

# Eckpunkte der Krankenhausreform 2016 – Einschätzung aus Sicht der Ersatzkassen

Stefan Wöhrmann

Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“ des  
Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

24. Neubiberger Krankenhausforum  
am 10.07.2015 in München

# Rückblick: Qualitätsoffensive der Ersatzkassen

- Das Thema Qualität hat für die Ersatzkassen seit Anfang der 90er Jahre einen sehr hohen Stellenwert.
- Daher haben die Ersatzkassen in 2013 erneut eine Qualitätsoffensive gestartet.
- Mit einer Studie haben wir bereits die Verbindung von Qualität und Krankenhausplanung aufgezeigt. ➔ **IGES-Studie**
- In 2014 haben sich die Ersatzkassen der Krankenhausplanung gewidmet. ➔ **RWI-Gutachten**
- Die **Krankenhausstrukturreform (KHSG)** nimmt diese Aspekte auf!

# Gewachsene Strukturen durch Reformstau

- Seit der DRG-Einführung hat es keine Krankenhausreform mehr gegeben (**Reformstau**).
- Die Krankenhausstrukturen haben sich seit der DRG-Einführung nach den ökonomischen Interessen der Krankentuäger entwickelt.
- Die Länderplanung gibt keine Richtungen vor, sondern schreibt ziellos die gewachsenen Strukturen fort.
- Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Der ambulante Sektor entwickelt sich gleichermaßen, dies führt zu einem „doppelten“ Problem.

# Qualität und Versorgung

- In den urbanen Regionen gibt es Überkapazitäten, die zu einer Überversorgung führen.
  - ↳ Ökonomisch motivierte Leistungs- und Fallzahlsteigerungen bedeuten **fehlende Indikationsqualität**.
- In ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten gibt es eine Tendenz zur Unterversorgung.
  - ↳ Kleine Fallzahlen führen entsprechend der Mindestmengentheorie zu einem **Problem der Ergebnisqualität**.

# Internationale und nationale Unterschiede

- International sind wir Spitzenreiter bei den Ausgaben.
- International gesehen haben wir zwar ein gutes, nicht aber ein herausragendes Qualitätsniveau.
- Zwischen den Krankenhäusern bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede!

# Kernprobleme

- Es gibt kein Problem der Betriebskostenfinanzierung, sondern ein **Problem der Investitionskostenfinanzierung**.
- Es besteht ein **Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen**.
- Es fehlt bislang eine Qualitätsorientierung in der Planung und in den Budgetverhandlungen.

# Ansätze aus der Krankenhausstrukturreform

# Reformpläne I

- **Qualitätsorientierung**
- **Betriebskostenfinanzierung versus Investitionsförderung**
  - ➔ Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte, die besondere Aufgaben wahrnehmen
  - ➔ Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung
  - ➔ Zuschläge zur Sicherstellung der Versorgung bei geringem Versorgungsbedarf und nicht kostendeckender Finanzierung
  - ➔ Zuschläge für Mehrkosten, die aus der Umsetzung von G-BA-Beschlüssen resultieren
  - ➔ Zu-/Abschläge für gute oder unzureichende Qualität

## Reformpläne II

- **Mengensteuerung**
- **Bessere Rahmenbedingungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus**
- **Pflegestellenförderprogramm**
- **Strukturfonds**

# Qualität I

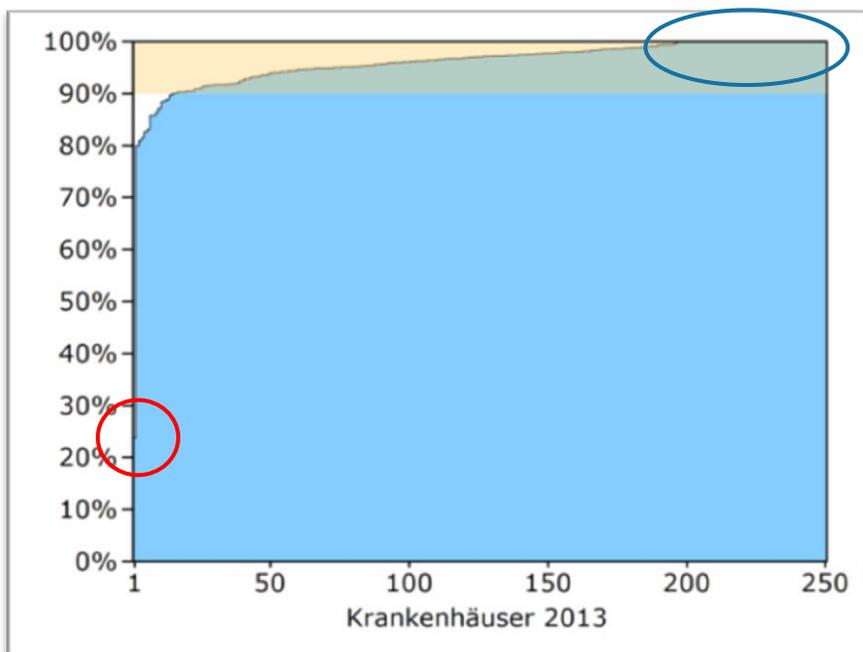
- Qualität wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als Kriterium festgeschrieben.
- Qualitätsverträge sollen in vier vom G-BA festgelegten Leistungsbereichen ermöglicht werden.
- Zu- und Abschläge für gute und unzureichende Qualität sind vorgesehen.
- Der G-BA legt Leistungsbereiche für diese Zu- und Abschläge fest.

## Qualität II

- Mindestmengen =>
  - ➔ Katalog planbarer Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Menge und Qualität vorhanden ist.
  - ➔ rechtssichere Ausgestaltung
  - ➔ Ausnahmetatbestände
  - ➔ Nachweisregelung
  - ➔ Vergütungsausschluss
- Die Verständlichkeit der Qualitätsberichte soll verbessert werden.

# Exkurs: Qualitätskategorien und – unterschiede

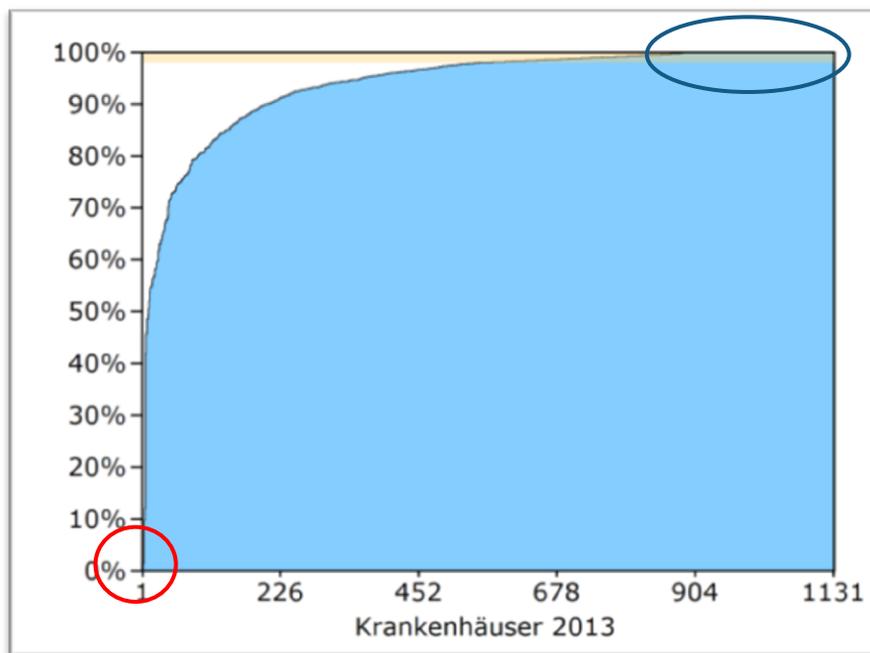
# Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Ein Kinderarzt sollte möglichst immer bei einer Frühgeburt anwesend sein, um das Kind nach der Geburt spezialisiert zu versorgen.
- Es gibt Krankenhäuser, die das nur in 24 Prozent ihrer Fälle schaffen und andere dagegen zu 100 Prozent.

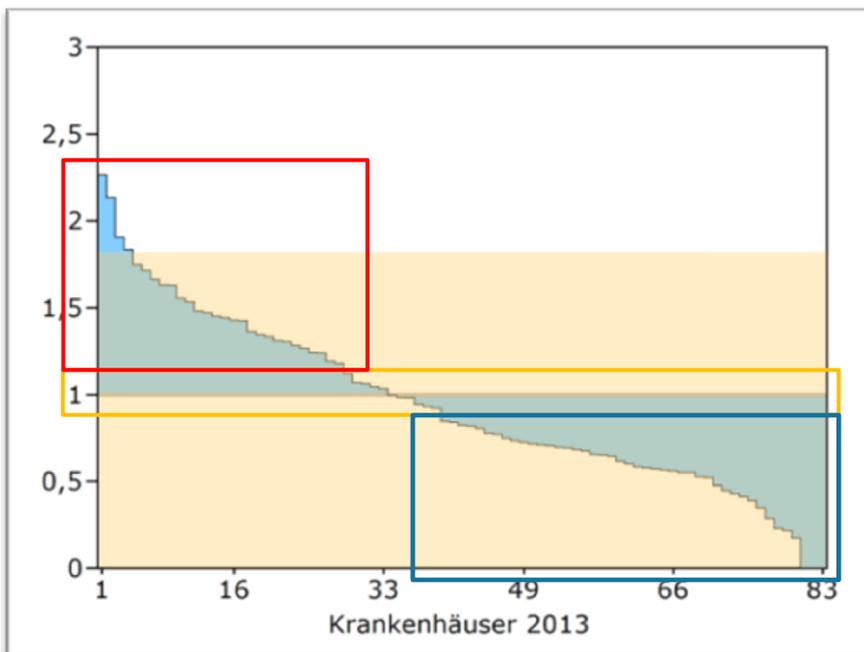
# Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Möglichst immer sollte bei Patienten mit einer Lungenentzündung die Atemfrequenz bei der Aufnahme in das Krankenhaus bestimmt werden.
- Es gibt Krankenhäuser, die das nie schaffen und andere dagegen zu 100 Prozent.

# Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

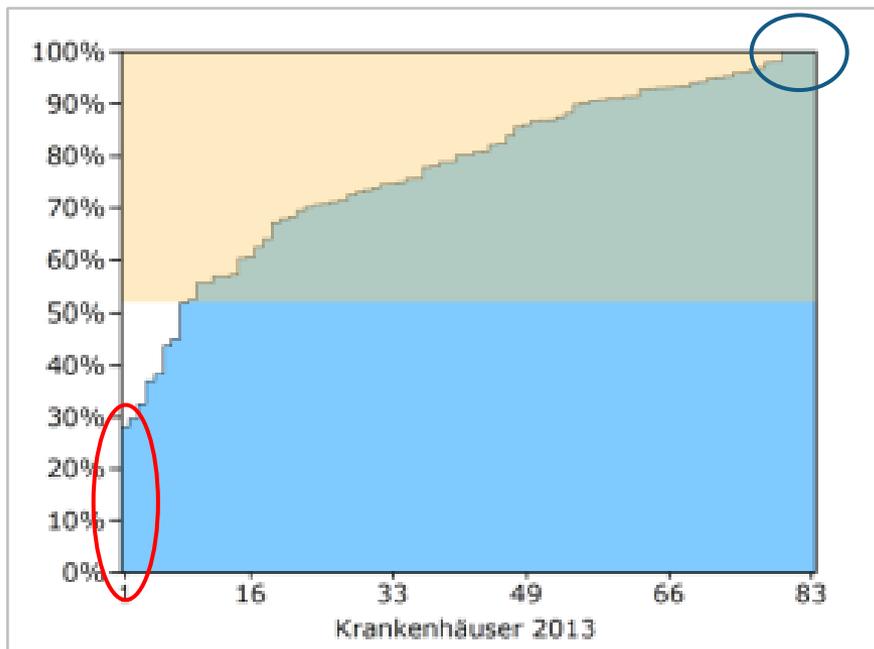


Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Möglichst selten sollte ein Patient nach einer minimal-invasiven Herzklappenintervention sterben.
- Der Indikator ermittelt,
  - ➔ den risikoadjustierten Durchschnitt (gelber Rahmen),
  - ➔ Krankenhäuser, die weniger Todesfälle als erwartet hatten (blauer Rahmen),
  - ➔ Krankenhäuser, die mehr Todesfälle als erwartet hatten (roter Rahmen).

- ➔ Die Spannweite der Krankenhausergebnisse liegt zwischen 0 und 2,3fach.

# Große Qualitätsunterschiede bei der Indikationsqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Eine TAVI sollte möglichst nur bei Patienten durchgeführt werden, die älter als 75 Jahre sind und einen log. EuroScore von über 20 Prozent haben.
- Es gibt Krankenhäuser, die sich immer an diese Kriterien halten und es gibt solche, die es nur in 28 Prozent ihrer Fälle schaffen.

# Planung I

- Der G-BA soll planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickeln.
- Der G-BA übermittelt den zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen die Auswertungsergebnisse.
- Die Länder sollen diese anwenden.
- Die Länder können sich durch Landesrecht ganz oder teilweise der Geltung entziehen.

## Planung II

- Der G-BA beschließt bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, insbesondere
  1. zur Erreichbarkeit
  2. zum geringen Versorgungsbedarf und
  3. für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.
- Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.
- Regelung zur Kündigung von Versorgungsverträgen werden vereinfacht.
- Qualität ist wichtiger als Trägervielfalt.
- Zentren als Bestandteil der Planung.

# Strukturanforderung an die Notfallversorgung

## Generell

Anbindung an den Rettungsdienst  
24-Stunden-Bereitschaft an allen Tagen  
Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen  
Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme  
Hubschrauberlandeplatz  
Nachweispflicht und Qualitätssicherung  
Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin  
Kostenrechnerische Nachweise für die Finanzierungssituation in der Notfallversorgung

## Personell

24-Stunden-Vorhaltung von auf fachärztlichem Niveau erfahrenen Ärzten  
Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal  
Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten  
Fachärztliche Behandlungsexpertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung

## Apparativ

Rund-um-die-Uhr Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten zur Akutbehandlung lebensbedrohlicher Notfallpatienten  
Labordiagnostik  
Röntgendiagnostik  
Schockraum  
Ultraschall Diagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße  
Endoskopische Sofortdiagnostik und -therapie  
Versorgungsmöglichkeiten für Infarktpatienten

Quelle: RWI-Gutachten

# Von der Qualität in die Finanzierung bis zur Planung

- Der G-BA legt bis Ende 2016 Qualitätsziele und -indikatoren für geeignete Leistungen fest.
- Auf dieser Basis vereinbaren GKV-SV und DKG die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für außerordentlich gute und unzureichende Qualität.
- Abschläge sind dann zu erheben, wenn ein Qualitätsmangel vom Krankenhaus nicht innerhalb eines Jahres beseitigt wurde.
- Falls Abschläge erhoben wurden, sollen ebenso krankenhauserplanerische Konsequenzen gezogen werden.

# Strukturfonds I

- Zur Verbesserung der Strukturen richtet das BVA einen Strukturfonds ein.
- 500 Mio. Euro werden aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellt.
- Die Länder und ggf. die Krankenhausträger beteiligen sich in gleicher Höhe.
- Zweck des Strukturfonds ist insbesondere
  - ➔ der Abbau von Überkapazitäten,
  - ➔ die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten,
  - ➔ die Umwandlung in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen.

## Strukturfonds II

- Durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt das BMG das Nähere (neu im Kabinettsentwurf)
  1. zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
  2. zur Verteilung der nicht ausgeschöpften Mittel,
  3. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen,
  4. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur
  5. Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

# Wie stehen die Ersatzkassen zur Krankenhausstrukturreform?

# Qualität und Planung – Wie bewerten es die Ersatzkassen? I

- Zu- und Abschlagsmodelle (Pay for Performance bzw. P4P) verbessern nicht die Qualität, denn die Wirkung verpufft nach kurzer Zeit.
- Abschläge erheben bedeutet, Qualitätsmängel zu akzeptieren. Schlechte Qualität wird dann zwar seltener, aber bis dahin bleibt sie bestehen und die Patientensicherheit ist gefährdet.
- Dauerhaft schlechte Qualität muss zu einem Leistungsausschluss führen, nur so wird die Qualität der Versorgung insgesamt, aber auch für den einzelnen Patienten besser.

## Qualität und Planung – Wie bewerten es die Ersatzkassen? II

- Abschläge für weniger gute Qualität dürfen auch keine Übergangslösung bis zum Leistungsausschluss werden!
- Der Leistungsausschluss auf Abteilungs- oder Krankensebene bei dauerhaft schlechter Qualität durch Entzug des Versorgungsauftrages im Rahmen der **Länderplanung** wird in der Praxis tendenziell selten erfolgen.
- Es fehlt weiterhin die Rechtsgrundlage, in den **Budgetverhandlungen** einen Ausschluss einzelner Leistungen mit dauerhaft schlechter Qualität zu vereinbaren.

# Strukturwandel

- Aufgrund der demographischen Entwicklung, die nicht nur den Gesundheitssektor, sondern auch den Arbeitsmarkt tangiert, ist ein Strukturwandel rechtzeitig einzuleiten.
- Begrenzte Personalressourcen müssen sachgerecht auf alle Regionen verteilt werden.
- Der Strukturfonds ist daher theoretisch der richtige Ansatz.
- Die Evaluation des Strukturfonds ist folgerichtig.
- Es wird sich zeigen, ob der Strukturfonds in der Praxis richtig umgesetzt wird.
- Der Strukturfonds darf nicht zur „**Abwrackprämie**“ und zum **Geschäftsmodell** gewinnorientierter Krankenhausträger mutieren!

## Korrekturbedarf aus Sicht der Ersatzkassen

- Leistungen mit dauerhaft schlechter Qualität müssen aus dem Leistungsspektrum eines Krankenhauses ausgeschlossen werden können.
- Hierzu fehlt eine Konkretisierungskompetenz in den Budgetverhandlungen.
- Neue Untersuchungs- und Behandlungszentren bzw. Innovationszentren müssen in die Qualitätsoffensive einbezogen werden.
- Es fehlt eine Investitionsförderverpflichtung der Länder.
- Die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren müssen zu verbindlichen Vorgaben werden.

## Fazit

- Die Länder erhalten mehr Kompetenzen; jedoch keine Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung.
- Kompetenzzuwachs für den G-BA
- hohe Erwartungshaltung an das IQTiG
- viele neue Aufgaben für die Selbstverwaltungspartner auf Orts-, Landes und Bundesebene
- Qualitätsorientierung greift frühestens in fünf bis sechs Jahren.
- Mehrkosten des KHSG tragen allein die Versicherten (festgeschriebener Zusatzbeitrag).

**Vielen Dank für Ihr Interesse!**

Stefan Wöhrmann  
Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“ des vdek  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030 / 269 31-18 00