



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Ferdinand Rau
Eckpunkte für die Krankenhausreform 2015

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 14–21)

Ferdinand Rau

ECKPUNKTE FÜR DIE KRANKENHAUSREFORM 2015

Ausgangsbasis für die im Jahr 2015 vorzunehmenden gesetzlichen Änderungen in der Krankenhausversorgung bilden die von einer Arbeitsgruppe aus Vertretern von Bund und Ländern vereinbarten Eckpunkte für eine Krankenhausreform. Die wesentlichen Inhalte der Eckpunkte werden im Folgenden zusammengefasst. Zur Umsetzung des Koalitionsvertrags der Bundestagsfraktionen von CDU/ CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode haben sich am 5. Dezember 2014 Vertreter von Bund und Ländern auf Eckpunkte für eine Krankenhausreform 2015 geeinigt. Die Eckpunkte wurden in regelmäßigen Arbeitsgruppensitzungen seit Mai 2014 erarbeitet. Leitmotiv der Koalitionsvereinbarung und damit auch der beschlossenen Eckpunkte ist, dass das Krankenhaus der Zukunft gut, sicher und gut erreichbar sein muss.

Qualitätssicherung

Der Koalitionsvertrag sieht eine Qualitätsoffensive im Bereich der stationären Versorgung vor. Dementsprechend soll die Qualität der stationären Versorgung durch verschiedene Maßnahmen weiter gefördert werden. Indem insbesondere verstärkt Konsequenzen aus Qualitätsmängeln und der Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben gezogen werden, können Ergebnisse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität noch besser und nachhaltiger in die Versorgung Eingang finden:

- Qualität soll zukünftig ein Element werden, das bei der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt wird. Deshalb wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt, bis Ende des Jahres 2016 erste Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Wesentliche Aufgabe der Indikatoren ist es, als rechtssichere Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder zu dienen. Hierzu sind die Länder zudem zeitnah und einrichtungsbezogen über die jeweiligen planungsrelevanten Indikatoren zu informieren.

- Die Verbindlichkeit von Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung soll zukünftig erhöht werden. Dazu sind verschiedene gestufte Maßnahmen vorgesehen: Werden die Vorgaben des G-BA nicht eingehalten, sind Vergütungsabschläge möglich oder in einer weiteren Stufe die Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit für die betroffenen Leistungen. Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA soll zudem durch unangemeldete MDK-Kontrollen geprüft werden. Auch bei der Einhaltung der Qualitätssicherungsvorgaben des G-BA und der MDK-Prüfergebnisse ist eine Unterrichtung der Krankenhausplanungsbehörde vorgesehen.
- Die Anwendung der Mindestmengenregelung soll erleichtert werden, unter anderem durch Ausnahmeregelungen und durch den Verzicht auf die erhöhte Vorgabe, dass zwischen Quantität und Qualität der Leistungen „in besonderem Maße“ eine Verbindung bestehen muss. Zugleich soll gewährleistet werden, dass bei Unterschreitung einer Mindestmenge die Leistung nicht mehr von der GKV bezahlt wird.
- Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) haben für Leistungen, die in außerordentlich guter beziehungsweise unzureichender Qualität erbracht werden, Qualitätszuschläge beziehungsweise Qualitätsabschläge zu vereinbaren. Als Voraussetzung hat der G-BA bis Ende des Jahres 2016 einen Katalog geeigneter Leistungen, von Qualitätszielen, Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien festzulegen.
- Mit der Zielsetzung, innerhalb eines vierjährigen Zeitraums zu erproben, wie durch Anreize und höherwertige Qualitätsstandards weitere Verbesserungen der Krankenhausversorgung möglich sind, sollen für vier planbare Leistungen beziehungsweise Leistungsbereiche einzelvertragliche Qualitätsverträge eröffnet werden. Die maßgeblichen Leistungen sind vom G-BA nach dem Kabinettsentwurf bis zum 31. Dezember 2017 zu bestimmen. Zu den festgelegten Leistungen beziehungsweise Leistungsbereichen können dann einzelne Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen und Krankenhäusern frei gestaltbare Qualitätsvereinbarungen treffen. Da nach der vierjährigen Erprobungsphase eine Evaluation zwischen der Versorgung in den Qualitätsverträgen und der Regelversorgung erfolgen soll, wird durch bundeseinheitliche Rahmenvorgaben, die DKG und GKV bis zum 31. Juli 2018 zu treffen haben, ein einheitlicher Evaluationsrahmen geschaffen.
- Der Informationswert der Qualitätsberichte der Krankenhäuser soll für die Patientinnen und Patienten erhöht werden. Patientenrelevante Informationen sollen zukünftig in übersichtlicher Form in einem speziellen Berichtsteil adressatengerecht dargestellt werden.

- Um klinische Sektionen (innere Leichenschau) als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung zu fördern, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen festzulegen, eine ausreichende Sektionsrate zu bestimmen und die durchschnittlichen Kosten einer Sektion auf der Grundlage einer Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu vereinbaren. Bei Erreichen der ausreichenden Sektionsrate und unter Anwendung der durchschnittlichen Kosten je Sektion erfolgt die Abrechnung durch Ermittlung eines krankenhausesindividuellen Zuschlags, der für alle voll- und teilstationären Fälle eines Krankenhauses in Rechnung zu stellen ist.
- Um die Transparenz über das Versorgungsgeschehen zu verbessern und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu erkennen, sollen in der laufenden Legislaturperiode auch ein verbindliches Transplantations- und ein Implantateregister eingeführt werden.

Vergütung von Krankenhausleistungen

Die Koalitionsvereinbarung bekennt sich zum leistungsorientierten DRG-System. Vor diesem Hintergrund sehen die Eckpunkte Detailkorrekturen bei der Kalkulation, umfassende Änderungen und Präzisierungen bei den Zu- und Abschlägen, ein weiteres Pflegestellen-Förderprogramm und eine weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte sowie eine verursachungsgerechtere Mengensteuerung vor. Im Einzelnen sollen die folgenden Änderungen erfolgen:

- Anstelle der heutigen freiwilligen Kalkulationsteilnahme werden die Vertragspartner auf Bundesebene bis Ende des Jahres 2016 zur Etablierung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage und zur Vereinbarung geeigneter Maßnahmen zur erfolgreichen Umsetzung dieses Ziels verpflichtet.
- Teilweise bestehende Übervergütungen und damit einhergehende Fehlanreize, die bei sinkenden Sachkosten und steigenden Landesbasisfallwerten entstehen können, sollen abgebaut werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden deshalb verpflichtet, mögliche Fehlanreize zu analysieren und bis zum 30. Juni 2016 geeignete Maßnahmen zum Abbau bestehender Übervergütungen zu vereinbaren.

- Um Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht in die DRG-Kalkulation und die Verhandlung der Landesbasisfallwerte eingeflossen sind, zeitnah zu berücksichtigen, wird auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhausesindividuellen Zuschlägen geschaffen. Wenn die G-BA-Vorgaben in die Kalkulation einfließen, können die krankenhausesindividuellen Zuschläge nicht mehr berechnet werden. Die zusätzlichen Mittel sind dann bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen, soweit die Gelder nicht in die Berechnung von Zusatzentgelten eingehen.
- Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen werden präzisiert. Sicherstellungszuschläge sind für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten zu zahlen, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Der G-BA hat nach dem Kabinettsentwurf bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen zu treffen. Voraussetzung ist zudem, dass ein Krankenhaus insgesamt Defizite zu tragen hat. Das Vorliegen der Voraussetzungen wird durch die zuständige Landesbehörde geprüft, die Höhe der Sicherstellungszuschläge ist weiterhin durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren. Zukünftig werden Sicherstellungszuschläge nicht mehr absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt, soweit nicht das Land abweichende Vorgaben trifft, die weiterhin absenkend wirken.
- Der unterschiedlichen Einbindung von Krankenhäusern in die Notfallversorgung und den damit verbundenen unterschiedlichen Vorhaltekosten soll durch differenzierte Zuschläge zukünftig besser Rechnung getragen werden. Der G-BA hat hierfür bis zum Jahresende 2016 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen festzulegen. Auf der Grundlage dieses Stufensystems haben bis zum 30. Juni 2017 die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe von Zu- beziehungsweise Abschlägen für die Teilnahme beziehungsweise Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu vereinbaren.
- Zuschläge für die Finanzierung von krankenhausesplanerisch zugewiesenen besonderen Aufgaben (bislang Zentrumszuschläge genannt), die nicht bereits anderweitig finanziert werden, werden durch gesetzliche Vorgaben und durch bis zum 31. März 2016 zu vereinbarenden weitere Festlegungen der Vertragsparteien auf Bundesebene präzisiert.
- Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein stufenweise ansteigendes weiteres Pflegestellen-Förderprogramm aufgelegt. Im Jahr 2016 werden hierfür bis zu 110 Millionen Euro,

im Jahr 2017 220 Millionen Euro und ab dem Jahr 2018 dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro bereitgestellt. Vorschläge, wie die zusätzlichen Finanzierungsmittel nach dem Jahr 2018 weiterhin zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden, soll eine beim Bundesministerium für Gesundheit anzusiedelnde Expertenkommission bis spätestens Ende des Jahres 2017 erarbeiten. Die Expertenkommission soll auch prüfen, ob und inwieweit Handlungsbedarf zur sachgerechten Abbildung eines erhöhten Pflegebedarfs im DRG-System besteht.

- Die Spannweite der Landesbasisfallwerte soll ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung vermindert werden. Günstige Landesbasisfallwerte werden im Jahr 2016 bis auf einen Abstand von 1,02 Prozent (heute: 1,25) unterhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts angehoben. Der langjährig höchste und weiterhin steigende Landesbasisfallwert von Rheinland-Pfalz soll nun endgültig ab dem Jahr 2016 innerhalb von sechs Jahren an den bereits seit dem Jahr 2009 geltenden Abstand von 2,5 Prozent oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts angenähert werden.
- Kritik an der Ermittlung des Kostenorientierungswerts soll vom Statistischen Bundesamt Rechnung getragen und der Orientierungswert insbesondere im Sachkostenbereich weiterentwickelt werden. Wenn der weiterentwickelte Orientierungswert vorliegt, womit für das Jahr 2018 gerechnet wird, soll geprüft werden, ob als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte und der Psych-Budgets der volle Kostenorientierungswert gilt. Zugleich soll dann geprüft werden, ob die heutige Meistbegünstigungsklausel gestrichen wird, also die Anwendung der Grundlohnrate, wenn diese den Orientierungswert überschreitet.
- Ab dem Jahr 2017 sollen zusätzliche Leistungen nicht mehr bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt werden (Fixkostendegression). Vielmehr sollen Kostenvorteile, die einzelne Krankenhäuser durch die Erbringung zusätzlicher Leistungen haben, bei den jeweiligen Krankenhäusern und damit verursachungsgerecht berücksichtigt werden.

Strukturfonds

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde auch die Problematik der Erosion der Fördermittel der Länder und in diesem Zusammenhang bestehende Handlungsnotwendigkeiten thematisiert. Zu beklagen ist ein nachhaltiger Rückgang der Fördermittel und ein nicht hinreichendes Investitionsmittelniveau.

Die Krankenhäuser fordern eine deutliche Aufstockung der Investitionsmittel. Entsprechende Handlungsnotwendigkeiten belegen auch die Ergebnisse der Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK. Bislang werden vielfach und in großem Umfang notwendige Investitionen aus den Betriebsmitteln gedeckt. Die hieraus entstehende Problematik, dass bei den für die Patientenversorgung notwendigen Mitteln gespart wird, um Investitionen tätigen zu können, ist nicht akzeptabel und muss beendet werden. Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe war es jedoch nicht möglich, sich auf Maßnahmen für eine Aufstockung der Investitionsmittel zu einigen. Es bleibt damit weiterhin gesetzliche Aufgabe der Länder, die mit der Krankenhausplanung über die stationären Kapazitäten entscheiden, auch für eine ausreichende Investitionsfinanzierung dieser Kapazitäten zu sorgen.

Einigkeit konnte über die Einrichtung eines Strukturfonds erzielt werden, der auf die Verbesserung der Versorgungsstruktur ausgerichtet sein soll. Hiermit kann der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Bund und Länder stellen in hälftiger Finanzierung hierfür bis zu einer Milliarde Euro zur Verfügung. Dabei muss es sich um zusätzliche Landesmittel handeln, die nicht zu einer Verminderung der Fördermittel führen dürfen. Dementsprechend haben sich die Länder hinsichtlich der Investitionsfinanzierung bereit erklärt, dass sie mindestens den Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel beibehalten.

Finanzielle Wirkungen

Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vereinbarten Beschlüsse führen gegenüber dem Jahr 2015 in einer Bruttobetrachtung voraussichtlich zu Mehrausgaben für die Kostenträger in Höhe von rund 900 Millionen Euro im Jahr 2016, rund 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2017 und rund 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2018. Diese Zahlen sind allerdings zu bereinigen um die einberechneten Maßnahmen, die bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf den Weg gebracht werden. Zudem sind durch die strukturell wirkenden Maßnahmen (beispielsweise Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Verstärkung der Mengensteuerung)

erhebliche Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe zu erwarten, die aber nicht genau quantifiziert werden können.

Ausblick

Auf der Grundlage der Koalitionsvereinbarung wird die Krankenhausversorgung umfassend weiterentwickelt. Um das Zusammenspiel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern, werden bereits mit dem Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes die Rahmenbedingungen für einen sektorenübergreifend durchgehenden Zugang der Patientinnen und Patienten zur medizinischen Versorgung angepasst. Zu nennen sind hier etwa Veränderungen beim Entlassungsmanagement, um eine lückenlose Versorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu gewährleisten. Mit den in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform 2015 beschlossenen Maßnahmen sollen darüber hinaus insbesondere qualitätsbezogene Vorgaben konsequenter umgesetzt und die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt werden. Ferner wird die Finanzierung der Betriebskosten weiterentwickelt und verbessert. Die Pflege am Bett wird gefördert. Schließlich wird ein Strukturfonds aufgelegt, um erforderliche Umstrukturierungsprozesse der Krankenhauslandschaft zu unterstützen.

