2001)

# Unterversorgung?!



# Komponenten einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur

- Demographie
- Strukturentwicklung
- Soziale Entwicklung
- Gesundheitsverhalten
- Epidemiologie/ Morbidität
- Medizinische Leistungsstruktur
- ...



- Bevölkerungsabnahme, Alterung
- Bevölkerungskonzentration, -selektion
- Einzelhaushalte
- Schicht-, geschlechts- und altersspezifisch
- Zunahme chronischer und psychischer Krankheiten
- Andere Leistungsanbieter

# Gliederung

**Hintergrund**

**Krankenhaus – Situation und Analyse**

**SIDIV – Strukturinnovationen durch Integrierte Versorgung**

**Positionierung des ländlichen Kleinkrankenhauses**

# Ausgewählte Kennzahlen deutscher Krankenhäuser

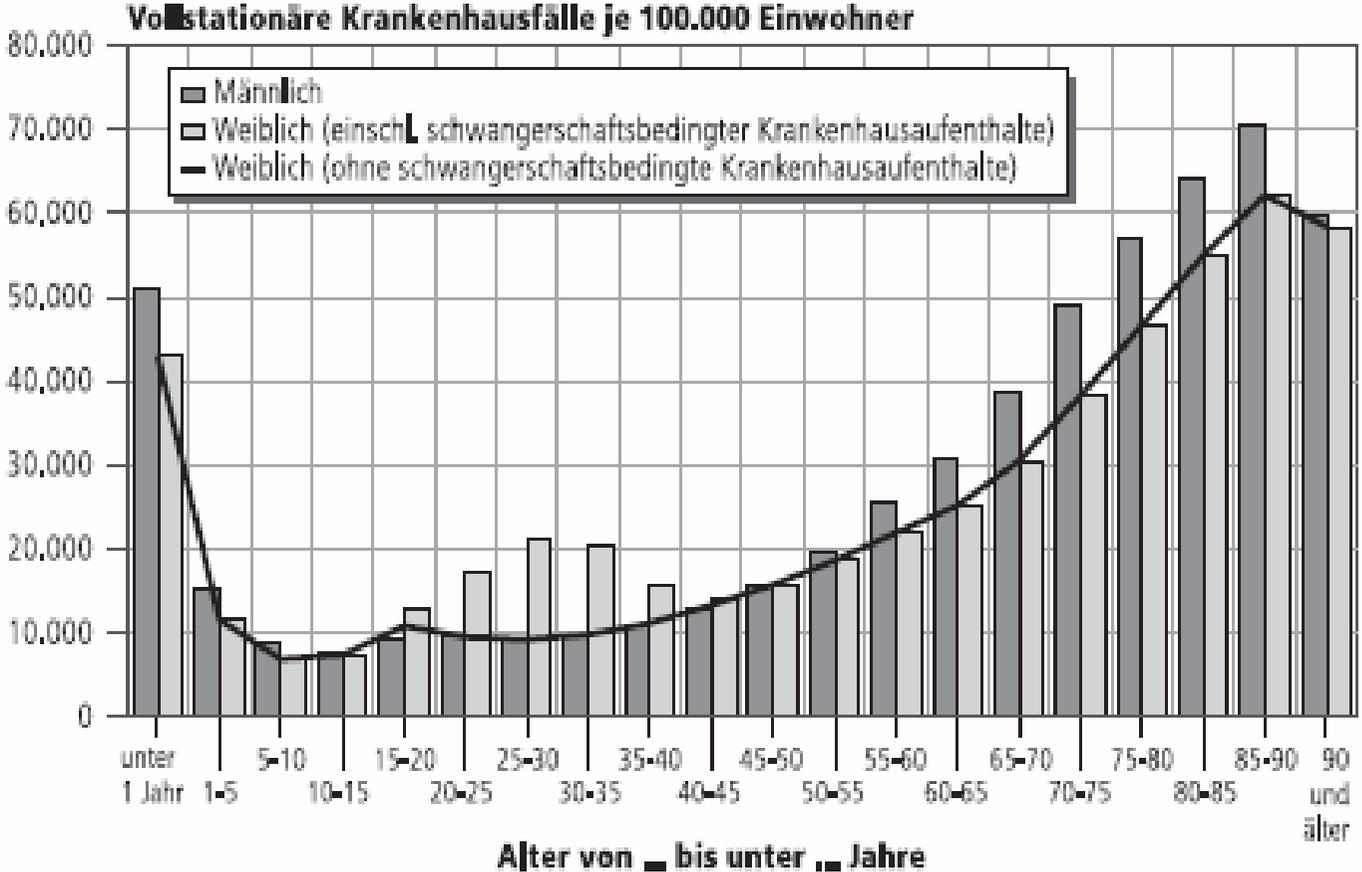
Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2003 gegenüber		
	2003	2002	1998	1993	2002	1998	1993
	Anzahl				In %		
Krankenhäuser	2197	2221	2263	2354	-1,1	-2,9	-6,7
Aufgestellte Betten							
– Anzahl	541 901	547 284	571 629	628 658	-1,0	-5,2	-13,8
– je 100 000 Einwohner	657	664	697	774	-1,0	-5,7	-15,2
Krankenhausfälle							
– Anzahl	17 295 910	17 432 272	16 847 477	15 191 174	-0,8	2,7	13,9
– je 100 000 Einwohner	20 960	21 135	20 538	18 713	-0,8	2,1	12,0
Berechnungs- und Belegungslage in 1 000	153 518	159 937	171 802	190 741	-4,0	-10,6	-19,5
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	8,9	9,2	10,1	12,5	-3,2	-12,5	-29,0
Durchschnittliche Bettenauslastung in %	77,6	80,1	82,3	83,1	-3,1	-5,7	-6,6
Personal							
– Beschäftigte am 31.12. (Personen)	11 04610	11 20 773	11 24 881	11 34 690	-1,4	-1,8	-2,7
– Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitsäquivalente)	823 939	833 541	850 948	875 115	-1,2	-3,2	-5,8
darunter: – Ärztlicher Dienst	114 105	112 763	107 106	95 640	1,2	6,5	19,3
– Pflegedienst	320 158	327 384	337 716	332 724	-2,2	-5,2	-3,8
Bereinigte Kosten in 1 000 EUR	55 664 518	54 715 328	49 629 670	43 268 276	1,7	12,2	28,6

Quelle: Statistisches Bundesamt

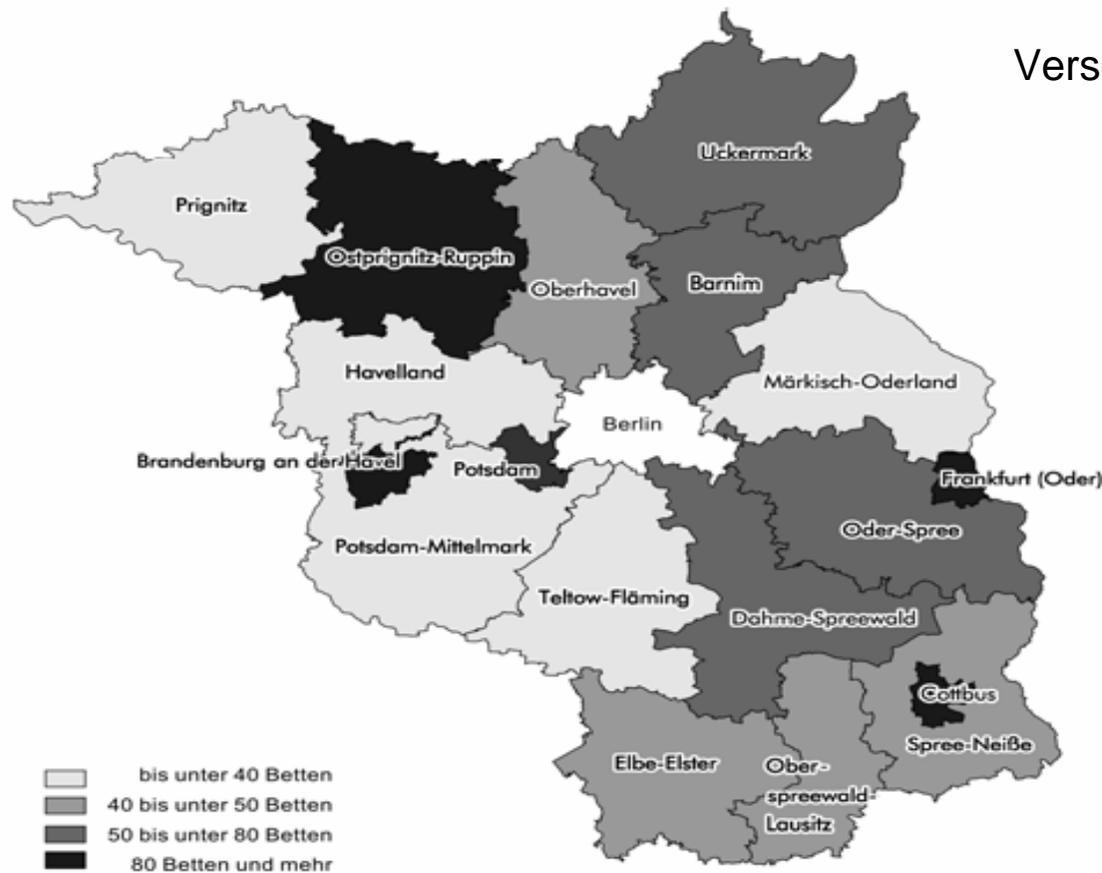
Krankenhauses-Report 2005

WIDO

# Alters- und Geschlechtsstruktur der KH-Patienten 2003



# Bettendichte im Land Brandenburg



# Krankenhaustypen im Land Brandenburg

Krankenhäuser mit ... bis unter ... Betten	Kranken- häuser	aufge- stellte Betten <sup>1)</sup>								
	2001		2002		2003		2004		2005	
unter 100	7	395	6	386	6	402	6	406	6	406
100 - 200	14	2 208	13	2 037	14	2 183	13	1 991	12	1 622
200 - 300	11	2 549	12	2 942	11	2 742	9	2 267	10	2 407
300 - 500	12	4 270	11	3 980	8	3 086	8	3 074	8	3 062
500 - 800	6	3 500	6	3 457	7	4 046	8	4 622	8	4 549
800 und mehr	3	3 212	3	3 256	3	3 205	3	3 172	3	3 178
<b>Insgesamt</b>	<b>53</b>	<b>16 134</b>	<b>51</b>	<b>16 058</b>	<b>49</b>	<b>15 664</b>	<b>47</b>	<b>15 534</b>	<b>47</b>	<b>15 424</b>
davon										
allgemeine Krankenhäuser	49	15 198	46	15 082	44	14 698	42	14 569	43	14 513
sonstige Krankenhäuser	4	936	5	976	5	966	5	965	4	911
davon										
öffentliche Krankenhäuser	27	10 889	26	9 996	22	9 335	22	9 714	22	9 611
freigemeinnützige Krankenhäuser	19	3 692	18	3 673	20	3 954	18	3 429	17	3 193
private Krankenhäuser	7	1 553	7	2 389	7	2 375	7	2 391	8	2 620

1) Im Jahresdurchschnitt

# BBR und WIDO 2005: Krankenhausversorgung in den NBL gegenwärtig gesichert,

---

- Die **Krankenhausversorgung** ist trotz des auch in den Neuen Bundesländern stattfindenden Kapazitätsabbaus **flächen-deckend gesichert**.
- **Aussagekräftiger als reine Dichteziffern ist die faktische Erreichbarkeit der Krankenhäuser.** 99% der Bevölkerung benötigen nicht mehr als 20 Minuten; **akutstationäre Unterversorgung besteht somit nicht.**

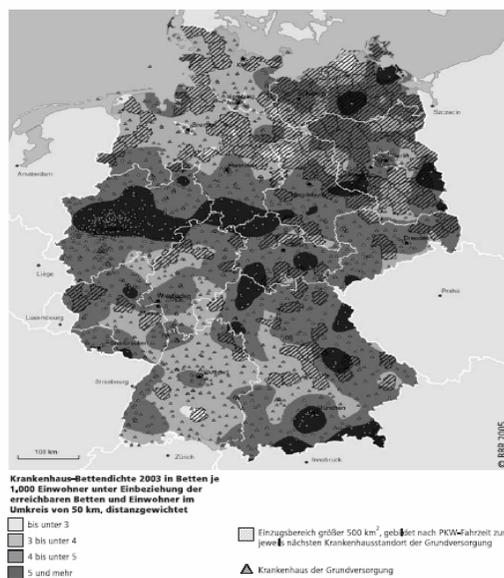
## Aber...

- Die Verteilung der vorgehaltenen Krankenhausbetten entspricht in ihrer räumlichen Konzentration **nicht immer der Konzentration der Bevölkerung.**
- Viele Grundversorgungskrankenhäuser haben ein **Alleinstellungsmerkmal** in ländlichen Regionen („sole providers“).
- Deren Fortbestand ist bei den gegenwärtigen Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich vor allem in Teilen von Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und im nördlichen Sachsen – Anhalt real **in Gefahr.**

# Erreichbarkeit der Krankenhausgrundversorgung

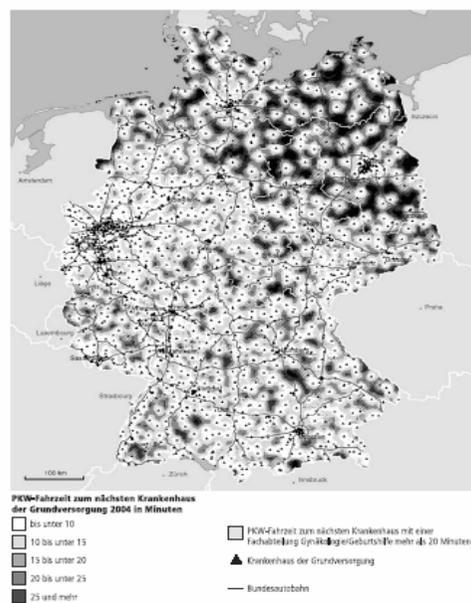
## Krankenhausgrundversorgung

Abbildung 12-1  
Krankenhausgrundversorgung



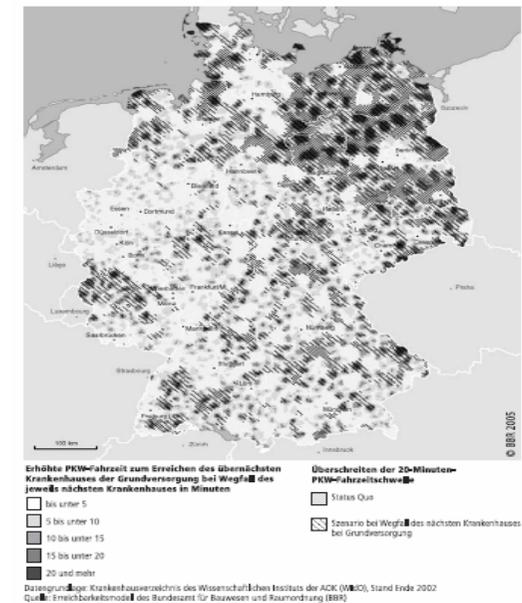
## Erreichbarkeit gegenwärtig

Abbildung 12-2  
Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung



## Erreichbarkeit bei Wegfall von sole providern“

Abbildung 12-3  
Szenario: Wegfall des nächsten Krankenhausstandorts der Grundversorgung



Quelle Krankenhausreport 2005

# Spezifika von kleinen ländlichen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung



# Aber, aber...

## Der regionale akutstationäre Versorgungsgrad wird bestimmt von

- Bettenanzahl
- Erreichbarkeit
- Qualität
- Leistungsspektrum
- Notfallkompetenz
- ...

## Gerade im ländlichen Bereich hat das Krankenhaus nicht nur eine akutstationäre Rolle

- Einbindung in die Versorgung des ambulanten Sektors
- Einbindung in die Versorgung chronischer Krankheiten
- Vernetzung mit spezialisierten Akutkrankenhäusern

# Zunehmende Schwierigkeiten von unspezialisierten Kleinkrankenhäusern der Grund- und Regelversorgung

<b>Zwang zur Spezialisierung nur in Grenzen umsetzbar</b>	<b>Kostensenkungsmaßnahmen mit beschränktem Potenzial</b>	<b>Geringes zusätzliches Erlöspotenzial</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gerade nicht der Ansatz in der Grund- und Regelversorgung</li><li>▪ Attraktivere Vergütung im DRG – System</li><li>▪ Mindestmengenvorgaben</li><li>▪ Keine Skaleneffekte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Klassische Kostensenkungsmaßnahmen weitgehend durchgeführt</li><li>▪ Überproportional hohes Fallrisiko (starke Fallkostenstreuung)</li><li>▪ Großer Fixkostenanteil erschwert ökonomische Skaleneffekte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Begrenztes Einzugsgebiet lässt keine nennenswerte Fallzahlsteigerung zu</li><li>▪ Geringes Potenzial zur Erschließung neuer Geschäftsfelder</li><li>▪ Wenige Privatpatienten</li><li>▪ Strukturelle Nachteile im Bereich IV<ul style="list-style-type: none"><li>○ Keine relevanten Fallzahlen bei indikationsbezogenen IV – Verträgen</li><li>○ Steuerung durch Kostenträger in spezialisierte Krankenhäuser</li><li>○ Benachteiligung durch erweiterte Anschubfinanzierung nach § 116 b</li></ul></li></ul>

# Zunehmende Schwierigkeiten von unspezialisierten Kleinkrankenhäusern der Grund- und Regelversorgung

**Personal-, vor  
allem Ärztemangel**

**Mobilitätszunahme  
der Bevölkerung**

**Bettenreduzierung  
als Existenz-  
gefährdung**

**Zu geringe  
Investitionsmittel**

# Zukunftsoptionen von Kleinkrankenhäusern in ländlichen Regionen

## **Erhalt der Kleinkrankenhäuser in der heutigen Struktur**

In bestehenden Strukturen nur begrenztes Optimierungspotenzial  
Verbundlösungen kaum möglich  
Keine Investition in die Zukunft

## **Trägerwechsel/ materielle Privatisierung**

Abnehmendes Interesse privater Krankenträger  
Umwandlung in „Teleportalklinik“ als Option  
Freigemeinnützige Träger mit eingeschränktem Interesse

## **Zentrale Steuerung durch die kommunale Gebietskörperschaft**

Erst kommunale Aktionsbündnisse  
Weitreichende Kooperationen  
Klar artikuliertes Strukturinteresse

## **Krankenhaus mit zentraler Rolle bei Neuen Versorgungsformen**

# Gliederung

**Hintergrund**

**Krankenhaus – Situation und Analyse**

**SIDIV – Strukturinnovationen durch Integrierte Versorgung**

**Positionierung des ländlichen Kleinkrankenhauses**

# Genese von SIDIV

- **BMVBS beauftragt 2004 Gutachten „IV als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den Neuen Bundesländern – eine erste Bewertung“**
  
- **Zentrale Fragestellungen:**
  - Potenzial der IV für eine flächendeckende medizinische Versorgung?
  - IV mit unternehmerischen Potenzial?
  
- **Vorstellung des Gutachtens im Januar 2005; abrufbar unter:**  
[www.gesundheitsconsult/aufbauost0105.htm](http://www.gesundheitsconsult/aufbauost0105.htm)
  
- **Kernaussagen des Gutachtens zur IV in den NBL**
  - IV mit Potential, durch Strukturinnovationen drohende Versorgungslücken zu schließen
  - Wenige gesundheits-, strukturpolitischen Effekte
  - Es fehlen bundesweit wichtige ökonomische und juristische Anreize
  - Voraussetzung für umfassende Effekte ist eine weitreichende Interpretation der IV

# Anschlussprojekt SIDIV mit doppelter Zielrichtung

Analyse der IV in den NBL

Aufbau eines internetgestützten  
Kompetenzzentrums:

[www.sidiv.de](http://www.sidiv.de)

„1. Kongresses der Integrierten  
Versorgung im Rahmen des  
Aufbau Ost

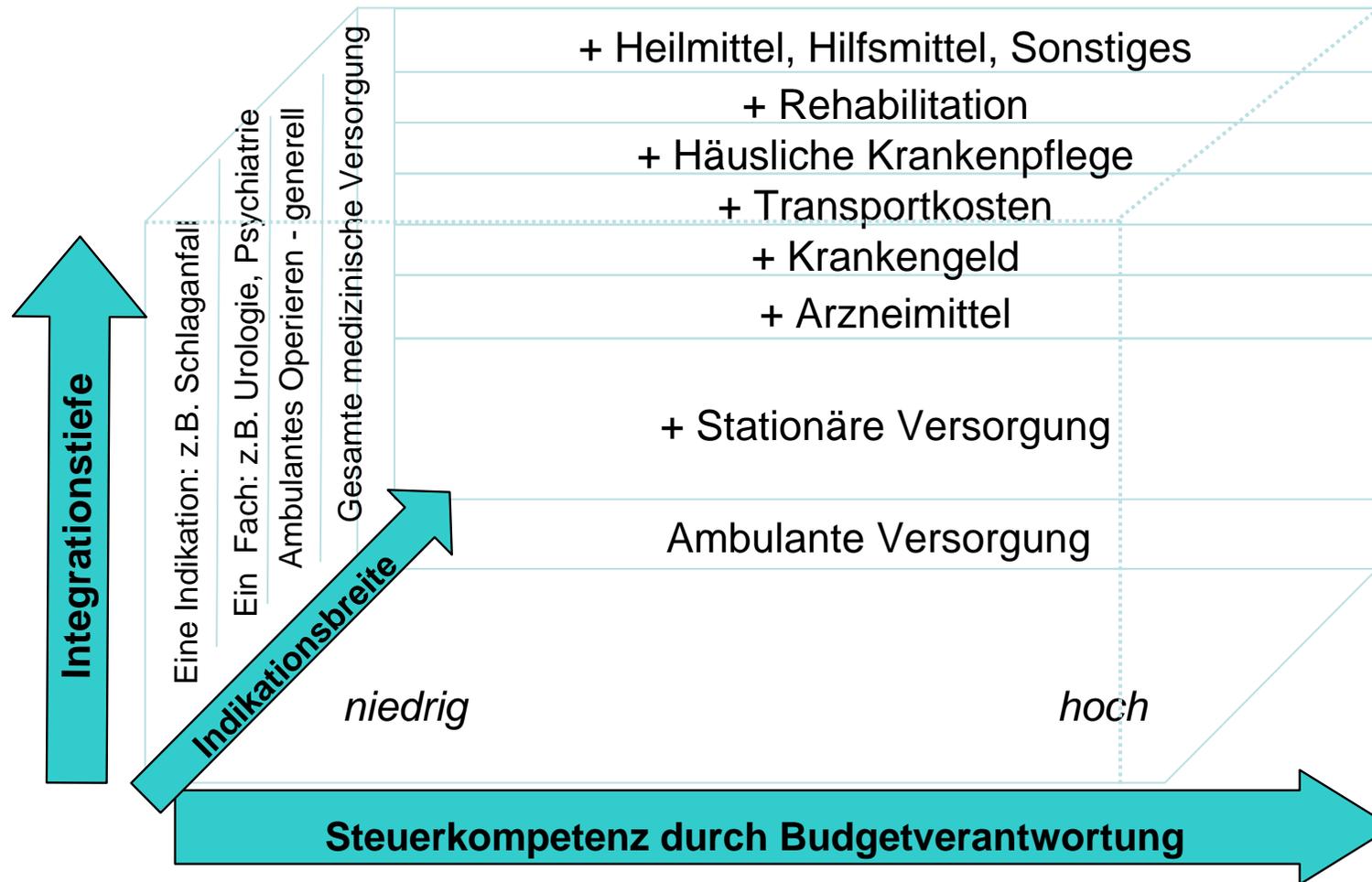
Inhaltliche Unterstützung von  
„Modellprojekten“

Integration der Gesundheits-  
wirtschaft durch Industriebeirat

# Integrierte Versorgung (IV)

- Entwicklung
  - Installiert seit dem Jahr 2000 durch den § 140 SGB V
  - Dynamisiert durch das GKV – Modernisierungsgesetz (GMG) 2004
  - Richtungsvorgabe durch das GKV-WSG???
- Ziele
  - Gesundheitspolitisch alt: Alternativen zur Regelversorgung
  - Medizinisch: Verzahnung der Behandlung, Qualitätsverbesserung
  - Ökonomisch: Kostenstabilisierung, Anreizumkehr
  - Gesundheitspolitisch neu: Flächendeckende Versorgungsoptimierung
- Konstruktion
  - sektoren- und fachdisziplinenübergreifende Versorgungsform
  - Weitgehende Handlungsoptionen
  - Vertragsfreiheit, Prinzip der Freiwilligkeit
  - Parallel zur Regelversorgung
  - Nicht alles Sektorübergreifende heißt IV

# Größter Handlungsspielraum durch Integration aller Sektoren, Indikationen und Steuerkompetenz

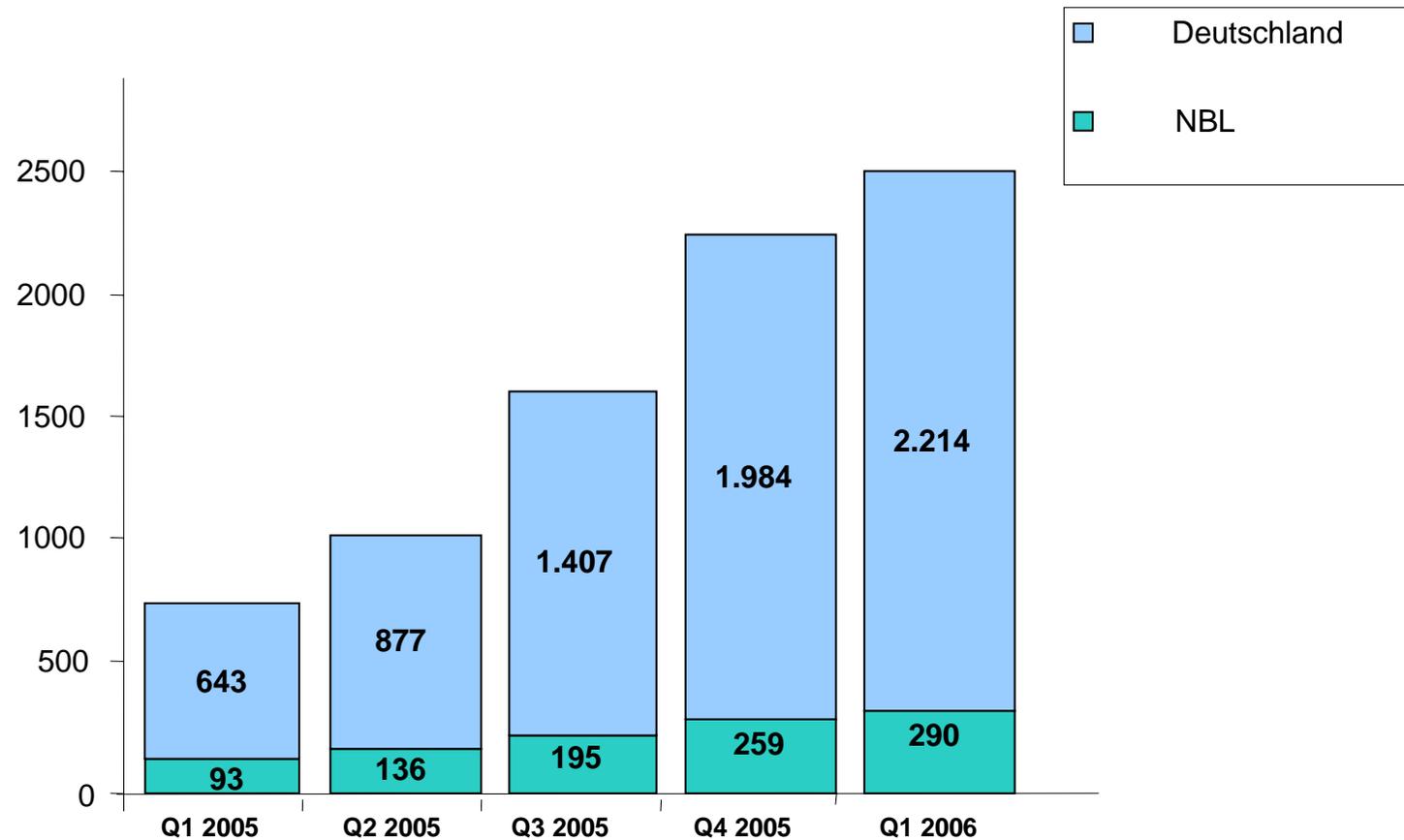


# Neue gesundheitspolitische Entwicklungen - VÄG

- Ein Ziel: Abbau von regionaler Unterversorgung im Vertragsarztbereich
- Grundsätzlicher Beibehalt der Sektorentrennung
- Liberalisierung/ Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit
- Verbesserte Möglichkeiten der Verzahnung stationär und ambulant
  - Teilzulassungen ermöglichen, dass Ärzte gleichzeitig in Krankenhaus und als Vertragsarzt/ im MVZ arbeiten können
  - Ärztliches Handeln wird sich verstärkt in größeren Einheiten und um das Krankenhaus organisieren

# Analyse der Integrierten Versorgung in den NBL

Anzahl  
der IV-  
Verträge



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BQS-Daten.

# IV in den NBL (Stand Q1 2006)

Bundesländer	Anzahl Verträge	Anzahl Versicherte	Vergütungsvolumen in €	Volumen je Vertrag in €	Versicherte je Vertrag	Volumen je Versicherten in €
KV Brandenburg	75	218.296	19.026.420	253.686	2.911	87
KV Mecklenburg-Vorpommern	58	10.863	6.880.587	118.631	187	633
KV Sachsen	53	34.227	11.740.934	221.527	646	343
KV Sachsen-Anhalt	82	532.970	26.520.786	323.424	6.500	50
KV Thüringen	22	1.626	2.571.259	116.875	74	1.581
<b>Summe Neue Bundesländer</b>	<b>290</b>	<b>797.982</b>	<b>66.739.986</b>			
<b>Durchschnitt Neue Bundesländer</b>				<b>230.138</b>	<b>2.752</b>	<b>84</b>
Summe Alte Bundesländer	1.924	2.738.262	446.115.408			
Durchschnitt Alte Bundesländer				231.869	1.423	162,92
Summe Gesamtdeutschland	2.214	3.536.244	512.855.394			
Durchschnitt Gesamtdeutschland				231.642	1.597	145
<b>Anteil der NBL an der Gesamtheit in %</b>	<b>13,10%</b>	<b>22,57%</b>	<b>13,01%</b>			
<b>Vergleich der NBL mit dem Durchschnitt in %</b>				<b>99,35%</b>	<b>172,28%</b>	<b>57,67%</b>

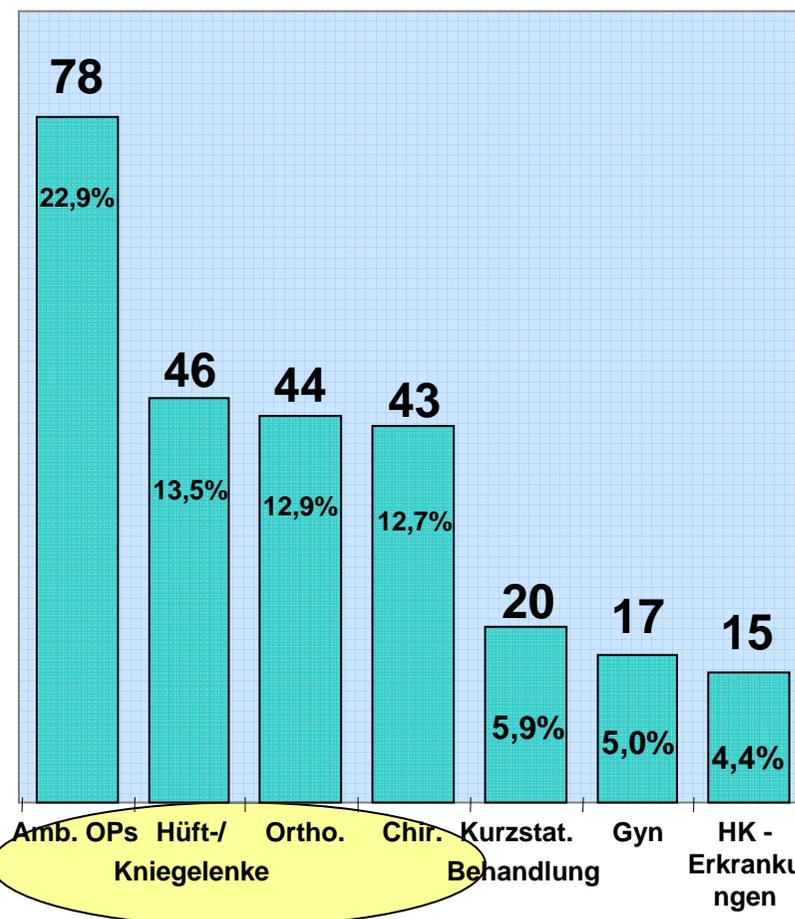
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der BQS-Daten 31.03.2006

KV-Regionen/ Bundesländer	Anzahl Verträge	Anzahl Versicherte	Vergütungsvolumen in €	Volumen je Vertrag in €	Versicherte je Vertrag	Volumen je Versichertem in €
KV Brandenburg	85	221.384	21.654.667	254.761	2.605	98
Bundesdurchschnitt				<b>189.562</b>	<b>1.270</b>	<b>149</b>

# Dominanz indikationsspezifischer Inhalte der IV-Verträge in den NBL...

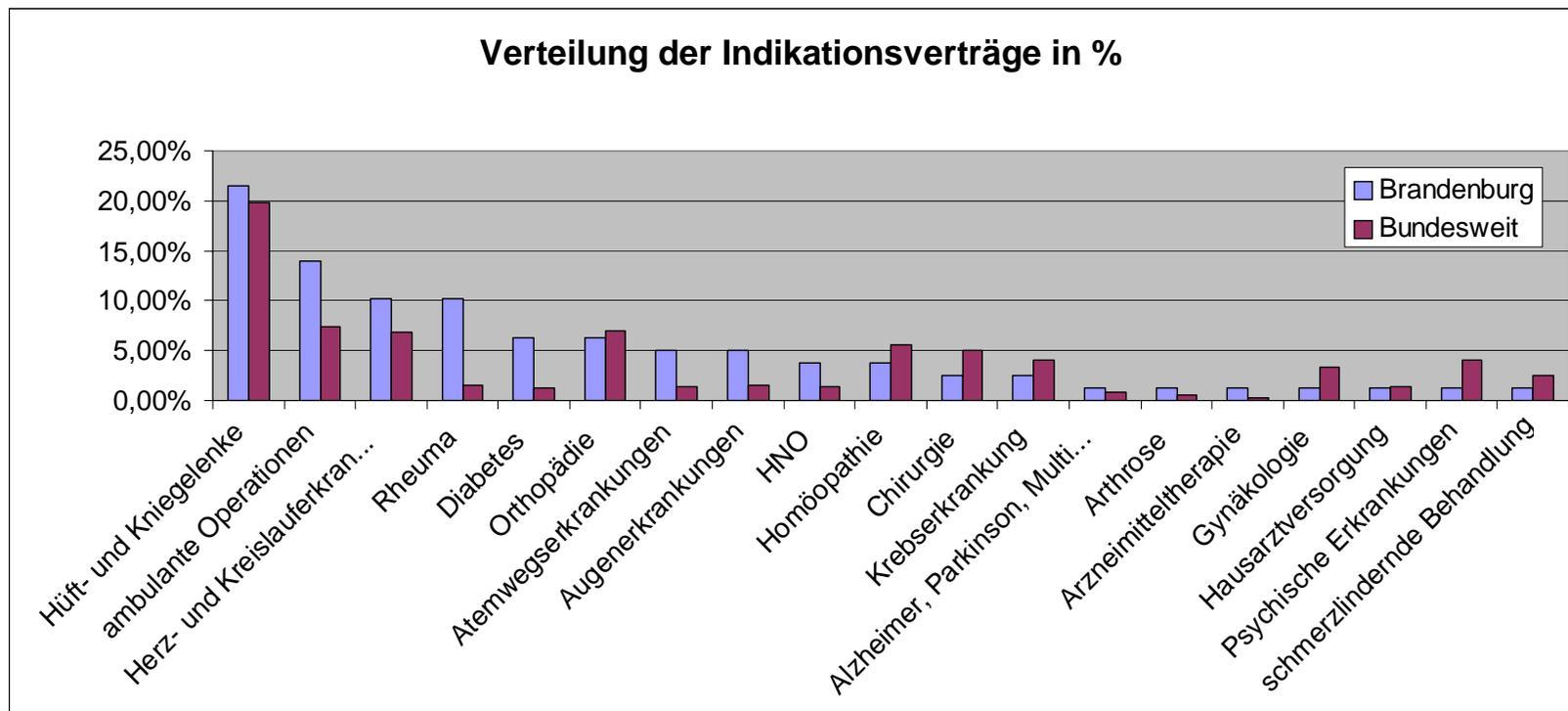
Zum 30.05.2006

Vertragstyp	Anzahl Verträge	Anteil an der Gesamtheit
Ambulante Operationen	80	23,0%
Hüft- und Kniegelenke	47	13,5%
Orthopädie	45	12,9%
Chirurgie	44	12,6%
Kurzstationäre Behandlung	20	5,7%
Gynäkologie	18	5,2%
Herz- und Kreislauferkrankungen	15	4,3%
Augenerkrankungen	11	3,2%
Rheuma	8	2,3%
Urologie	6	1,7%
Atemwegserkrankungen	6	1,7%
HNO	6	1,7%
Gefäßerkrankungen	6	1,7%
Diabetes	5	1,4%
Rückenschmerzen	5	1,4%
schmerzlindernde Behandlung	5	1,4%
Hausarztversorgung	3	0,9%
Psychische Erkrankungen	3	0,9%
Krebserkrankung	3	0,9%
Homöopathie	3	0,9%
Hauterkrankungen	1	0,3%
Fachübergreifende Behandlung	1	0,3%
Bandscheiben	1	0,3%
Muskel- und Skeletterkrankungen	2	0,6%
Kopfschmerzen und Migräne	1	0,3%
Arthrose	1	0,3%
Alzheimer	1	0,3%
Arzneimittelversorgung	1	0,3%
Sonstige	77	22,1%
Summe	348	100%



Quelle: Eigene Darstellung (Datenbasis: Auswertung von 348 erfassten IV-Verträgen in den NBL (davon 8 Mehrfachnennungen), Stand: 30.5.2006 (www.krankenkassenratgeber.de/iv.php))

# ... in der BRD und in Brandenburg



Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: [www.krankenkassenratgeber.de/iv.php](http://www.krankenkassenratgeber.de/iv.php))

# Analyse: IV häufig ohne Bezug zu strukturellen Problemstellungen

---

- Abgeschlossene IV-Verträge sind trotz großer Freiheitsoptionen weitgehend nicht konzipiert als Lösungsansätze für bestehende bzw. absehbare Versorgungsdefizite z.B. in strukturschwachen Regionen
- IV konzipiert als Eigeninitiative der Vertragspartner ohne Zentralsteuerung
- IV überwiegend als Zusatzleistung bestehender Strukturen mit Ziel der Bestands- und nicht der Versorgungssicherung
- Positive Beschäftigungseffekte vorwiegend als Stabilisierung der Beschäftigtenzahlen bestehender Leistungserbringer

# Gliederung

**Hintergrund**

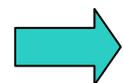
**Krankenhaus – Situation und Analyse**

**SIDIV – Strukturinnovationen durch Integrierte Versorgung**

**Positionierung des ländlichen Kleinkrankenhauses**

# Handlungsbedarf für unspezialisierte Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Regionen

- Geringes Potenzial im bestehenden System
- Krankenhaus von großer Bedeutung für
  - stationäre und ambulante Versorgung
  - Notfallversorgung
  - als Arbeitgeber
  - als Standortfaktor
- Zusätzlich absehbare Probleme bei der (haus)ärztlichen Versorgungssicherung



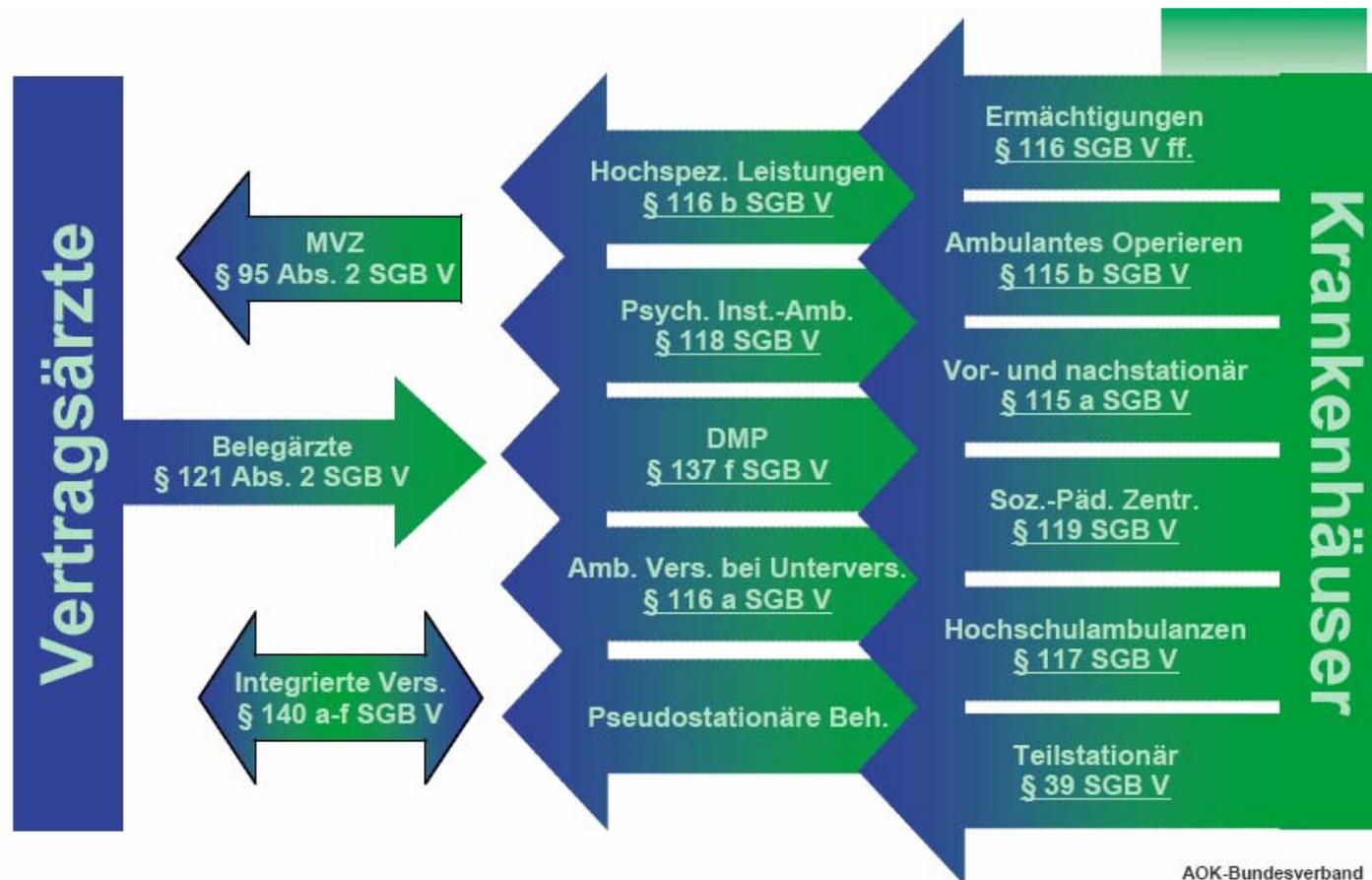
Das Krankenhaus ist nicht nur als stationärer Leistungserbringer gefragt

# Warum Integrierte Versorgung zur Problemlösung?

---

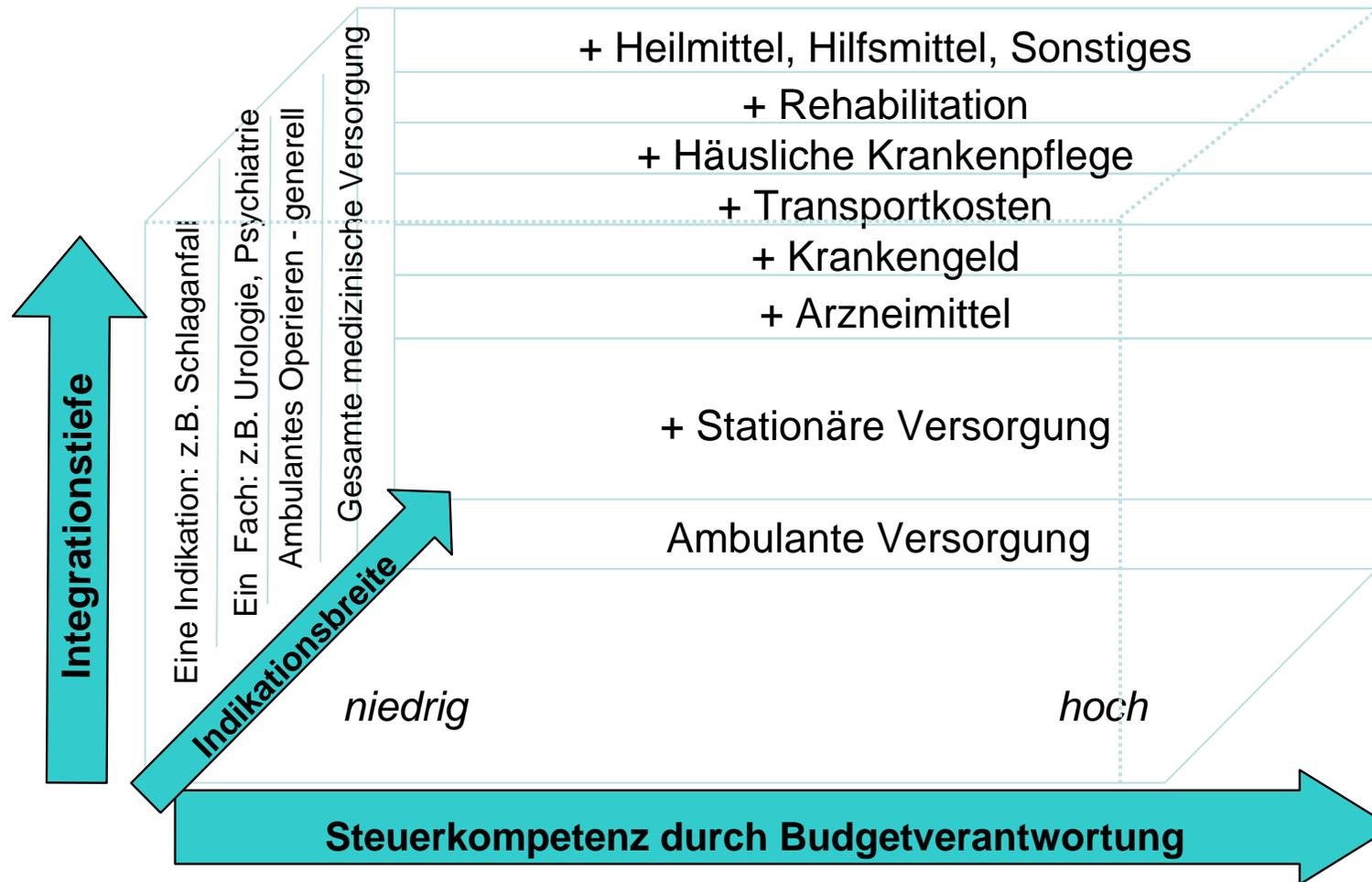
- Vertragsfreiheit erlaubt Bezug zu lokalen Lösungen
- Schafft im bestehenden System den größten Handlungsspielraum
- Gerade altersbedingte und chronische Krankheiten erfordern ein integriertes Gesundheitssystem
- Vor allem überbeanspruchte Leistungserbringer benötigen gut funktionierende Schnittstellen
- Limitierte Ressourcen erfordern Versorgungsoptimierung anstelle von individueller Leistungsmaximierung

# Bestehende Vernetzungsspielräume zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern

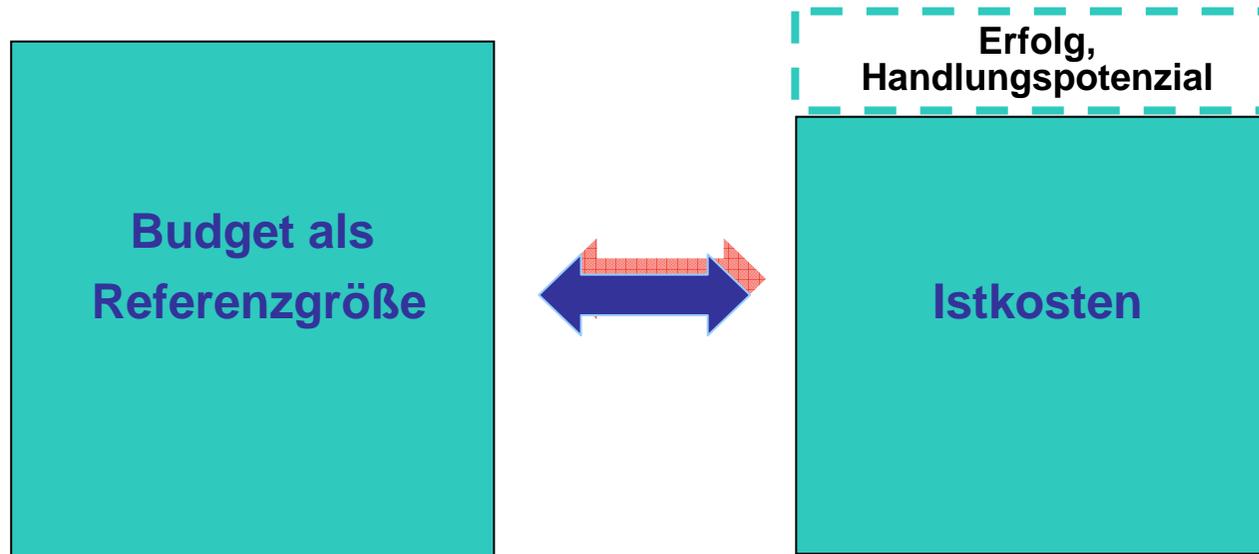


AOK-Bundesverband  
Geschäftsbereich I

# Größerer Handlungsspielraum durch Einzelverträge



# IV mit sektorenübergreifender Budgetverantwortung



Handlungspotenzial durch:

- Angemessenen Referenzwert
- Anreizumkehr
- Schnittstellenoptimierung

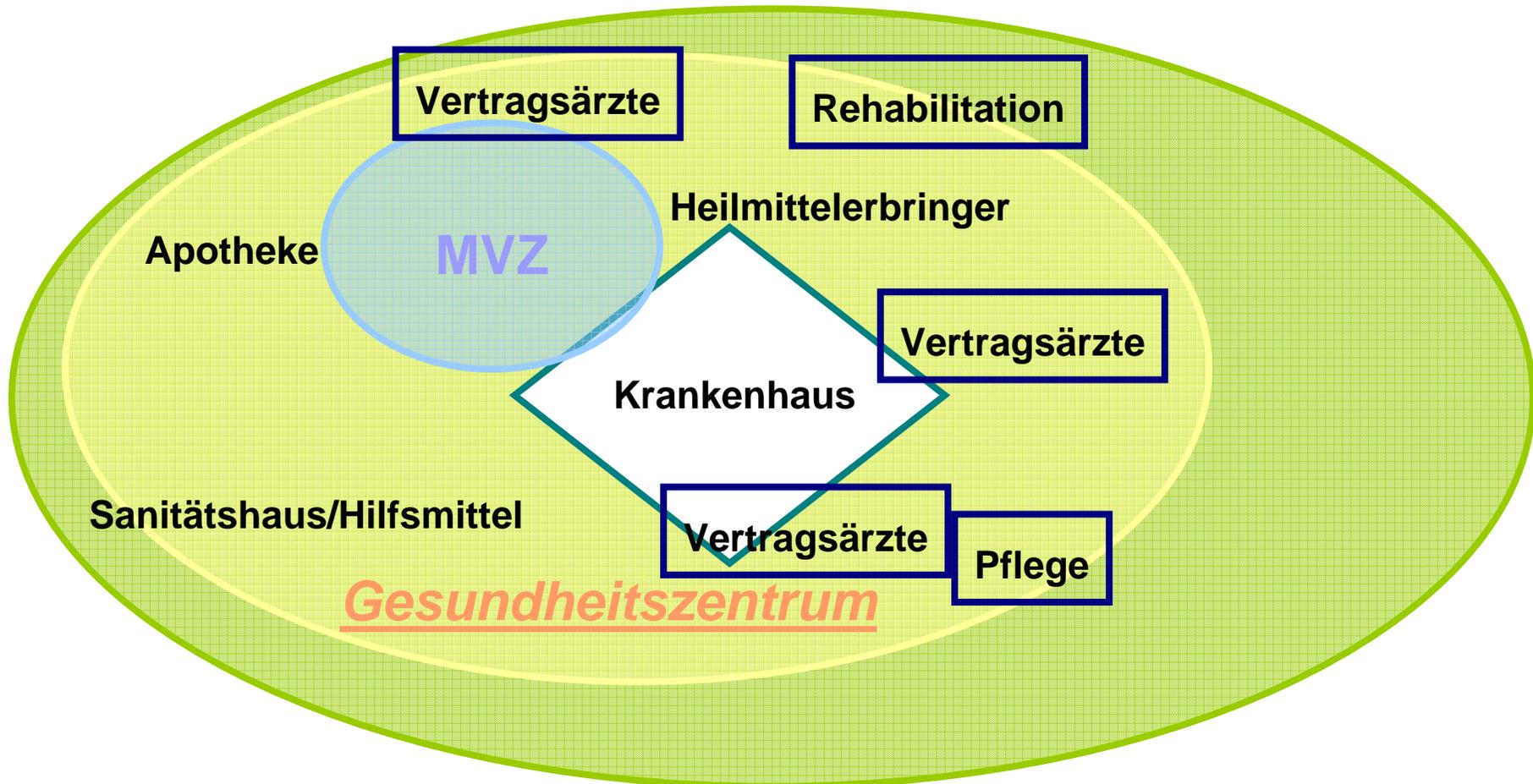
Handlungspotenzial durch:

- Beseitigung von Monopolverlusten
- Stärkung der Verhandlungsposition
- Investitionen in zukunftssträchtige Strukturen

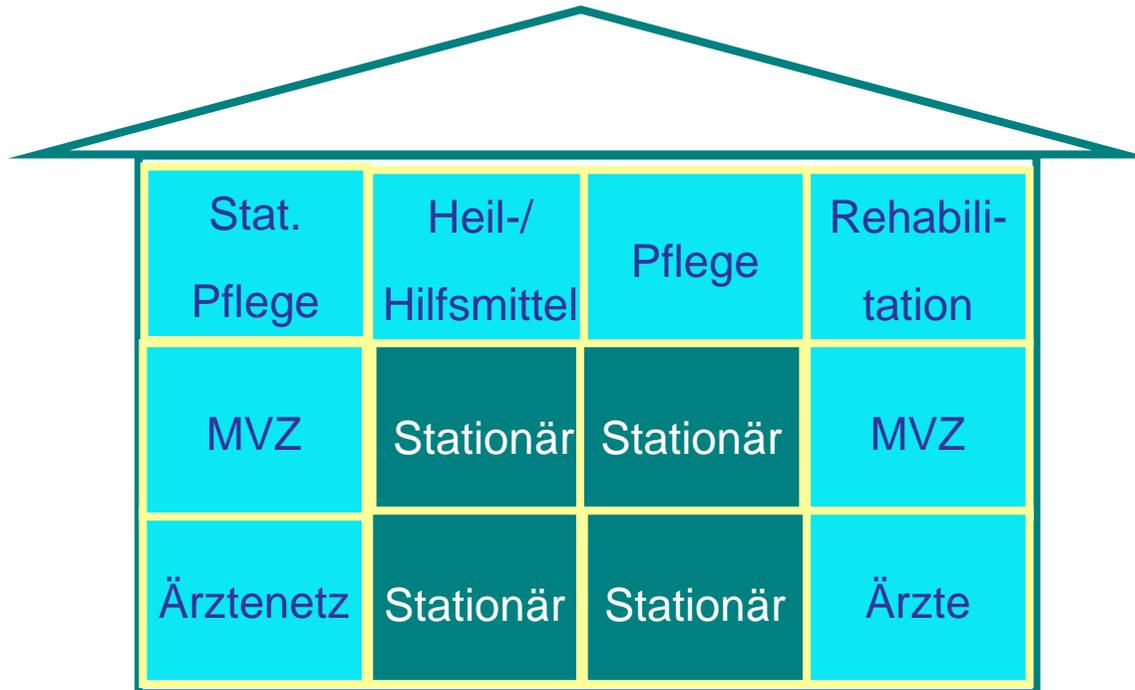
# Sektorenübergreifende Budgetverantwortung schafft neue Anreize

- Mentaler Paradigmenwechsel: Interesse an der
  - Vermeidung von Krankheit
  - Gesunderhaltung (Salutogenese, Prävention, Gesundheitsförderung)
  - Koordination der Versorgung
  
- Optimierung der Patientenversorgung durch „Angemessenheit“
  - Interventionszeitpunkt
  - Versorgungsniveau
  - Interventionsintensität
  - Interventionsumfang
  
- Bevölkerungsbezug mit größtem Potenzial
  - Monetärer Handlungsspielraum
  - Versorgungsoptimierung
  - Lokale Angemessenheit

# Versorgungsnetzwerk als Chance für die Zukunft



# Strategische Neupositionierung des KH mit zentraler Rolle in der IV



## Voraussetzungen

- Potenzial zur Versorgungsverbesserung
- Übergeordnetes Interesse an Versorgungsverbesserung
- Kooperationsbereitschaft der Beteiligten

## Effekte

- Standortsicherung Krankenhaus
  - Standortsicherung Region
  - Versorgungsoptimierung

- Gründung vor 16 Jahren als Offspring aus dem UKE
- Beratungsunternehmen mit den Schwerpunkten
  - Integrierte Versorgung
  - Krankenhausmanagement
- 1999: Unterstützung des BMG bei der Entwicklung des § 140, SGB V
- 2003: Gründung der OptiMedis AG 
- 2005: Erstes großflächiges Vollversorgungsmodell im Kinzig

