GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Georg Baum, Wolfgang Greiner, Cornelia Prüfer-Storcks, Jens Spahn, Christoph Straub

Experten antworten auf Leitfragen zur Krankenhausreform 2015

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 22–47)

BARMER GEK

Georg Baum, Wolfgang Greiner, Cornelia Prüfer-Storcks, Jens Spahn, Christoph Straub

EXPERTEN ANTWORTEN AUF LEITFRAGEN ZUR KRANKENHAUSREFORM

? Damit eine patientengerechte und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung nicht nur ein Lippenbekenntnis bleibt: Wie kann gewährleistet werden, dass Ergebnisse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nachhaltig in die Patientenversorgung einfließen?

Georg Baum

Qualitätssicherung ist für die Krankenhäuser kein Lippenbekenntnis. Das erste Institut für Qualitätssicherung (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) wurde bereits im Jahr 2000 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband, der Bundesärztekammer und dem Verband der privaten Krankenversicherungen gegründet, denn Qualitätssicherung ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Inzwischen werden gemeinsam mit den Kostenträgern zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart, und jeder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffene Beschluss ist für alle betroffenen Krankenhäuser unmittelbar gültig und führt somit zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität.

Bis heute haben sich die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Steigerung der Patientensicherheit in der stationären Versorgung zu einem Gesamtsystem weiterentwickelt, das auch international seinesgleichen sucht. Qualität und Patientensicherheit waren und sind Kernkompetenzen der Krankenhäuser. Weltweit nahezu einmalig ist beispielsweise die externe stationäre Qualitätssicherung, die über den G-BA-Prozess in Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Krankenkassen initiiert und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Lesehinweis

Im folgenden Diskussionskapitel äußern sich fünf Experten zur aktuellen Krankenhausreform. Sie beziehen hier Stellung und geben aus ihrer Sicht Antworten auf aktuelle und viel diskutierte Fragen zu den Themenkomplexen „Qualität", „Investitionsfinanzierung" und „sektorenübergreifende Versorgung".

Es äußern sich hierzu *(in alphabetischer Reihenfolge der Autorennamen)*:

Georg Baum *(Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft)*
Wolfgang Greiner *(Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)*
Cornelia Prüfer-Storcks *(Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg)*
Jens Spahn *(ehemaliger Vorsitzender der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, seit Juli 2015 Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen)*
Christoph Straub *(Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK)*

Dabei werden aktuell aus 30 Leistungsbereichen 434 Qualitätsindikatoren erhoben. Im Jahr 2013 wurden dafür 3.153.099 Datensätze von den Krankenhäusern geliefert und zentral von Unabhängigen beziehungsweise gemeinsam mit den Kostenträgern ausgewertet. Die Bilanzierung weist aus, dass die Qualitätswerte in 96 Prozent der Fälle gehalten beziehungsweise weiter verbessert werden konnten.

Bei dennoch festgestellten Qualitätsdefiziten greift der sogenannte Strukturierte Dialog. Hier unterstützen die Experten und die zuständigen Stellen die Krankenhäuser bei der Behebung der Mängel und der Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Durch diesen Prozess wird gewährleistet, dass die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung auch nachhaltig zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

Können Qualitätsdefizite jedoch dauerhaft nicht beseitigt werden, so bekennen sich die Krankenhäuser dazu, dass diese Abteilungen dann auch von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden können. Die Krankenhäuser stellen sich diesem harten Kriterium des Leistungsausschlusses und sehen dann aber auch die Legitimation, die in der Krankenhausreform geplanten Qualitätsabschläge abzulehnen. Diese führen im Ergebnis nicht zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgung für Patienten, deren Behandlungserfolg nicht sicher abschätzbar ist. Und eines sollte der Politik zu denken geben: Auch die Krankenkassen lehnen dieses Instrument ab.

Kein Beitrag für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung sind die einseitig von den Krankenkassen durchgeführten „Auswertungen" der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, deren Ergebnisse bei Online-Klinikportalen oder -führern veröffentlicht werden. Die Ergebnisse dieser Auswertungen halten einer kritischen Überprüfung nicht stand.

Zu dieser Erkenntnis kommt auch eine Studie (Thielscher et al. 2014), die die Ergebnisse von unterschiedlichen, unabhängigen Krankenhausführern verglichen hat. So komme es nicht selten vor, dass ein Krankenhausführer ein Krankenhaus empfiehlt, von dem ein anderer abrät. Gründe dafür seien eine fehlende Präzisierung der Definition von Qualität, Probleme bei der Risikoadjustierung und die fehlende medizinisch-inhaltliche Klärung, was unter guter Qualität verstanden wird. Es sollte also davon Abstand genommen werden, einseitig und ohne wissenschaftliche und medizinische Grundlagen Kennzahlen der Qualitätssicherung vorschnell zu bewerten. Hier müssen Gründlichkeit und Genauigkeit vor Schnelligkeit gehen.

Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) wird zukünftig – neutral und interessenfrei – vergleichende Qualitätsinformationen der Krankenhäuser adressatengerecht aufarbeiten und darstellen. Dadurch werden die interessengeleiteten Krankenhausportale der Krankenkassen überflüssig.

Die in der Krankenhausreform geplanten Qualitätsverträge werden im Rahmen einer Erprobung von den Krankenhäusern unterstützt, können sie doch einen Beitrag zur

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen leisten. Allerdings basiert die geplante Ausgestaltung auf der falschen Annahme, dass Qualität teilbar sei. Qualitätsdifferenzierende Medizin in ein und demselben Krankenhaus ist keine Versorgungsoption. Daher müssen die Qualitätsverträge von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geschlossen werden.

Die Qualität in der stationären Versorgung befindet sich bereits heute auf einem sehr hohen Niveau, daher können von der gestarteten Qualitätsoffensive keine Quantensprünge erwartet werden. Sicherlich gibt es aber an der einen oder anderen Stelle noch Verbesserungspotenzial – beispielsweise die Notwendigkeit, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser für die Patienten besser verständlich zu machen. Dieses soll auch in der geplanten Krankenhausreform umgesetzt werden und wird von den Krankenhäusern unterstützt.

Die Instrumente der stationären Qualitätssicherung – sowohl die neuen, aber auch die bereits installierten – sollten im Hinblick auf ihre Wirkung und ihr Potenzial zur Qualitätsverbesserung und Steigerung der Patientensicherheit geprüft werden. Ein nur stetiges Draufsatteln von neuen Vorgaben kann dauerhaft keine Lösung sein. Denn jede Minute, die das Personal für eine unnötige oder doppelte Dokumentation verschwendet, fehlt für die Versorgung der Patienten. Die Krankenhäuser haben die Erwartung an das neu gegründete Qualitätsinstitut, dass es diese Prüfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zielorientiert und zeitnah umsetzt.

Die Krankenhäuser sind grundsätzlich bereit, die Qualitätssicherungsmaßnahmen weiterzuentwickeln, wenn diese zu einer spürbaren qualitativen Verbesserung führen. Konsens dabei muss aber sein: Qualität braucht Ressourcen. Investive Ressourcen zur Verbesserung der Ausstattung und des baulichen Rahmens und personelle Ressourcen. Personalvorhaltenormen, die an der Personalverfügbarkeit vorbeigehen, helfen niemandem. Die jüngst beschlossene Qualitätssicherungs-Richtlinie für Frühgeborene ist aus Versorgungssicht durchaus wünschenswert, allerdings können die Krankenhäuser die Personalvorgaben nicht erfüllen, da etwa 1.400 Fachkräfte fehlen. Hier werden die Krankenhäuser vor nahezu unlösbare Aufgaben gestellt.

Wolfgang Greiner

In einem nachhaltigen Qualitätswettbewerb der Leistungsanbieter sollte final vor allem die Ergebnisqualität im Vordergrund stehen, da nur diese einen direkten Nutzen für die Patientinnen und Patienten darstellt. Kein Patient hat zunächst einen Vorteil davon, dass bestimmte strukturelle Anforderungen erfüllt worden sind oder vordefinierte Prozessketten eingehalten wurden, wenn damit die direkten Nutzenparameter wie eine Verringerung der Sterblichkeit und Morbidität sowie eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht einhergehen. So ist es beispielsweise für einen Diabetes-Patienten nicht wichtig, wie oft sein Hausarzt seinen Fußstatus kontrolliert, sondern sein Interesse wird es sein, dass der Fuß optimal erhalten und nicht amputiert wird. Aus diesem Grunde sind Prozess- und Strukturqualität letztlich nur Hilfsgrößen, von denen man sich eine möglichst große Korrelation zur Ergebnisqualität erhofft. Diese sollte wissenschaftlich nachgewiesen werden, wobei Plausibilitäten keine echten Evaluationen beispielsweise des Effektes klinischer Leitlinien oder von Strukturvorgaben (wie der personellen Mindestausstattung von Kliniken) ersetzen können.

Andererseits ist die Erhebung von Prozess- und Strukturqualität in der Regel weitaus weniger problematisch vorzunehmen als die Ergebnisqualität, die in der Regel dazu noch risikoadjustiert werden muss. Es ist also abzuwägen zwischen der Praktikabilität bei der Verwendung von Struktur- und Prozessindikatoren einerseits und der größeren Nähe der Ergebnisqualität am Patientennutzen andererseits. Zudem sollte die Erwartungshaltung an die Aussagekraft von Ergebnisindikatoren nach derzeitigem Stand der Forschung etwas zurückgeschraubt werden, denn nicht für jede medizinische Leistung, vor allem aber nicht für jeden medizinischen Leistungserbringer wird es möglich sein, spezifische Qualitätsbeurteilungen abzugeben. Das scheitert häufig nicht nur an der Zugänglichkeit und Validität der Ergebnisindikatoren, sondern schlicht an einer zu niedrigen Fallzahl, die beispielsweise in ambulanten Einzelpraxen oder kleineren Krankenhausabteilungen erreicht werden. Eine ausreichende Fallzahl ist aber Voraussetzung für einen validen statistischen Vergleich.

Skepsis ist auch angebracht, ob es möglich sein wird, mittels Qualitätsvorgabe ganze Krankenhausabteilungen oder gar komplette Krankenhäuser zu beurteilen. Grundlage jeder Bewertung von Ergebnisqualität ist zunächst die einzelne Behandlung, also beispielsweise das Ergebnis nach einem akuten Schlaganfall. Es ist daher durchaus möglich, dass sich auf Abteilungs- oder Hausebene unterschiedliche Ergebnisqualitäten je nach Art der Behandlungsleistung ergeben könnten. Qualitätsvorgaben dieser Art müssten also schon sehr detailliert erfolgen und dürfen nicht mit Pauschalnoten für ganze Krankenhäuser verwechselt werden.

Die Qualitätsdiskussion wird in Deutschland momentan auch vor dem Hintergrund einer gewünschten Selektion besserer Anbieter und Ausschluss schlechterer Anbieter geführt. Damit ist ein hoher Anspruch an die Ergebnisse des zukünftigen Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) verbunden, wobei aufgrund der oben dargestellten praktischen Probleme noch nicht abgeschätzt werden kann, in welchem Umfang diese Erwartungen erfüllt werden können. Kurzfristig erscheint es deshalb wichtiger, dass die Qualitätsdaten veröffentlicht und der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden, sodass Regionen und Arzt- beziehungsweise Anbieternetze verglichen werden können, nicht zuallererst einzelne Leistungsanbieter.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Qualitätsorientierung bestünde auch in einer stärkeren Ausrichtung der Vergütung an ergebnisorientierten Kriterien. Soweit der Zusammenhang der Struktur- mit der Ergebnisqualität nachgewiesen ist, könnten mit begrenztem Aufwand Mindestanforderungen für eine Abrechnung von bestimmten DRGs definiert werden (etwa eine zertifizierte Schlaganfalleinheit). Systeme der Vergütung nach Aspekten der Ergebnisqualität sind dagegen manipulationsanfälliger und aufwendiger in der Umsetzung, insbesondere wenn Routinedaten allein dazu nicht ausreichen. Es ist trotzdem immer wieder zu prüfen und zu evaluieren, für welche Leistungen eine solche Honorierung nach Ergebnisqualität eine valide Option darstellen könnte.

Neben differenzierteren Honorierungsmodellen im Kollektivvertrag kann auch eine stärkere Öffnung des Krankenhaussektors für selektivvertragliche Regelungen mit

den Krankenkassen zu einer größeren Qualitätsorientierung beitragen. Gerade wenn regional ein Wettbewerb unterschiedlicher Krankenhäuser mit ähnlichem Leistungsspektrum besteht, wäre es (jenseits der jetzigen rechtlichen Regelungen) denkbar, dass Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern spezielle Leistungsvereinbarungen schließen und andere Krankenhäuser nicht unter Vertrag nehmen, um so den Qualitätswettbewerb unter den stationären Leistungsanbietern zu forcieren. Es stellt sich derzeit allerdings eher die Frage, ob Krankenkassen eine solche Verantwortung für die Gestaltung und auch Straffung der Versorgung überhaupt übernehmen wollen. Auch hier wären Modellvorhaben hilfreich, beispielsweise die Herausnahme einzelner elektiver Bereiche wie der Endoprothetik aus dem Kollektivvertrag zugunsten selektiver Verträge.

Cornelia Prüfer-Storcks

Zwar werden insbesondere im Krankenhaussektor eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren erhoben, aber eine Steuerung mit diesem Qualitätswissen erfolgt bis heute nicht. Dort wollen wir den Hebel ansetzen. Wer schlechte Qualität in den Krankenhäusern oder in den ambulanten Praxen erbringt, hat davon bislang keine Nachteile, und es bleibt den Patientinnen und Patienten in der Regel verborgen. Deshalb ist es das zentrale Ziel der laufenden Krankenhausreform, eine qualitätsorientierte Steuerung über die Krankenhausplanung, die Bezahlung oder auch durch die Entscheidung der Patientinnen und Patienten einzuführen. Wir wollen gute Qualität bekannt machen, fördern und besser bezahlen. Schlechte Qualität hingegen soll als solche nach transparenten Kriterien definiert und letztendlich im Sinne der Behandelten vom Markt verschwinden.

Patientinnen und Patienten müssen auch die Möglichkeit haben zu erkennen, welches Krankenhaus Qualitätsabschläge hinnehmen muss. Dann können sie gut informiert entscheiden, wo sie eine planbare Behandlung vornehmen lassen. Aber es ist auf der anderen Seite auch klar, dass solche Veränderungen Zeit brauchen. Wir haben diesen Paradigmenwechsel gerade eingeleitet. Bis Qualität statt Menge und Preis letztendlich steuert, wird es also noch etwas dauern. Für Euphorie ist es darum etwas früh, aber die Grundlage ist gelegt.

Jens Spahn

Jedes Jahr werden in deutschen Krankenhäusern 18,6 Millionen Menschen behandelt. 80 Milliarden Euro kostet das jedes Jahr in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Trotzdem gibt es nicht wenige Kliniken, die Verluste machen und einen großen Berg an Investitionen vor sich herschieben. Hinzu kommen Diskussionen um Boniverträge für Chefärzte, unnötige Operationen und Infektionen aufgrund von Krankenhauskeimen. In einem hoch entwickelten Land wie Deutschland müssen sich die Patientinnen und Patienten aber darauf verlassen können, optimal behandelt zu werden – gut, sicher und gut erreichbar.

Ein gutes Krankenhaus zeichnet sich dadurch aus, dass es die höchsten Qualitätsstandards an sich und seine Arbeit anlegt. Ein gutes Krankenhaus scheut den Vergleich mit anderen Krankenhäusern nicht, sondern sorgt für Transparenz bei seinen Leistungen. Ein gutes Krankenhaus sieht sich als lernendes System und zieht aus Fehlern die richtigen Konsequenzen.

Wir werden die Kliniken motivieren, sich auf diesen Weg zu begeben. Das neue Qualitätsinstitut (IQTiG) wird künftig sektorenübergreifend Daten sammeln, auswerten und pro Krankenhaus veröffentlichen. Es ist sichergestellt, dass die Qualitätsrichtlinien des G-BA eingehalten werden. Dafür haben wir dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen für die Kontrolle umfassende Befugnisse zugewiesen. Er wird zukünftig unangemeldet die durch den G-BA zur internen und externen Qualitätssicherung gemachten Vorgaben in den Krankenhäusern begutachten.

Eine weitere Neuerung, die wir vereinbart haben, liegt bei den jährlich von den Krankenhäusern zu erstellenden Qualitätsberichten. Diese sollen verständlicher und transparenter werden – und als Grundlage für die Patientenentscheidung präziser. Die Vorgabe dafür liefert der G-BA. Die Qualitätsberichte müssen so geschrieben sein, dass sie leicht zu verstehen sind und vor allem: Sie müssen auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen beinhalten.

Die Krankenkassen können künftig für vier planbare Leistungen, die vom G-BA ausgewählt werden, im Rahmen eines Modellversuchs Qualitätsverträge mit einzelnen Kliniken abschließen. Die Kriterien für Qualitätsverträge werden hierbei von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt. Die freie Krankenhauswahl bleibt dabei unangetastet. Davon erhoffen wir uns eine weitere Qualitätsverbesserung in der stationären Versorgung.

Auch im Krankenhaus steht der Patient im Mittelpunkt. Gute Qualität muss sich aber auch für Krankenhäuser finanziell lohnen. Für Leistungen mit nachgewiesen hoher Qualität sind zukünftig Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlichen Leistungen in Bezug auf die Qualität auch Abschläge möglich sein, sofern diese Mängel nicht innerhalb eines Jahres behoben sind.

Der Ruf nach größeren finanziellen Mitteln bringt uns nicht weiter. Wir müssen an die Struktur ran. Am Ende muss klar sein, auf welcher Grundlage die Krankenhäuser planen können. Selbstverständlich spielt da die finanzielle Ausstattung eine Rolle. Aber eben nur in Verbindung mit klaren Qualitätsanforderungen.

Christoph Straub

Die medizinische Versorgung in deutschen Kliniken ist durch ein enormes Qualitätsgefälle geprägt. Dies bestätigt eine Studie des IGES-Instituts zur Qualitätsmessung im Krankenhaus aus dem Jahr 2013. Während etwa die besten Einrichtungen nach Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen praktisch keine postoperativen Wundinfektionen aufweisen, liegt diese Rate bei den schlechtesten Häusern schon bei fünf Prozent. Ebenso stellte die Studie bei anderen Qualitätsindikatoren große Unterschiede fest, wie zum Beispiel bei der risikoadjustierten Krankenhaussterblichkeit nach katheter-gestützten Operationen an der Aortenklappe. Diese Ergebnisse sind erstaunlich, schreibt doch der Gesetzgeber vor, dass jedes Krankenhaus die Qualität seiner Leistungen zu sichern und zu verbessern hat.

Die BARMER GEK setzt sich seit Langem für eine konsequente Qualitätsorientierung in der Krankenhausversorgung ein. Stärker als bisher muss sich deshalb der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses danach ausrichten. Wo und in welchem Umfang stationäre Leistungen erbracht werden, darüber muss zukünftig die Qualität der medizinischen Versorgung entscheiden. Es muss selbstverständlich sein, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Qualitätsvorgaben regelmäßig und verbindlich nachweisen.

Grundvoraussetzung dafür ist eine vollzählige und vollständige Dokumentation bei der Qualitätssicherung. Es ist deshalb richtig, dass der Gesetzgeber mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die Krankenhäuser zu einer Dokumentationsrate von 100 Prozent und nicht mehr wie bisher von 95 Prozent verpflichtet – und eine Unterschreitung auch sanktioniert wird.

Um diese konsequente Qualitätsorientierung in der Krankenhausversorgung zu etablieren, bedarf es aber eines intelligenten Arrangements einer Reihe von Instrumenten. Dazu gehören etwa eine qualitätsbasierte Planung, die kongruente Anwendung von Zuschlägen für Notfallversorgung und Sicherstellung oder auch Mindestmengenregelungen. Das Krankenhausstrukturgesetz bietet nun die Chance, diesen Gedanken voranzubringen.

So hat der Gesetzgeber das Thema Mindestmengen nochmals aufgegriffen, indem er eine rechtssichere Ausgestaltung der entsprechenden Regelungen vornimmt. Daneben wird der G-BA beauftragt, bundeseinheitliche Vorgaben für Sicherstellungszuschläge zu entwickeln. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sollen in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen zu differenzierende Zuschläge erhalten. Auch das sichert im Zusammenspiel mit anderen Instrumenten Qualität.

Als Basis für die Krankenhausplanung der Länder soll der G-BA zukünftig Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln. Diese sollen bundesweit einheitlich angewendet werden. Dem Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (IQTiG) kommt die wichtige Aufgabe zu, die Qualitätsdaten der

Krankenhäuser zu erfassen und auszuwerten. Nur die Krankenhäuser, die die Mindestanforderungen des G-BA erfüllen, sollen zur Leistungserbringung zugelassen werden und dauerhaft an der Versorgung teilnehmen. Es bedarf eigener landesrechtlicher Regelungen, wenn die Länder diesen Vorgaben nicht folgen wollen. Es ist positiv, dass der Gesetzgeber auf diese Weise eine „Hemmschwelle" für die Länder eingezogen hat, von den Qualitätsindikatoren des G-BA abzuweichen.

Klar muss aber sein: Die Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA stellen Mindestanforderungen zur Qualität der Leistungserbringung dar. Bei Unterlaufen der Qualitätsvorgaben sollten die betroffenen Leistungen konsequent aus dem Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses beziehungsweise das gesamte Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausgeschlossen werden. Zuschläge bei guter Qualität können in bestimmten Leistungsbereichen ein sinnvoller Anreiz sein. Im Sinne der Patientensicherheit muss schlechte Qualität in der Leistungserbringung jedoch Folgen haben und darf nicht mehr vergütet werden.

Es ist folgerichtig, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zukünftig die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und die Richtigkeit der Dokumentation durch unangemeldete Kontrollen in den Krankenhäusern überprüfen kann. Dabei ist es entscheidend, dass es im Ermessen der Krankenkassen liegt, ob eine Prüfung notwendig und sinnvoll ist.

Ein für die Zukunft vielversprechender, wenn auch kompliziert ausgestalteter Ansatz ist die ab dem Jahr 2017 geplante Erprobung von Qualitätsverträgen für vier planbare Leistungen, die Krankenkassen und Kliniken direkt miteinander abschließen können. Sie können einen Beitrag dazu leisten, Anreize für eine insgesamt verbesserte Qualität der Versorgung zu schaffen.

Als Krankenkasse achten wir besonders darauf, dass sich unsere Versicherten über die Qualität der Leistungen in den Krankenhäusern umfassend informieren können. Die Qualitätsberichte sind ein wichtiges Mittel, um Patienten die Wahl ihres Krankenhauses zu erleichtern. Deshalb unterstützen wir den Vorstoß des Gesetzgebers, die Lesbarkeit

und Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser durch gesetzliche Vorgaben zu verbessern. Denn nur durch mehr Transparenz können Qualitätsdefizite sichtbar gemacht werden.

Wie muss die Investitionsfinanzierung gestaltet sein, um die Krankenhausversorgung dauerhaft auf eine finanziell stabile Grundlage zu stellen?

Georg Baum

Investitionen sind für die Krankenhäuser unverzichtbar. Angesichts der großen Bedeutung der Krankenhäuser für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und die Wirtschaft – insbesondere im ländlichen Raum – ist die seit Jahren bestehende unzureichende Bereitstellung der Investitionsmittel nicht länger hinnehmbar. Eine effiziente und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung setzt ausreichende Investitionen voraus. Denn nur dann können die Krankenhäuser ihre medizinischen Leistungen wirtschaftlich erbringen und mit der medizinisch-technischen Entwicklung Schritt halten. Und auch der demografische Wandel wird zu einem weiter steigenden Versorgungsbedarf und zu einer Zunahme an Begleiterkrankungen führen, die Investitionen in eine patientenorientierte und ausreichende Versorgungskapazität erfordern. Hinzu kommt, dass sich auch die Erwartungen und Ansprüche der Patienten geändert haben: Die Patienten erwarten mehr Komfort, eine gehobene Ausstattung und eine stärkere Berücksichtigung individueller Bedürfnisse.

Die dauerhaft unzureichende Investitionsfinanzierung geht an die Substanz der Krankenhäuser. So weisen schon heute zahlreiche Kliniken eine veraltete Infrastruktur auf. Gebäude und Medizintechnik sind zum Teil stark sanierungsbedürftig beziehungsweise müssen erneuert werden. Und auch dringend notwendige Rationalisierungsinvestitionen können nicht umgesetzt werden. Sowohl die Mitarbeiter als auch die Patienten spüren dies zunehmend. Krankenhäuser sind gezwungen, notwendige – aber nicht geförderte – Investitionen aus Eigenmitteln zu tätigen. Diese Mittel stammen aber nicht aus der

Betriebskostenfinanzierung, da diese aktuell nicht einmal zur Deckung der Betriebskosten ausreicht, sondern das Kapital wird auf dem freien Markt beschafft. Die damit einhergehenden Zins- und Tilgungszahlungen belasten die Bilanzen der Krankenhäuser.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkulierte jüngst den Investitionsbedarf der Krankenhäuser auf sechs Milliarden Euro pro Jahr, aktuell werden lediglich 2,8 Milliarden Euro von den Ländern bereitgestellt. Es besteht nachweisbar ein jährliches Investitionsdefizit von drei Milliarden Euro. Die Fakten liegen auf dem Tisch – nun muss gehandelt werden! Die Erwartungen an die Krankenhäuser steigen auch von Bund und Ländern stetig (Stichwort: Qualitätsoffensive), aber dort, wo diese direkt gefordert sind und gesetzlich zu einer wirtschaftlichen Sicherung von leistungsfähigen Krankenhäusern aufgefordert sind, findet Wegschauen statt. Die Krankenhäuser sehen die Länder hier eindeutig in der Pflicht, für eine ausreichende Investitionsfinanzierung Sorge zu tragen. Können die Länder dies vor dem Hintergrund der Schuldenbremse nicht alleine gewährleisten, muss der Bund einspringen. Schließlich handelt es sich bei dem Krankenhausfinanzierungsgesetz um ein Bundesgesetz.

Der Entwurf für das Krankenhausstrukturgesetz ist auch im Punkt Investitionsfinanzierung eine herbe Enttäuschung für die Krankenhäuser. Außer einem Strukturfonds ist nichts enthalten. Der Strukturfonds ist sinnvoll, kann dieser doch einigen Krankenhäusern beim Umbau der Versorgungsstrukturen oder bei grundsätzlichen Umwidmungen helfen – eine Lösung für die bestehende Investitionsmisere ist dieser allerdings nicht.

Wolfgang Greiner

Seit Jahrzehnten ist eine Unterfinanzierung der deutschen Krankenhäuser feststellbar, was in erster Linie auf das derzeitige System der Investitionsfinanzierung durch die Länder zurückzuführen ist. Aufgrund der Trennung in Investitionskosten- und Betriebskostenfinanzierung sind in den Kalkulationen der Fallpauschalen keine Investitionskostenanteile enthalten. Tatsächlich ist aber infolge der konstant niedrigen Investitionsquoten der Übergang in eine „schleichende Monistik" längst feststellbar.

Diese Entwicklung ist fatal, weil zwar die Bundesländer offenbar nicht mehr in der Lage oder willens sind, die Krankenhäuser ausreichend mit Kapital für Investitionen zu versorgen, die Krankenkassen sich dafür aber auch nicht verantwortlich fühlen. Eine formale Ablösung der dualen durch eine monistische Finanzierung wäre daher sachgerecht. Ein entsprechender Investitionskostenaufschlag bei der DRG-Kalkulation würde zu einer verlässlichen Investitionskostenförderung zielgerichteter Anreize führen.

Durch die jüngsten Beschlüsse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform wird sich an der derzeitigen Situation nichts Wesentliches ändern, da weiterhin keinerlei konkrete Verpflichtung aus der Zielvorgabe erwächst: „Die Länder … haben die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen" (Zitat aus den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015). Stattdessen werden im Rahmen des Strukturfonds 500 Millionen Euro aus Beitragsmitteln dem Gesundheitsfonds entzogen, um sie als zusätzliche Investitionsmittel den Krankenhäusern zuzuführen. Die Refinanzierung der Investitionskosten über die Leistungsentgelte ist faktisch somit kein ganz großer Schritt mehr, wohl aber offenbar politisch.

Das größte Problem bei der Beendigung der dualen Finanzierung stellen die Befürchtungen der Bundesländer dar, sie würden Planungskompetenzen in einem wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge verlieren. Diese Befürchtungen sind unbegründet, denn auch in einem System, in dem Krankenhäuser weitgehende Autonomie darüber hätten, die Investitionskostenanteile ihrer Erträge einzusetzen, kämen auf die Länder wichtige Aufgaben im Rahmen des Angebotsmonitorings zu, um regionale Unterversorgung bei Krankenhausleistungen zu vermeiden.

Der Einwand der Krankenkassen, sie müssten mehr Einfluss auf die Kapazitätsplanung der Krankenhäuser erhalten, wenn die Investitionskosten zukünftig aus den DRGs gedeckt werden, ist ebenfalls unbegründet, denn genau dieses Verfahren führt in allen Wirtschaftsbereichen auch nicht dazu, dass die Kostenträger (hier die Krankenkassen) mit über die Investitionen zu entscheiden hätten. So enthalten Arzneimittelpreise oder die Honorare für ambulante Arztleistungen implizit auch Anteile für Investitionskosten,

ohne dass ein Verfahren etabliert wäre, bei dem die Krankenkassen Mitspracherechte über deren innerbetriebliche Verteilung hätten. Dies ist eine genuin betriebswirtschaftliche Entscheidung. Einzig im Rahmen eines selektivvertraglichen Systems (dazu auch die Antwort auf Frage 1) wäre es den Krankenkassen indirekt möglich, Einfluss darauf zu nehmen, an wen und für welche Leistungen Investitionsmittel entfallen, da sich mit Einzelverträgen die Verteilung der Leistungsmengen ändern würde.

Cornelia Prüfer-Storcks

Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser müsste höher sein, keine Frage. Wie hoch genau, das hängt auch davon ab, welche Strukturen wir fördern wollen. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) hat in einem Gutachten erst kürzlich dargelegt, dass in Deutschland 210 Krankenhäuser vom Netz gehen könnten, ohne dass es zu Versorgungsengpässen kommen würde. Für die Qualität der Behandlung wäre eine stärkere Konzentration der Leistungen sogar ein Gewinn. Und es würden dadurch viele Investitionsmittel frei für die verbleibenden Häuser.

Um entsprechende Umstrukturierungsprozesse anschieben zu können, haben wir uns mit dem Bund geeinigt, für die Krankenhausreform 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds und 500 Millionen Euro seitens der Länder zusätzlich für Restrukturierungsmaßnahmen der Krankenhauslandschaft zur Verfügung zu stellen.

Aus Sicht der Länder hätten wir uns mehr gewünscht und hätten auch unsererseits einen entsprechend höheren Anteil getragen, doch dazu war der Bund nicht bereit. Was in den neuen Bundesländern seit der Wiedervereinigung als Gemeinschaftsaktion vom Bund, Ländern und Krankenhäusern gut funktioniert hat, nämlich den Krankenhausmarkt neu aufzustellen, war insgesamt für Deutschland leider nicht durchsetzbar.

Jens Spahn

Die Krankenhäuser in Deutschland müssen auch in Zukunft gut erreichbar sein. In der Stadt und auf dem Land muss eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung verfügbar sein.

Für diese Daseinsvorsorge – und damit die Sicherstellung der Krankenhausversorgung – sind nach dem Grundgesetz die Bundesländer zuständig. Investitionen in die Krankenhäuser werden von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich gehandhabt. Einige Länder zahlen konkrete Investitionen an bestimmte Krankenhäuser, andere leisten einen Investitionskostenzuschuss für jeden behandelten Patienten.

Einige Bundesländer kommen ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung allerdings nicht ausreichend nach. Es ist zu einer Schieflage gekommen. Viele Krankenhäuser machen in der Not das, was eigentlich vermieden werden soll: Sie bezahlen Investitionen aus den Mitteln, die eigentlich die Betriebskosten decken sollen. Das führt dazu, dass am Ende oft nicht mehr genügend Budget für die Patientenversorgung bleibt – was sich wiederum in zu wenig und überlastetem Personal widerspiegelt. Es ist ein Teufelskreis, der nur über Strukturreformen durchbrochen werden kann. Dazu gehört auch die Überwindung der starren bisherigen Finanzierungsaufteilung, nach der Länder für Investitionen und Kassen für den laufenden Betrieb zahlen.

Leider war es nicht möglich, sich im Rahmen der Bund-Länder-Verhandlungen auf ein neues Modell zu einigen. Ich hätte mir mehr Zuständigkeit und Verantwortung für den Bund auch bei der Finanzierung von Investitionen der Krankenhäuser gewünscht. Was natürlich auch ein größeres Mitspracherecht des Bundes bei der Planung zur Folge haben müsste. Die Länder waren hier fast geschlossen anderer Meinung.

Dennoch werden die Länder mit dem Strukturfonds dabei unterstützt, notwendige Veränderungen für eine verbesserte Versorgung auf den Weg zu bringen. Dafür werden bis zu 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Voraussetzung ist allerdings, dass die Länder sich in gleicher Höhe beteiligen.

Damit stehen für die dringend nötige Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft bis zu eine Milliarde Euro zur Verfügung.

Darüber hinaus werden künftig Sicherstellungszuschläge bezahlt, damit auch in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen ein ausreichendes medizinisches Versorgungsangebot gewährleistet werden kann. Häuser, die in einem hohen Umfang Notfall-Strukturen vorhalten, sollen besser gestellt werden als solche, die sich mit einem geringen Umfang oder gar nicht an der Notfallversorgung beteiligen. Für die besondere Leistung von Zentren sollen künftig auch Zuschläge für Vorhaltungen für seltene Erkrankungen oder für die Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen vereinbart werden.

Auch wenn ich mir im Bereich Investitionsfinanzierung mehr gewünscht hätte, bin ich mir sicher: Auf dieser Grundlage kommen wir einen Schritt voran. Das Krankenhaus der Zukunft wird dann eine erfolgreiche Premiere feiern, wenn wir diesen Weg ohne Scheuklappen weitergehen.

Christoph Straub

Eines ist unbestritten: Das Problem der mangelnden Krankenhausfinanzierung wird immer drängender. Die Krankenhäuser haben auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gegenüber den Ländern einen Anspruch auf die Finanzierung ihrer Investitionskosten. Tatsächlich kommen die Bundesländer ihren Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung jedoch kaum noch nach.

In den letzten zwei Jahrzehnten ist der von den Ländern finanzierte Anteil an den Ausgaben für die Krankenhäuser, die Investitionsquote, von rund neun auf weniger als vier Prozent gesunken. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wäre eine kontinuierliche Investitionsquote von acht bis zehn Prozent erforderlich.

Die finanziellen Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung sind gravierend: Die Minderzahlungen der Bundesländer führen dazu, dass die Krankenhäuser ihre Investitionen in erheblichem Umfang aus den Vergütungen der gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren. Diese wiederum sind jedoch ausschließlich für die Patientenbehandlung vorgesehen.

Um die Krankenhausversorgung dauerhaft auf eine finanziell stabile Grundlage zu stellen, sind die Bundesländer aufgefordert, ihrer Pflicht zur Investitionsfinanzierung endlich in auskömmlicher Höhe nachzukommen. Eine Festschreibung der Investitionsmittelfinanzierung auf die durchschnittliche Höhe der letzten drei Jahre, wie im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) als Voraussetzung für die Teilnahme am Strukturfonds genannt, reicht bei Weitem nicht aus.

Stattdessen sollte der Gesetzgeber eine verbindliche und bundeseinheitliche Investitionsquote festlegen, damit das Investitionsdefizit nicht weiter anwächst und notwendige Investitionen nicht durch Betriebsmittel refinanziert werden. Neben den Ländern ist auch eine finanzielle Beteiligung von Bund und gesetzlichen Krankenkassen denkbar. Zwingende Voraussetzung dafür sind allerdings deutlich mehr Mitspracherechte der Krankenkassen in der Krankenhausplanung und Steuerungsrechte bei der Verteilung der Investitionsmittel.

Hilfreich ist der im KHSG vorgesehene Strukturfonds. Dieser bietet die Möglichkeit, Umwandlungen von Kliniken und den Abbau von Überkapazitäten endlich in Angriff zu nehmen. Krankenhäuser, die zur bedarfsgerechten Versorgung nicht notwendig sind, sollten bei ihren Umstrukturierungsprozessen gezielt unterstützt werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Mittel aus dem Strukturfonds ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungsstruktur eingesetzt werden. Als einziger Reformansatz in der Investitionsfinanzierung ist der Strukturfonds jedoch bei Weitem nicht ausreichend.

Die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung wandeln sich: Die Schwächen und Ineffizienzen einer nach Sektoren gegliederten Versorgung sind längst erkannt. Welche zentralen Ansatzpunkte zur Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind denkbar?

Georg Baum

Krankenhäuser sind der idealtypische Ort einer medizinischen Versorgung aus einem Guss. Die Erbringung spezialisierter, ambulanter fachärztlicher Leistungen kann in Krankenhäusern durch das Vorhalten sowohl der ambulanten als auch der stationären Versorgungsstrukturen über die Sektorengrenzen hinaus gut organisiert werden. Der Patient erhält dadurch Zugang zu einem durchgängig abgestimmten Versorgungskonzept und zu gebündelter fachlicher Expertise durch Spezialteams. Diese krankenhausinterne Verzahnung führt zu einer Verbesserung der Ressourcennutzung und zu einer Steigerung der Versorgungsqualität.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten fachärztlichen Versorgung wäre schon heute ohne die Krankenhäuser nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die Versorgungsbeiträge der Krankenhäuser sind dabei vielfältig, wenngleich gesetzlich stark reglementiert. Jährlich behandeln die Krankenhäuser 18 Millionen ambulante Patienten. Und die Zahl wird weiter steigen. Dies liegt an der medizinischen Weiterentwicklung, an einer zunehmenden Verzahnung der Sektoren, aber auch an den Unzulänglichkeiten der vertragsärztlichen Versorgung und insbesondere auch an den Erwartungen der Patienten.

Die Krankenhäuser stellen sich den Anforderungen und der Verantwortung einer zunehmenden ambulanten Leistungserbringung. Im Gegenzug erwarten die Krankenhäuser stabile und faire Rahmenbedingungen sowohl für die Zulassung als auch für die Finanzierung. Dies ist aktuell nicht der Fall. Die Krankenhäuser werden häufig als Lückenbüßer genutzt. Bestes Beispiel ist die ambulante Notfallversorgung. Die

Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auch in den sprechstundenfreien Zeiten. Faktisch sichern die Krankenhäuser die flächendeckende ambulante Notfallversorgung und behandeln im Ergebnis mehr ambulante Notfälle als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst. Bei der Vergütung dürfen die Krankenhäuser nicht mitreden und werden generell schlechter gestellt. Pro Patient machen die Krankenhäuser ein Defizit von knapp 90 Euro, aufsummiert sind das jährlich eine Milliarde Euro! Diese unzulängliche Finanzierung und die Streitigkeiten bei der Abrechnung und Zulassung werden der Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht gerecht. Hier erwarten die Krankenhäuser eine Reform, die der Versorgungsrealität gerecht wird. Im aktuellen Gesetzentwurf für die Krankenhausreform wird eine Reform der ambulanten Notfallversorgung – zur großen Enttäuschung der Krankenhäuser – aber nicht angegangen.

Eine konsequente Überwindung der Sektorengrenzen wird durch Restriktionen bei der Zulassung und Finanzierung von ambulanten Leistungen der Krankenhäuser stark behindert. Der neue § 116 b SGB V, die spezialfachärztliche Versorgung, könnte das grundsätzlich ändern; dann müsste auch die Umsetzung vom Willen und von der Bereitschaft zur Weiterentwicklung geprägt sein. Was die Kassenärztlichen Vereinigungen derzeit aufführen, ist nicht akzeptabel und wird wohl hoffentlich nicht Eingang in die Gesetzgebung finden.

Für die ambulante Leistungserbringung sind Rahmenbedingungen erforderlich, die den Versorgungsbedürfnissen der Patienten gerecht werden. Dabei ist der Ansatz „wer kann, der darf" der Richtige: Die Leistungserbringer, die die Voraussetzungen zur Erbringung einer Leistung erfüllen, sollten diese Leistung auch erbringen dürfen, und das unabhängig von der individuellen Sektorenzugehörigkeit. Im Ergebnis soll dann der Patient über den Behandlungsort entscheiden können.

Wolfgang Greiner

Die Vorteile einer integrierten Versorgung sind in der Tat seit Langem bekannt. Dazu gehören potenzielle Qualitätssteigerungen durch eine abgestimmte Behandlungskette unter Einbeziehung der jeweils medizinisch angemessenen Versorgungsebene. Die Übergänge zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sind dabei gemäß überprüfter Behandlungspfade definiert und vermeiden vor allem die sonst häufig anzutreffenden Informationsverluste und Wartezeiten.

Dass sich entsprechende integrierte Versorgungskonzepte in den letzten Jahren nur noch langsam und singulär weiterentwickelt haben, hat sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Gründe. So fehlt bei den Versicherten häufig die Einsicht, worin die spezifischen Vorteile einer Einschreibung in entsprechende Programme liegen könnten. Auch von den Krankenkassen gewährte Boni an Versicherte, die bereit sind, sich in solche Projekte einzuschreiben, haben daran nur wenig verändert. Die beachtliche Zahl der Teilnehmer in den Disease-Management-Programmen (DMP) zeigt, dass die Beteiligungsquote insbesondere dann ansteigt, wenn die Leistungserbringer dies unterstützen und entsprechend inzentiviert sind. Da die positiven Effekte einer Integration der Versorgung häufig erst zeitverzögert auftreten, die Kosten dafür aber sofort anfallen, war allerdings in den letzten Jahren angesichts des Preiswettbewerbs um den Zusatzbeitrag bei den Krankenkassen eine eher abwartende Haltung feststellbar, solche Verträge zu schließen und wirksame Anreize für die Leistungserbringer in Aussicht zu stellen.

Eine weitere Problematik betrifft die fehlende Vergütungsangleichung zwischen den Sektoren. So liegt die Vergütung stationärer Kurzzeitfälle immer noch deutlich über der ambulanten Vergütung für vergleichbare Behandlungsfälle, was dazu führt, dass Krankenhäuser einen Anreiz haben, ihre vorhandenen stationären Kapazitäten auszulasten und zu erhalten, statt diese Behandlungen dem ambulanten Sektor zu überlassen. Zum Abbau dieser Ungleichgewichte sollte ein Vergütungssystem entwickelt werden, bei dem es für den Anbieter keinen betriebswirtschaftlichen Verlust bedeutet, wenn der Patient ambulant versorgt wird. Dazu wäre ein neues, nach Fallschwere differenziertes Vergütungssystem zu entwickeln, das unabhängig von der Sektorzugehörigkeit gilt.

Wie im DRG-System könnte dies durch allgemein gültige Relativgewichte erfolgen, sodass die tatsächliche Höhe des Honorars weiterhin in Verhandlungen zwischen Leistungsanbietern und Krankenversicherungen ermittelbar wäre. Durch die Orientierung an den Durchschnittskosten bei der Ermittlung der Pauschalvergütungen würden langfristig ineffiziente Versorgungsformen verdrängt und durch effizientere Alternativen abgelöst werden.

Momentan wird zur Förderung integrativer Versorgungsformen vor allem der Innovationsfonds diskutiert. Es bleibt abzuwarten, ob die erheblichen Mittel des Fonds, die zentral vergeben werden sollen, zu einer nachhaltigen Verbesserung sektorübergreifender Versorgung führen werden oder ob es doch eher bei punktuellen Innovationen bleibt, die wenig Rückwirkungen auf das Gesamtsystem haben (allerdings um den Preis, dass die Mittel den einzelnen Krankenkassen zunächst entzogen werden und so Opportunitätskosten an anderer Stelle entstehen).

Es ist deshalb zu begrüßen, dass zum Ende der ersten Förderperiode eine Evaluation des Fondskonzeptes erfolgen soll. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2012 statt eines Fonds die kurzfristige Abfederung der Anlaufkosten innovativer Projekte der Integrierten Versorgung eine zinsfreie Darlehenslösung vorgeschlagen. Anders als andere Formen finanzieller Förderung erzeugt dieses Konzept keine Mitnahmeeffekte und belastet den Gesundheitsfonds kaum.

Zur Förderung der Integrierten Versorgung sind zudem eine sektorübergreifende Planung und eine funktionierende Bereinigung der Vergütungsbudgets erforderlich, soweit sich Veränderungen in der Versorgungskette (beispielsweise im Rahmen der Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen) ergeben. Gerade im Verlauf der Diskussion um das Versorgungsstärkungsgesetz hat sich gezeigt, dass die derzeitigen Planungsgrundlagen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nicht mehr den Anforderungen genügen, die sich aus einer stärkeren Nachfrage- und Nutzerorientierung sowie der sektorübergreifenden Planung einer Mindestversorgungsdichte ergeben. Diese sollte zukünftig nicht mehr nur auf einen einzelnen Sektor bezogen sein,

sondern zudem den derzeitigen und gemäß der demografischen Entwicklung erwartbaren Behandlungsbedarf widerspiegeln und geografisch nicht an politische Grenzen (beispielsweise von Kreisen oder Ländern) gebunden sein.

Cornelia Prüfer-Storcks

Die starke Segmentierung in unserem Gesundheitswesen ist in gewisser Weise Gift – sowohl für die Versorgung der Patientinnen und Patienten als auch aus struktureller und betriebswirtschaftlicher Sicht. Kein anderes Land in Europa leistet sich eine solche Abschottung der Versorgungsbereiche. Es wurde immer wieder versucht, diese Grenzen im Kleinen zu überwinden, sei es durch integrierte Versorgungsverträge, ambulante Operationen, durch die psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen oder Regelungen zur selektiven spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V. Wie wir erkennen müssen, reicht das aber nicht.

Die Reformbemühungen dieser Legislaturperiode gelten schwerpunktmäßig der Krankenhausversorgung und der Qualität. Dabei wollen wir auch für die bessere Zusammenarbeit von Kliniken und Vertragsärzten bei der Notfallversorgung sorgen. Aber die wesentlichen Änderungen zu einer sektorenübergreifenden Versorgung stehen noch aus. Dies ist eine der zentralen Aufgaben der nächsten Jahre, die durch die Förderung wegweisender Projekte aus dem Innovationsfonds vorbereitet werden soll.

Jens Spahn

In Deutschland ist die sektorale Trennung der Versorgung historisch gewachsen. Es wird auch weiterhin eine Herausforderung bleiben, dafür zu sorgen, dass Patienten an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich gut versorgt werden.

Mit der Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) in der letzten Legislaturperiode haben wir eine wichtige Grundlage geschaffen, um die Sektorengrenzen

zwischen ambulant und stationär besser zu überwinden. Diesen Weg werden wir auch in dieser Legislaturperiode konsequent weitergehen. Weitere Ansatzpunkte für die Überwindung der Sektorengrenzen sind beispielsweise die Verbesserung des Entlassmanagements, um zu gewährleisten, dass die Versorgung des Patienten nicht zwangsläufig an der Kliniktür endet.

Neben dem Ausbau neuer Versorgungsformen, wie beispielsweise der spezialärztlichen Versorgung, wird insbesondere der Bereinigung der sektoralen Finanzierung eine tragende Rolle zukommen. Denn es ist klar, dass jeder Euro nur einmal ausgegeben werden kann. Darauf werden und sollen die Krankenhäuser auch in Zukunft achten. Wenn wir einen sauberen Mechanismus hinbekommen, dass das Geld der Leistung folgt, werden wir auch die Trennung der Sektoren überwinden können.

Christoph Straub

Das deutsche Gesundheitswesen sichert im internationalen Vergleich eine Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau. Dennoch ist die Versorgung durch gravierende Defizite wie die ungenügende Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen den Sektoren, die parallele Vorhaltung von Versorgungsangeboten oder die sektorengebundene Verteilung der finanziellen Mittel gekennzeichnet. Dies hemmt eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

Ziel muss es sein, Patienten eine kontinuierliche, abgestimmte medizinische Behandlung zu gewährleisten. Dafür ist die Koordination und Vernetzung aller Beteiligten voranzutreiben. Notwendig ist dazu ein neuer Blick auf das Versorgungsgeschehen. Die Leistungserbringung muss sich an den medizinisch notwendigen und sinnvollen Behandlungsabläufen orientieren und nicht an dem vorgehaltenen Versorgungsangebot und den sektoralen Vergütungsvorgaben. Die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Leistungen sollten deshalb nicht länger sektoral getrennt geplant werden. Stattdessen ist eine sektorübergreifende Versorgungsplanung notwendig.

Grundlage für die Planung der Leistungen dürfen dabei nicht länger Kapazitäten sein: Bisher orientiert sich der ambulante Bereich an der Planungseinheit Arztsitz, der stationäre Sektor überwiegend noch an der Planungseinheit Krankenhausbett. Bei der sektorübergreifenden Versorgungsplanung müssen hingegen die Kapazitäten dem festgestellten Bedarf an medizinischen Leistungen in einer Region folgen. Mit dieser neuen Form der Planung könnten Überversorgung abgebaut und unnötige Behandlungen reduziert werden.

Bereits jetzt gibt es zahlreiche Versorgungsansätze, mit denen die Behandlung über die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen ermöglicht werden soll. Ein Beispiel hierfür ist etwa die ASV oder das ambulante Operieren im Krankenhaus.

Für eine koordinierte und vernetzte Versorgung ist es notwendig, dass der Bereich versorgungsortunabhängiger Leistungen weiterentwickelt und ausgebaut wird. Vorstellbar wäre die Definition eines Bereichs, in welchem Leistungen jenseits der Sektorengrenzen erbracht werden. Diese Leistungen können sowohl von Vertragsärzten als auch durch Krankenhäuser angeboten werden. Damit könnte sich ein Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern entwickeln, um die noch immer bestehenden großen Probleme des Übergangs von einem Versorgungsbereich in den anderen für Patientinnen und Patienten zu reduzieren.

Die Vergütung der versorgungsortunabhängigen Leistungen erfolgt für alle Leistungserbringer einheitlich und in gleicher Höhe. Eine Differenzierung zwischen Arzt und Krankenhaus oder zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung erfolgt nicht. Perspektivisch können die Vergütungen durch ein unabhängiges Institut neu kalkuliert werden. Ebenso müssen die Regelungen zur Qualitätssicherung weiterentwickelt werden. Für die versorgungsortunabhängigen Leistungen sind Bemühungen in Richtung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung notwendig.

Dieser Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen kann im Übrigen auch dazu beitragen, einer drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken. Dazu sollen die

Krankenhäuser – etwa im ländlichen Raum – zukünftig die ambulante Versorgung breiter als bisher ergänzen können, wobei ausdrücklich auch die ärztliche Tätigkeit von niedergelassenen Vertragsärzten im Krankenhaus gefördert werden soll. Nicht das Vordringen des einen Sektors in den anderen ist gewollt, sondern der bestmögliche, sektorverbindende Einsatz der „Ressource Arzt". Die im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ist deshalb ein richtiger Ansatz.