

Arbeitsgruppe §12 Wirtschaftlichkeitsgebot

Arbeitsergebnisse



Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e.V.

Ankündigung Herbstsymposium 2013 (20.09.2013)

- Ziel ist die Entwicklung eines Modells zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen in strittigen Konstellationen
- Betrachtungen zum Wirtschaftlichkeitsgebot im Kontext der Sozialgesetzbücher
- Prozesskosten bei medizinischen Leistungen in differenzierten sektoralen Versorgungsalternativen (Stat./Amb./Reha/Pflege)
 - Folge-/ und Begleitkosten
 - Ressourcenverbrauch konkurrierender Hauptdiagnosen
 - Rechtsprechung

Kernprobleme

- Fehlende Legaldefinitionen in Gesetzen, Richtlinien oder kommentierende Interpretationen
- Detaillierte Regelungen oder Veröffentlichungen überwiegend zu Arzneimittelversorgung, vertragsärztlicher Leistung und Methodenbewertung
- Kaum systematische Aussagen zur Bewertung von Wirtschaftlichkeitsaspekten im Kontext der stationären Behandlung für Einzelfälle
- Preisbetrachtungen entsprechend der Kalkulation durch das InEK haben begrenzte Aussagekraft, da nur tatsächliche Kosten der Kalkulationshäuser und die Einhaltung formaler Kodierrichtlinien betrachtet werden
- Prinzipien der Zuordnung von Ressourcen zu Leistungen (Minimal- versus Maximalprinzip) unterscheiden sich je nach Allokationsebene (Volkswirtschaft, Sektoren des Gesundheitswesens, Einzelfallentscheidung)
- Fehlende Bewertungshilfen zur Klärung der Frage, ob im strittigen Einzelfall das Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichend berücksichtigt wurde

Methodik

- Aufarbeitung bisheriger wissenschaftlicher Arbeiten zum Thema
- Begriffsdefinitionen
- Begrenzung des Themas auf §39 SGB V
- Erarbeitung der Entscheidungsalgorithmen
- Bearbeitung der Checkliste
- Bearbeitung eines Kalkulationsblattes

Problem: Geriatrische Frührehabilitation

- Geriatrische Frührehabilitation kann entweder fallabschließend akutstationär oder sequentiell akutstationär + rehabilitativ erbracht werden
- Die Entscheidung zwischen beiden Varianten orientiert sich aus Sicht der Krankenhäuser in der Regel am Geriatrieplan des jeweiligen Bundeslandes.
- Insbesondere bundesweit agierende Kassen vergleichen nur den Preis der akutstationären Leistung und lehnen die fallabschließende Versorgung unter Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot ab.

Grundsätze zum Wirtschaftlichkeitsgebot

Auswahl der Varianten

- Wirtschaftlichkeit ist aus der Sicht ex ante in Bezug auf das Behandlungsziel zu beurteilen.
 - Es muss ein Behandlungsbedarf und eine –möglichkeit bestehen.
 - Es muss ein realistisches Behandlungsziel identifiziert und mit dem Patienten vereinbart sein.
 - Die Behandlungsmethoden müssen zweckmäßig (geeignet) sein.
 - Das Behandlungsmaß darf weder zu gering noch zu umfangreich sein.
 - Es ist die niedrigste mögliche Versorgungsstufe auszuwählen.

Grundsätze zum Wirtschaftlichkeitsgebot

Bewertung der Wirtschaftlichkeit

- Leistungserbringer und Kostenträger realisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot auf der Ebene der unteren Mikroallokation (Leistungsentscheidung auf Einzelfallebene) unter Anwendung des Minimalprinzips.
 - Doppelvergütungen sind zu vermeiden.
 - Kosten sind als direkte und als indirekte Kosten zu berücksichtigen.
 - Wirtschaftlichkeit wirkt über den Vergleich der Erlöse der Leistungserbringer, die als Kosten über den Hebel der Budgetierung auf die Makroallokation wirken.

Checkliste

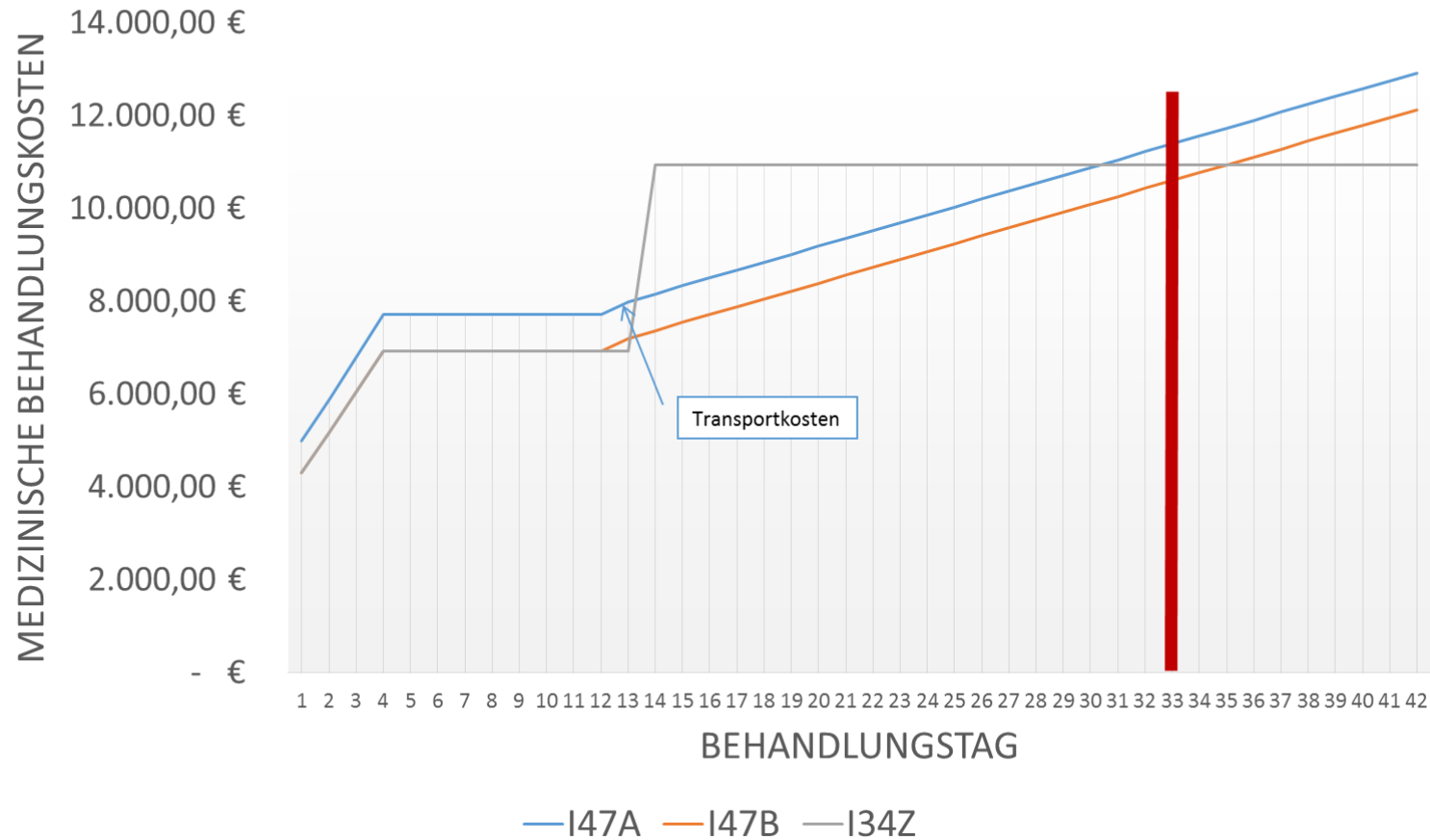
- Welcher behandlungsbedürftige Zustand besteht?
- Ist dieser Zustand behandlungsfähig?
- Worin besteht das Behandlungsziel?
- Welche Behandlungsalternativen kommen in Frage?
- Wie kann das Erreichen des Behandlungsziels evaluiert werden?
- Welche Sektoren können unter Beachtung der Grundsätze „Ambulant vor Stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ die Behandlung durchführen?
- Welcher Zeithorizont soll betrachtet werden
- Unterscheiden sich die Behandlungen in ihren Kosten?
- Welche Kosten entstehen durch unterschiedliche Behandlungsvarianten oder durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Sektoren?
- Unterscheiden sich die Behandlungen in ihrem Nutzen?
- Unterscheiden sich die Behandlungen in ihren Risiken?

Lösung: Geriatrische Frührehabilitation

- Zustand: Schenkelhalsfraktur + Sturzgefährdung/Mobilitätsbeeinträchtigung
- Ziel: Gelenkersatz, Mobilität, Sturzprävention, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- Varianten: Fallabschließende versus sequentielle chirurgische und rehabilitative Behandlung
- Sektoren: Akutklinik versus Akutklinik + Rehabilitationsklinik
- Evaluation: Barthelindex, diverse geriatrische Scoringmethoden
- Nutzen/Risiken/Komplikationen: Keine Unterschiede
- Zeithorizont: durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage oder maximale oGVD
- Kosten:

Leistungsbeschreibung	Variante 1			Variante 2			Variante 3		
	Leistungsmenge	Entgelt	Erlös/Kosten	Leistungsmenge	Entgelt	Erlös/Kosten	Leistungsmenge	Entgelt	Erlös/Kosten
DRG	I34Z	3,530	10.943,00 €	I47B	2,23	6.913,00 €	I47A	2,485	7.703,50 €
Anschlußheilbehandlung				21	170,00 €	3.570,00 €	21	170,00 €	3.570,00 €
Rettungsdienst			455,00 €			455,00 €			455,00 €
Notarzt			455,00 €			455,00 €			455,00 €
Krankentransport			115,00 €			115,00 €			115,00 €
Taxi						128,00 €			128,00 €
Gesamtkosten			11.968,00 €			11.636,00 €			12.426,50 €

Differenzkosten Geriatrische Frührehabilitation



- Die Behandlungskosten in beiden Alternativen sind ähnlich.
- Der Nachweis einer besonderen Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsvariante kann nicht geführt werden, da wenige Tage Differenz in der rehabilitativen Behandlungsdauer zu unterschiedlichen Gesamtkosten führen.

Ergebnisse

- Positionspapier

Wird voraussichtlich in 2015 publiziert.

- Checkliste
- Rechenschema

Werden auf der Homepage der DGfM zum Download zur Verfügung gestellt.