

WISO

Diskurs

August 2013

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Zukunft der Krankenhäuser

Mehr Qualität,
flächendeckende Versorgung
und gerechte Finanzierung



Gesprächskreis
Sozialpolitik

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG



Positionspapier der Arbeitsgruppe „Stationäre Versorgung“
der Friedrich-Ebert-Stiftung

Zukunft der Krankenhäuser

Mehr Qualität,
flächendeckende Versorgung
und gerechte Finanzierung

René Bormann

Dirk Engelmann

Edgar Franke

Jörg Friedrich

Gerald Gaß

Matthias Gruhl

Franz Knieps

Armin Lang

Cornelia Prüfer-Storcks

Severin Schmidt

Bernhard van Treeck

Herbert Weisbrod-Frey

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	4
Vorwort und Einführung	5
1. Qualitätsorientierung und Patientensicherheit	6
1.1 Ausgangslage	6
1.2 Stärkung der Patientensouveränität und der Qualitätsorientierung	6
1.3 Umstellung der Krankenhausplanung	7
1.4 Ansatzpunkte für die Berücksichtigung von Qualitätsanreizen im Vergütungssystem	8
1.5 Strukturelle und institutionelle Bedingungen für eine verstärkte Qualitätsorientierung	9
2. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	10
2.1 Ausgangslage	10
2.1.1 Regionale Über- und Unterversorgung	10
2.1.2 Zunehmende Arbeitsverdichtung im Krankenhaus	10
2.1.3 Abnehmende Steuerungswirkung der Krankenhausplanung	11
2.1.4 Geringe Anreize zu sektorübergreifender Versorgung	11
2.1.5 Unzureichende Qualitätssicherung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	11
2.2 Strukturplanung	12
2.2.1 Integriertes Sicherstellungs- und Bedarfsplanungssystem schaffen	12
2.2.2 Verfahren und Instrumente der Krankenhausplanung fortentwickeln	12
2.3 Lockerung des Kontrahierungszwangs – Öffnung für qualitätsorientierten Vertragswettbewerb	13

Dieses Positionspapier wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

2.4 Umbau von Versorgungsstrukturen und Steuerung der Versorgungsprozesse	13
2.4.1 Konzepte und Anreize für eine Umstrukturierung nicht bedarfsgerechter Krankenhäuser – die Neuordnung der Krankenhauslandschaft	13
2.4.2 Besondere Förderungsanreize für Krankenhäuser in unterversorgten Regionen – Gewährung von Sicherstellungszuschlägen	14
2.4.3 Das Krankenhaus in der Versorgungskette – Einweisungs- und Entlassmanagement	14
2.4.4 Das Krankenhaus als Eingangstor für Innovationen – Patientensicherheit ohne zeitliche und bürokratische Hemmnisse	15
2.4.5 Die Verzahnung von Akutversorgung und Rehabilitation	15
2.5 Personalentwicklung, gute Krankenhausversorgung, Anforderungen an attraktive Arbeitsbedingungen	15
3. Fortentwicklung des Systems der Diagnosis Related Groups (DRG)	17
3.1 Ausgangslage	17
3.2 Berücksichtigung der Kostenentwicklung, insbesondere der tariflichen Personalkosten	17
3.3 Sachgerechte Verteilung der Mittel an die Krankenhäuser	18
3.4 Dynamische Mengenentwicklungen	19
3.5 Unerwünschte Effekte aus Über- und Unterdeckung in der DRG-Vergütung	19
3.6 Risiken aus extremer Unterdeckung: Hochkostenfälle	20
3.7 Maßnahmen zur Mengen- und Preissteuerung	20
3.7.1 Verteilungsgerechtigkeit durch kalkulierte Zu- und Abschläge erhöhen	20
3.7.2 Ökonomische Anreize zur Mengenausweitung durch Anpassung der G-DRG-Kalkulation begrenzen	21
3.7.3 Mengenausweitungen verursachergerecht begegnen	22
3.8 Zusammenwirken der einzelnen Maßnahmen	22
Anhang	24
Mitglieder der Arbeitsgruppe	27

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Fallkosten und Fallerlöse in Euro	18
Tabelle 1: Anzahl der Krankenhäuser	24
Tabelle 2: Anzahl der Patientenbewegungen	24
Tabelle 3: Ärztliches und nichtärztliches Personal	25
Tabelle 4: Gesamtausgaben GKV	25

Vorwort und Einführung

Deutschland verfügt – auch im internationalen Vergleich – über ein gut ausgebautes System öffentlicher und privater Krankenhäuser zur flächendeckenden Sicherstellung einer bedarfsgerechten akutstationären Versorgung und der stationären Rehabilitation. So gab es laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2011 in Deutschland 2.045 Krankenhäuser mit gut 500.000 Betten. Damit standen je 1.000 Einwohner 6,1 Krankenhausbetten bereit. International nimmt Deutschland mit diesem Wert einen Spitzenplatz ein. Die Fallzahlen liegen bei rund 18 Millionen und die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten ist von 14 Tagen 1991 auf 7,7 Tage in 2011 gesunken. 1991 gab die GKV 30 Milliarden Euro für Krankenhausbehandlungen aus, heute sind es 64,7 Milliarden Euro. In 20 Jahren hat sich somit die Verweildauer in den deutschen Kliniken nahezu halbiert, die Fallzahlen sind um 20 Prozent und die Krankenausgaben der GKV um 115 Prozent gestiegen. Während ärztliches Personal aufgestockt wurde, gab es in der Pflege einen deutlichen Abbau.¹

Trotz der positiven Entwicklungen, die diese Zahlen nahelegen, dürfen die Defizite und Fehlanreize nicht übersehen werden. So werden Zweifel geäußert, ob die Qualität der stationären Versorgung dem Ressourceneinsatz gerecht wird. Es mehren sich zudem Anzeichen für ein ungesteuertes Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Schließlich wird die Frage gestellt, ob die ökonomischen Anreizsysteme so austariert sind, dass sie einen optimalen Ressourceneinsatz und eine Orientierung an Qualitätszielen bewirken. Zwar belegen auch die aktuellen Zahlen des Krankenhaus-Rating-Reports, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser schwarze Zahlen schreibt. Allerdings hat sich die ökonomische Situation ver-

schlechtert und ist je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich. Jenseits von möglicherweise bestehenden Managementproblemen gibt es Hinweise auf Fehlsteuerungen des DRG-Systems in einzelnen Punkten. Es geht also nicht um eine pauschale Erhöhung der Krankenausgaben, sondern um eine zielgenaue Nachsteuerung des Systems und die Beseitigung von Ungerechtigkeiten in der Finanzierung.

Die Arbeitsgruppe „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung befasste sich in den letzten Monaten vertieft und gezielt mit den wesentlichen Fragen der Qualitätsorientierung, der strukturellen Entwicklung und der ökonomischen Steuerung des stationären Sektors. Die Arbeitsgruppe ließ sich dabei von folgenden Prinzipien leiten:

- Bedarfsgerechtigkeit der Kapazitätenvorhaltung;
- Transparenz über Kosten und Qualität;
- Leistungsgerechtigkeit der Finanzierung;
- Qualitätsorientierung aller Steuerungselemente.

Die AG kam zu dem Schluss, dass statt eines grundlegenden Systemwechsels (z. B. Abkehr von den Fallpauschalen, Abschaffung des Kontrahierungszwangs, freie Vergütungsvereinbarungen) eine evolutionäre Weiterentwicklung der bestehenden Steuerungsansätze zu befürworten ist. Die Gruppe ist sich der Komplexität dieser Strategie bewusst und bittet die Leserinnen und Leser um Verständnis für die Detailgenauigkeit ihrer Vorschläge. Aber nur so lässt sich eine sachliche Diskussion um die Zukunft der Krankenhausversorgung im föderalistisch organisierten deutschen Gesundheitsversorgungssystem führen, das die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer des Systems ebenso berücksichtigt wie die Interessen der Beschäftigten, die die Versorgungsleistungen erbringen.

¹ Siehe Tabellen 1 bis 4 im Anhang.

1. Qualitätsorientierung und Patientensicherheit

1.1 Ausgangslage

Patientinnen und Patienten erwarten gute und sichere Krankenhausbehandlungen, die sich vorrangig an der Qualität und nicht an ökonomischen Interessen orientieren. Seit der Einführung der Qualitätssicherung ins SGB V im Jahr 1990 hat sich in den Krankenhäusern eine Qualitätskultur etabliert, allerdings ist Qualität noch nicht das vorrangige Leit- und Steuerungskriterium in der stationären Versorgung.

Ziel muss es deshalb sein, die Krankenhäuser in einen qualitätsorientierten Wettbewerb um beste Leistungen einzubinden. Um einen solchen Wettbewerb um die Steigerung der Qualität zu fördern, muss darauf geachtet werden, dass ein sich selbst verstärkender Automatismus zur Verbesserung der Versorgungsqualität entsteht. Dies ist der Fall, wenn die Anreize so gesetzt werden, dass ein Krankenhaus ein hohes Eigeninteresse hat, seine Qualität zu steigern und transparent zu machen, auch um seine Stellung am Markt zu verbessern.

Es gilt deshalb eine neue Qualitätsoffensive zu beginnen, die:

- durch eine Verbesserung der Transparenz anhand prägnanter laienverständlicher Informationen die Patientensouveränität stärkt;
- die Erkenntnisse der Qualitätsmessung mehr als bisher für Zwecke der Krankenhausplanung verwertet und den Abschlüssen von Versorgungsverträgen nützt;
- mit dem Vergütungssystem einen qualitätsorientierten Wettbewerb stärkt;
- die strukturellen Voraussetzungen für eine bessere Qualitätskultur auf der Bundesebene fördert.

1.2 Stärkung der Patientensouveränität und der Qualitätsorientierung

- Jede Patientin und jeder Patient sowie jede einweisende Ärztin und jeder einweisende Arzt wird bei elektiver Behandlung nach dem besten Krankenhaus suchen. Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragte Evaluation kommt zu dem Ergebnis, dass einer relevanten Zahl von Patientinnen und Patienten vor einem elektiven Krankenhausaufenthalt die eigene Entscheidung über die Auswahl des Krankenhauses wichtig ist und diese Auswahl auch bewusst praktiziert wird. Deshalb ist die „Abstimmung mit den Füßen“ ein guter Generalindikator für die Qualität der Krankenhäuser. Dabei messen die Patientinnen und Patienten objektiven Qualitätsinformationen und subjektiven Meinungen aus ihrem Umfeld eine große Bedeutung bei. Deshalb sind Patientenbewertungen sowohl über Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes als auch des Behandlungsergebnisses wichtige Elemente der Qualitätsorientierungen. Schlechte Krankenhäuser sollten sich bei Ausbau der Patientensouveränität langfristig nicht halten können.
- Die Stärkung der Patientensouveränität soll durch eine einschneidende Weiterentwicklung der Qualitätsberichte unterstützt werden. Diese umfassen sowohl Informationen über die Qualitätssicherung nach § 137 SGB V und über Indikatoren der Patientensicherheit als auch die Ergebnisse der Patientenbewertungen. In erster Linie muss der Qualitätsbericht auf die Interessen der Bürgerinnen und Bürger gerichtet werden, die im Durchschnitt alle vier Jahre ein Krankenhaus aufsuchen. Die Aussagefähigkeit ist zu steigern, wenn ein einheitlicher „Goldstandard“ für den Qualitätsbericht durch den G-BA entwickelt wird.

- Eine Stärkung der Patientensouveränität wäre auch durch eine Belebung der heute schon gesetzlich verankerten Zweitmeinung möglich. In unterschiedlicher Weise gewährleisten die Krankenkassen eine professionelle Unterstützung, die es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, die ihnen angebotene Leistung bei einer weiteren Expertin oder einem weiteren Experten abzusichern oder zu besprechen. Erste Ergebnisse einer Krankenkasse zeigen, dass ein nicht unbeachtlicher Teil der über eine Zweitmeinung besprochenen Therapievorschlüsse nicht zur Ausführung kommt. Von daher sollten insbesondere für Erkrankungen, die auffällig mit einer nicht durch die Demografie bedingten Mengenausweitung von Krankenhausleistungen behandelt werden, die Krankenkassen verpflichtet werden, den Patientinnen und Patienten ein Zweitmeinungsverfahren anzubieten, ohne einen Zwang zur Inanspruchnahme auszuüben. Deshalb soll der G-BA festlegen, bei welchen Erkrankungen die Konsultation eines Zentrums mit entsprechender Expertise einen Zusatznutzen bietet sowie dass die Patientin/der Patient einen solchen Rechtsanspruch auf Zweitmeinung hat.

1.3 Umstellung der Krankenhausplanung

Die Krankenhäuser werden durch die Aufnahme in die Krankenhauspläne der Länder berechtigt, Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln. Als Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib in den Plänen sind bisher besonders die Belegungshäufigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser leitend. Ob die erbrachten Leistungen jedoch qualitativ abgesichert erfolgen, spielt kaum eine Rolle. Künftig soll die Qualität der Leistungen zum Leitkriterium für den Krankenhausplan werden. In der Krankenhausplanung wird die Bedarfsplanung in eine integrierte Qualitäts- und Bedarfsplanung überführt. Die Länder setzen Vorgaben für den gegebenen Bedarf und gleichzeitig für die jeweils notwendige Qualität der Krankenhausleistung (Rahmenplanung). Krankenkassen und Krankenhäusern wird ein größerer Spielraum

zur Ausgestaltung der Leistungsverteilung eingeräumt.

Strukturvorgaben, wie zur Personalausstattung, Qualifikationsanforderungen oder technische bzw. infrastrukturelle Notwendigkeiten sind bei den Vorgaben der Länder ebenso zu berücksichtigen wie Belege guten Handelns (Prozessqualität) und überzeugende Ergebnisse (Ergebnisqualität). Da die Behandlungen im Krankenhaus immer kürzer werden, können die Ergebnisse einer Behandlung oft erst nach der Entlassung bewertet werden. Deshalb sind Informationen über die ambulante Nachbehandlung und den Krankheitsverlauf, insbesondere Komplikationen, zu berücksichtigen (sektorübergreifende Qualitätssicherung). Dazu sollten vermehrt Routinedaten genutzt werden.

Im Einzelnen empfiehlt die Arbeitsgruppe folgende konkrete Maßnahmen:

- Die Krankenhausplanung hat sich an die Möglichkeiten der Qualitätsbewertung anzupassen. Es ist kaum möglich, ein „gutes Krankenhaus“ zu identifizieren. Qualitätsaussagen sind nur auf der Ebene einzelner Abteilungen oder über einzelne Leistungen möglich. Insofern muss sich eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung an diesen Ebenen ausrichten.
- Die vorhandenen Strukturqualitätsvorgaben der Fachgesellschaften, des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Länder sind durch ein Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V leistungsbezogen zu bewerten und den Ländern als Empfehlung zur Berücksichtigung bei der Krankenhausplanung zur Verfügung zu stellen. Dabei kann auf die vorhandenen Daten zurückgegriffen werden, zusätzliche Datenquellen werden nicht benötigt.
- Die bereits eingeführten Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V sind valide und könnten zum Teil schon heute für die Krankenhausplanung nutzbar gemacht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll prüfen, welche Indikatoren sich für diesen Zweck eignen.
- Bei der Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V ist darauf zu achten, ob und wie diese Indikatoren für die Krankenhausplanung genutzt werden können. Ausschließlich diagnosebezogene Qualitäts-

- informationen setzen eine zu kleinteilige Krankenhausbedarfsplanung voraus. Benötigt werden vorrangig Tracer-Indikatoren, die sich nicht auf einzelne Diagnosen, sondern auf einheitliche Prozeduren oder Ergebnisse beziehen. Indikatoren für Patientensicherheit und Ergebnisse von Patientenbewertung von Leistungen sind zu berücksichtigen. Der G-BA soll einen verlässlichen Zeitplan für die Entwicklung solcher Indikatorensets vorlegen.
- Sektorübergreifende Qualitätsindikatoren eignen sich gut, den gesamten Behandlungsverlauf abzubilden, und sind, wenn möglich, aus Routinedaten zu generieren. Kassen sollen verpflichtet werden, diese Daten zur Verfügung zu stellen. Datenschutzaspekte sind gesetzlich abzusichern. Die Entwicklung sektorübergreifender Indikatoren ist bisher auch daran gescheitert, dass die notwendigen Daten aus dem ambulanten Bereich nicht vorliegen. Die Kodierrichtlinie ist deshalb zwingend wieder einzuführen.
 - Von der Erhebung der Daten in den Krankenhäusern bis zum Ende des strukturierten Dialogs vergehen heute nicht selten mehr als zwei Jahre. Damit kann nicht schnell und flexibel auf positive und negative Ergebnisse eingewirkt werden. Qualitätsdaten für die Krankenhausplanung sollen künftig spätestens sechs Monate nach der Erhebung zur Verfügung stehen. Die Datenübertragung aus den Krankenhäusern soll künftig vierteljährlich erfolgen.
 - Informationen über die Qualität von Leistungen sind sowohl für die Krankenhausplanung als aber auch für die Öffentlichkeit von hohem Interesse. Sie sind umfassend zur allgemeinen Verfügung zu stellen und mit einem Benchmarking-System so zusammenzuführen, dass ein regional verwertbarer Vergleich möglich ist. Dabei ist es selbstverständlich, dass die Ergebnisse des strukturierten Dialogs nicht innerhalb des geschützten Raumes der Selbstverwaltung verbleiben, sondern zeitnah für die Krankenhausplanung genutzt werden können. Nur dann ist es möglich, gravierende Qualitätsentwicklungen in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen und „faule Äpfel“ aus der Versorgung herauszunehmen.
 - Es wird von den Krankenhäusern erwartet, dass sie ihre Leistungen bestmöglich erbringen. Krankenhäuser, die über längere Zeit eine schlechte Qualität bei bestimmten Leistungen liefern, sollen ihren entsprechenden Versorgungsauftrag verlieren und sich so, durch geringere Betten- bzw. Platzzuweisungen, stärker auf eine Verbesserung der Qualität bei den verbleibenden Leistungen konzentrieren. Bedarfsnotwendige Plätze und Betten werden in den Krankenhäusern konzentriert, die eine bestmögliche Qualität nachgewiesen haben.
 - Die Krankenhausplanung wird zurzeit bei gerichtlichen Überprüfungen auf das Nachvollziehen der tatsächlichen Belegungszahlen der Krankenhäuser reduziert. Qualitativ begründete Entscheidungen der Krankenhausplanung werden von den Gerichten dagegen nicht mit der gleichen Priorität gewürdigt. Es ist gesetzlich sicherzustellen, dass die Qualität der Leistungserbringung vorrangig für die Entscheidung der Krankenhausplanung gewichtet wird, um nicht in dem Bemühen um eine stärkere Qualitätsorientierung von der herrschenden Rechtsprechung ausgebremst zu werden.
- #### 1.4 Ansatzpunkte für die Berücksichtigung von Qualitätsanreizen im Vergütungssystem
- Eine Möglichkeit zur Berücksichtigung von Qualitätsanreizen in der Krankenhausversorgung besteht in der Anwendung von Ansätzen des Pay-for-Performance (P4P), wobei die Vergütung ganz oder teilweise an die erbrachte und durch Qualitätsmessung nachgewiesene Leistung gekoppelt wird. Zwar ist die Studienlage noch nicht zweifelsfrei und es wird nicht möglich sein, die mehr als 1.000 DRGs (Diagnosis Related Groups) mit Qualitätserkenntnissen über einzelne Diagnosen und Prozeduren zu koppeln, dennoch können zukünftig bei einzelnen DRGs qualitätsbewertende Informationen berücksichtigt werden. Kurzfristig bietet sich an, Mehrleistungen nach der Qualität der erbrachten Leistungen zu vergüten.
- Im Einzelnen wäre folgender Einstieg denkbar:

- Mehrleistungsabschläge werden heute unabhängig davon erhoben, ob diese Leistungen aufgrund besonderer Expertise des Hauses abgefordert werden oder ob dies vorwiegend aus ökonomischen Aspekten heraus geschieht. Insofern soll bei nachgewiesener Qualität der Mehrleistungsabschlag entfallen.
- Schlechte oder gute Qualitätsergebnisse oder Prozeduren könnten einen zeitlich befristeten Abschlag bzw. Zuschlag bei den DRGs auslösen, die diese Diagnosen abbilden. Ein solcher Pay-for-Performance-Ansatz benötigt allerdings zeitnah Qualitätsdaten.
- Auch soll geprüft werden, ob weitere (z. B. strukturelle) Qualitätsfaktoren in die Kodierung von DRG einfließen können.
- Finanzielle Anreize sollen gezielt eingesetzt werden, um wichtige Verfahren oder Leistungen in den Krankenhäusern zu fördern. Beispielsweise könnten die zügige Umsetzung neuer Hygieneanforderungen, die Senkung der Verordnung von Antibiotika, die schnelle und verlässliche Kommunikation mit Einweiserinnen und Einweisern, die Senkung von Wiedereinweisungsquoten oder die Erfüllung bestimmter Qualitätsstandards extra vergütet werden. Solche punktuellen finanziellen Anreize sollten zeitlich befristet werden. Die dafür notwendigen Mittel sollen durch Umverteilung im bestehenden Vergütungssystem erwirtschaftet werden und vom Volumen her begrenzt sein (zwei bis drei Prozent der Krankenhauserlöse). Näheres sollte der Gemeinsame Bundesausschuss im Benehmen mit den Bundesländern festlegen.

1.5 Strukturelle und institutionelle Bedingungen für eine verstärkte Qualitätsorientierung

- Die bisherigen Erfahrungen mit der Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sind ernüchternd. Die relevanten Daten aus dem ambulanten Bereich liegen oft nicht vor, sondern müssen erst mühsam erhoben werden. So bedarf es der schwierigen und zeitaufwändigen Entwicklung neuer Verfahren und Methoden. Insgesamt erscheint der Entscheidungsprozess im G-BA nicht flexibel, schnell und konfliktfrei. Entsprechend gering ist bisher der Output an sektorübergreifender Qualitätssicherung.
- Zweifelsfrei bedarf ein Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V einer Stärkung. Das im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) installierte Ausschreibungsverfahren hat sich als Hemmnis erwiesen, zumal es einer kontinuierlichen Arbeit im Wege steht. Insofern ist die Beauftragung nach § 137a SGB V strukturell neu zu ordnen und in eine verbindliche und dauerhafte Organisationsform wie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder in Form einer Stiftung zu überführen.
- Die Bedeutung einer wachsenden Vielfalt von Qualitätszertifikaten ist zu hinterfragen. Einerseits haben sich über dieses Verfahren reichhaltige Qualitätsinformationen angesammelt und können auch eine ganze Reihe komplexer Fragen zu einem bestimmten Qualitätsaspekt auf den Punkt gebracht werden, andererseits sind Aussagefähigkeit und Gütegrad der verschiedenen Zertifikate höchst unterschiedlich. Hier bedarf es eines Ordnungsrahmens in Form einer Akkreditierung, die auf verbindlichen Regeln aufbaut, nach denen Zertifizierer arbeiten müssen. Künftig könnten Zertifikate durch eine verbesserte qualitätsorientierte Krankenhausplanung auch verzichtbar sein.
- Bei speziellen Krankheiten oder Verfahren werden zurzeit Register als zusätzliche Qualitätsinstrumente diskutiert oder bereits eingeführt. Diese liefern wichtige zusätzliche Informationen über die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit, insbesondere wenn sie Informationen beinhalten, die mit den bisherigen Verfahren nach § 137 SGB V nicht erhoben werden (z. B. bei Verwendung von Medizinprodukten). Soweit aber die gleichen Informationen mit dem etablierten Verfahren nach § 137 SGB V erzielt werden können, sind diese vorrangig heranzuziehen. Man kann dann auf separate Register verzichten. Zumindest muss beim Aufbau solcher spezieller Register auf eine Kompatibilität mit dem etablierten Qualitätssicherungsverfahren geachtet werden.

2. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung

2.1 Ausgangslage

Die Sicherstellung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung zählt zu den Kernaufgaben eines modernen Sozialstaats und damit zu den unveränderlichen Grundpfeilern unserer verfassungsmäßigen Ordnung. Während der Gesetzgeber den sogenannten Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Versorgung an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen – im Zusammenwirken mit den Krankenkassen und ihren Verbänden – delegiert hat, obliegt der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung nach geltender Rechtslage den Bundesländern. Diese erfüllen ihn vor allem durch die landesgesetzliche Krankenhausplanung, die zugleich die Grundlage für die Investitionsfinanzierung aus Landesmitteln bildet.

2.1.1 Regionale Über- und Unterversorgung

Die bisherige Ausgestaltung der Sicherstellung ist durch mehrere Trends in der gesundheitlichen Versorgung infrage gestellt worden. Zum einen verschwimmen die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren, sodass sektorale Steuerungsinstrumente an Wirkung verlieren. Dies gilt nicht nur für die Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung, die sich durch die „Ambulantisierung“ der Medizin verschieben und zunehmend obsolet werden. Dies betrifft auch die Abgrenzung von kurativer und rehabilitativer Versorgung sowie das Verhältnis von Medizin und Pflege. Zum anderen mehren sich die Anzeichen für erhebliche Versorgungsungleichgewichte mit einem Nebeneinander von Über- und Unterversorgung. Speziell in ländlichen Gegenden abseits der urbanen Verdichtungsräume und in

strukturschwachen Regionen und Stadtteilen gibt es viele Hinweise auf eine existierende oder absehbare Unterversorgung, während gleichzeitig in urbanen Verdichtungsräumen und in wohlhabenden Regionen und Stadtteilen Anzeichen, wie eine geringe Belegungsquote oder ein medizinisch kaum erklärbares Ansteigen von Fallzahlen bei bestimmten Indikationen, für eine Überversorgung sprechen.

2.1.2 Zunehmende Arbeitsverdichtung im Krankenhaus

Viele Krankenhäuser haben erhebliche Probleme, qualifizierten Nachwuchs für den ärztlichen wie den pflegerischen Bereich zu gewinnen. Zwar steigt die Zahl sowohl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte als auch der Krankenhausärztinnen und -ärzte immer noch an, doch bleiben viele offene Stellen unbesetzt. Die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern ist in den letzten Jahren – trotz Gegensteuerns der Politik – kontinuierlich gesunken. Während sich die Arbeitsbedingungen für das ärztliche Personal, speziell durch die neue Arbeitszeitordnung und eine bessere tarifliche Entlohnung, deutlich verbessert haben, klagen Pflegekräfte über eine unzumutbare Arbeitsverdichtung, schlechte Bezahlung und mangelhaften Respekt vor ihren Leistungen und Qualifikationen. Die Zahl der Fälle, die je Pflegekraft betreut werden, ist stark gestiegen, die Verweildauer stetig gesunken, sodass vielfach mehr Leistungen mit weniger (Pflege-)Personal erbracht werden. Die Krankenhausträger kritisieren die unzureichende Refinanzierung gestiegener Personalkosten und befürchten erhebliche Einschränkungen infolge der Auswirkungen des demografischen Wandels auf die künftigen personellen Ressourcen.

2.1.3 Abnehmende Steuerungswirkung der Krankenhausplanung

Nicht nur von Krankenkassen wird Kritik an der mangelhaften Einbindung des stationären Sektors in die wettbewerbliche Grundausrichtung des Gesundheitswesens geäußert, eine Ausrichtung, die ihrerseits selbst wieder in der Kritik steht. So wird insbesondere bemängelt, dass die Krankenkassen mit jedem in den Landeskrankenhausplan aufgenommenen Krankenhaus kontrahieren müssen und selbst bei erwiesenen Qualitätsproblemen keine Ausnahme vom Kontrahierungszwang bestehe. Umgekehrt wird befürchtet, und mit Beispielen aus der stationären Rehabilitation begründet, dass Krankenkassen primär nicht nach Qualität selektieren, sondern einen Dumpingwettbewerb um den niedrigsten Preis initiieren wollten.

Auch die Verfahren und Instrumente der Bedarfsplanung selbst werden kritisiert. Der Planungsprozess sei zu schwerfällig, um sich aktuellen Entwicklungen anzupassen und Versorgungsungleichgewichten entgegenzuwirken. Die Orientierung an der Bettenzahl sei versorgungspolitisch überholt und verleite zu Fallzahl- und Mengensteigerungen aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen. Die Versorgungssituation vor Ort und in der Region werde nur unzureichend berücksichtigt. Standort- und Ausstattungsentscheidungen seien primär politisch orientiert. Dort, wo Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung nicht mehr ausreichend nachkämen, gehe der steuernde Einfluss der Krankenhausplanung verloren. Die Krankenhausplanung kann offenbar weder Risikoselektion, d. h. die Konzentration des Leistungsangebots auf besonders lukrative Fallgestaltungen – die sogenannten Cash Cows –, noch Einschränkungen des Versorgungsauftrags verhindern. Die Schließung, Zusammenlegung und Umstrukturierung von nicht bedarfsnotwendigen Abteilungen und ganzer Häuser scheiterte an örtlichen und regionalen Widerständen, die häufig stärker emotional und

arbeitsmarktpolitisch als versorgungspolitisch motiviert seien. Generell fehle es an Konzepten und Anreizen für sinnvolle Umstrukturierungen und für abgestimmte Versorgungsketten.

2.1.4 Geringe Anreize zu sektorübergreifender Versorgung

Obwohl die epidemiologische Entwicklung hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität eine sektorübergreifende Prozesssteuerung aus Sicht der Patientinnen und Patienten erfordert, nehmen nur wenige Krankenhäuser an Projekten der integrierten Versorgung teil – sieht man von Verträgen zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen ab, die unter dem Verdacht der In-Sich-Geschäfte oder der Zuweisung gegen Entgelt stehen. Offenbar fehlt es sowohl an ausreichenden monetären Anreizen (Anschubfinanzierung, integrierte Budgets) als auch an versorgungspolitischen Motiven. Zudem ist der Steuerungsaufwand, nicht nur bei den Krankenkassen, hoch und der Return of Investment ungewiss. Allerdings gibt es durchaus anerkanntswerte Versuche mit integrierten Budgets, beispielsweise in der psychiatrischen Versorgung, die als Best-Practice-Beispiele dienen können.

2.1.5 Unzureichende Qualitätssicherung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Das Krankenhaus ist das Eingangstor für den bisher ungesteuerten Zugang zu Innovationen im Gesundheitswesen. Allerdings haben Skandale, wie zum Beispiel die Einsetzung fehlerhafter Implantate, Zweifel an der Gewährleistung der Patientensicherheit geweckt. Auch wird der ungesteuerte Einsatz teurer Medizintechnik kritisiert. Umgekehrt beklagen sich viele Krankenhäuser und Hersteller über die unzureichende Finanzierung im sogenannten NUB-Verfahren und die schleppende Berücksichtigung bei den Krankenhausentgelten.

2.2 Strukturplanung

2.2.1 *Integriertes Sicherstellungs- und Bedarfsplanungssystem schaffen*

Die Arbeitsgruppe schließt sich grundsätzlich den Vorschlägen des Positionspapiers „Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung – Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen“ der Friedrich-Ebert-Stiftung aus dem Mai 2013 an. Langfristig muss die sektorale Gliederung und Steuerung des deutschen Gesundheitswesens überwunden werden, um Bedarf und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu rücken, Schnittstellenprobleme zu vermeiden und Qualität wie Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Sinne des gesamten Systems zu verbessern. Daher sollte der ordnungspolitische Rahmen die Letztverantwortung der Bundesländer für die gesundheitliche Daseinsvorsorge stärken, eine sektorübergreifende Rahmenplanung aufgrund bundeseinheitlicher Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorsehen und den Bundesländern wirksame Aufsichts- und Durchgriffsrechte gegenüber Krankenkassen und ihren Vertragspartnern bei allen wesentlichen Fragen der Versorgung geben.

2.2.2 *Verfahren und Instrumente der Krankenhausplanung fortentwickeln*

Auf eine Krankenhausplanung im engeren Sinne kann dabei auf absehbare Zeit nicht verzichtet werden. Ihre Umgestaltung muss sich aber in die übergeordnete Versorgungsplanung einfügen, zu der künftig das nach § 90a SGB V neu geschaffene, sektorübergreifende Landesgremium mit Empfehlungen beitragen soll. Krankenhausplanung sollte sich Schritt für Schritt von einer Bettenplanung hin zu einer Struktur- und Leistungsplanung unter Einbeziehung von Qualitätsindikatoren (zu den Einzelheiten siehe oben 1.3) entwickeln und eng mit dem Honorierungssystem

und dem Qualitätssicherungsinstrumentarium verzahnt werden. Hierzu ist das Bewusstsein für Qualitätsunterschiede in der Versorgung bei Patientinnen und Patienten sowie Zuweisern zu schärfen. Außerdem sind vorhandene Leistungskennzahlen und Qualitätsindikatoren zu nutzen und neue zu entwickeln. Diese müssen in Relation zu raumordnungs- und infrastrukturbezogenen Daten (Bevölkerungsentwicklung, tatsächliche Erreichbarkeit etc.) gesetzt werden. Auch die vorhandene Versorgungsstruktur (ambulante Versorgung, Rettungsdienste, Rehabilitation, Pflege, andere Gesundheitsberufe), einschließlich der zu erwartenden Veränderungen, ist in das Planungssystem einzubeziehen. Mittelfristig sollte dann auf den Bezug zur Bettenzahl eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung verzichtet werden können. Eine ausreichende Investitionsfinanzierung der Länder muss daran angepasst werden und sich im Wesentlichen an dem Leistungsgeschehen der einzelnen Häuser orientieren, aber auch weiterhin eine Einzelförderung ermöglichen. Dort, wo Bundesländer die Investitionen pauschal als Zuschläge zu DRGs finanzieren, sollte die steuernde Wirkung der Pauschalierung evaluiert werden. Verfahren und Instrumente der Bedarfsplanung müssen so flexibilisiert werden, dass sie auf Veränderungen des Leistungsgeschehens und Qualitätsdefizite zeitnah reagieren können. Auch müssen die Rechte der Bundesländer gestärkt und gerichtsfest werden, um planerische Entscheidungen, insbesondere die Schließung oder Umstrukturierung und die Beschränkung des Aufgaben- und Leistungsspektrums von Krankenhäusern durchzusetzen. Schließlich müsste die Rolle der Universitätsmedizin und den Universitätskliniken vergleichbare Häuser der Maximalversorgung einschließlich der Institutsambulanzen in der Versorgungsplanung angemessen berücksichtigt werden. Dazu bedarf es vor allem (aber nicht nur) einer adäquaten Vergütung von Hochkostenfällen (siehe 3.6).

2.3 Lockerung des Kontrahierungszwangs – Öffnung für qualitätsorientierten Vertragswettbewerb

Trotz mancher Zweifel an den Wirkungen wettbewerblicher Anreize im Gesundheitswesen erscheint es der Arbeitsgruppe angebracht, den strikten Kontrahierungszwang in der stationären Versorgung zu lockern, ohne einem Preiswettbewerb mit Dumpingcharakter den Weg zu bereiten. Dabei sind unterschiedliche Wege mit unterschiedlicher Wettbewerbsintensität denkbar. So wäre ein Kassenarten übergreifender Einstieg ohne Blockademöglichkeit einzelner Krankenkassen ebenso denkbar wie die (quotierte) Öffnung für Einzelverträge von Krankenkassen, deren Arbeitsgemeinschaften oder Verbänden über elektive Leistungen. Basis für selektives Kontrahieren im Rahmen der Bedarfs- und Qualitätsvorgaben sollte der Beleg für kontinuierlich erbrachte besondere Qualität sein. Insbesondere die hochspezialisierte fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bietet sich für wettbewerbliche Vertragslösungen an und könnte zudem ein erstes Feld für eine sektorenübergreifende (Rahmen-) Planung werden. Auch die Kündigung von Plankrankenhäusern oder einzelner Abteilungen wegen (dauerhafter) Unterbelegung oder erheblicher Qualitätsmängel könnte erleichtert werden. Die Bundesländer müssten aber effektiv wirken können, sodass sich weder Versorgungslücken bilden noch ein ruinöser Dumpingwettbewerb entsteht. Am Ende eines solchen Weges könnte stehen, dass die Planung in der stationären Versorgung nicht über die Zulassung eines konkreten Krankenhauses und seine Bettenzahl entscheidet, sondern auf eine Struktur- und Leistungsplanung unter Berücksichtigung der (vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen) Qualitätsaspekte ausgerichtet wird. Hierüber müssten die Planung konkretisierende Verträge zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen bzw. ihren Arbeitsgemeinschaften und/oder Verbänden geschlossen werden.

Einen besonderen Anwendungsfall des qualitätsorientierten Vertragswettbewerbs könnte die

integrierte Versorgung bilden. Dafür müssten allerdings die ökonomischen Anreizsysteme für die Beteiligten verbessert werden. Hierzu zählen u. a. die Fehlentwicklung des Kassenwettbewerbs auf die Vermeidung von Zusatzbeiträgen, einfache und transparente Verfahren zur Budgetbereinigung und die Durchsetzung eines Diskriminierungsverbots. Außerdem müsste auch die kleinliche Aufsichtspraxis geändert werden, die eine sofortige Amortisierung laufender Aufwendungen fordert.

2.4 Umbau von Versorgungsstrukturen und Steuerung der Versorgungsprozesse

2.4.1 Konzepte und Anreize für eine Umstrukturierung nicht bedarfsgerechter Krankenhäuser – die Neuordnung der Krankenhauslandschaft

Die Arbeitsgruppe hält an dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung auch im stationären Sektor fest. Sie hält allerdings eine Konzentration der Kapazitäten – nicht nur im ländlichen Raum – für sinnvoll, um Überversorgung zu vermeiden und Qualität und Sicherheit zu erhöhen. Sie weist darauf hin, dass Krankenhäuser immer dort einspringen, wo Lücken in der ambulanten Versorgung bestehen. Vorrangiges Ziel einer Umstrukturierung ist es nicht, Geld zu sparen, sondern die Qualität der Versorgung zu verbessern und Mittel dort einzusetzen, wo sie optimale Wirksamkeit entfalten.

Die bisherigen Erfahrungen der beteiligten Akteurinnen und Akteure mit Krankenhausschließungen und -umstrukturierungen haben gezeigt, dass solche Maßnahmen angesichts der örtlichen Verankerung betroffener Häuser auf so großen Widerstand treffen, dass sie oftmals nicht durchsetzbar erscheinen. Zudem schieben sich unterschiedliche politische Ebenen (Bund/Länder/Regionalverbände/Kreise/Kommunen, Staat-Selbstverwaltung, inklusive Krankenhausträger und Kostenträger) den Schwarzen Peter zu.

Daher regt die Arbeitsgruppe an, alsbald typisierende Umstrukturierungskonzepte für solche

Fälle zu entwickeln. Es ist unbestritten, dass das vorhandene Personal in solchen, zu regionalen Gesundheitszentren umgewandelten Einrichtungen zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung gebraucht wird. Diese Konzepte müssen inhaltliche Aussagen enthalten, welche Angebote konkret dezentral in der Fläche vorgehalten werden sollen. Beispielhaft seien tagesklinische Diagnostik, geriatrische Versorgung und Betreuung sowie ambulante und stationäre Pflege genannt. Dazu bedarf es einer Anpassung des Notfall- und Rettungsdienstes vor Ort und entsprechender Absprachen mit den vor Ort niedergelassenen Vertragsärztinnen sowie -ärzten und in den Regionen vorhandenen Kliniken.

Die Erprobung und Umsetzung solcher Konzepte hängt von der Gewährleistung einer ausreichenden Finanzierung ab. Die Arbeitsgruppe erinnert an das erfolgreiche Programm zur Erneuerung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern nach der deutschen Wiedervereinigung. Ein ähnliches Programm, mit einer Drittelfinanzierung von Bund, Ländern und Kostenträgern, wäre der Bedeutung einer derartigen Umgestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft angemessen.

2.4.2 Besondere Förderungsanreize für Krankenhäuser in unterversorgten Regionen – Gewährung von Sicherstellungszuschlägen

Die Forderung nach zusätzlichen Finanzmitteln für die stationäre Versorgung wird häufig damit begründet, dass Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen über keine ausreichende Finanzierungsgrundlage verfügten. Die Arbeitsgruppe steht einer Forderung nach hausindividuellen Differenzierungen oder generellen (auf Regionen bezogenen) Fördermaßnahmen über Hilfen zur Umstrukturierung und Bedarfsanpassung hinaus skeptisch gegenüber. Allerdings kann das vorhandene Instrument der Sicherstellungszuschläge, das bisher kaum genutzt wird, für konkrete Einzelfälle mit unabweisbarem Sicherstellungsbedarf zielgenauer eingesetzt werden. Dabei sollten allerdings Gießkannen- und Mitnahmeeffekte

vermieden werden und Qualitäts- und Sicherheitsaspekte im Vordergrund stehen. Die Kriterien für solche Zuschläge müssen klarer definiert, mit Strukturveränderungen verknüpft und ihr Einsatz im Bedarfsfall verpflichtend werden. In diesen Fällen sollte auf die Verrechnung dieser Zuschläge mit dem Landesbasisfallwert verzichtet werden.

2.4.3 Das Krankenhaus in der Versorgungskette – Einweisungs- und Entlassmanagement

Das Krankenhaus ist in fast jedem Fall mittlerer Teil einer Versorgungskette. Dies gilt zumindest dort, wo eine effektive ambulante Versorgung die Zahl der überflüssigen Selbsteinweisungen, speziell in der Nacht und an Wochenenden und Feiertagen, gering hält. Aber auch die Binnenorganisation des Krankenhauses, das sehr erfahrene Kräfte in der (Not-)Aufnahme einsetzt, kann die Inanspruchnahme teurer stationärer Leistungen reduzieren.

Gleiches gilt für das Entlassmanagement, das im Idealfall bereits mit der Aufnahme beginnt. Hausinterne Case Managerinnen und Case Manager als Bettenplaner und Verantwortliche für die Übergabe in die ambulante Versorgung können die Verweildauer senken und Drehtüreffekte reduzieren. Sie sind eine in der Praxis guter Häuser bewährte Antwort auf unzumutbare Arbeitsverdichtungen und überflüssige Komplikationen. Ein wirksames Entlassmanagement verlangt Andockmöglichkeiten an flexible ambulante Versorgungsmöglichkeiten. Hier bedarf es zusätzlicher Leistungsansprüche (häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Kurzzeitpflege) und institutioneller Angebote, insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation und bei Multimorbidität. Krankenhäuser, die auf solche Überleitungsmaßnahmen bewusst verzichten, sollten mit einem Vergütungsabschlag belegt werden. Soweit Krankenkassen eigene Fallmanagementkompetenzen entwickeln, dürfen diese nicht der Beeinflussung und Kontrolle ärztlicher Entscheidungen, sondern müssen der Befriedigung des Unterstützungsbedarfs der Versicherten dienen.

2.4.4 *Das Krankenhaus als Eingangstor für Innovationen – Patientensicherheit ohne zeitliche und bürokratische Hemmnisse*

Das Krankenhaus mit seiner Sicherheitsinfrastruktur und in Teams gebündelten Expertise ist das Tor für Innovationen in Diagnose und Therapie. Deshalb ist es im Grundsatz sinnvoll, an der prinzipiellen Offenheit der stationären Versorgung für Produkt- und Prozessinnovationen festzuhalten. Gefährdungen und Verletzungen der Patientensicherheit sowie ökonomische Fehlentwicklungen machen jedoch Anpassungen bei der Zulassung, Finanzierung und Kontrolle von Innovationen auch in der stationären Versorgung notwendig. Dies gilt nicht nur für Medizinprodukte. Deshalb schlägt die Arbeitsgruppe vor, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus eine frühzeitige Nutzenbewertung einzuführen und ein unbürokratisches und schnelles Screening zu etablieren. Ist der Zusatznutzen evident und bestehen keine Sicherheitsbedenken, sollte die neue Methode sofort in der Fläche eingesetzt werden dürfen. Ist der Zusatznutzen evident, aber mit Risiken verbunden oder bedarf es besonderer Expertise für die Anwendung, sollte die neue Methode unter Registerbegleitung und nur an Zentren eingesetzt werden dürfen. Gibt es keine Belege oder Hinweise für einen Zusatznutzen, bedarf es kontrollierter Studien, vorzugsweise an ausgewählten Zentren. Zeigt die Evaluation positive Ergebnisse, ist ein flächendeckender Einsatz der neuen Methode möglich.

2.4.5 *Die Verzahnung von Akutversorgung und Rehabilitation*

Trotz klarer gesetzlicher Vorgaben und vieler Belege durch wissenschaftliche Studien werden die Potenziale, die sich aus der Stärkung einer zielgruppenspezifischen Rehabilitation im Allgemeinen und der Verzahnung von Akutversorgung und Rehabilitation im Besonderen ergeben könnten, nur unzureichend genutzt. Zwar sind in der

Vergangenheit viele Rehabetten in Akutbetten verwandelt worden, eine Integration der Versorgungskonzepte ist jedoch nicht erfolgt. Dabei erfordern die Zunahme chronischer Erkrankungen und die demografische Entwicklung die Ausweitung von Rehabilitationsleistungen, die an Multimorbidität orientiert sind und ihren Beitrag leisten, Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuschieben. Die Arbeitsgruppe spricht sich deshalb dafür aus, Maßnahmen von Prävention und Rehabilitation für ältere Versicherte zu entwickeln, die dem sozio-demografischen Wandel gerecht werden und die die Aktivierungspotenziale älterer Menschen ausschöpfen.

2.5 Personalentwicklung, gute Krankenhausversorgung, Anforderungen an attraktive Arbeitsbedingungen

Zwar ist es eine Binsenweisheit, dass eine gute medizinische Versorgung im Krankenhaus von guten Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal abhängt, doch ist die praktische Umsetzung dieser Erkenntnis in Zeiten des demografischen Wandels flächendeckend in Gefahr. Trotz aller Verbesserungen, speziell für das medizinische Personal, und einer unverändert hohen intrinsischen Motivation und großer Einsatzbereitschaft im Dienste der Patientinnen und Patienten sind die Arbeitsbedingungen in vielen Häusern unzureichend. Speziell die Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe, die zu Unrecht als nicht-ärztliches Personal abqualifiziert werden, haben hier unbestritten Nachholbedarf. Dies gilt für Aus- und Fortbildung, Bezahlung, Arbeitsorganisation, Aufstiegsmöglichkeiten und vor allem Respekt vor Qualifikation und Leistung. Spezielle Förderprogramme für die Einstellung von Pflegekräften können diesen Defiziten nicht grundsätzlich abhelfen. Solche Instrumente machen nach Auffassung der Arbeitsgruppe nur in besonderen Notsituationen Sinn und müssen zielgenau eingesetzt werden, um lediglich kurzfristige Wirkungen und Mitnahmeeffekte zu verhindern. Viel-

mehr ist eine umfassende Aufwertung aller Gesundheitsberufe erforderlich, die eine grundsätzliche, kulturelle Veränderung des deutschen Gesundheitswesens voraussetzt. Insoweit wird auf gemeinsame Aktivitäten der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung verwiesen. Außerdem ist kurzfristig sicherzustellen, dass über geeignete Qualitätsindikatoren Mindeststandards für die Pflege im Krankenhaus gelten. Sofern dies nicht alsbald erreichbar ist, sollten – wie von der SPD-Bundestagsfraktion vorgeschlagen – konkrete Empfehlungen zur Personalaus-

stattung von entsprechenden Gremien erarbeitet werden. Deren Einhaltung sollte im Rahmen der Budgetverhandlungen überwacht und gegebenenfalls sanktioniert werden. Schon heute kann geprüft werden, ob die in der DRG-Kalkulation eingeflossene Personalbemessung auf der Basis der veralteten Pflegepersonalbedarfsregelungen (PPR) im jeweiligen Haus auch tatsächlich umgesetzt wird. Dazu kann ein neues Verfahren entwickelt werden, das die positiven Erfahrungen aus der Psychiatrie (PsychPV) miteinbringt.

3. Fortentwicklung des Systems der Diagnosis Related Groups (DRG)

3.1 Ausgangslage

Das deutsche System zur Finanzierung der laufenden Kosten in der stationären Versorgung auf Basis diagnoseabhängiger Fallpauschalen, das sogenannte DRG-System (G-DRG), ist als Kombination aus den Preiselementen (Landesbasisfallwert, Bundesbasisfallwert, ergänzende Zu- und Abschläge) sowie den Abrechnungselementen (DRG-Katalog nebst Anlagen für Zusatzentgelte, NUBs o. ä.) zu verstehen. Dabei haben die einzelnen Elemente folgende Funktionen:

Bundes- und Landesbasisfallwerte sind für die generelle Vergütungshöhe verantwortlich. Diese Werte definieren als Produkt mit der Menge die Summe der Krankenhäuser-Einnahmen bzw. Ausgaben für die Kostenträger.

Der DRG-Katalog nebst ergänzenden Anlagen ist für die leistungsgerechte Verteilung der Mittel an die Krankenhäuser verantwortlich. Er ist also die Abbildung der Bewertungsrelationen.

Dort, wo der DRG-Katalog nicht ausreicht, die erwünschte Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern herzustellen, sollen definierte Zu- und Abschläge das Defizit in der Verteilung ausgleichen. Dabei existieren solche Zuschläge, die zum Zwecke einer sachgerechten Budgetkonvergenz aus den ursprünglichen Krankenhausbudgets ausgegliedert wurden und sich seitdem eigenständig weiterentwickeln (Ausbildung), und solche, die bezüglich ihrer Höhe mit dem Landesbasisfallwert verrechnet werden (Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung).

Das DRG-System ist grundsätzlich ein lernendes System mit festen Grundprinzipien wie leistungsgerechte Vergütung (gleicher Preis für gleiche Leistung), freie Mengen bei Berücksichtigung von Leistungsveränderungen in der Preiskomponente sowie einem streng umrissenen Kranz an unter-

stützenden Instrumenten zur Mittelverteilung, wie z. B. Sicherstellungszuschläge. Diese Grundprinzipien haben sich bewährt und sollen erhalten bleiben.

Dort, wo Schwächen in der Umsetzung des lernenden Systems oder Unzulänglichkeiten bei der Mittelverteilung vorliegen, sollen Korrekturen vorgenommen werden, um Verteilungsgerechtigkeit zu erhöhen und die finanzielle Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser angemessen zu verbessern. Darüber hinaus sollen Anreize zu einer unerwünschten Leistungsausweitung jenseits des medizinischen Bedarfs minimiert werden.

3.2 Berücksichtigung der Kostenentwicklung, insbesondere der tariflichen Personalkosten

In der aktuellen Diskussion um die adäquate Finanzierung von Krankenhausleistungen wird vor allem kritisiert, dass Kostensteigerungen, insbesondere bezüglich der Personalkosten, nicht angemessen berücksichtigt würden. Der dabei häufig als Beweis vorgebrachte Vergleich der tariflichen Personalkostenentwicklung mit der Vergütung von Krankenhausleistungen, zum Beispiel über den Vergleich der Steigerungssätze der Tariflöhne und dem des Landesbasisfallwerts, greift zu kurz, da in die Berechnung der Vergütungshöhe auch weitere Determinanten eingehen, wie erreichte Effizienzsteigerungen (Produktivitätszuwachs) in der Leistungserbringung.

Vielmehr war in den letzten Jahren zu beobachten, dass die Landesbasisfallwert-Veränderungen in der Regel unterhalb der gültigen Obergrenzen für die Preisentwicklung lagen. Dies ist kein Indiz für eine Unterfinanzierung der Kostenent-

wicklungen auf der globalen Ebene, sondern gerade ein Beweis für das Gegenteil: Das Unterschreiten der Obergrenze beweist, dass die Kostensteigerungen der Krankenhäuser je Case-Mixpunkt auf globaler Ebene voll berücksichtigt wurden. Entsprechend entwickelten sich sowohl Fallkosten als auch Fallerlöse in der jüngeren Vergangenheit sehr ähnlich (Abbildung 1).

Daraus folgt, dass Krankenhausleistungen nicht aufgrund von Preisobergrenzen generell unterfinanziert sind, sondern das Problem vorrangig in der sachgerechten Verteilung der Mittel liegt. Daher sollte auch der Schwerpunkt der Anpassungen im DRG-System in der sachgerechten Verteilung der Mittel liegen.

3.3 Sachgerechte Verteilung der Mittel an die Krankenhäuser

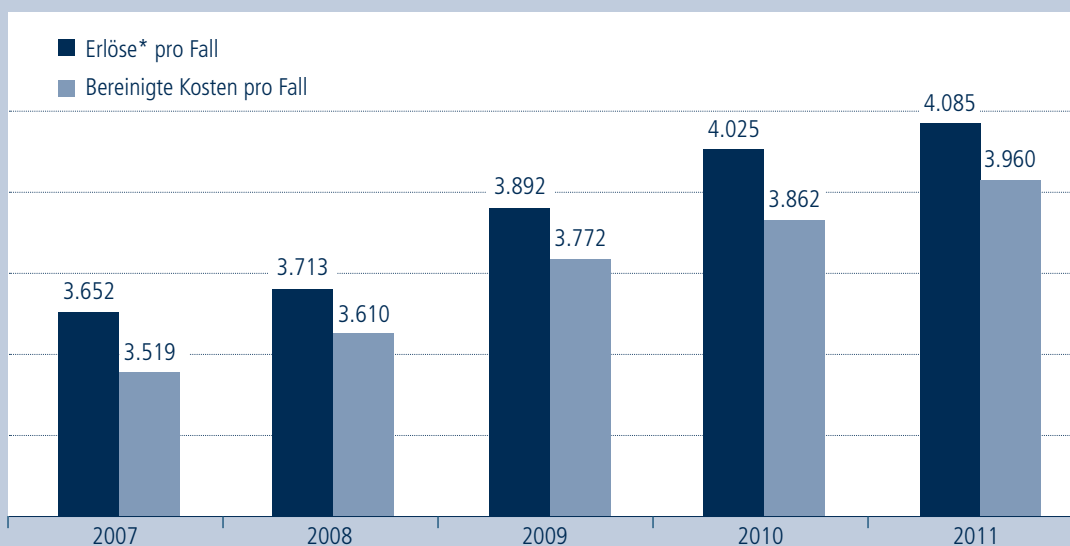
Durch die jährliche Kalkulation des G-DRG-Systems, insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung der Datengrundlagen und Methodik, ist

bereits eine wichtige Voraussetzung erfüllt, die erwünschte Verteilungsgerechtigkeit zu erreichen, ohne die Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung zu mindern. Die kumulierten Verteilungseffekte aus den Katalogrevisionen seit G-DRG-Einführung sind außerordentlich groß: So haben sich Krankenhäuser, die zu Beginn der Budgetkonvergenz 2005 noch als vergleichsweise ineffizient galten, zum Ende der Konvergenz als Gewinner herausgestellt. Diese Entwicklung war nicht nur wünschenswert sondern obligat, da seit 2010 alle Krankenhäuser eines Landes über den Landesbasisfallwert vergütet werden und das System somit „scharf geschaltet“ ist.

Bei den flankierenden Zu- und Abschlagsatbeständen ist ein ähnlicher Lerneffekt nicht immer zu beobachten, wie das Beispiel des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zeigt. Im Jahr 2005 sind alle Budgetbestandteile für die Notfallversorgung in die Landesbasisfallwerte eingegangen. Der Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist seitdem auf 50 Euro je Fall fixiert und wurde

Abbildung 1:

Fallkosten und Fallerlöse in Euro



* Aufwände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, der Unfallversicherung und der Arbeitgeber (Beihilfen).

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, Tabelle 3.1; Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Tabelle 1.1; Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, Tabelle 7.2.1.

seitdem weder geändert noch empirisch überprüft. Er dient – bei sonst identischer DRG-Vergütung – der Umverteilung von Budgetanteilen weg von Einrichtungen ohne Vorhaltekosten für die Notfallversorgung hin zu solchen, die diese Aufgabe wahrnehmen. Entsprechend wird der Landesbasisfallwert um die Summe dieser Abschläge erhöht. Der G-DRG-Katalog allein wäre zu einer solchen Umverteilung nur in der Lage, wenn er für jede betroffene DRG entsprechend differenziert würde.

Die bundesweite Umverteilungssumme aufgrund unterschiedlicher Vorhaltekosten ist mit weniger als 15 Millionen Euro p. a. vergleichsweise gering. Dies geht auf die jetzigen Regelungen zurück, die wenig ausdifferenziert sind und nur zwischen Teilnahme und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterscheiden. Eine Notfallversorgung an wenigen Tagen im Monat wird somit gleichbehandelt mit einer durchgängigen. Die Bereitschaft aller Operations- und Funktionsbereiche wird genauso bewertet wie eine Notfallaufnahme in einem Haus, in dem nur Teilbereiche für Notfälle bereitgehalten werden oder solche Bereiche gar nicht existieren. Somit wird der Abschlag nur für die wenigen Einrichtungen vereinbart, die in keiner Weise Notfallversorgung leisten.

3.4 Dynamische Mengenentwicklungen

Die Mengenentwicklung ist in den vergangenen Jahren deutlich dynamischer erfolgt als durch demografische Entwicklung erklärbar wäre. Letztere zeichnet nur für ca. ein Drittel der Dynamik verantwortlich. Ein großer Teil dieser Mengenentwicklung geht auf elektive, sachkostenintensive und operative Leistungen der Endoprothetik und Kardiologie zurück. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland in diesen Bereichen Spitzenpositionen ein, während dies bei klassischen notfallnahen Leistungen – wie der Appendektomie – nicht der Fall ist. Neben dem schwer kalkulierbaren Effekt aus Innovationen in der stationären Versorgung stehen ökonomische Fehlanreize des DRG-Systems im Verdacht, die

Mengenentwicklung zu treiben. So umschreibt der Begriff „Hamsterrad“ das aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bekannte Erklärungsmodell, dass Krankenhäuser aufgrund unzureichend refinanzierter Kosten, auch im Bereich der Investitionskosten, vermeintlich gezwungen sind, mehr Mengen zu erbringen. Aus Patientenperspektive nähren diese Entwicklungen den Verdacht, dass Leistungen teilweise aus ökonomischen Gründen und am medizinischen Bedarf vorbei erbracht werden.

Der Trend zur Mengenausweitung ist ein genereller und ist nicht auf eine begrenzte Zahl an Krankenhäusern, Gruppen o. ä. zurückzuführen. Isoliert betrachtet, vereinbaren jedes Jahr ca. 60 Prozent der Krankenhäuser einen Leistungszuwachs von mehr als ein Prozent. Über einen Zeitraum von drei Jahren vereinbaren 80 Prozent der Krankenhäuser Leistungszuwächse von mehr als drei Prozent. Statistisch signifikante Auffälligkeiten nach Krankenhausgröße, geografischer Lage (ländliche bzw. Ballungsräume) oder Versorgungsstufe liegen nicht vor. Daher sind Maßnahmen, die auf vordefinierte Gruppen von Krankenhäusern zielen, eher ungeeignet, die Mengenentwicklung an den tatsächlichen Bedarf anzupassen.

3.5 Unerwünschte Effekte aus Über- und Unterdeckung in der DRG-Vergütung

Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses ist eine Über- oder Unterdeckung für eine einzelne Leistung aufgrund der Vergütung aus bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und Landesbasisfallwert systemimmanent. Aus diesem Grund sind weder Über- noch Unterdeckung per se schlecht. In der aktuellen Diskussion wird allerdings thematisiert, dass einzelne Leistungen global bzw. per se lukrativ seien und so einen unerwünschten Anreiz zur Mengenausweitung über das medizinisch Notwendige hinaus setzen. Aufgrund der jährlichen Neukalkulation des G-DRG-Systems könnten solche per se lukrativen Leistungen aus dem Zeitverzug zwischen der Erhebung der Kalkulationsdaten und dem Jahr der

Kataloganwendung und/oder aus einer nicht repräsentativen Kalkulationsstichprobe resultieren.

In diesem Zusammenhang spielt auch die o. g. Mengendynamik eine wichtige Rolle, die sich vorrangig im Bereich sachkostenintensiver Leistungen vollzieht. Steigende Abnahmemengen von Sachmitteln führen, isoliert betrachtet, zu sinkenden Preisen im Zeitverlauf. Somit sind die kalkulierten und vergüteten Kostenanteile entsprechend höher, als die im Jahr der Anwendung des G-DRG-Katalogs tatsächlich anfallenden Kosten. Diese falsche Übervergütung geht zum einen zulasten anderer Leistungen (und damit anderer Kostengruppen, insbesondere zulasten des Personals) und verstärkt zum anderen den medizinisch äußerst kritisch zu sehenden Anreiz zur fortwährenden Mengenausweitung in diesen Bereichen.

Eine Ursache dieser Entwicklung könnte darin zu suchen sein, dass die Teilnahme an der G-DRG-Kalkulation derzeit auf freiwilliger Basis erfolgt. Mutmaßlich ist die Kalkulationsstichprobe für bestimmte Leistungen nicht repräsentativ. Außerdem besteht der Verdacht, dass die selektive Enthaltung bzw. Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Kalkulation z. T. interessengeleitet bzw. strategisch getrieben ist.

3.6 Risiken aus extremer Unterdeckung: Hochkostenfälle

Eine Über- oder Unterfinanzierung durch DRGs im Einzelfall gehört, wie oben bereits ausgeführt, zu den Grundzügen jedes Fallpauschalensystems. Die absolute Größenordnung einer solchen Abweichung zwischen Kosten und Vergütung steigt mit der Höhe des Relativgewichtes einer DRG. Bei besonders hochpreisigen DRGs sind daher auch entsprechend größere Abweichungen im Einzelfall nach oben und unten möglich.

Trotz stetig verbesserter Methoden in der DRG-Kalkulation wird die angemessene Vergütung von Hochkostenfällen bzw. Kostenausreißern aktuell als defizitär angesehen. Eine Häufung solcher definitionsgemäß seltenen bzw. heterogenen Konstellationen in einzelnen Ein-

richtungen führe zu einer Fehlallokation der bereitgestellten Finanzmittel mit relevanten Auswirkungen für die betroffenen Einrichtungen. Inwieweit eine solche Fehlallokation auf Haus-ebene aufgrund der Grenzen der DRG-Kalkulation tatsächlich vorliegt, ist noch nicht empirisch überprüft. Analog zum oben ausgeführten Abschlag für die Notfallversorgung wäre ein Ausgleich eines solchen DRG-Systemdefekts mit dem Landesbasisfallwert zu verrechnen, da es um eine Verbesserung des Verteilungsschlüssels ginge, der sich mit einer Verbesserung des G-DRG-Katalogs gegebenenfalls lösen ließe.

3.7 Maßnahmen zur Mengen- und Preissteuerung

3.7.1 *Verteilungsgerechtigkeit durch kalkulierte Zu- und Abschläge erhöhen*

Der wirtschaftliche Druck der Krankenhäuser geht nach Auffassung der Arbeitsgruppe weniger darauf zurück, dass insgesamt zu wenig finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Entscheidend ist vielmehr, dass zum einen regional vorhandene Bettenüberkapazitäten Mittel binden und zum anderen die bestehenden Mechanismen zur Verteilung verbesserungswürdig sind. Zwar wird durch die jährliche Neukalkulation des G-DRG-Katalogs ein wichtiger Beitrag zur verbesserten Mittelverteilung geleistet, allerdings sollen perspektivisch dort, wo der DRG-Katalog alleine nicht ausreicht, die ergänzenden Instrumente empirisch basiert überprüft und angepasst werden. Solche Zu- oder Abschläge sorgen bei sachgerechter Kalkulation und Verrechnung mit dem Landesbasisfallwert für eine leistungsgerechtere Verteilung der Mittel.

So sollten vor allem für den Abschlag zur Nichtteilnahme an der Notfallversorgung schärfere Regeln definiert werden, die vermeiden, dass Krankenhäuser als Notfallstandort gelten, auch wenn sie diese Funktion nur an wenigen Tagen des Monats real ausfüllen. Zudem sollte im Rahmen eines Prüfauftrags ermittelt werden, welche Abstufungen im Grad der Versorgung von

Notfällen kalkulatorisch sinnvoll abgebildet und trennscharf unterschieden werden können. Nicht zuletzt soll die Höhe künftiger Notfallabschläge nicht normativ festgelegt, sondern analog zum G-DRG-System fundiert kalkuliert und im regelmäßigen Turnus einer Revision unterzogen werden.

In einem ähnlichen Verfahren soll ebenfalls untersucht werden, wie sehr einzelne Kliniken oder Klinikgruppen von Fallgruppen mit extremer Unterdeckung (Multimorbide, Demenzkranke, Hochkostenfälle) betroffen sind. Im Bedarfsfall sollen diese Ergebnisse genutzt werden, um die Abbildung dieser Fallgruppen im DRG-Katalog zu verbessern. Erst wenn dies nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, sind geeignete Ausgleichsmechanismen, wie z. B. ein Risikozuschlag, zu ermitteln. Ein Ausgleich hoher Unterdeckungsbeträge im Einzelfall ist bedenklich, da ein solches Verfahren die Grundprinzipien einer Fallpauschalierung konterkarieren würde, ein hohes Maß an Strategieanfälligkeit besäße und einen enormen administrativen Aufwand nach sich zöge. Allerdings ist durchaus denkbar, dass eine systematische Unterdeckung bestimmter Fallgruppen den Vorwurf des Systemversagens nach sich ziehen könnte.

Die genannten Anforderungen an eine sachgerechtere Herleitung künftiger Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung oder potenzieller Risikozuschläge legen nahe, dass die Durchführung durch das InEK erfolgen muss. So wäre es zudem möglich, dass eventuell notwendige Rückkopplungen mittels der regulären G-DRG-Kalkulation durchgeführt werden könnten. Für alle ergänzenden Zu- und Abschläge muss weiterhin gelten, dass eine Verrechnung mit dem Landesbasisfallwert erfolgt. Würde das DRG-System in seiner Abbildung von Kostenausreißern perspektivisch verbessert, würde die Anspruchsgrundlage für einen eventuellen Zuschlag verschwinden. In einem solchen Fall müsste der Landesbasisfallwert entsprechend erhöht werden, damit den Krankenhäusern keine Mittel verloren gingen.

3.7.2 *Ökonomische Anreize zur Mengenausweitung durch Anpassung der G-DRG-Kalkulation begrenzen*

Zwar widerspricht die Umkehrung des „Hamsterads“ (d. h. bei steigenden Preisen würden weniger Leistungen erbracht) der ökonomischen Lehre. Dennoch würde aber eine verbesserte Verteilung der Mittel die Anreize zur Mengensteigerung verringern, die aufgrund des Kostendrucks auf Einzelhausbene entstehen. Ergänzend sollen ökonomische Anreize (lukrative DRGs) zur Mengenausweitung minimiert werden. Es besteht der starke Verdacht, dass die Kalkulationsstichprobe in Teilen ein verzerrtes Bild liefert, auch weil sich bestimmte Krankenhäuser aus strategischen Gründen nicht beteiligen. Eine generelle Verpflichtung zur Kalkulation würde dieses Problem zwar theoretisch lösen, zugleich in der Praxis aber vielfältige Probleme nach sich ziehen: Neben dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand und Zusatzkosten für Kalkulationszuschläge wäre eine solche Vorgehensweise auch strategieanfällig. Unwillige Krankenhäuser könnten sich gegebenenfalls auch weiterhin durch Abgabe verspäteter oder verfälschter Daten der Kalkulation entziehen, sofern nicht empfindliche Strafzahlungen bei Nichtteilnahme an der Kalkulation eingeführt würden. Daher sollte sich eine Verpflichtung zur Kalkulation auf solche Leistungsbereiche und Krankenhäuser beschränken, in denen nach Abgleich mit den Daten nach § 21 KHEntG eine gravierende Verzerrung der Kalkulationsstichprobe anzunehmen ist.

Die Einarbeitung von Korrekturfaktoren bei den Sachkosten in die G-DRG-Kalkulation ist im Hinblick auf die Anreize zur Mengenentwicklung ein weiterer wesentlicher Punkt: Die Mengenausweitung der letzten Jahre geht weit über das hinaus, was allein durch die demografische Entwicklung erklärbar wäre, und konzentriert sich zudem insbesondere auf sachkostenintensive Leistungen. Viele dieser Leistungen besitzen einen besonderen Anreiz zur Mengenausweitung, da die in der DRG-Kalkulation berücksichtigten Kosten höher liegen als in dem Jahr, in dem der G-DRG-Katalog zur Anwendung kommt. In der

Konsequenz liegen die vergüteten Beträge für diese Sachkosten oberhalb der Ist-Kosten. Diese Übervergütung setzt nicht nur falsche ökonomische Anreize, sie reduziert auch die Vergütung von DRGs mit hohem Personalbedarf, gerade in der Pflege. Daher sollen in der G-DRG-Kalkulation von mengendynamischen und sachkostenintensiven Leistungen neben den vorhandenen Kostendaten aus der Kalkulationsstichprobe auch aktuellere Preisinformationen Verwendung finden.

Für ein solches Verfahren gab es in der Vergangenheit bereits Präzedenzfälle im Bereich der Zusatzentgelte, z. B. bei Stents oder Medikamenten, für die der Patentschutz entfallen ist. „Mengen-Rosinenpicker“ hätten mit dieser Änderung in der Kalkulation weniger Anreize, weil falsche Übervergütung zulasten anderer Leistungen/oder Kostengruppen (Personal) reduziert wird. Diese Maßnahme ist also auch ein Instrument zur Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit.

3.7.3 Mengenausweitungen verursachergerecht begegnen

Worauf die vielfach kritisierte Mengendynamik genau zurückzuführen ist und welche Instrumente diese sinnvoll begrenzen können, wird derzeit gemäß einem gesetzlichen Auftrag wissenschaftlich untersucht. Die Ergebnisse dieses Gutachtens stehen noch aus. Sie sind in kommenden Gesetzgebungsverfahren angemessen zu berücksichtigen. Für die Übergangszeit sollen die existierenden Verfahren zur verursacherorientierten Abschlagsregelung (Mehrleistungsabschlag) bestehen bleiben. Denn Krankenhäuser mit Mengenausweitungen profitieren im entsprechenden Jahr überdurchschnittlich von Skaleneffekten, unabhängig davon, ob die Mehrleistungen aus demografischen oder anderen Effekten resultieren. Die Mehrleistungsabschläge sollten aber präziser eingesetzt werden und Ausnahmen für besonders förderungswürdige Tatbestände (zum Beispiel Qualitätsziele) vorsehen und nicht das Finanzierungsvolumen im Bundesland schmälern. Daher erfolgt eine Ausschüttung der vereinbarten Mehrleistungsabschläge über einen Zuschlag an alle Krankenhäuser. Auch perspektivisch wird sich die

Mengenentwicklung zwischen den Bundesländern unterscheiden. Deshalb sollten die auszuschüttenden Zuschläge künftig auf Landesebene ermittelt und realisiert werden.

Die bestehenden Ausnahmeregelungen für die Festsetzung des Mehrleistungsabschlags sind in ihrem Umfang und im Hinblick auf ihre Steuerungswirkung kritisch zu überprüfen, da sie schon jetzt ein Drittel der Mengenausweitungen unberücksichtigt lassen. Allerdings könnten zusätzliche Ausnahmen helfen, erwünschte Veränderungen zu befördern. Fehlende Prospektivität in den Budgetverhandlungen führt nicht nur zu einer mangelnden Planungssicherheit auf beiden Seiten. Sie nimmt den Vereinbarungen auch ihre mengensteuernde Wirkung. Daher soll die Verpflichtung, Mehrleistungsabschläge zu vereinbaren, bei prospektiver Festlegung der Mengen künftig entfallen. Solche Mengenvereinbarungen können auch ohne abgestimmten Landesbasisfallwert prospektiv festgelegt werden. Zudem kann der Mehrleistungsabschlag in solchen Krankenhäusern wegfallen, in denen eine überdurchschnittliche Qualität in der Leistungserbringung festzustellen ist. Allerdings bedarf es für eine solche Ausnahmeregelung verhandlungs- bzw. rechtssicherer Qualitätsindikatoren, die in der Lage sind, das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses abzubilden, in dem die konkreten Mehrleistungen anfallen – also auch Leistungen der Notfallmedizin o. ä.

3.8 Zusammenwirken der einzelnen Maßnahmen

In der Summe werden die angestrebten Maßnahmen folgende Effekte zeigen: Durch die Verbesserung der Kalkulationsstichprobe werden Fehlanreize zur Mengenausweitung reduziert; die Mengensteuerungswirkung des Mehrleistungsabschlags bleibt erhalten; die Motivation zur wirtschaftlichen Leistungserbringung im Landesbasisfallwert wird bewahrt; es werden Anreize zur Leistungsverlagerung in Einrichtungen höherer Qualität gesetzt. Zudem wird die Verteilungsgerechtigkeit durch ein verbessertes Konstrukt aus

Zu- und Abschlägen verbessert. Die Übernahme der bewährten Regeln aus dem lernenden und kalkulatorisch abgesicherten G-DRG-System stellt sicher, dass in einem „scharf geschalteten“ G-DRG-System Veränderungen in der Versorgungslandschaft zeitnah und sachgerecht Eingang finden.

Nicht zuletzt profitieren gegenüber dem aktuellen System solche Krankenhäuser, die eine besondere Bedeutung für die qualitativ hochwer-

tige Versorgung der Bevölkerung wahrnehmen, die auf eine Mengenausweitung jenseits des medizinisch Notwendigen verzichten oder aufgrund der Versorgung seltener aber kostenintensiver Behandlungsfälle einem unsachgemäßen Risiko ausgesetzt werden. Schließlich verbessert sich die Situation solcher Berufsgruppen wie dem Pflegedienst, die unabdingbar für den Erfolg kurativer stationärer Behandlungen sind.

Anhang

Tabelle 1:

Anzahl der Krankenhäuser

Jahr	Krankenhäuser	
	Insgesamt	aufgestellte Betten
1991	2.411	665.565
2000	2.242	559.651
2010	2.064	502.749
2011	2.045	502.029
2012	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Tabelle 2:

Anzahl der Patientenbewegungen

Jahr	Patientenbewegung		
	Fallzahl	Verweildauer in Tagen	Betten- auslastung
1991	14.576.613	14,0	84,1
2000	17.262.929	9,7	81,9
2010	18.032.903	7,9	77,4
2011	18.344.156	7,7	77,3
2012	–	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Tabelle 3:

Ärztliches und nichtärztliches Personal

Jahr	Beschäftigte am 31.12.		
	Insgesamt	Ärztlicher Dienst ¹	Nichtärztlicher Dienst ²
1991	1.111.625	109.072	1.002.553
2000	1.100.471	122.062	978.409
2010	1.112.959	148.696	964.263
2011	1.128.394	154.248	974.146
2012	–	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt		
	Insgesamt	Ärztlicher Dienst ¹	Nichtärztlicher Dienst ²
1991	875.816	95.208	780.608
2000	834.585	108.696	725.889
2010	816.257	134.847	681.411
2011	825.195	139.068	686.127
2012	–	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt.

1 Hauptamtliche Ärzte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte), bis 2003 einschließlich Ärzte im Praktikum. Seit 1.10.2004 ist der „Arzt im Praktikum“ abgeschafft. Ab 2004 sind die ehemaligen Ärzte im Praktikum (als Assistenzärzte) in der Zahl der hauptamtlichen Ärzte enthalten.

2 Nichtärztliches Krankenhauspersonal (ohne Personal der Ausbildungsstätten), einschließlich Schüler/Auszubildende.

Tabelle 4:

Gesamtausgaben GKV

Jahr	GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung insgesamt in Mrd. Euro
1991	30,01
2000	44,54
2010	58,13
2011	59,94
2012	61,66
2013	64,70

Quelle: 1991 - 2012 BMG Amtliche Statistik KJ1 + 2013 Schätzungen des GKV-SV.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

René Bormann

Friedrich-Ebert-Stiftung

Dirk Engelmann

SPD-Parteivorstand

Prof. Dr. Edgar Franke

Mitglied des Deutschen Bundestages

Jörg Friedrich

Wissenschaftliches Institut der AOK

Dr. Gerald Gaß

Geschäftsführer Landeskrankenhaus (AÖR) Rheinland-Pfalz

Dr. Matthias Gruhl

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
der Freien und Hansestadt Hamburg

Franz Knieps

BKK-Dachverband

Armin Lang

AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten
im Gesundheitswesen

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz
der Freien und Hansestadt Hamburg

Severin Schmidt

Friedrich-Ebert-Stiftung

Dr. Bernhard van Treeck

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord

Herbert Weisbrod-Frey

ver.di



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Deutschland – ein Wundermärchen

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Was man bei der Reduzierung der Staatsschulden beachten muss

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Money for Nothing and the Risks for Free?
Zu Erfolgen und Risiken der EZB-Geldpolitik
in der Eurokrise**

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

**Die Bankenunion: Wer zahlt die Zeche?
Zur Ausgestaltung eines Aufsichts- und Abwicklungsregimes für Banken in der Euro-Zone**

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

Europäische Wettbewerbsdesorientierung

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Vorschlag zur Neuordnung des Finanzausgleichs

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Für einen produktiven und solide finanzierten Staat – Einnahmen und Dienstleistungsstaat stärken

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Innovative Ansätze in der Beratung von Migrantinnen und Migranten mit Gründungsambitionen – Potenziale aus der akademischen Gründungslehre nutzen

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Kinder als kleine Verbraucher?

Politik in der Verantwortung

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Frühzeitige Bürgerbeteiligung für eine effizientere Verkehrsinfrastrukturplanung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Verlorene Jahre – Versäumte Weichenstellungen und zukünftige Eckpfeiler in der Pflegepolitik

WISO direkt

Gesprächskreis Sozialpolitik

Gute Pflege vor Ort

Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Weiterbildungsbeteiligung

Anforderungen an eine Arbeitsversicherung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Humanisierung der Arbeit braucht Forschung

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Migrantenorganisationen

Engagement, Transnationalität und Integration

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso

