

Versorgungsnetzwerk statt ambulant und stationär

Tilman Slembeck
Prof. Dr. oec. HSG

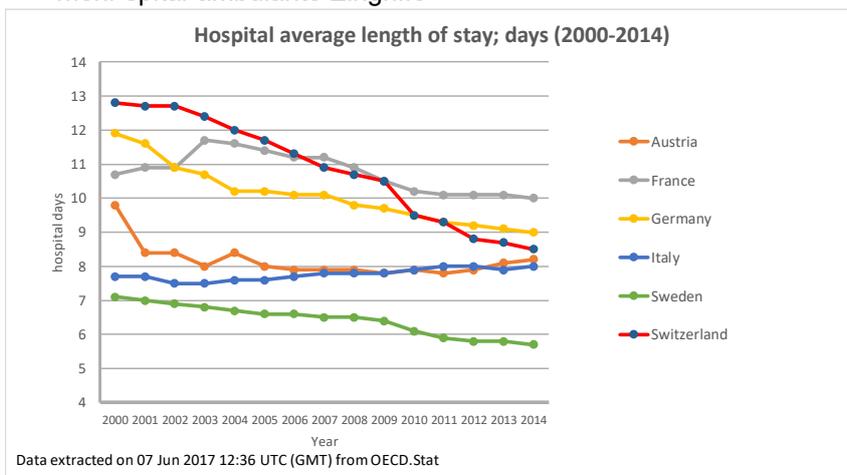


SGGP
SSPS

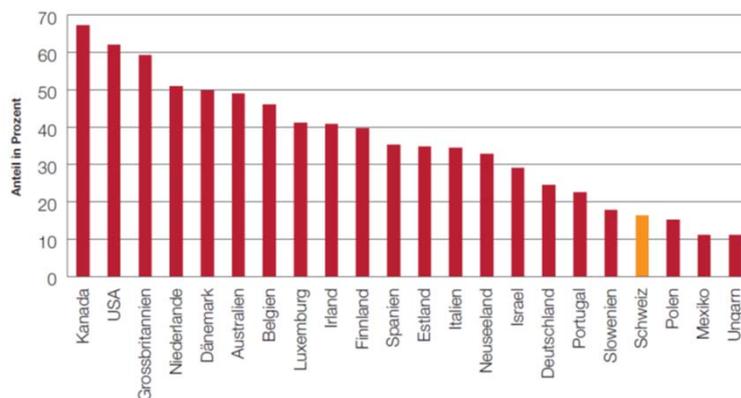
Dienstag, 24. Oktober 2017, 14.15 – 16.45 Uhr
Pädagogische Hochschule Zürich, Lagerstrasse 2, Zürich

Trend international

- kürzere Aufenthalte
- mehr spital-ambulante Eingriffe



Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern 2007



Quelle: PWC Studie 2016 / OECD

Entwicklung OKP-Kosten (2008 – 2015)

Kosten in Millionen	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Änderung seit 2008
Total	22'722	23'656	24'292	24'932	25'901	27'926	28'639	30'122	+33 %
Kostengruppen									
Arzt ambulant	5'104	5'227	5'325	5'566	5'806	6'242	6'633	7'007	+37 %
Spital stationär	5'258	5'481	5'593	5'696	5'937	6'816	6'662	6'880	+31 %
Spital ambulant	2'762	2'919	3'214	3'557	3'672	4'003	4'190	4'186	+52 %
Medikamente Arzt	1'619	1'697	1'620	1'621	1'663	1'727	1'762	1'863	+15 %
Medikamente Spital ambulant	493	555	611	555	732	800	813	857	+74 %
Medikamente Apotheke	3'020	3'136	3'164	3'169	3'253	3'299	3'274	3'461	+15 %
Pflegeheim	1'784	1'858	1'894	1'847	1'846	1'838	1'796	1'799	+1 %
Spitex	496	531	563	583	628	671	736	794	+60 %
Physiotherapie	573	592	623	636	655	698	787	897	+57 %
Labor	687	692	697	749	794	846	913	1'122	+63 %
übrige Leistungen	926	967	990	953	915	988	1'073	1'257	+36 %

Tabelle 1

Quelle: BAG - Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

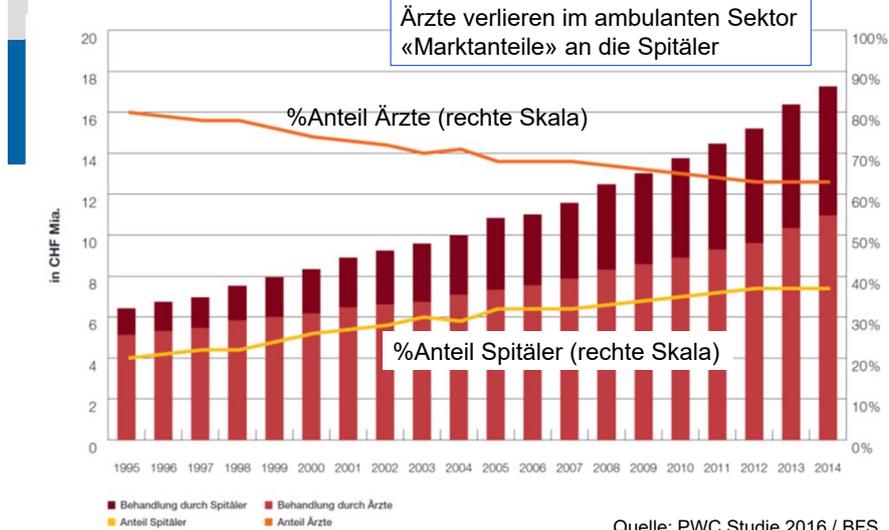
Helsana-Report: Dezember 2016, Mathias Früh, Pius Gyger, Oliver Reich

T 2.17 Bruttoleistungen in Franken nach Kostengruppe				2016	
Kostengruppe ¹	Total	Anteil am Total der Leistungen in %	Veränderung gegenüber Vorjahr in 1000 Fr.	Veränderung gegenüber Vorjahr in %	
Quelle: BFS; Datenstand: 6.10.17					
Arzt ambulant	57.1%	7'274'186'526	23.1%	267'422	3.8%
Spital stationär ²		6'820'381'366	21.7%	-59'207	-0.9%
Spital ambulant	42.9%	5'463'375'096	17.4%	420'167	8.3%
Medikamente Arzt		1'974'445'182	6.3%	111'926	6.0%
Medikamente Apotheke		3'635'519'983	11.5%	174'164	5.0%
Pflegeheim ²		1'854'450'591	5.9%	55'087	3.1%
Spitex		868'356'068	2.8%	74'508	9.4%
Physiotherapie		989'039'855	3.1%	92'429	10.3%
Labor		1'210'334'948	3.8%	88'692	7.9%
Chiropraktik		93'255'448	0.3%	10'492	12.7%
Mittel und Gegenstände		657'654'057	2.1%	45'545	7.4%
Komplementärmedizin		11'252'564	0.0%	-3'354	-23.0%
Übrige Leistungen ambulant ^{5 6}		582'041'339	1.8%	78'006	15.5%
Übrige Leistungen stationär ^{2 4}		49'511'284	0.2%	5'561	12.7%
Total der Leistungen		31'483'804'308	100.0%	1'361'437	4.5%

Treiber der Entwicklung

- medizinisch-technische Machbarkeit ambulanter Versorgung
- Bedürfnisse der Patienten
- Anreize für die Akteure (Tarifizierung, Finanzierung)
- staatliche Steuerung

Ambulante Kostenentwicklung bei Ärzten und Spitälern 1995 – 2014



ambulante Kosten vs. Leistungen

Ambulante Kosten
= Preise X Mengen

↓
TARMED

↘
Mengenanstieg der ambul.
Leistungen ist bei Spitätern grösser
als bei Ärzten (relative Verschiebung
des «Marktanteils»)

Zentrale Frage: Substitution oder Addition?

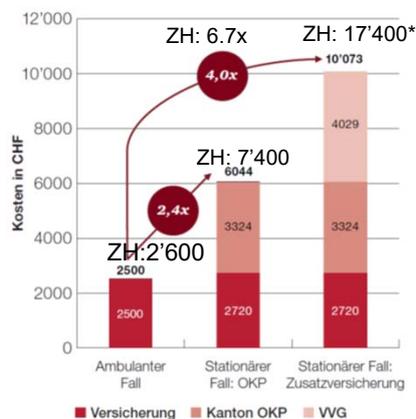
Beruhet das stärkere Kostenwachstum im spitalambulanten Bereich auf einer **Verlagerung der Eingriffe**, aus dem stationären Bereich (Substitution) oder auf **zusätzlichen Eingriffen** (Mengenausweitung)?

→ Studie auf Ebene der Mengenentwicklung von Fällen, die sowohl ambulant, wie stationär durchgeführt werden können nötig.

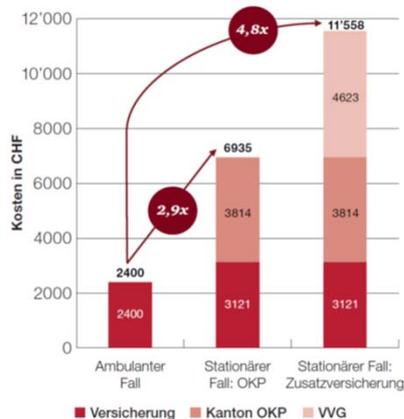
→ Aber fehlende Vergleichbarkeit der Daten ambulant vs. stationär (insbes. keine Statistik über Diagnosen!)

Kostenunterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und Aufteilung nach Finanzierer

Krampfaderoperation



Meniskusoperation



Quelle: PWC Studie 2016 / OECD *Tagesanzeiger, 16.06.17

Kt. Luzern (Medienmitteilung, 14. Juni 17)

Medizinische Leistungen sind stationär im Schnitt 2.3 mal teurer als ambulant.

«Für Spitäler gibt es finanzielle Anreize, Behandlungen stationär durchzuführen. Mit unserer Massnahme werden nicht nur solche Fehlanreize korrigiert, sondern vor allem auch Gesundheitskosten gesenkt und der Steuerzahler entlastet. Das ist volkswirtschaftlich klug.»

- Gesundheits- und Sozialdirektor Guido Graf, LU.

Künftig nur noch ambulant (Kt. ZH und LU)

1	Grauer Star (Anteil ambulanter Behandlungen heute: 98%)	1. Herzkatheteruntersuchung
2	Karpaltunnelverengung (97%)	2. Karpaltunneloperation
3	Kniearthroskopie (93%)	3. Operation grauer Star
4	Gebärmutterhals-Gewebeentfernung (79%)	4. Mandeloperation ¹
5	Nierensteinzerstrümmerung mit Stosswellentherapie (59%)	5. Herzschrittmacher
6	Krampfadern (48%)	6. Krampfaderoperation
7	Gefässkatheter (43%)	7. Eingriffe an Blutgefässen
8	Meniskusentfernung (41%)	8. Hämorrhoiden
9	Herzkatheter (38%)	9. Leistenbruchoperation
10	Mandeloperation (34%)	10. Eingriffe am Gebärmutterhals
11	Herzschrittmacher (27%)	11. Kniespiegelung
12	Hämorrhoiden (22%)	12. Eingriffe am Kniemeniskus
13	Leistenbruch (19%)	13. Nierensteinzertrümmerung

Nur noch ambulant, aber nicht zwingend spital-ambulant...

Problematischer Systembruch

	ambulante Versorgung	stationäre Versorgung (Mitternachtsregel)
«Ort»	ambulante Einrichtungen	stationäre Einrichtungen
Finanzierung	100% durch Versicherer	45% durch Versicherer 55% durch Kantone
Tarifierung	Einzelleistungstarif (TARMED)	Fallpauschalen (SwissDRG)
	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung «im Prinzip» günstiger - aber: Systemwirkungen beachten 	<ul style="list-style-type: none"> - Auslastungsziele der Spitäler + Privathonorare - Minderbelastung für Versicherer dank Kantonsanteil
	→ Mengenausweitung ?	
	→ Bei der Finanzierung oder bei der Tarifierung ansetzen?	

Ansatzpunkt 1: einheitliche Tarifierung

→ ambulante Fallpauschalen vs. Zero-Night-DRGs

Hypothese:

Ambulante Eingriffe sind häufig weniger komplex und beinhalten eine geringere Anzahl von Einzelleistungen, sodass die Pauschalisierung weniger Wirkung hat als bei stationären Leistungen.

Ansatzpunkt 2: Einheitliche Finanzierung ambulant – stationär (EFAS oder so...)

→ Mitfinanzierung der Kantone im ambulanten Bereich
z.B. 75% Versicherer, 25% Kantone

- System beruht dann stärker auf (progressiven) Steuern
- Wenn die Kantone mitfinanzieren, wollen sie auch mitreden und werden zum «dritten Tarifpartner» (ménage-à-trois...)
- SGK-NR (Subk. R. Humbel)

Netzversorgung und Rolle der Spitäler

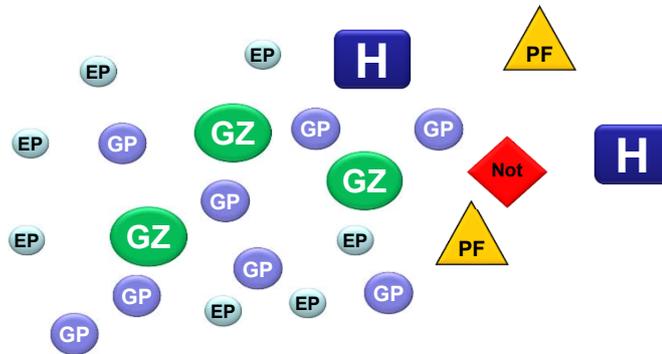
Heute:

Unsere Spitäler sind eine historisch gewachsene, staatlich legitimierte und geschützte Ansammlung von Hardware sowie von Personen mit Verfügungsmacht über diese Hardware.

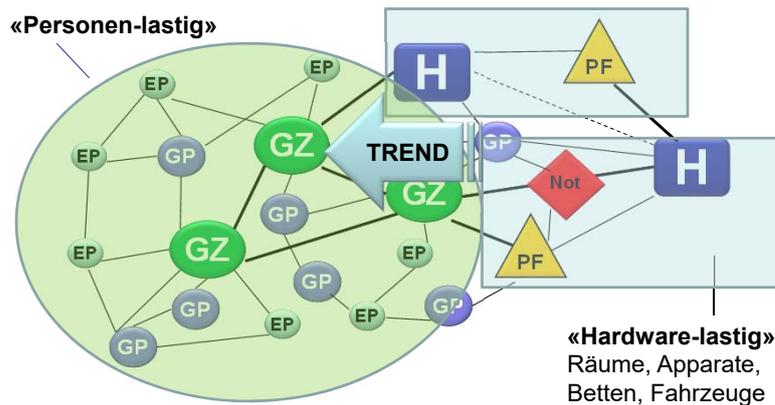
These:

Dies wird künftig nicht als Legitimation für die Existenz reichen. Spitäler müssen ihre Rolle und Funktion im Gesundheitssystem überdenken und anpassen.

Netzwerk-Versorgung



Netzwerk-Versorgung



GZ

Beispiel Deutschland: Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

- gesetzlich verankerte Form der med. Versorgung (§ 95 SGB V)
- fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, die über die strukturierte Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung aus einer Hand gewährleisten sollen.*
- Gründer: niedergel. Ärzte oder Krankenhäuser (Trend!)
- freie Anstellung auf Vertragsbasis oder Festanstellung
- Personen- oder Kapitalgesellschaften (z.B. GmbH)
- sind Träger der Zulassung* (nicht einzelne Ärzte)

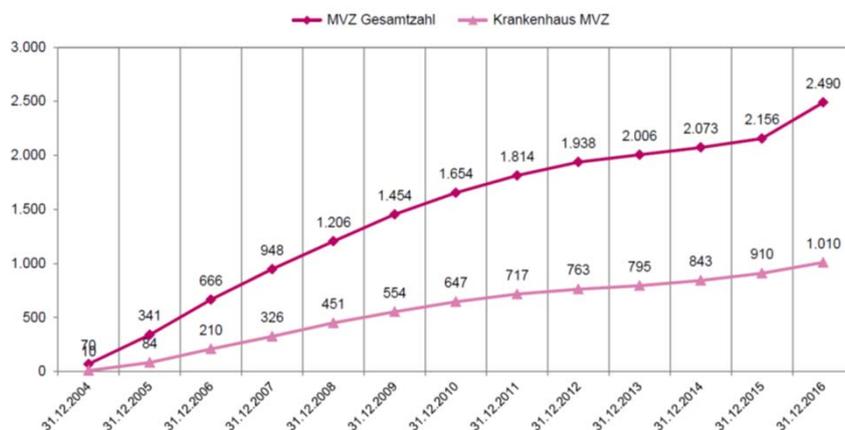
→ **starkes Wachstum, auch auf dem Lande**

→ **integrierte, ambulante Versorgung**

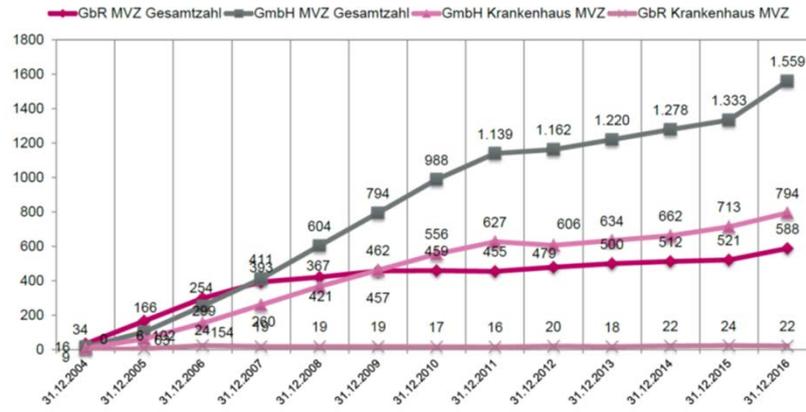
*Unterschied zur Gemeinschaftspraxis

Quelle: www.bmvz.de

Die Anzahl der MVZ insgesamt und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, steigt stetig.



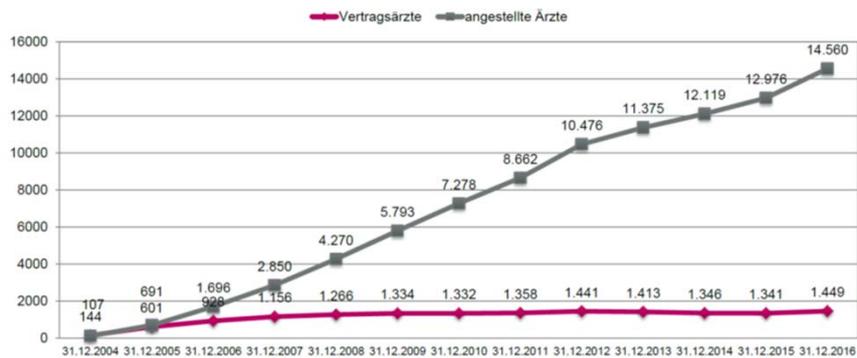
MVZ firmieren nahezu ausschließlich in Form einer GmbH bzw. GbR. MVZ in Krankenhaus-trägerschaft werden vorrangig als GmbH gegründet. Bis 2011 wurden hierunter auch gGmbHs erfasst
 GbR = Gesellschaft bürgerlichen Rechts; Personengesellschaft



©Prof. Dr. T. Slembeck 24. Oktober 2017



Die Anzahl der angestellten Ärzte in den MVZ steigt stetig an, die Anzahl der Vertragsärzte hat sich im Vergleich zu 2015 positiv entwickelt.



©Prof. Dr. T. Slembeck 24. Oktober 2017



Neues Verständnis der Spitäler

«Hardware-House»

- **Infrastruktur:** Diagnostik, inkl. Labors; therapeutische Einrichtungen; invasive Eingriffe (OP-Säle etc.)
 - Bereitstellung **zentraler Dienste** durch eigenes Personal (z.B. Intensivpflege, Anästhesie; ggf. Notfalldienst im Leistungsauftrag)
 - **Nutzung** der Infrastruktur und Dienste durch Netzwerkpartner bei Bedarf.
- **Fixkostendegression bzw. Skalenerträge als Legitimation für die Existenz von «Spitälern»**

Folgen

- Das Kontinuum zwischen Praxen («ambulant») und Spitälern («stationär») wird immer durchlässiger; es entstehen Netzwerke und Mischformen.



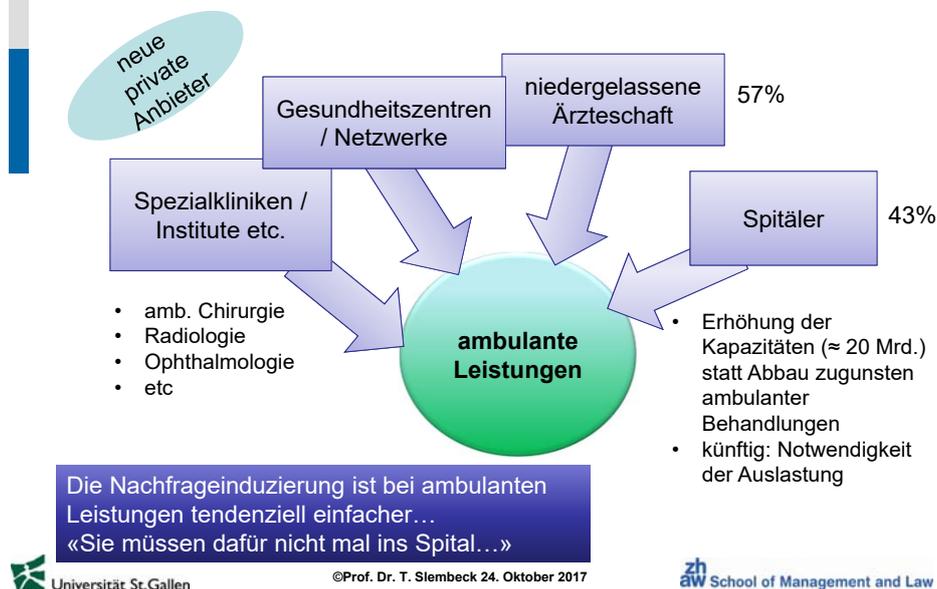
KAISER
PERMANENTE®

«Zentren» mit
3 bis 130 Ärzten

Versicherer als
Betreiber!

- Die klassische Form des Spitals löst sich auf und geht in die **Funktion eines Hardware-Providers** im Rahmen von Netzwerken über. (reine Belegarzt-Spitäler; Problem: Forschung und Ausbildung)

Wachstumsmarkt ambulante Leistungen



Fazit

- **Der Trend von stationär zu ambulant führt zu Kostenwachstum, nicht zu Kostendämpfung** (da kein Abbau stationär + Mengenausweitung ambulant aufgrund besserer med.-tech. Möglichkeiten, Nachfrageinduzierung sowie mehr private Anbieter)
- **Die an sich sinnvolle Anpassung von Tarifierung und oder Finanzierung wird diesen Trend kaum stoppen.**
- **Durch Gesundheitszentren / Netzwerkversorgung wird die Unterscheidung ambulant / stationär obsolet.**
- **Der gleichzeitige Aufbau von stationären (Über)Kapazitäten durch die Kantone läuft dem Trend zuwider und wird uns noch teuer zu stehen kommen.**