



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Nicole Höckendorf, Stefan Rutz, Anke Waterwiese, Sonja Werres, Lars Wienprecht,
Christoph Straub

„Krankenhausversorgung – was sollte sich tun?“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 32–57)

Nicole Höckendorf, Stefan Rutz, Anke Waterwiese,
Sonja Werres, Lars Wienprecht, Christoph Straub

KRANKENHAUSVERSORGUNG – WAS SOLLTE SICH TUN?

Der Beitrag stellt Überlegungen zur Optimierung der Versorgung und Finanzierung im Bereich der Krankenhausversorgung vor. Der Aspekt der Qualitätssicherung, die Mengenentwicklung bei Krankenhausleistungen, die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung werden in dem Beitrag ebenso betrachtet wie die ambulante Behandlung am Krankenhaus. Die Autoren fordern unter anderem eine sektorenübergreifende qualitätsorientierte Versorgungsplanung, bei der die ambulanten und stationären Bedarfe, die regionalen und strukturellen Gegebenheiten sowie die entsprechende Entwicklung der Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Einleitung

Krankenhausversorgung in Deutschland – das heißt gegenwärtig vor allem eine hohe Krankenhausedichte mit Überkapazitäten – insbesondere in Ballungsgebieten. Deutschland belegt in der OECD-Statistik 2013 Platz 4 hinter Japan, Korea und der Russischen Föderation. Die Krankenhausaussgaben stiegen seit dem Jahr 2008 um rund 23 Prozent auf mittlerweile 64,8 Milliarden Euro (GKV-SVK1-Statistik); die Einnahmen der GKV stiegen im selben Zeitraum lediglich um rund drei Prozent. Die Investitionsfinanzierung der Bundesländer hingegen sank in den meisten Ländern unter eine Investitionsquote von vier Prozent – und damit unter die Hälfte dessen, was für die meisten medizinischen Fachbereiche für erforderlich gehalten wird. Hinzu kommt die DRG-Begleitforschung, die zu dem Ergebnis kommt, dass der kontinuierliche Anstieg der Leistungsmengen in deutschen Krankenhäusern deutlich über dem liegt, was demografische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt erwarten lassen. Das daraufhin erstellte Mengengutachten von Schreyögg und Busse tut sich zwar überraschend schwer mit konkreten Aussagen, ein Zusammenhang zwischen Preis und Menge kann jedoch nicht geleugnet werden.

Allein diese Punkte geben ausreichend Anlass, die Krankenhausversorgung auf den Prüfstand zu stellen. Das sieht auch der Gesetzgeber so und hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe beauftragt, bis Jahresende Eckpunkte zu einer Reform der Krankenhausfinanzierung zu erarbeiten. Zentrales Element – und das ist zu begrüßen – soll die Qualität der Krankenhausleistungen sein.

Eine solche Reform muss allerdings, wenn sie nachhaltig und effektiv sein soll, an der Krankenhausplanung ansetzen, diese qualitätsorientiert ausgestalten und so einen Abbau der nach wie vor bestehenden Überkapazitäten einleiten. Dies bedeutet, dass die Planungsbehörden gemessen am Versorgungsbedarf künftig nur noch diejenigen Krankenhäuser zulassen, die über die erforderliche Qualifikation verfügen und diese Voraussetzung auch kontinuierlich überprüfen. Die Krankenhausplanung muss im Einklang mit einer verlässlichen Investitionsfinanzierung einerseits und den Budgetverhandlungen andererseits erfolgen. Das Ziel ist ein leistungs- und qualitätsorientiertes Versorgungssystem, in dem Planung, Finanzierung und Vergütung aufeinander abgestimmt sind. Die Details werden im Folgenden ausgeführt.

Wichtig ist, dass die nun anstehende Reform nicht erneut darauf reduziert wird, Geldmittel im Gießkannenprinzip über alle Krankenhäuser zu verteilen – ohne Rücksicht darauf, ob diese Geldmittel auch bei den Krankenhäusern ankommen, die sie wirklich benötigen.

Qualität und Menge

Qualität und Menge der Krankenhausleistungen stehen derzeit im Fokus der Reformdiskussion. Auf der einen Seite erscheint eine auffällige Mengenentwicklung in einzelnen Indikationsbereichen dringend erklärungsbedürftig. Auf der anderen Seite rücken Qualitätsorientierung und -transparenz in der Krankenhausversorgung immer stärker in den Vordergrund.

Qualität als zentrales Element der Krankenhausversorgung

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung ist insbesondere vor dem Hintergrund pauschaler Vergütungssysteme unerlässlich. Dafür müssen auf Bundesebene leistungsbezogene und verbindliche Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, perspektivisch auch für die Ergebnisqualität und die Qualität der Indikationsstellung definiert werden.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Struktur- und Prozessqualität existieren inzwischen zwar bereits eine Reihe von Richtlinien des G-BA. Wünschenswert wäre jedoch, dass es Richtlinien zu deutlich mehr Leistungen gäbe, die Verfahren schneller abgewickelt würden und die Vorgaben reibungsloser in der Praxis umgesetzt werden könnten. Konkret bedeutet dies insbesondere, dass in der G-BA-Richtlinie die betroffenen Leistungen entsprechend der ICD- und OPS-Klassifikationen eindeutig definiert werden. Inhaltlich sollten die Kriterien zur Strukturqualität die apparative und personelle Ausstattung umfassen. Dabei sollten die personellen Vorgaben Mindestanforderungen an die Qualifikation des Personals festlegen.

Zur Messung der Ergebnis- und Prozessqualität ist das Verfahren zur externen Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung (QSKH-Verfahren) seit über zehn Jahren in Deutschland etabliert, das derzeit vom AQUA-Institut und künftig vom Qualitätsinstitut nach § 137 a SGB V betrieben wird. Die Ergebnisse sind ein hilfreiches Instrument für das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser zur kontinuierlichen Optimierung der Patientenversorgung. Bereits jetzt dienen diese Informationen auch in Krankenhaus-suchportalen wie dem BARMER GEK Krankenhausnavi den Patienten zur Orientierung bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus. Darüber hinaus sollten perspektivisch die einrichtungsbezogenen Ergebnisse genutzt werden für die Allokation der begrenzten finanziellen Mittel, sowohl im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung als auch bei den Budgetvereinbarungen. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und das zukünftige Qualitätsinstitut nach § 137 a SGB V im GKV-FQWG beauftragt, das QSKH-Verfahren entsprechend weiterzuentwickeln.

Pay-for-Performance-Konzepte (P4P-Konzepte) werden bereits seit Jahren diskutiert – besonders gute Qualität soll entsprechend belohnt werden. Es braucht jedoch noch Zeit und eine fundierte Methodik, um geeignete Qualitätsindikatoren zu finden beziehungsweise auszubauen und neue Fehlanreize zu vermeiden (keine Rosinenpickerei). Abschläge für schlechte Qualität sind abzulehnen, da für nachgewiesene schlechte Leistung grundsätzlich kein Geld gezahlt werden soll (non paying for non performance). Nur wenn den Krankenhäusern klar ist, dass der Versorgungsauftrag für die entsprechende Leistung entzogen werden kann, ist der richtige Anreiz gesetzt, die Leistung in der geforderten Qualität zu erbringen beziehungsweise diese entsprechend zu verbessern.

Qualitätsverträge

Ein weiteres Mittel zur Förderung der Qualität ist der Abschluss von Direkt-/Qualitätsverträgen bei planbaren Leistungen (beispielsweise Ersatz von Hüft- und Kniegelenken, die Versorgung mit Herzschrittmachern oder etwa verschiedene Operationen im Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde). Das bedeutet, dass für diese Leistungen der Kontrahierungszwang gelockert wird und die Leistungen nur mit denjenigen Krankenhäusern vereinbart werden, die diese Leistungen in besonders guter Qualität erbringen. Hierdurch können gezielt Qualitätsanreize gesetzt werden – die Versorgungsqualität und der Leistungsumfang rücken stärker in den Fokus.

Derartige Verträge sollten vorrangig in Ballungsregionen mit einer ausgeprägten Krankenhausdichte und Wettbewerbssituation umgesetzt werden. Die allgemeinen Rahmenbedingungen sind auf Bundesebene festzulegen. Die Landesebene weist dann über die Planung der Versorgungsregionen spezifische „Direktvertragsregionen“ aus. Die weitere Konkretisierung und operative Umsetzung erfolgt dann in den Regionen und im einzelnen Krankenhaus. Damit die Bundesländer ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen können, weisen die Länder die Versorgungsregionen aus und genehmigen neben den kollektiven auch die selektiven Verträge. Durch den Genehmigungsvorbehalt nehmen die Bundesländer – im Rahmen der bundeseinheitlichen Vorgaben – direkten Einfluss auf die Vertrags- und Leistungsstruktur. Sollte sich herausstellen, dass Qualitätsverträge in zu geringem Umfang geschlossen werden, erhält das Land ausnahmsweise die Möglichkeit, den Kontrahierungszwang wiederherzustellen. Auch dafür

sind bundeseinheitliche Vorgaben zu entwickeln, um einer Willkür der Länder vorzubeugen.

Mindestmengen

Die Qualität einer Leistung hängt auch von der Routine der Leistungserbringung ab. Aus diesem Grund hat der G-BA Vorgaben zu Mindestmengen erlassen. Diese werden jedoch in der politischen Diskussion, in den Verhandlungen und mittlerweile sogar mehrfach vor Gericht von den Krankenhäusern infrage gestellt.

Um hier Klarheit zu schaffen und die positiven Effekte für die Patientenversorgung zu sichern, ist der Gesetzgeber gefordert. Er muss dem G-BA eine rechtssichere Befugnis zur Festlegung von Mindestmengen erteilen, wenn bei bestimmten Leistungen eine positive Korrelation zwischen der Häufigkeit der erbrachten Leistungen und der Qualität des Behandlungsergebnisses durch Studien belegt ist. Allerdings ist es utopisch zu erwarten, dass sich aus den Studien jeweils die genaue Zahl der Mindestmenge ergibt. Vor diesem Hintergrund muss auch die genaue Zahl der Mindestmengen letztlich normativ festgelegt werden. Parallel kann die Belastbarkeit der festgelegten Mindestmenge wiederum über begleitende Studien untermauert werden.

Unterschieden werden sollten dabei Mindestmengen für Leistungen, die sich auf ein Fachgebiet (etwa Neonatologie) beziehen, und Mindestmengen, die sich auf operative Leistungen (beispielsweise Knie-TEP) gründen. Um den Qualitätseffekt „Routine“ bei einer Leistungserbringung zu erreichen, müssen sich die Mindestmengen bei operativen Leistungen auch auf den einzelnen Arzt und nicht nur auf die erbringende Institution beziehen.

Mengenentwicklung

Problem

Parallel zu den Kosten steigen auch die Mengen der Krankenhausleistungen an – sowohl die Fallzahlen als auch die Schweregrade. So stiegen die Casemixpunkte im DRG-Bereich zwischen den Jahren 2005 und 2013 von 16.033.965 auf 19.400.025 an (InEK § 21-Daten). Die DRG-Begleitforschung und weitere Studien haben allerdings aufgezeigt, dass erstens

der Anstieg der Leistungen die durch die demografische Entwicklung erwartete Höhe übersteigt und zweitens die Entwicklung in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen (MDC) nicht proportional zueinander verläuft. Dies bedeutet, dass einige, insbesondere gut planbare Leistungen wie beispielsweise die Implantation von Hüft- oder Knie-Totalendoprothesen sowie Herzkatheteruntersuchungen stärker steigen als andere Leistungen.

Dies legt den Verdacht nahe, dass einige Krankenhäuser von sich aus die Mengenentwicklung, ohne dass die entsprechenden medizinischen Voraussetzungen vorliegen, vorantreiben, zumal auf Kongressen von Krankenhausseite immer wieder das „Hamsterrad“ zitiert wird, in dem man sich befindet, weil man immer mehr Leistungen erbringen müsse, um seine Kosten zu decken.

Mengengutachten

Um die Einflussgrößen der dynamischen Mengenentwicklung zu untersuchen und Lösungen für die Vermeidung von Operationen aus wirtschaftlichen Gründen zu erarbeiten, wurde durch die Selbstverwaltung auf Basis der Vorgabe im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein gemeinsamer Forschungsauftrag an das Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg unter Leitung von Professor Schreyögg vergeben. Die Ergebnisse wurden im Juli 2014 vorgelegt.

Hierin wird unter anderem festgestellt, dass „Krankenhäuser ihre Fallzahlen kausal als Antwort auf Veränderung der Deckungsbeiträge verändern“ (Schreyögg et al. 2014: 12). Darüber hinaus belegten Leistungsausweitungen mit Aufnahmen vorwiegend zwischen 6.00 und 8.00 Uhr und Operationen vorwiegend zwischen 7.00 und 16.00 Uhr wiederum, dass in erster Linie Mengenzuwächse bei planbaren Leistungen zu verzeichnen sind.

Die Forschungsgruppe unterbreitet daraufhin insgesamt 17 Vorschläge zur (qualitätsorientierten) Leistungssteuerung, die im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform auch mit Blick auf die finanziellen Auswirkungen auf die GKV weiter zu diskutieren sind.

Lösungsansätze

Um medizinisch nicht notwendige Operationen zu vermeiden, muss sich die Qualität in der Indikationsstellung erhöhen. Diese wird zwar vereinzelt vom AQUA-Institut im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens berücksichtigt, die Qualitätsparameter müssen jedoch noch weiterentwickelt werden. Darüber hinaus schlagen sowohl der Gesetzgeber im Koalitionsvertrag als auch Schreyögg und Busse in ihrem Mengengutachten das Zweitmeinungsverfahren vor. Dies ist grundsätzlich zu befürworten. In der praktischen Umsetzung ist jedoch zu beachten, dass der Aufwand für die Versicherten und der bürokratische Aufwand in Grenzen gehalten wird. Darüber hinaus muss verhindert werden, dass aufwendige Diagnostik mehrfach betrieben wird.

Ein Zweitmeinungsverfahren kann allerdings auch nur an der „Symptomatik“ der Mengenentwicklung ansetzen, die Ursachen bekämpft es nicht. Diese liegt nach Auffassung der Autoren an den bestehenden Überkapazitäten in Ballungsgebieten. Da Krankenhäuser bestehende Kapazitäten naturgemäß nach Möglichkeit auch belegen, besteht dringender Handlungsbedarf, die Kapazitäten wieder bedarfsgerecht zu planen und Überkapazitäten abzubauen, auch wenn es kommunalpolitisch nicht „en vogue“ ist.

Darüber hinaus sollte den Krankenkassen – wie oben bereits dargestellt – die Möglichkeit eingeräumt werden, für mengenanfällige planbare Leistungen nur mit denjenigen Kliniken Verträge zu schließen, die definierte Qualitätsstandards überbieten. Dies fördert den Wettbewerb um eine bestmögliche Patientenversorgung. Das Instrument der Mehrleistungsabschläge ist vorläufig ebenfalls geeignet, Mengenausweitungen zu begrenzen. Allerdings muss hinsichtlich der Höhe – 25 Prozent bieten vielen Krankenhäusern immer noch ausreichend Marge –, der Laufzeit – hier sind die zuletzt angesetzten zweijährigen Laufzeiten das absolute Minimum – und der Ausnahmetatbestände – diese sind viel zu weitreichend und interpretationsfähig – nachgebessert werden.

Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Status quo der Krankenhausplanung

Die Länder haben sich bei der Krankenhausplanung in den letzten Jahren mehr oder weniger auf eine Rahmenplanung zurückgezogen, die den Krankenhäusern Tür und Tor öffnet, ihr Leistungsportfolio und ihre strategische Ausrichtung weitgehend selbst zu bestimmen. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Budgetverhandlungen kaum Möglichkeiten, die Leistungen, die innerhalb des Versorgungsauftrages erbracht werden, auszuschließen. Die Folgen sind Über- und Unterversorgung in einzelnen Regionen, denen mit einer bedarfs-, qualitäts- und leistungsorientierten Krankenhausplanung begegnet werden muss. Auch die Schließung einer nicht bedarfsgerechten Abteilung ist Teil einer solchen Krankenhausplanung.

Reformbedarf

Eine effektive Krankenhausplanung muss sich ausgehend von der Bundesebene, über die Landesebene bis hin zur Ortsebene erstrecken. Die speziellen Vorgaben von Bund und Ländern haben so bis auf die Ebene der Krankenhausverhandlung Einfluss und tragen dazu bei, dass die Qualität der Leistungserbringung an Bedeutung gewinnt und das Leistungsspektrum des Krankenhauses bestimmt. Die Planungsgröße kann zukünftig nicht mehr kapazitätsorientiert das Bett, sondern qualitätsorientiert die konkrete Leistung und die Erreichbarkeit für den Patienten sein.

Notwendige Strukturanpassungen müssen seitens der Bundesländer konsequent durchgeführt werden. Dies setzt Finanzmittel und Personalressourcen frei, die wiederum zur Sicherung der bedarfsnotwendigen Standorte genutzt werden können.

Regelungen auf Bundesebene

Versorgungsregionen

Auf Bundesebene muss mit Unterstützung geeigneter unabhängiger Institute bundeseinheitlich und verbindlich vorgegeben werden, welche räumlichen Strukturen (Typen von Versorgungsregionen differenziert nach Größe, Einzugsgebiet, Einwohnerzahl ...)

vorliegen und welche Leistungen dort jeweils erforderlich sind. Weiterhin ist es erforderlich, dass die Leistungen anhand von ICD und OPS den jeweiligen Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorgung) zugeordnet und jeweils entsprechende Qualitätskriterien festgelegt werden. Eine solche Zuordnung sorgt dafür, dass das Grundgerüst des Leistungsspektrums bereits durch die entsprechende Versorgungsstufe festgelegt wird.

Der Versorgungsbedarf je Versorgungsregion steht somit fest und ist bundesweit vergleichbar. Da zukünftig neue Versorgungskonzepte gerade für die Versorgung im ländlichen Raum an Bedeutung gewinnen werden, können solche, die sich bewährt haben, auf entsprechende Regionen in anderen Bundesländern übertragen werden.

Qualitätskriterien

Die vom G-BA leistungsspezifisch festgelegten Qualitätskriterien müssen verbindlich umgesetzt und nachgehalten werden. Es muss gewährleistet sein, dass das Krankenhaus, das für die jeweilige Leistung eingeplant ist, diese Leistung auch in der erforderlichen Qualität erbringt. Andernfalls erübrigt sich jede Planung. Die Einhaltung der G-BA-Richtlinien muss auch ermöglichen, dass bestimmte Leistungen aus dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgeschlossen werden können, wenn dieses die Vorgaben nicht erfüllt.

Diese Kriterien können in der Form allerdings nicht für jede erdenkliche Leistung definiert werden. Hier müsste der G-BA das Qualitätsinstitut gemäß § 137 a SGB V und gegebenenfalls das IQWiG mit der Analyse von Leistungen mit komplexen medizinischen und therapeutischen Behandlungen und/oder bekannten Qualitätsdefiziten beauftragen, um eine entsprechende Priorisierung für die Entwicklung von G-BA-Richtlinien vornehmen zu können. Primär sollten dabei Richtlinien gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V mit Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt und beschlossen werden.

Die entwickelten Vorgaben sollten regelmäßig aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklungen überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Sicherstellungszuschläge

Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grundversorgung, die trotz wirtschaftlicher Betriebsführung dauerhafte finanzielle Verluste ausweisen, sollten Sicherstellungszuschläge gewährt werden. Die Kriterien zur Gewährung von Sicherstellungszuschlägen müssen bundesweit gelten und zeitnah vom G-BA, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, festgelegt werden.

Notfallversorgung

Zentraler Aspekt der Krankenhausplanung ist eine sachgerechte Notfallversorgung. Um diese sicherzustellen, muss bei der Auswahl der Standorte und deren Ausstattung die Erreichbarkeit einer stationären Einrichtung in einer angemessenen Zeitspanne (beispielsweise 30 Minuten) berücksichtigt werden. Hier sind Umstrukturierungen mit gegebenenfalls umfangreichen Anpassungen in der Organisation, Ausbildung und Vorhaltung der Notfallversorgung erforderlich. Aufgabe des Landes muss es sein, die Bedarfe der Notfallversorgung am Krankenhaus zu ermitteln und diese im Rahmen einer Standortfestlegung in der Landeskrankenhausplanung zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf das Vergütungssystem sollte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) damit beauftragt werden, Leistungen, die sowohl als Notfall als auch als planbare Leistung auftreten können, getrennt zu kalkulieren. So wird eine leistungsgerechte Vergütung der Notfälle über separate Notfall-DRGs sichergestellt. Grundvoraussetzung hierfür ist eine genaue Definition einer Notfalleistung, die durch den G-BA erfolgen sollte.

Regelungen auf Landesebene, in der Region und vor Ort im Krankenhaus

Aufgabe des Landes ist die Sicherstellung der Versorgung. Auf Landesebene müssen deshalb die Versorgungsregionen mit den entsprechenden Versorgungsstrukturen anhand der bundesweiten Vorgaben festgelegt werden. Das Land stellt den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser anhand einer Rahmenplanung dar, die aber zumindest die medizinischen Fachgebiete (beispielsweise Innere Medizin, Chirurgie) benennt. Vor Gewährung eines konkreten Versorgungsauftrages muss das Land zwingend überprüfen,

ob die entsprechenden Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Nur wenn sie vorliegen, wird das Krankenhaus für die entsprechende Leistung zugelassen. Danach überprüft das Land regelmäßig die Einhaltung der Qualitätskriterien. Für diese Aufgabe sollte das Land ein landeseigenes Qualitätsinstitut einrichten und diesem die entsprechenden Aufgaben übertragen.

Auf der regionalen Ebene werden von den Leistungserbringern und Kostenträgern unter Moderation des Landes die Versorgungsaufträge der einzelnen Krankenhäuser konkretisiert. Dabei werden die Vorgaben des Landes zu den vorzuhaltenden Fachrichtungen (beispielsweise Kardiologie, Gefäßchirurgie) spezifiziert, indem abgeglichen wird, welcher Versorgungsstufe die einzelnen Krankenhäuser angehören und ob sie die erforderlichen Qualitätsvorgaben erfüllen. Leistungen mit unzureichender Qualität werden im jeweiligen Krankenhaus aus dem Versorgungsauftrag ausgeschlossen und auf qualifizierte Häuser verteilt.

Auf der Ortsebene vereinbaren Krankenhäuser und Krankenkassen dann die konkreten Leistungen, die das jeweilige Krankenhaus erbringen kann. Die Einhaltung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität muss jährlich im Rahmen der Budgetverhandlungen nachgewiesen werden. Sollte die Qualität der Leistungserbringung nicht mehr ausreichend sein, werden die entsprechenden Leistungen benannt. Das Krankenhaus erhält die Möglichkeit, die Qualität dieser Leistungen in einem Bewährungszeitraum (maximal zwei Jahre) zu verbessern. Falls dies dem Krankenhaus nicht gelingt, müssen diese Leistungen auf besser qualifizierte Krankenhäuser der Region verlagert werden. Eine diesbezügliche Information erfolgt an die regionale Ebene und das Land. Der Kontrahierungszwang zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen muss bei der entsprechenden Leistung erlöschen. Die Leistungsverlagerung im Versorgungsauftrag der entsprechenden Krankenhäuser wird durch Land und Region nachvollzogen. Hierdurch haben die Ergebnisse der Budgetverhandlung eine direkte Auswirkung auf die Krankenhausplanung (Tabelle 1).

Tabelle 1: Kollektivvertragliche Krankenhausplanung

Qualitätsorientierung und Transparenz		
Bund: Normgebung	nationale Mindestanforderungen Qualität: ▪ Definition leistungsbezogener Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ▪ Sicherstellung bundesweite Umsetzung	▪ G-BA ▪ nationales, unabhängiges Bundesinstitut für Qualität
Land: Rahmenplanung	Versorgungsregionen: ▪ Überprüfung Krankenhaus-Zulassung und regelmäßige Kontrolle Qualitäts- institut	▪ Planungsbehörde im Benehmen mit Kranken- kassen und Krankenhäusern ▪ Institution des Landes bzw. Dienstleisters
Region: Versorgungsplanung	▪ Konkretisierung Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung krankenhäus- individueller Leistungsqualität	▪ Krankenkassen und Krankenhäuser unter Moderation des Landes
Krankenhaus: Budgetverhandlung	▪ Entgegennahme jährlicher Qualitäts- nachweise des Krankenhauses ▪ Leistungsvereinbarung nur nach „Prüfstempel“ des Landes	▪ Vertragspartner gemäß § 18 Absatz 2 KHG: Krankenkassen und Krankenhäuser

Quelle: eigene Darstellung

Status quo der Investitionsfinanzierung

Derzeit stellen die Länder die Investitionsmittel für die Krankenhäuser bereit. Die Höhe und die Verteilungsschlüssel regeln die Länder selbst, wobei grundsätzlich zwischen Einzel- oder Pauschalförderung unterschieden wird. Im Rahmen der Einzelförderung können die Krankenhäuser die Gesamtkosten für notwendige Investitionsmaßnahmen in den Investitionsplan des jeweiligen Bundeslandes einbringen. Diese werden dann priorisiert und anschließend nach der festgelegten Reihenfolge finanziert. Bei der pauschalen Leistungsvergütung werden die Mittel größtenteils noch kapazitätsorientiert anhand der Planbetten verteilt.

Die Praxis sieht leider anders aus. Der Investitionskostenanteil der Länder an den Krankenhausausgaben ist in den letzten 20 Jahren von rund neun Prozent auf weniger als vier Prozent gesunken (2011 standen beispielsweise den Krankenhausausgaben von GKV und PKV in Höhe von rund 77 Milliarden Euro (destatis) Investitionsmittel der Länder in

Höhe von rund 2,7 Milliarden Euro (vdek) gegenüber). Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wäre jedoch eine kontinuierliche Investitionsquote von acht bis zehn Prozent notwendig. Die Krankenhäuser finanzieren ihre notwendigen Investitionen somit in erheblichem Umfang aus GKV-Vergütungen, die ausschließlich zur Finanzierung ihrer Betriebskosten vorgesehen sind.

Ob die Länder künftig ihrer Investitionsfinanzierung in der notwendigen Höhe nachkommen werden, ist mehr als fraglich, zumal die Schuldenbremse der Länder ab dem Jahr 2020 greifen wird, und damit keinen Spielraum für die Verteilung zusätzlicher Mittel lässt. Eine Sockelfinanzierung werden die Länder allerdings schon im Hinblick auf ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung beibehalten.

Zukunft der Investitionsfinanzierung

Die Verteilung der pauschalen Investitionsmittel an Krankenhäuser muss in Zukunft über leistungsorientierte Investitionspauschalen erfolgen. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 die Entwicklung einer entsprechenden Systematik durch das InEK beschlossen. Der 1. Katalog der Investitionsbewertungsrelationen wurde für das Jahr 2014 zur Verfügung gestellt und orientiert sich an dem Aufbau des G-DRG-Katalogs 2014. Dabei wird für die voll- und teilstationären bewerteten DRGs eine Bewertungsrelation je Fall ausgewiesen. Die Investitionspauschalen können zukünftig als Produkt aus leistungsorientierter Investitionsbewertungsrelation und landesspezifischem Investitionsbasisfallwert verteilt werden.

Die Selbstverwaltungspartner haben sich auf die Vereinbarung des Kataloges verständigt. Es liegt an den Ländern, diese auch entsprechend einzusetzen. Hier war der Gesetzgeber nicht ganz so mutig: Das „Ob“ und das „Wie“ der Anwendung liegt in der freien Entscheidung der Bundesländer. Grundsätzlich könnte auch jedes Land die Investitionsförderung umsetzen wie bisher. Um die Transparenz der Mittelverteilung zu stärken und leistungsbezogen umzusetzen, sollten die Länder jedoch gesetzlich verpflichtet werden, die Investitionsbewertungsrelationen verbindlich einzuführen.

Weiterhin ist es erforderlich, dass nicht nur der Verteilungsmaßstab, sondern auch das Finanzvolumen durch eine bundesweit einheitlich umzusetzende Investitionsquote verbindlich festgelegt wird. Nur so kann die Investitionsfinanzierung nachhaltig und für die Krankenhäuser verlässlich gesichert werden. Der Bund sollte hierfür einen festen bundeseinheitlichen Mindestprozentsatz der Krankenausgaben von GKV und PKV für die Höhe der Investitionsmittel pro Land festlegen, aus dem sich ein neu einzurichtender Investitionsfonds des jeweiligen Bundeslandes ergeben sollte. Der Fonds für die Investitionsmittel sollte ebenso wie die Betriebsmittel jährlich in Höhe des Veränderungswertes fortgeschrieben werden.

Neben den Ländern ist eine Beteiligung von Bund und gesetzlichen Krankenkassen an der Investitionsfinanzierung durchaus denkbar. Hierfür bedarf es rechtlich verbindlicher Beteiligungsquoten, damit die Krankenkassen nicht jährlich von der Gesamthaushaltssituation des Bundes und den Strategien der Finanzministerien abhängig sind. Diese könnten im Verhältnis 1:1:1 (Land:Bund:Krankenkassen) aufgeteilt werden. Die entsprechenden Gelder sollten landesbezogen in den Investitionsfonds fließen und von dort an die Krankenhäuser verteilt werden. Die Krankenkassen erhalten aufgrund der Beteiligung an der Finanzierung der Investitionsmittel ein direktes Mitspracherecht bei der Zuteilung der Mittel aus der Einzelförderung. Die Erweiterung des Finanzvolumens von der reinen Betriebskostenfinanzierung hin zu einer verbindlichen Beteiligung der Kassen an der Investitionsmittelfinanzierung muss über den Gesundheitsfonds refinanziert werden.

Im Vergleich zu einer Einzelförderung, bei der die Maßnahme entsprechend begründet werden muss und die Mittel gegebenenfalls erst zeitverzögert und zweckgebunden zur Verfügung stehen, können die Krankenhäuser bei den pauschalen Fördermitteln über die Verwendung freier entscheiden. So können diese mittel- bis kurzfristig an die akuten Investitionsbedarfe angepasst werden. Pauschale Fördermittel unterstützen somit die unternehmerische Freiheit der Krankenhausführung. Deshalb sollten die pauschalen Fördermittel den Hauptanteil der Investitionsmittel ausmachen. Dies kann durch die Vorgabe eines bundesweit einheitlichen Verhältnisses von Pauschal- zu Einzelförderung sichergestellt werden. Die Verteilung der Pauschal- und Einzelförderung sollte dazu schrittweise vereinheitlicht werden. Hierzu bietet sich eine stufige Anpassung von

50:50 (über 60:40 und 70:30) bis hin zu einer leistungsorientierten Vergütung in einem Verhältnis von 80:20 (Pauschal-/Einzelförderung) an. Durch diese bundeseinheitliche Regelung wird die Investitionsmittelfinanzierung transparenter und vergleichbarer. Zur kurz- bis mittelfristigen Anpassung der Versorgungsstrukturen ist ein zusätzliches Anreizsystem sinnvoll, um die entsprechenden Maßnahmen und Prozesse zur Strukturbereinigung möglichst zeitnah einzuleiten. Der im Rahmen des Koalitionsvertrages diskutierte Strukturfonds mit einem einmaligen Finanzvolumen von 500 Millionen Euro bietet hier eine gute Möglichkeit, Krankenhäuser, die zur bedarfsgerechten Versorgung nicht mehr notwendig sind, gezielt bei den Umstrukturierungsprozessen zu unterstützen. Dieser Ansatz sollte deshalb im Rahmen der Diskussionen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reformierung der Krankenhausfinanzierung berücksichtigt werden.

Vergütungssysteme

Die Finanzierung der Betriebsmittel durch GKV und PKV erfolgt seit dem Jahr 2003 im Bereich der Somatik über das DRG-System; 2013 begann der Umstieg der Psychiatrie auf das PEPP-System. Beide Systeme werden jährlich durch das InEK weiterentwickelt und ermöglichen eine transparente und leistungsorientierte Vergütung. An beiden Systemen sollte daher unbedingt festgehalten werden.

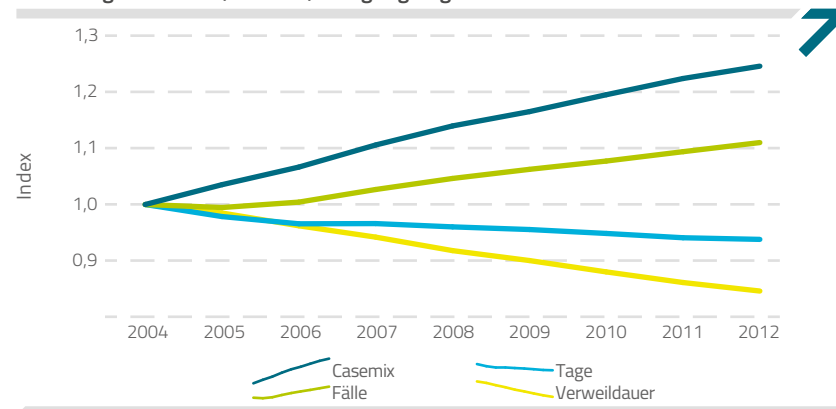
Entgeltsysteme

DRG-System

Das wesentliche Ziel der Einführung eines DRG-Systems in Deutschland war es nicht (wie durch die entsprechende Festlegung von Budgets dokumentiert), die Ausgaben zu senken, sondern vielmehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in Krankenhäusern zu schaffen und die Vergütung leistungsorientierter zu gestalten. Dies wurde umfassend erreicht. Es wird zwar immer noch moniert, dass einzelne Leistungen nicht sachgerecht vergütet seien. Es ist aber insgesamt anzuerkennen, dass es das InEK in den gut zehn Jahren geschafft hat, das DRG-System zu einem sehr differenzierten und international gefragten Vergütungssystem zu entwickeln.

Betrachtet man die Entwicklung von Casemix, Fallzahl, Behandlungstagen und Verweildauer seit Einführung des DRG-Systems, so lässt sich feststellen, dass im Fallpauschalensystem die Verweildauer zwar weiterhin zurückgeht, die Behandlungstage aber nahezu gleich bleiben. Fallzahlen und Casemix steigen kontinuierlich an.

Abbildung 1: Casemix, Fallzahl, Belegungstage und Verweildauer im Zeitverlauf



Quelle: destatis, IGES, GKV-SV

Dies belegt wieder die oben bereits genannte These, dass bestehende Bettenkapazitäten auch genutzt werden. Vor diesem Hintergrund ist diese Entwicklung nicht – wie vielfach behauptet wird – auf das DRG-System zurückzuführen, sondern auf die bestehenden Überkapazitäten.

PEPP-System

Ausführungen zum PEPP-System finden sich ebenfalls in dieser Publikation unter dem Titel „Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – erste Erfahrungen aus Sicht einer Krankenkasse“. Lautstark betrieben wird nach wie vor die gesundheitspolitische Diskussion rund um PEPP. Noch bevor überhaupt das erste Relativgewicht bekannt war, liefen Fachgesellschaften und Aktionsbündnisse Sturm und haben erreicht, dass sich Ministerien und Politiker schon Gedanken um Alternativen machen, bevor das System wirklich eingeführt ist. Man wird auch keinem Vertreter anderer Branchen klar machen können, warum ein neues Vergütungssystem – und um mehr geht es hier nicht – über sechs Jahre budgetneutral weiterentwickelt werden muss, bevor es in vier weiteren

Jahren dann schrittweise etabliert wird. PEPP muss eingeführt und weiterentwickelt werden, denn auch im Bereich der Psychiatrie wird es höchste Zeit für eine leistungsgerechte und transparente Vergütung.

Innovationen

Innovationen haben eine zentrale Bedeutung für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. Auch das Krankenhausfinanzierungssystem trägt dem Rechnung und sieht für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die nach Prüfung durch das InEK nicht bereits durch die DRGs sachgerecht vergütet werden können, die Vereinbarung von krankenhausindividuellen Entgelten vor.

Probleme bereitet jedoch die leistungsrechtliche Seite: Im stationären Bereich gilt der sogenannte Verbotsvorbehalt, das bedeutet, dass Krankenhäuser NUB grundsätzlich anwenden dürfen, solange sie nicht durch den G-BA verboten wurden. Dies soll auch nicht infrage gestellt werden. Patienten sollen den Zugang zu innovativen Verfahren so früh wie möglich erhalten. Dabei darf jedoch die Patientensicherheit nicht zu kurz kommen, und es muss gewährleistet sein, dass die NUB dem grundsätzlichen Qualitätsgebot, das bereits in § 2 SGB V manifestiert ist, entsprechen.

Deshalb ist es erforderlich, NUB zunächst ausschließlich in qualifizierten Innovationszentren und damit in einem kontrollierten Umfeld zu erproben. Dazu sollten die Qualifikation der Innovationszentren und die jeweilige Indikation für den Einsatz der NUB vor der Erprobung verbindlich festgelegt werden. Erst wenn Studien die Unbedenklichkeit und den Nutzen der Methode belegen, kann sie in die Regelversorgung überführt werden.

Extremkosten/Unikliniken

Problemstellung

Seit mehreren Jahren steht die Forderung nach einer angemessenen Abbildung der sogenannten „Extremkostenfälle“ regelmäßig auf der politischen Agenda. Die Definition von Extremkostenfällen ist jedoch nicht immer eindeutig. Extremkostenfälle müssen gemäß der Festlegung durch das InEK zwei zentrale Merkmale aufweisen: sowohl erhebliche

absolute Fallkosten als auch eine relevante Kostenunterdeckung im Vergleich zu den jeweiligen DRG-Erlösen (absolut beziehungsweise relativ). Beide Parameter werden durch das InEK jährlich umfassend analysiert. Als Folge davon wurden Hunderte von Extremkostenfällen deutlich aufgewertet, unter anderem durch die Einführung neuer DRGs, der Aufwertung bestehender DRGs durch höhere Relativgewichte, die Einführung weiterer Zusatzentgelte oder zusätzliche Kindersplits. Problematisch ist dabei jedoch, dass „Extremkostenfälle“ häufig in geringer Fallzahl je DRG vorliegen und die Kalkulation von einzelnen Krankenhäusern – oftmals Universitätsklinika – dominiert wird.

Laut dem Verband der Universitätsklinika in Deutschland (VUD) behandeln insbesondere Unikliniken eine Vielzahl von unterfinanzierten „Extremkostenpatienten“. Diese Argumentation des VUD hat der Gesetzgeber aufgegriffen und in § 17 b Absatz 10 KHG als Prüfauftrag formuliert, durch das InEK Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern festzulegen und systematisch zu prüfen, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Die Prüfergebnisse sind durch das InEK spätestens bis zum 31. Dezember 2014 als Extremkostenbericht zu veröffentlichen.

Zum Umfang der mutmaßlichen Unterfinanzierung je Behandlungsfall selbst gibt es allerdings keine validen Aussagen, sodass sehr fraglich ist, ob kostenaufwendige Fälle grundsätzlich unterfinanziert sind. Ebenfalls ist zu beachten, dass dem DRG-System eine Mischkalkulation zugrunde liegt, sodass gleichzeitig auch zahlreiche Fälle einer DRG überfinanziert wären. Erst wenn das Verhältnis zwischen Überdeckung und Unterdeckung nicht mehr ausgeglichen ist, kann davon gesprochen werden, dass ein Krankenhaus mit Extremkostenfällen belastet ist.

Lösungsansätze

Um sich der Thematik „Extremkosten“ angemessen zu nähern, ist es erforderlich, sich mit der Struktur und den Ergebnissen der InEK-Kalkulationsstichprobe auseinanderzusetzen. An der nationalen DRG-Kalkulation wurden durch 247 Krankenhäuser – darunter zwölf Unikliniken – Kalkulationsdaten bereitgestellt. Diese zwölf Unikliniken machen rund fünf Prozent der Kalkulationshäuser aus, liefern tatsächlich aber etwa 25 Prozent der Kalkulationsdaten. Dagegen beträgt der Erlösanteil aller Unikliniken in Deutschland an

den stationären Ausgaben lediglich etwa 14 Prozent. In der nationalen DRG-Kalkulationsstichprobe sind folglich die Fallzahlen der Universitätsklinika überrepräsentiert. Dies bedeutet, dass die Kostenstrukturen der Unikliniken in der nationalen Kalkulationsstichprobe überproportional Berücksichtigung fanden. Umso mehr, da DRGs mit durchschnittlichen Fallerlösen größer als 50.000 Euro in der Kalkulationsstichprobe oftmals durch Behandlungsfälle der Unikliniken dominiert werden, beispielsweise Beatmungs-DRG länger als 500 Stunden, Organtransplantationen und Stammzelltransplantationen. Es ist daher davon auszugehen, dass eine grundlegende DRG-Unterfinanzierung bei hoch aufwendigen Behandlungen bei Unikliniken nicht vorliegt und die Besonderheiten der Unikliniken in mehr als ausreichendem Maße berücksichtigt sind. Nicht auszuschließen ist allerdings eine begrenzte „Verteilungsproblematik“ zwischen einzelnen Unikliniken.

Die Vorgehensweise des Gesetzgebers, das InEK als interessenneutrale Institution zunächst mit einer Analyse zu Extremkostenfällen zu beauftragen und dessen Bericht abzuwarten, ist daher sachgerecht und der richtige Weg, der politischen Diskussion zu begegnen. Diese Analyse gilt es abzuwarten und transparent zu machen. Sollte der Extremkostenbericht relevante Belastungen einzelner Krankenhäuser aufzeigen, ist zu prüfen, wie eine ausgabenneutrale Berücksichtigung und Umsetzung der Ergebnisse innerhalb des DRG-Systems erfolgen kann.

Weder sachgerecht noch nachhaltig erscheint hingegen der Vorschlag des VUD zur Gewährung eines pauschalen „Extremkostenzuschlages“ für alle Unikliniken beziehungsweise Maximalversorger. Eine solche Lösung ist niemals zielgenau. Denn auf diesem Weg wird nicht gewährleistet, dass die zusätzliche Finanzierung auch tatsächlich bei den Kliniken ankommt, die sie gegebenenfalls benötigen. Im Gegenteil, eine solche pauschale Lösung würde zu einer Wettbewerbsverzerrung zulasten der nicht universitären Kliniken führen und gegebenenfalls zu einer Überfinanzierung der Hochleistungsmedizin mit daraus resultierenden ökonomisch falschen Anreizen.

Darüber hinaus deutet sich an, dass sich die Ursachen einer mutmaßlichen Unterfinanzierung einzelner Unikliniken nur zu einem geringen Teil auf die Höhe der Betriebskostenfinanzierung durch die GKV zurückführen lassen (so entfallen im Rahmen der aktuellen

Defizitprognose der Unikliniken für das Jahr 2013 [161 Millionen Euro] allein 135 Millionen Euro auf nur sechs Uniklinika: Hannover [32], Frankfurt [21], Schleswig-Holstein [41], Bonn [15], Halle [11], Mainz [15]). Vielmehr ist zu hinterfragen, inwieweit die Investitionsfinanzierung wie auch die Finanzierung von Forschung und Lehre sachgerecht erfolgen.

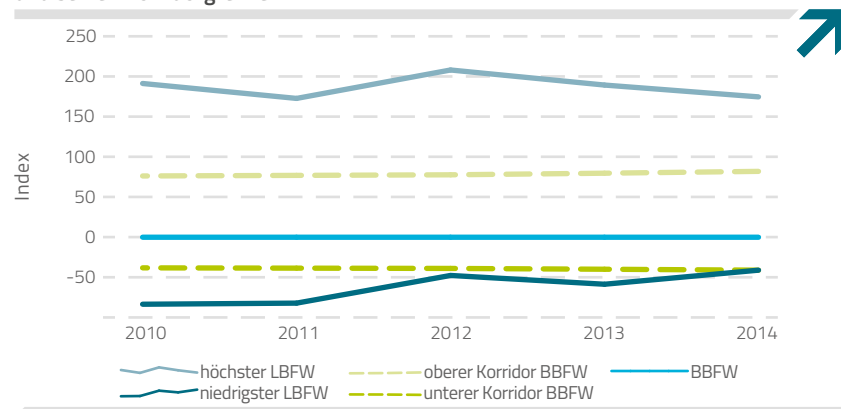
Basisfallwerte (LBFW/BBFW)

Mit dem Start des DRG-Systems in Deutschland im Jahr 2003 wurde auch das Instrument der Basisfallwerte als Preiskomponente der pauschalierten Entgelte eingeführt. Diese waren auf Basis des jeweiligen Leistungsgerüsts und des Budgetvolumens zunächst krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Die politische Zielsetzung bestand darin, diese schrittweise über landeseinheitliche Basisfallwerte (LBFWe) einem Bundesbasisfallwertkorridor zuzuführen. Eine konsequente Fortsetzung der Konvergenz dieser „Landespreise“ an einen Bundesbasisfallwert (BBFW) wurde später mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (2011) jedoch fallen gelassen. Lediglich der Forschungsauftrag zur Untersuchung der Ursachen unterschiedlich hoher Basisfallwerte blieb erhalten. Dieses Gutachten wurde durch das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Ende des Jahres 2013 vorgelegt und von den Regierungsfractionen im Koalitionsvertrag aufgegriffen. Die wesentliche Erkenntnis lautet: Die unterschiedliche Höhe der LBFWe ist häufig nur historisch erklärbar (Augurzky und Schmitz 2013: 77).

Bei genauer Betrachtung ergeben sich weitere Probleme für die LBFWe: Zunächst ist nicht plausibel, warum der Korridor um den BBFW asymmetrisch ausgestaltet wurde, sich also LBFWe „von unten“ bis auf 1,25 Prozent an den BBFW annäherten, während die LBFWe „von oben“ nur bis auf 2,5 Prozent über dem BBFW abgesenkt wurden und dann auch noch eine Kappungsgrenze gezogen wurde. Die Folge ist, dass die Länder, welche durch die Konvergenz an den unteren Korridor des BBFW gezogen wurden, deutliche Zuwächse verzeichnen konnten und der LBFW von Rheinland-Pfalz noch immer 330 Euro über diesem Niveau liegt. Darüber hinaus sorgt die jährliche Fortschreibung des BBFW um den Veränderungswert für einen Gravitationseffekt. Seit dem Jahr 2014 führt die Konvergenz an den BBFW-Korridor dazu, dass Verhandlungserfolge der Krankenkassen in den Ländern am unteren Korridorrand nicht realisiert werden können, weil die Werte automatisch an den unteren Korridorrand gezogen werden. Seit diesem Zeitpunkt

besitzen neun Länder einen gleich hohen Basisfallwert und verlaufen am unteren Korridorrand (Abbildung 2), obwohl die verhandelten LBFWe sachgerechter wären. Eine Neuregelung der Ermittlung der Preiskomponente steht demnach auf der politischen Agenda.

Abbildung 2: Abweichung des jeweils höchsten und des niedrigsten Landesbasisfallwerts (ohne Ausgleiche) vom Bundesbasisfallwert und seinen Korridor Grenzen



Quelle: Vereinbarung der Landesbasisfallwerte und des Bundesbasisfallwertes, eigene Darstellung
LBFw: Landesbasisfallwert, BBFW: Bundesbasisfallwert

Systemisch scheint ein einheitlicher Basisfallwert mit symmetrischem Korridor sachgerecht. Bei der jährlichen Fortschreibung durch den Orientierungs- oder Veränderungswert bedarf es jedoch einer Korrektur. Für die Krankenhäuser ist nämlich nicht entscheidend, in welchem Maß Kosten insgesamt steigen, sondern wie ihre Kosten jeweils für die von ihnen erbrachten Leistungen steigen. Andernfalls bleiben Produktivitätseffekte unberücksichtigt, was das Ergebnis in hohem Maße verfälscht. Deshalb muss der Orientierungswert nicht Gesamtkosten, sondern die Kostenentwicklung je Casemixpunkt wiedergeben. Die weiteren Anpassungsebenen auf Landes- und Ortsebene gilt es dann sachgerecht auszugestalten und Verhandlungsspielräume klar zu definieren.

Vorteilhaft wäre in jedem Fall eine Lösung, die eine Preisermittlung nicht nach Kassenlage oder politischem Wohlwollen, sondern anhand objektiver Faktoren wie der tatsächlichen Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Betriebskosten im Verhältnis zur Mengenentwicklung vornimmt.

Ambulante Behandlung am Krankenhaus

Die Behandlung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gewinnt immer mehr an Bedeutung. Insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht zunehmend die Verlagerung vormals stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 237).

Die Entwicklungen in der stationären Versorgung können somit nicht mehr isoliert betrachtet werden. Die Krankenhäuser nutzen die ihnen eröffneten Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung. Ambulante Leistungserbringung dient unter anderem als Zugang für stationäre Leistungen und damit als Instrument der Patientenbindung. Zudem werden Krankenhäuser mit ambulantem Leistungsangebot zum Anbieter in zwei Versorgungsstufen (Lüngen 2007: 223).

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren vermehrt neue ambulante Versorgungsformen etabliert – mit dem Ziel, die Versorgung der niedergelassenen Ärzte zu ergänzen, die Sektorengrenzen aufzubrechen oder eine Spezialversorgung für besondere Patientengruppen zu etablieren. Jüngstes Beispiel ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Ursprünglich ein rein ambulantes Krankenhausversorgungsangebot, definiert der § 116 b SGB V seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 einen Versorgungsbereich, in dem Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gemeinsam unter annähernd gleichen Rahmenbedingungen tätig werden können.

Allerdings sind bereits die Rahmenbedingungen in dem Versorgungsangebot der ambulanten Krankenhausleistungen nicht einheitlich. Für jeden Versorgungsbereich gibt es eine gesonderte Norm mit unterschiedlichen Regelungen zu Zugang, Vergütung, Qualität, Leistungsdefinition und damit -abgrenzung (vornehmlich zu nennen sind hier die Leistungen nach den §§ 115 b bis 120 Absatz 1 a SGB V). Gleiche Leistungen werden an einem Krankenhaus somit durchaus unter differenten Voraussetzungen erbracht und ebenso different vergütet.

Den Entwicklungen in der stationären Versorgung (vorstehende Kapitel) stehen Veränderungen in der ambulant-niedergelassenen Versorgung gegenüber. So ist die ambulante Versorgung insbesondere von „Fehlverteilung“ – regional sowie zwischen Haus- und Fachärzten – gekennzeichnet (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: 349ff, 377ff). Mittelfristig müssen sich die ambulante und stationäre Versorgung inklusive der ambulanten Krankenhausleistungen annähern. An der Schnittstelle müssen gleiche Rahmenbedingungen hinsichtlich Zugang, Qualität, Leistungsspektrum, Betriebs- und Investitionsmitteln etc. geschaffen werden. Es ist notwendig, dass Konzepte entwickelt werden, die insbesondere in ländlichen beziehungsweise strukturschwachen Regionen mit geringer Ärztedichte die Versorgung sicherstellen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: 611ff). Dazu kann die Bündelung und Ausweitung von ambulanten Leistungen am Krankenhaus einer Region gehören, inklusive notwendiger ambulanter Leistungen der Grundversorgung. Andererseits muss in Ballungsgebieten mit Überversorgung für bestimmte Leistungen das Angebot entsprechend reguliert werden.

Der tatsächliche Bedarf für die unterschiedlichen Leistungen, die ambulant durch die Krankenhäuser angeboten werden, wird derzeit nur bedingt oder gar nicht berücksichtigt. Langfristig sollten ambulante und stationäre Kapazitäten inklusive der ambulanten Krankenhausleistungen gemeinsam im Rahmen einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung betrachtet werden. Dazu bietet sich die Schaffung eines sektorübergreifenden Planungsgremiums an. Gleichzeitig müssen, wie oben bereits beschrieben, die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen an der Planung erhöht und ihr Einfluss auf das Leistungsangebot verstärkt werden. So kann langfristig die Versorgung in strukturschwachen Gebieten sichergestellt und der Überversorgung entgegengewirkt werden. Ziel muss eine strukturierte bedarfsgerechte Versorgung sein, die mit den vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen auskommt und die Qualität stärker in den Fokus stellt.

Diese Weiterentwicklung von Krankenhaus- und ambulanter Bedarfsplanung kann nur schrittweise erfolgen. Die Weiterentwicklung hin zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung durch ein neues gemeinsames Planungsgremium schließt sich daher

voraussichtlich an den grundsätzlichen Umbau der Krankenhausplanung an. Mittelfristig sollte jedoch bereits ein Abgleich der Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung erfolgen. Auch die ambulante Notfallversorgung, die durch Krankenhäuser übernommen wird, muss im Rahmen der durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten ambulanten Notfallversorgung Berücksichtigung finden.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung dient in ihrer derzeitigen Ausgestaltung im Übrigen nicht als gutes Beispiel für eine sektorübergreifende Versorgungsstruktur unter gleichen Rahmenbedingungen. Der Aufbau dieses Versorgungsbereichs ist konfliktbehaftet und die Rahmenbedingungen schwierig. Es fehlt an Einheitlichkeit und Struktur hinsichtlich Zugang, Einführung von Innovationen, Abrechnung und Dokumentation. Es gibt keine Bedarfsorientierung und keine Möglichkeiten zum Abschluss von Direktverträgen. Bevor die ASV zur Blaupause für eine sektorübergreifende Optimalversorgung werden kann, bedarf es hier einiger grundlegender Anpassungen.

Ausblick

Für eine tragfähige und finanzierbare Krankenhausversorgung greifen Krankenhausplanung, Investitions- und Betriebsmittelfinanzierung perspektivisch sinnvoll ineinander. Das Fundament bildet eine leistungs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung, die durch unterschiedliche Akteure von der Bundes- bis zur Ortsebene ausgestaltet wird. Dabei werden Leistungen den einzelnen Versorgungsstufen zugeordnet, mit Qualitätsanforderungen versehen und damit qualitätsorientiert als Planungsgröße zugrunde gelegt. Der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses basiert damit auf bundeseinheitlichen Vorgaben und wird durch Landes- und regionale Ebene weiter ausgestaltet. Im Rahmen der Budgetverhandlung wird der Versorgungsauftrag durch die Vereinbarung konkreter Leistungen spezifiziert.

Die pauschalen Investitionsfördermittel werden zukünftig anhand der leistungsorientierten Investitionsbewertungsrelationen verteilt – die Länder werden zur Einführung entsprechend verpflichtet. Mit der Festlegung des hausindividuellen Leistungsspektrums stehen somit auch die pauschalen Investitionsmittel jeweils fest. Die leistungsorientierte Pauschalförderung sollte dabei mittelfristig den höheren Anteil an den

Gesamtinvestitionsmitteln darstellen. Das Verhältnis von Pauschal- zu Einzelförderung wird bundeseinheitlich vorgegeben. Die Höhe der pauschalen Investitionsmittel wird durch einheitliche Investitionsquoten transparent festgelegt.

Langfristiges Ziel ist eine sektorübergreifende qualitätsorientierte Versorgungsplanung. Ambulante und stationäre Krankenhausleistungen müssen je nach regionalen und strukturellen Gegebenheiten bedarfsorientiert und mit Blick auf die Versorgung durch niedergelassene Ärzte betrachtet werden. Eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen an dem Schnittstellenbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist zukünftig unausweichlich.

Literatur

Augurzki, B. und H. Schmitz (2013): RWI-Projektbericht: Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung.

Lüngen, M. (2007): Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Zugang, Finanzierung, Umsetzung. Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 17/10323 vom 10. Juli 2012.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (Download 14. Juli 2014).

Schreyögg, J., R. Busse, M. Bäuml, J. Krämer, D. Tilmann und A. Geissler (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17 b Absatz 9 KHG. Endbericht Juli 2014.