



Spitzenverband



14 Positionen für 2014

Reform der Krankenhausversorgung
aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

beschlossen vom Verwaltungsrat am 4. September 2013



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 30
10117 Berlin

Verantwortlich:
Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilung Krankenhäuser
Stabsbereich Kommunikation

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, www.schupfner.com

Druck: Pinguin Druck GmbH, Berlin

Auflage: 2.000

Stand: September 2013

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

14 Positionen für 2014

Reform der Krankenhausversorgung
aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

beschlossen vom Verwaltungsrat am 4. September 2013

14 Positionen für 2014 - Reform der Krankenhausversorgung

1	Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten	6
2	Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen	7
3	Strukturbereinigung einleiten	8
4	Durch Direktverträge Qualitätsanreize setzen	9
5	DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben	10
6	Preisentwicklung fair gestalten	11
7	Verhandlungen auf Landesebene stärken	12
8	Überhitzte Mengenentwicklung stoppen	13
9	Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten	14
10	Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren	15
11	Qualität transparent weiterentwickeln	16
12	Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen	17
13	Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben	18
14	Nutzen von Innovationen ermitteln	19

1 Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten

Damit das auch international anerkannt hohe Niveau der deutschen Krankenhausversorgung erhalten bleiben kann, muss sich viel ändern. Mangelnde Länderfinanzierung der Investitionen, zweifelhafte Mengenentwicklungen, mangelnde Qualitätsorientierung und eine nach wie vor ungebremste Ausgabenentwicklung signalisieren gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Jahr 2014. Gegenwärtig steht der Versicherte nicht mehr im Mittelpunkt der Versorgung. Stattdessen dominieren arbeitsmarkt-, industrie- und standespolitische Partikularinteressen die Krankenhausgesetzgebung. 2014 müssen daher die Weichen gestellt werden, um die Interessen des Versicherten als Patient und als Beitragszahler stärker in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung zu stellen.

Über viele Jahrzehnte brauchte die Krankenhausversorgung in Deutschland keinen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen der Welt zu scheuen: Patienten hatten und haben, unabhängig vom Einkommen, von Wohnort, Geschlecht und Alter, Zugang zu einer modernen und vollumfänglichen Krankenhausversorgung. Zunehmend wird die Krankenhausversorgung jedoch zulasten

Die Krankenhausversorgung wird zunehmend zulasten der Beitragszahler als Vehikel für eine lokale Wirtschaftsförderung genutzt.

der Beitragszahler als Vehikel für eine lokale Wirtschaftsförderung genutzt. Die Partikularinteressen einzelner Akteure im Gesundheitswesen werden über die Interessen

der Versicherten gestellt. Die Folge sind Überkapazitäten, überhöhte Preise, eine zweifelhafte Mengenentwicklung und ein Mangel an Qualitätsorientierung. Ziel einer Reform muss sein, den Versicherten wieder in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung zu stellen.

Als Patient ist es für den Versicherten fundamental, dass er im Krankheitsfall eine strikt am medizinischen Bedarf orientierte gesundheitliche Versorgung erhält. Überkapazitäten und überhöhte Preise im Verbund mit einem leistungsorientierten

Vergütungssystem haben inzwischen zu einer zweifelhaften Mengenentwicklung geführt, die weit über den demografisch bedingten Anstieg hinausgeht. Es ist eine der zentralen Aufgaben einer Strukturreform, diese überhitzte Mengenentwicklung zu stoppen.

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf ergibt sich in vielfacher Hinsicht, wenn man die Versorgung auf die Versicherten ausrichtet. In einem Krankenhauswesen für Versicherte gibt es keinen Platz für qualitativ minderwertige Leistungserbringer und keinen Platz für Scheininnovationen. Gute Versorgung soll auch gut finanziert werden. Planungs- und Preismechanismen, die von den Beitrags-

Die freie Wahl des Krankenhauses unter qualitativen Aspekten sollte der zentrale Ansatzpunkt einer Reform sein, die die Versorgung vom Versicherten aus denkt.

zahlern ebenfalls die Finanzierung ineffizienter Häuser mit schlechter Qualität verlangen, bedürfen einer Reform. Die freie Wahl des Krankenhauses unter qualitativen Aspekten sollte der zentrale Ansatzpunkt einer Reform sein, die die Versorgung vom Versicherten aus denkt.

2 Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen

Die Grundprinzipien der deutschen Krankenhausfinanzierung und -planung sind inzwischen 40 Jahre alt. Während das Vergütungssystem durch die DRG-Einführung leistungsorientiert und dynamisch modernisiert wurde, ist die strukturkonservierende Kapazitätsplanung der Länder überholungsbedürftig. Die Länder kommen zudem ihrer wichtigsten Aufgabe, der Investitionsfinanzierung, nicht mehr nach, sodass die Investitionsfinanzierung überwiegend aus den Beitragsmitteln der Versicherten erfolgt. Deutschland braucht eine neue, zukunftsorientierte Steuerung von Krankenhausleistungen.

In der Logik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) finanzierte das Land den Bau von notwendigen Krankenhäusern, vor Ort verhandelte der Krankenhausgeschäftsführer mit dem Krankenkassengeschäftsführer den Pflegesatz für den laufenden Betrieb. In dieser Welt gab es keine Leistungserfassung, kein differenziertes Vergütungssystem, keine freie Krankenhauswahl auf der Basis von Qualitätsberichten und keine nennenswerten ambulanten Krankenhausleistungen. Es kommt darauf an, in der nächsten Legislaturperiode die grundlegenden KHG-Prinzipien zu modernisieren.

Die Länder kommen ihrer wichtigsten Aufgabe, der Investitionsfinanzierung, nicht mehr nach.

Ein erster Schritt in Richtung einer Landesplanung, die Qualität und Kosten gleichermaßen berücksichtigt, wäre die Beteiligung der Kassen an Investitionsentscheidungen, wie es sie heute schon bei Investitionsmitteln gemäß Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in den neuen Bundesländern gibt. Als Einstieg in eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen sollte dieses Prinzip bundesweit Anwendung finden.

Deutschland braucht eine neue, zukunftsorientierte Steuerung von Krankenhausleistungen.

Mit dem zunehmenden faktischen Übergang der Finanzierungslast auf die Krankenkassen ist bislang kein Übergang von Steuerungsfunktionen verbunden. Deshalb ist es dringend erforderlich, den bislang bestehenden unbeschränkten Kontrahierungszwang und grundsätzliche krankenhauserische Entscheidungen neu zu regeln. Nicht alle Häuser im Krankenhausplan sind bedarfsnotwendig, und nicht alle erbringen gute Qualität. Warum sollten dann solche Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden?

3 Strukturbereinigung einleiten

Die Krankenhausplanung der Länder ist überholt. Da die Länder in der Regel nur die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte stationärer Kapazitäten ins Kalkül ziehen, die Finanzierungsfolgen aber systematisch ignorieren, entsteht eine verantwortungslose Planung von Überkapazitäten. Sofern die Übergabe der Planungsverantwortung an die Krankenkassen oder den Bund abgelehnt wird, muss die Planung durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen und durch Maßnahmen zur Strukturbereinigung grundlegend modifiziert werden. Das Ausscheiden von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss erleichtert werden.

Es geht bei der Strukturbereinigung nicht um das kleine Haus auf dem Lande - in Deutschland gibt es vor allem in Ballungsräumen zu viele Kranken-

Die Krankenhausplanung muss durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen und Maßnahmen zur Strukturbereinigung grundlegend modifiziert werden.

häuser. Vergleicht man die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen mit den Niederlanden (ähnliche Fläche und Einwohnerzahl), dann zeigt sich eine diskussionswürdige Differenz: Die Niederlande haben etwas über hundert Krankenhäuser, Nordrhein-Westfalen rund 400. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Planungsbehörden der Länder die notwendige Bereinigung vornehmen. Auch die Krankenkassen wären - selbst bei Übernahme der kompletten Planungsverantwortung - kaum in der Lage, die notwendigen Schließungen durchzusetzen. Letztlich ist die Schließung eine Entscheidung des Krankenhausträgers. Es kommt darauf an, für die Krankenhausträger finanzielle Anreize zu schaffen, damit nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein sozialverträglicher und geregelter Marktaustritt ermöglicht wird.

Die Finanzmittel für Marktaustrittshilfen sollten vorzugsweise von jenen Häusern aufgebracht werden, die durch Mengenwachstum von einem Marktaustritt profitieren. Eine Möglichkeit zur

Aufbringung von Marktaustrittshilfen wäre es, das Finanzvolumen aus Mehrleistungsabschlägen einzusetzen. Dieses fließt aufgrund gesetzlicher Neuregelung derzeit undifferenziert nach dem Gießkannenprinzip als Versorgungszuschlag an

Der Versorgungszuschlag sollte einerseits gezielt für die Sicherstellung bestimmter Häuser in ländlichen Regionen und andererseits zur Finanzierung von Marktaustritten eingesetzt werden.

alle Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes. Es sollte hingegen einerseits gezielt für die Sicherstellung bestimmter Häuser in ländlichen Regionen und andererseits zur gezielten Finanzierung von Marktaustritten eingesetzt werden. Der Versorgungszuschlag würde so seinem Namen gerecht werden.

4 Durch Direktverträge Qualitätsanreize setzen

Der Kontrahierungszwang führt dazu, dass Krankenhäuser mit schlechter Qualität den gleichen Vergütungsanspruch haben wie Krankenhäuser, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Die Folge ist, dass die Patienten nicht optimal versorgt werden. Für planbare stationäre Leistungen sollte insbesondere in Ballungsräumen ein Ausschreibungsmodell Anreize setzen, die Versorgungsqualität zu erhöhen. Hierbei wird der Qualitätsmessung eine zentrale Rolle zuteil.

Der Kontrahierungszwang verpflichtet die Krankenkassen, alle Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag unter Vertrag zu nehmen und gleich zu vergüten. Im Ergebnis erhält damit jedes Kranken-

Im Rahmen der Krankenhausplanung spielt die Versorgungsqualität eine marginale Rolle, d. h. Patienten werden nicht optimal versorgt, Krankenhäuser mit schlechter Qualität bleiben am Markt.

optimal versorgt, Krankenhäuser mit schlechter Qualität bleiben am Markt.

Für ein definiertes Spektrum von planbaren Krankenhausleistungen sollte für Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen werden, Direktverträge mit zugelassenen Krankenhäusern abzuschließen. Damit soll ein Einstieg in ein Direktvertragsmodell auf freiwilliger Basis auch im stationären Bereich ermöglicht werden. In definierten Versorgungsregionen, insbesondere in Ballungsräumen, könnten Krankenhausleistungen ausgeschrieben werden. Qualität, Menge und Preis sollten verpflichtender Bestandteil der Ausschreibung sein. Auf diese Weise wird die Qualität stationärer Leistungen durch den Ausschluss schlechter Qualität aus der Versorgung erhöht, die Wirtschaftlichkeit

durch die Möglichkeit von Preisverhandlungen verbessert. Der so entstehende Direktvertragswettbewerb sollte ggf. mittels bundesweiter Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen einheitlichen Rahmen erhalten.

Um die Qualität im Rahmen der Direktverträge ausreichend vergleichbar zu halten, sollte die Qualitätsmessung

kollektiv erfolgen. Mit Direktverträgen käme es erstmals zu einer

umfassenderen Verbin-

dung von Qualität und Vergütung. Dies entspricht der Erwartungshaltung der Versicherten: Gute Qualität soll belohnt, schlechte Qualität möglichst vom Markt ausgeschlossen werden.

Mit Direktverträgen käme es erstmals zu einer umfassenderen Verbindung von Qualität und Vergütung.

5 DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben

Die Einführung des DRG-Systems ist eine der Erfolgsgeschichten im deutschen Gesundheitswesen. Die Vergütung von Krankenhausleistungen wurde von einer ungerechten und intransparenten Selbstkostenbasis auf eine empirisch ermittelte, gerechte und transparente Finanzierung umgestellt. Diese Erfolgsgeschichte gilt es fortzuschreiben.

Gemessen an den zur DRG-Einführung gesetzten Zielen (Transparenz, leistungsgerechte Vergütung, Strukturreform, Wirtschaftlichkeit und Ausgabenkontrolle) fällt die Bilanz unterschiedlich gut aus. Dies mag auch Ursache der oftmals undifferenzierten Kritik am DRG-System insgesamt sein. Im Hinblick auf die Transparenz- und Wirtschaftlichkeitsziele kann man dem DRG-System eine sehr gute Bilanz ausstellen. Der G-DRG-Katalog ist der

Der G-DRG-Katalog ist der beste Bewertungsmaßstab für Krankenhausleistungen, den es jemals in Deutschland gab. Geld folgt heute tatsächlich der Leistung.

beste Bewertungsmaßstab für Krankenhausleistungen, den es jemals in Deutschland gab. Das DRG-Institut (InEK) leistet gute Arbeit und erhält dafür zu Recht national und international

viel Anerkennung. Auch die Vergütung erfolgt leistungsgerechter: Geld folgt heute tatsächlich der Leistung.

Bemerkenswert ist der Transparenzgewinn. Man weiß heute, wo welche Leistungen erbracht werden und was dies kostet. Ferner wurde durch eine detaillierte Erfassung von Diagnosen und Prozeduren die Grundvoraussetzung für eine wirkungsvolle Qualitätsmessung geschaffen. Die Qualitätsberichte und die Krankenhausnavigatoren wären ohne das DRG-System nicht denkbar.

Auch die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser ist deutlich gestiegen. Die vom InEK ermittelten Fallkosten sind - anders als oftmals wahrgenommen - lange Jahre gesunken und steigen jetzt auch nur leicht. Problematisch ist vor allem, dass das DRG-System nahezu komplett auf eine Mengensteuerung verzichtet - international fast

einmalig. Folglich blieb die Strukturbereinigung aus und das Ausgabenbegrenzungsziel wurde deutlich verfehlt.

Die inzwischen besorgniserregende Mengenentwicklung ist keine Folge der DRG-Systematik, sondern eine Folge überhöhter Preise (Positionen 6 bis 8). Eine Strukturreform sollte deshalb

Bemerkenswert ist der Transparenzgewinn. Man weiß heute, wo welche Leistungen erbracht werden.

Fehlentwicklungen im Bereich der Preissetzung und Leistungssteuerung beseitigen und nicht das Fallpauschalensystem

zur Disposition stellen. Im Gegenteil: Es gilt, die Erfolgsgeschichte fortzuschreiben und die DRG-Systematik weiterzuentwickeln. Das geschieht derzeit bei den Investitionsbewertungsrelationen und bei der Vergütungsreform in der Psychiatrie (vornehmlich auf Tagesbasis). Sinnvoll sind zudem Weiterentwicklungen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung und bei der Einführung einer stärker qualitätsorientierten Vergütung.

6 Preisentwicklung fair gestalten

Die Einführung des Orientierungswertes und die damit einhergehende Abschaffung der Einnahmeorientierung bei der Preisentwicklung im Krankenhausbereich ab 2013 stellen eine Zäsur in der Geschichte der Krankenhausfinanzierung dar. Eine sinnvolle Begrenzung der Preise im Krankenhausbereich müsste zwingend neben der reinen Kostenentwicklung auch die Produktivitätsentwicklung der Krankenhäuser berücksichtigen, um unberechtigte Preissteigerungen zu vermeiden. Eine faire Preisentwicklung in einem Fallpauschalensystem muss sich - anders als derzeit - an den Kosten je Fall orientieren.

Die Veränderung der Krankenhauspreise wurde bisher und wird zukünftig grundsätzlich nach

Eine faire Preisentwicklung in einem Fallpauschalensystem muss sich - anders als derzeit - an den Kosten je Fall orientieren.

oben begrenzt sein. Diese Art der Preissetzung ist sinnvoll, um den größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung steuern zu können. Anders

als bei der traditionell einkommensorientierten Preissteuerung zahlen die Krankenkassen notwendige Mehrleistungen und tragen somit das Risiko der Morbiditätsentwicklung. Nach oben begrenzt werden lediglich die jährlichen Preissteigerungen.

Basis des neuen „Veränderungswertes“ ist der durch das Statistische Bundesamt ermittelte sogenannte „Orientierungswert“. Die Ermittlung des Wertes durch das Statistische Bundesamt ist richtig, da sich so die Entwicklung der Kosten der Krankenhäuser neutral quantifizieren lässt. Der Orientierungswert in seiner jetzigen Form bezieht sich lediglich auf die gesamten Personal- und Sachkostensteigerungen der Krankenhäuser. Problematisch ist, dass bei der Ermittlung des Orientierungswertes die Entwicklung der Produktivität der Krankenhäuser nicht einbezogen wird.

Sinken die Kosten je Fall, dann bedarf es auch keiner Steigerung der Preise für Fallpauschalen.

Eine künftige Obergrenze (auf Bundes- und auf Landesebene) sollte deshalb die Entwicklung der Kosten je Fall (genauer: der Kosten je Casemixpunkt) abbilden. Vom Statistischen Bundesamt müssten dementsprechend die Kosten je Casemixpunkt in der Kalkulation zugrunde gelegt werden. Bei tagesbezogenen Entgeltsystemen sind die Kosten je Tag zu ermitteln (Psychiatrie). Eine solche Regelung ist gleichermaßen fair für Krankenhäuser wie für Versicherte, weil sie die Versorgung sichert, ohne Sondergewinne aufgrund überhöhter Preise zuzulassen.

Neben der reinen Kostenentwicklung muss auch die Produktivitätsentwicklung der Krankenhäuser berücksichtigt werden: Sinken die Kosten je Fall, bedarf es auch keiner Steigerung der Preise für Fallpauschalen.

7 Verhandlungen auf Landesebene stärken

Durch die gegenwärtigen Regelungen zur Bundesbasisfallwertkonvergenz findet eine Abkehr von der Verhandlungslösung auf Landesebene statt. Für rund die Hälfte aller Bundesländer, nämlich jene, die sich an der unteren Korridorgrenze befinden, werden ab 2014 lediglich noch „Phantomverhandlungen“ geführt. Ihr Landesbasisfallwert bestimmt sich ausschließlich durch den Korridor um den Bundesbasisfallwert. Aufgrund der geltenden Regelungen zum Bundesbasisfallwert hat dies ausgaben-treibende Wirkung. Wenn die Preise auch künftig auf Landesebene verhandelt werden sollen, dann müssen temporäre Abweichungen vom Bundeskorridor zugelassen werden.

Dem Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ folgend findet seit Einführung des Fallpauschalensystems eine Angleichung der historisch gewachsenen Preise im Krankenhausbereich statt. Ziel der aktuellen Konvergenzphase ist eine Annäherung der Landesbasisfallwerte auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor. Die Ausgestaltung der Konvergenz beinhaltet jedoch massive Fehlanreize mit ausgabensteigernder Wirkung.

In vielen Ländern gibt es nur noch „Phantomverhandlungen“.

Problematisch ist insbesondere, dass der Bundesbasisfallwert und damit die Korridorgrenzen grundsätzlich prospektiv um den vollen Veränderungswert angehoben werden. Die im Anschluss getroffenen Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte liegen aber häufig unterhalb dieser maximalen Steigerungsrate. Wird der Korridor starr durchgesetzt, finden in der Hälfte der Bundesländer keine Preisverhandlungen mehr statt. Vielmehr wird in diesen Ländern die untere Korridorgrenze automatisch zum Landesbasisfallwert. In diesen Ländern gibt es nur noch „Phantomverhandlungen“. Es muss daher möglich sein, dass Landesbasisfallwerte temporär unterhalb des Korridors liegen, sofern dies sachlich angezeigt ist.

Problematisch ist ebenfalls, dass durch die Kap-pungsgrenze für oberhalb des Korridors liegende Landesbasisfallwerte die Konvergenz de facto ver-hindert wird. Zudem führt der unbegründet asym-metrisch ausgestalte-te Korridor einseitig zu Mehrbelastungen der Kostenträger. Die Ausgabenneutralität der Konvergenz ist in mehrfacher Hinsicht verletzt, weil der Bundesbasisfallwert nicht dem Durchschnitt aller Landesbasisfallwerte entspricht. Die anstehende Reform sollte die Feh-ler der Korridorregularien beseitigen.

Es muss möglich sein, dass Landesbasisfallwerte temporär unterhalb des Korridors liegen, sofern dies sachlich angezeigt ist.

8 Überhitzte Mengenentwicklung stoppen

Je höher der Preis, desto höher der Anreiz, aus wirtschaftlichen Gründen medizinisch zweifelhafte Eingriffe vorzunehmen. Dieser Wirkzusammenhang ist die wesentliche Ursache der aktuellen Mengenproblematik. Kaum mehr als ein Drittel des Mengenwachstums ist demografisch erklärbar. Es bedarf eines Bündels von Maßnahmen, um diese problematische Mengenentwicklung zu stoppen (Mehrleistungsabschläge, Kapazitätsreduktion, Mindestmengen etc.). Zentraler Ansatz gegen die zweifelhafte Mengenausweitung bleibt jedoch die Absenkung der Landesbasisfallwerte.

Die Summe der Krankenhausleistungen wächst seit Jahren deutlich stärker, als dies die Demografie erwarten lässt. Lediglich ein Drittel der zusätzlichen Leistungen lässt sich so erklären. Auch im internationalen Vergleich ist bei einer Reihe von operativen Eingriffen,

Nur ein Drittel des Mengenwachstums ist demografisch erklärbar.

u. a. der Hüft- und Knieendoprothetik, das Leistungsniveau in Deutschland auffällig hoch. Vor diesem

Hintergrund muss gelten: Ökonomisch motivierte Mengenausweitungen und damit unnötige und für den Patienten risikoreiche Operationen müssen ausgeschlossen werden.

Die DRG-Fallpauschalenvergütung per se ist nicht das Problem. Erst in Verbindung mit Überkapazitäten und überhöhten Preisen führt die leistungsorientierte Vergütung zu medizinisch zweifelhafter Mengenentwicklung. Problematisch ist, dass in der Vergangenheit Preiserhöhungen dafür sorgten, dass das unwirtschaftlichste Krankenhaus den Maßstab für das Preisniveau von Krankenhausleistungen insgesamt darstellte. Die leistungssteuernde Wirkung der Preisverhandlungen auf Landesebene wurde so systematisch konterkariert. Kontinuierliche Mengenausweitungen von jährlich ca. drei Prozent sind die Folge. Entsprechend fallen die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich ins Gewicht: Kein Sektor des

Gesundheitswesens verbuchte in den letzten Jahren vergleichbare Steigerungsraten. Seit 2005 sind die Krankenhausausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um etwa 32 Prozent auf ca. 64 Mrd. Euro gestiegen.

Ökonomisch motivierte Mengenausweitungen und damit unnötige und für den Patienten risikoreiche Operationen müssen ausgeschlossen werden.

Die Ansatzpunkte zur Vermeidung zweifelhafter Mengenentwicklungen sind vielfältig: Sie reichen von der Kapazitätsreduktion (Position 3) über qualitätsorientierte Direktverträge (Position 4) und Strukturanforderungen (Position 11) bis hin zur Innovationsbewertung (Position 14). Zentral bleiben jedoch die ökonomischen Anreize, nämlich Mehrleistungsabschläge und die Vermeidung überhöhter Landesbasisfallwerte. Durch einen fairen Preis kann eine überhitzte Mengenentwicklung zukünftig vermieden werden. Für die Versicherten muss klar sein: Als Patient werde ich nur operiert, wenn dies medizinisch indiziert ist, Beiträge werden nur für medizinisch notwendige Leistungen verwendet.

9 Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten

In den wichtigsten Säulen der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern, dem ambulanten Operieren sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ist weder eine Bedarfsplanung verankert noch werden Preise oder Mengen gesteuert. Im Ergebnis können Leistungen unbeschränkt und ungekürzt erbracht werden. Um Über- und Fehlversorgung sowie eine unkontrollierte Mengenentwicklung zu vermeiden, müssen Preise und Mengen verhandelt und eine sachgemäße Bedarfsplanung etabliert werden.

Immer mehr medizinische Leistungen, die früher mit stationärer Krankenhausbehandlung einhergingen, können heute ambulant erbracht werden. Diese Entwicklung ist grundsätzlich begrüßenswert, denn ambulante Leistungserbringung ist in der Regel patientengerechter und wirtschaftlicher. Jedoch haben sich ambulante Krankenhausleistungen zu einem Paragrafenschwung mit widersprüchlichen Vergütungsstrukturen entwickelt.

Ambulante Krankenhausleistungen haben sich zu einem Paragrafenschwung mit widersprüchlichen Vergütungsstrukturen entwickelt.

Die große Aufgabe, all diese Bereiche zu einem einheitlichen Regelwerk zusammenzufassen und eine systematische Vergütungsstruktur zu

schaffen, hat der Gesetzgeber bisher nicht in Angriff genommen. Sie bleibt ordnungspolitische Notwendigkeit und muss angegangen werden.

Kurzfristig müssen die Steuerungsdefizite beseitigt werden. Denn sowohl im Bereich des ambulanten Operierens als auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wird gesetzlich ein „Laissez faire“-Ansatz verfolgt: Leistungen können unbeschränkt, ungedeckt und ungeprüft erbracht werden. Dieser Zustand ist das Gegenteil von Bedarfsorientierung und konterkariert das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben einer bedarfsabhängigen Zulassung ist es daher dringend angezeigt, sowohl Preise als auch Mengen zum Gegenstand

von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu machen.

Neben einer bedarfsabhängigen Zulassung müssen sowohl Preise als auch Mengen zum Gegenstand von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gemacht werden.

Auch bei der ambulanten Krankenhausbehandlung können die Versicherten erwarten, dass Leistungen nur dann erbracht werden, wenn sie medizinisch indiziert sind. Insbesondere in Ballungsräumen muss daher auch für ambulante Krankenhaus-

leistungen die Möglichkeit geschaffen werden, durch Direktvertragswettbewerb eine sinnvolle Verbindung zwischen Qualität und Vergütung herzustellen.

Für die Fortschreibung der Kataloge und für die Verhandlung von Preisen und Mengen ist eine Verhandlungsstruktur zu etablieren, die sich an der sogenannten „G-BA-Parität“ orientiert, also eine Schiedsstellenlösung mit Parität zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern.

10 Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren

Die Reduzierung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen muss durch eine wirksame Anreizsetzung auf den Weg gebracht werden. Dies fordert auch der Bundesrechnungshof bereits seit 2011. Fehlerhaftes Abrechnen darf nicht risikolos sein, sondern muss Konsequenzen haben. Die Lösung sollte einfach, pauschal und unbürokratisch sein. Die symmetrische Ausgestaltung der 300-Euro-Aufwandspauschale ist ein notwendiger Einstieg.

Krankenhausleistungen werden 2013 ca. 64 Mrd. Euro GKV-Ausgaben verursachen. Abrechnungsprüfungen für diesen Leistungsbereich sind zu Recht gesetzlich verankert. Die Vergütung überhöhter Rechnungen oder nicht bzw. nicht mehr notwendiger Krankenhausleistungen läuft sowohl der gesetzlichen Prüfverpflichtung als auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot zuwider. Die Beitragszahler werden ohne Rechtfertigung finanziell belastet.

Der Anteil der Krankenhausrechnungen, den die gesetzlichen Krankenkassen unter Hinzuziehung der Medizinischen Dienste prüfen, liegt seit Jahren in der Größenordnung von zwölf Prozent. Die Quote der als fehlerhaft festgestellten Abrechnungen hingegen stieg auf Höchstwerte. Waren 2006

Den gesetzlichen Krankenkassen werden durch fehlerhafte Abrechnungen von Krankenhäusern jährlich ca. 2 Mrd. Euro entzogen.

nur ca. 35 Prozent der geprüften Rechnungen fehlerhaft festgestellt, so sind es seit dem Jahr 2011 bereits über 50 Prozent.

Den gesetzlichen Krankenkassen werden durch fehlerhafte Abrechnungen von Krankenhäusern jährlich ca. 2 Mrd. Euro entzogen.

Werden fehlerhafte Abrechnungen festgestellt, zahlen die Krankenhäuser lediglich die zu viel erlösten Beträge zurück, müssen darüber hinaus jedoch keine Sanktionen befürchten. Entgegen jeder Logik werden die Krankenkassen sogar mit einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro

je Fall belastet, wenn die Rechnungsprüfung eines Krankenhauses nicht zur Minderung des Rechnungsbetrages führte. Damit schützen die bestehenden Rahmenbedingungen fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser und belasten einseitig die Beitragszahler.

Mangels drohender Sanktionen haben die Krankenhäuser keinen Anlass, ihr Abrechnungsverhalten zu ändern. Der Bundesrechnungshof konstatierte 2011 die Notwendigkeit, einen Anreiz für Krankenhäuser zur korrekten Abrechnung zu setzen.

Wirksame Sanktionen für fehlerhafte Krankenhausabrechnungen müssen endlich gesetzlich etabliert werden.

Die Umsetzung ist angesichts dieser Entwicklung längst überfällig und würde die Anzahl der fehlerhaften Abrechnungen künftig vermindern. Upcoding und Fehlbelegung dürfen nicht länger risikolos bleiben. Deshalb müssen endlich wirksame Sanktionen für fehlerhafte Krankenhausabrechnungen gesetzlich etabliert werden. Denn die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber dürfen nur für Leistungen verwendet werden, die auch tatsächlich angezeigt sind.

11 Qualität transparent weiterentwickeln

Die Transparenz der Qualität der Versorgung von Patienten im stationären und ambulanten Sektor ist adressatengerecht weiterzuentwickeln. Patienten und Kostenträger müssen sich darauf verlassen können, dass Krankenhäuser oder Praxen über die strukturellen Voraussetzungen verfügen, um eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Patienten, Versicherte und Krankenkassen haben Anspruch auf eine umfassende Information darüber,

Patienten haben Anspruch auf eine umfassende Information darüber, welche Strukturen vorgehalten werden und wie es um die Prozess- und Ergebnisqualität bestellt ist.

welche Strukturen in Gesundheitseinrichtungen vorgehalten werden und wie es um die Prozess- und Ergebnisqualität bestellt ist.

Die Betroffenen müssen sich informieren und bewusst für oder gegen bestimmte Leistungserbringer entscheiden können. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind ein erster wichtiger Versuch, diesem Informationsbedürfnis gerecht zu werden. Neben den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sollte es daher auch entsprechende Berichte in der ambulanten Versorgung geben, inklusive der ambulanten Krankenhausleistungen.

Insbesondere bei komplexen medizinischen Eingriffen im Krankenhaus muss sichergestellt sein, dass nur ausreichend qualifiziertes und erfahrenes Personal unter hohen Qualitätsanforderungen solche Leistungen erbringt. Daher muss die Versorgung der Patienten mit solchen Leistungen konsequent auf Zentren konzentriert werden, die eine ausreichende Erfahrung gemessen an Mindestfallzahlen vorweisen. Krankenhäuser, die diese Vorgaben nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen.

Jede Qualitätssicherungsregelung läuft ins Leere, wenn die Messung der Qualität unvollständig oder fehlerhaft ist und Strukturvorgaben nicht kon-

sequent eingehalten werden. Es gibt zahlreiche Hinweise, dass die Daten, die in den Qualitäts-

Jede Qualitätssicherungsregelung läuft ins Leere, wenn die Messung der Qualität unvollständig oder fehlerhaft ist. Hier braucht es wirksame Sanktionen.

berichten veröffentlicht werden, wenig plausibel und fehlerhaft sind oder unvollständig geliefert werden. Mindestmengenvorgaben, wie etwa in der Transplantations-

medizin, werden missachtet. Akteure, die sich jedoch den verbindlichen Regelungen, etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses, entziehen, müssen künftig mit wirksamen Mitteln sanktioniert werden können. Hierzu sind die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, da nur so den berechtigten Versicherten- und Patienteninteressen hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung Rechnung getragen werden kann.

12 Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen

Um die Rolle der Qualität bei der Versorgung der Versicherten zu stärken, muss die Qualität der erbrachten Leistung bei der Vergütung berücksichtigt werden. Es sollte ein Qualitätswettbewerb etabliert werden, bei dem sich Qualitätsunterschiede in Erlösdifferenzen widerspiegeln. Voraussetzung dafür ist, dass mehr Qualitätsindikatoren entwickelt werden und die Validität von Qualitätssicherungsdaten verbessert wird.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist zunehmend geprägt vom Wettbewerb zwischen Ärzten,

Ziel muss eine leistungsorientierte Vergütung sein, die zu einer Qualitätsorientierung führt.

Krankenhäusern und auch Krankenkassen. Dabei spielen neue Versorgungsmodelle sowohl im kollektiv- als auch im selektiv-vertraglichen Rahmen eine zentrale Rolle.

Ein reiner Preiswettbewerb ist aber nicht sinnvoll. Ziel muss eine leistungsorientierte Vergütung sein, die zu einer Qualitätsorientierung führt.

Die aktuelle Diskussion um die Mengenentwicklung und das Leistungsniveau im stationären Bereich zeigt, dass Anreizwirkungen hinterfragt werden müssen. Es muss sichergestellt werden, dass sich die Vergütung auch an medizinisch-qualitativen Maßstäben orientiert. Denn nicht nur eine Begrenzung von medizinisch nicht begründeten Mengenausweitungen im Krankenhausbereich, sondern vielmehr der Schutz der Patienten vor nicht notwendigen und qualitativ fragwürdigen Operationen und Behandlungen begründen die Notwendigkeit der verstärkten Einbeziehung der Qualität bei der Vergütung. Um im Sinne der Patienten die Qualität der stationären Versorgung zu fördern, sollte die Qualität der Behandlung verstärkten Einfluss auf die Vergütung der erbrachten Leistung haben. Dies macht die Versorgung besser, es macht allerdings die Vergütungssysteme komplexer.

Eine Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität bei der Vergütung kann nur auf Basis nachgewiesener und vergleichbarer Qualität erfolgen. Das gilt insbesondere auch für die Pflegequalität. Eine qualitätsorientierte Vergütung setzt eine konsequente Weiterentwicklung der Qualitätsmessung voraus. Die Validität der Qualitätsdaten muss verbessert werden, wodurch sich der Aufwand bei der Datenerhebung, aber auch bei der Kontrolle durch den Medizinischen Dienst

Eine qualitätsorientierte Vergütung setzt eine konsequente Weiterentwicklung der Qualitätsmessung voraus.

der Krankenkassen erhöht. So können aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität Grundlage gezielter finanzieller Anreize für weitere Qualitätsverbesserungen werden. Und die Patienten und ihre Angehörigen können sich auf Grundlage transparenter und valider Qualitätsinformationen bewusst für ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot entscheiden.

13 Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben

Der Umstieg auf das neue pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik sollte konsequent fortgesetzt werden. Das Vergütungssystem ist weiterzuentwickeln und die Erkenntnisse aus Modellvorhaben sind zu berücksichtigen. Insbesondere die Klassifikationssysteme sind medizinisch gehaltvoller zu gestalten. Ziel muss zudem eine gemeindenahe Versorgung der Betroffenen sein.

Das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wurde als lernendes System geschaffen. Voraussetzung für eine transparente und leistungsgerechte Weiterentwicklung des Vergütungssystems ist eine umfassende Leistungserfassung. Hierzu

Das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wurde als lernendes System geschaffen.

sind u. a. die Klassifikationssysteme medizinisch sachgerechter auszugestalten. Dies setzt voraus, dass sich die psychiatrischen Fachkreise mit ihrer Kompetenz einbringen. Es muss sichtbar werden, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Psychiatrie und Psychosomatik angewendet werden.

Darüber hinaus wird ein wesentlicher Impuls für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung von den Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen ausgehen. Hierzu sind die Vertragsparteien der Modellvorhaben gefordert, dem DRG-Institut die notwendigen Daten zu übermitteln. Krankenhäuser sind aufgefordert, ihre Kostendaten und strukturellen Merkmale offenzulegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der psychiatrischen Versorgung festlegen und Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal beschließen. Auch dazu werden aussagekräftigere Klassifikationssysteme benötigt, damit Behandlungserfolge messbar und erkennbar werden.

Durch das Psychiatrie-Entgeltsystem und die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wird die Versorgung von psychiatrischen und psychosomatischen

Durch das Psychiatrie-Entgeltsystem und die Einführung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen wird die Versorgung transparenter.

Patienten transparenter und, so ist zu hoffen, der bisher starke Anreiz zur Hospitalisierung vermindert.

Damit ist es jedoch nicht getan: Um der Ausgrenzung psychisch kranker Menschen entgegenzuwirken und eine wirklich gemeindenahe Versorgung der Betroffenen zu realisieren, muss ein adäquates psychosoziales Angebot der Gemeinden geschaffen werden, das mit den ambulanten und stationären Versorgungsangeboten abgestimmt ist.

14 Nutzen von Innovationen ermitteln

Medizinische Innovationen sollen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung stehen, jedoch nur dann, wenn ein nachgewiesenermaßen günstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis vorliegt. Vor einer flächendeckenden Anwendung sind neue medizinische Leistungen daher in Innovationszentren im Rahmen von hochwertigen medizinischen Studien zu erproben.

Bei der flächendeckenden Einführung medizinischer Innovationen hat die Sicherheit der Patienten Vorrang. Für medizinische Innovationen muss in Zukunft der patientenrelevante Nutzen vor ihrer flächendeckenden Einführung belegt werden. Dabei sind vor allem folgende Fragen zu beantworten: Ist die neue und modernste Methode wirklich die beste? Was wissen wir über den tatsächlichen Nutzen? Wie wirkt die Innovation im Vergleich zur Standardtherapie – auch im Hinblick auf Nebenwirkungen und das Risiko von Folgeerkrankungen? Reformziel muss daher sein, dass alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen der Nutzen noch unklar ist, künftig nur noch in speziellen Innovationszentren eingesetzt werden.

Im Interesse der Patientensicherheit muss in Zukunft der patientenrelevante Nutzen medizinischer Innovationen belegt werden.

Nur so können Innovationen, die noch nicht ausreichend erforscht sind, einerseits für die Patienten so sicher wie möglich im Rahmen der Regelungen zur guten klinischen Praxis angewendet und andererseits wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle der Patienten gewonnen werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Gesetzgeber die Erprobung von Innovationen als wichtige Maßnahme in der Versorgung von Patienten anerkannt und im SGB V verankert. Dies garantiert jedoch nicht, dass alle medizinischen Innovationen, die der Hochrisikogruppe von Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden zuzuordnen sind, vor einer bundesweiten Anwendung in Studien untersucht werden. Ohne gesetzliche Nachbesserung bleibt die Patientensicherheit gefährdet und der Erkenntnisgewinn zum Nutzen der neuen Methoden gering.

Auch bei der Innovationsbewertung müssen die Interessen des Versicherten richtungsweisend für den Gesetzgeber werden.

Vor einer flächendeckenden Anwendung sind neue Leistungen in Innovationszentren zu erproben.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 30

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de