

**VKD-Frühjahrstagung in  
Stuttgart am 17. März 2014**

**Eckpunkte der  
Krankenhausreform 2014**

**Position der GKV**



## ▷ AGENDA

▷ Der Koalitionsvertrag

▷ Positionen der Kassen

▷ Krankenhausplanung

▷ Investitionen

▷ Finanzierung

▷ Qualität

▷ Direktverträge

▷ Mengenenwicklung

▷ MDK-Prüfverfahren

▷ Unikliniken

▷ PEPP-System

▷ Fazit

## ▷ Der Koalitionsvertrag

- § „In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern“
- § Die Patienten sollen verständlichere Qualitätsinformationen erhalten
- § Die Krankenhausplanung wird von einer standortbasierten zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung weiterentwickelt
- § Die Kostensituation soll in der Krankenhausvergütung besser abgebildet werden (DRG-Kalkulation, Orientierungswert)
- § Eine Bund-Länder-Kommission erarbeitet bis Ende 2014 die Eckpunkte des Reformkonzeptes
- § Es fehlen Aussagen zur Investitionsförderung
- § Der angedachte „Strukturfonds“ wurde gestrichen

## ▷ Positionen der Kassen

- § 14 Positionen für 2014 - Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes beschlossen vom Verwaltungsrat am 4. September 2013
- § Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung (vdek-Beschluss am 11.03.2014)

## ▷ Krankenhausplanung – Zentrale Forderungen der Ersatzkassen

- § Die Krankenhausplanung wird von einer kapazitätsorientierten zu einer qualitätsorientierten Planung weiterentwickelt
- § Der Bund (GBA) definiert bundesweit einheitliche Planungskriterien
- § Die Länder sind weiterhin für die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung zuständig
- § Qualitätskriterien und eine sektorenübergreifende Betrachtung fließen in die Krankenhausplanung **ein**

## ▷ Krankenhausplanung – Richtlinien der Bundesebene

§ Der GBA erhält neue Aufgaben, um die Krankenhausplanung zu vereinheitlichen:

- ∅ Die Entwicklung planungstauglicher Qualitätsparameter
- ∅ Die Zuordnung von DRG zu entsprechenden Versorgungsstufen, und perspektivisch auch Fachabteilungen
- ∅ Die Entwicklung von Kriterien zur Klassifizierung von Versorgungsregionen
- ∅ Definitionen für die Festlegung von Fach- und Innovationszentren

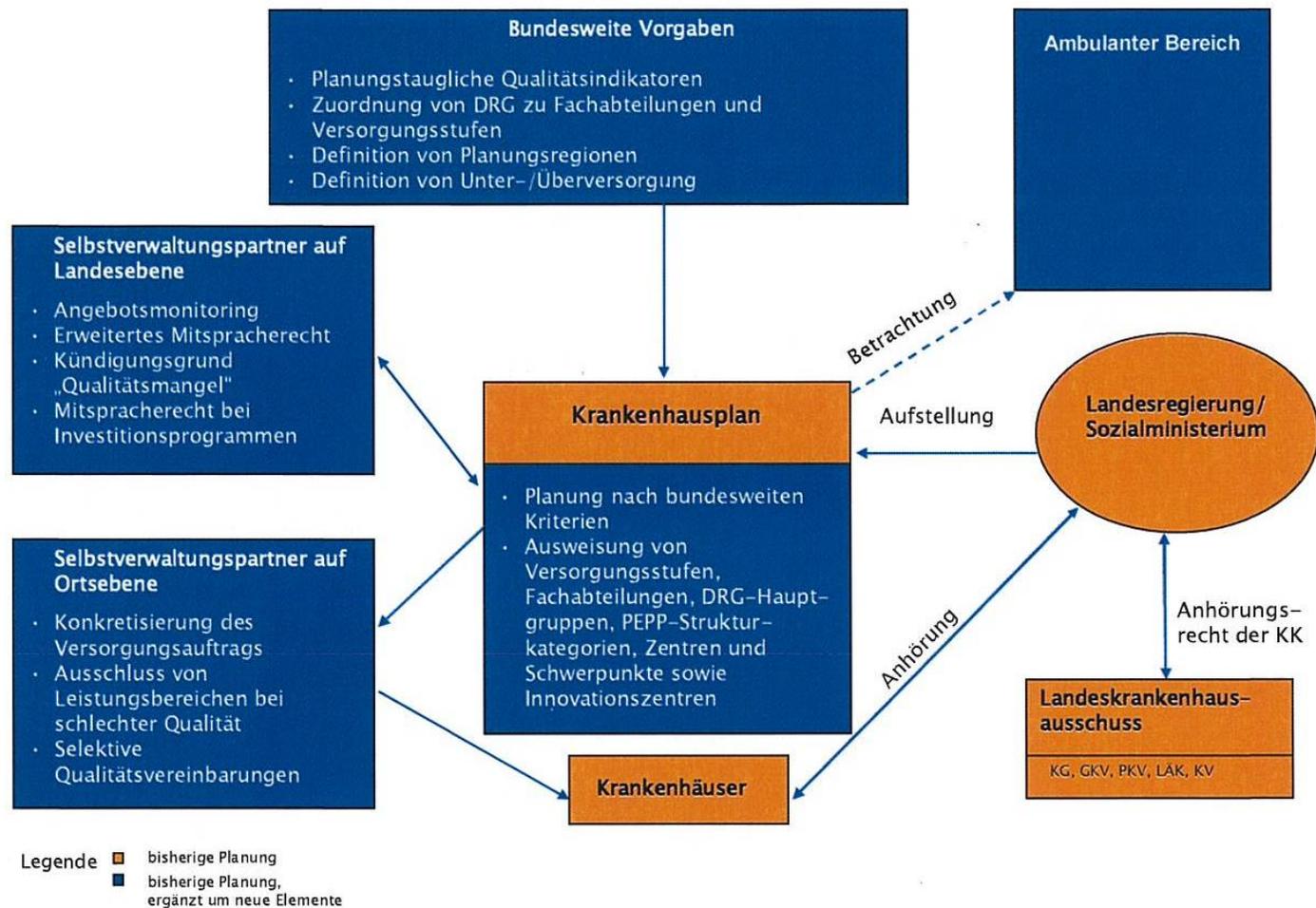
## ▷ Krankenhausplanung – Kompetenzen der Länder

- § Die Länder behalten den Sicherstellungsauftrag und sind weiterhin für die Rahmenplanung zuständig
- § Die Rahmenplanung muss die bundeseinheitlichen Vorgaben berücksichtigen
- § Die Landesplanung definiert die Leistungsbereiche, die ein Krankenhaus anbieten darf
- § Spezialisierte Zentren werden ausgewiesen

## ▷ Krankenhausplanung – Die Ortsebene

- § Die Vertragspartner definieren das konkrete Leistungsspektrum des Krankenhauses nach den Bedarfvorgaben der Bundes- und Landesebene
- § Die Konkretisierungsbefugnis muss justiziabel sein

# ▫ Neue Krankenhausplanung



## ▷ Investitionen

- § Die Investitionsfinanzierung durch die Länder ist mehr als mangelhaft – die Finanzierung der Investitionsmittel erfolgt zum Teil durch Quersubventionierung aus DRG-Erlösen („schleichende Monistik“)
- § Die Länder verteilen die pauschalen Fördermittel über leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen
- § Eine Mindestinvestitionsquote sollte gesetzlich festgelegt werden
- § Soweit die Länder die Mindestinvestitionsquote nicht erfüllen, muss der Bund einspringen
- § Bei der Einzelförderung müssen die Kassen ein Mitspracherecht erhalten

# ▷ KH-Planung, Investitionsfinanzierung und KH-Verhandlung aus einem Guss

**KH-Verhandlung**

**KH und KK**

## **Investitionsfinanzierung**

- Leistungsorientiert anhand von Invest-BWR
- Verbindliche bundeseinheitliche Mindestinvestitionsquote

## **Betriebsmittelfinanzierung**

- Konkrete Festlegung der Leistungen (Versorgungsauftrag)
- auf Basis von QS-Kriterien und QS-Ergebnissen

**KH-Planung der Länder**

in Abstimmung mit  
**KH u. KK**

## **Krankenhausplanung**

- Bedarfs- und qualitätsorientierte Rahmenplanung mit Leistungsbezug (Spezialisierung in Zentren)

## ▷ Finanzierung

- § Die Einführung des DRG-Systems war gut und richtig
- § Ebenso richtig war die Konvergenz auf die Landesbasisfallwerte
- § Die Verhandlungen der Preise müssen auf der Landesebene verbleiben. Eine Verlagerung auf die Ortsebene wäre ein Schritt zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip
- § Der Orientierungswert wird vom Statistischen Bundesamt sachgerecht ermittelt, er berücksichtigt jedoch keine Produktivitätssteigerungen
- § Budgetverhandlungen vor Ort müssen auch das regionale ambulante Versorgungsangebot sowie Leistungsverlagerungen berücksichtigen

## ▷ Qualität

- § Bundesweit einheitliche Qualitätsvorgaben des G-BA sind unerlässlich. Die Qualitätsinstrumente müssen praktikabel und rechtssicher umsetzbar gestaltet sein
- § Die dauerhafte Einrichtung eines Qualitätsinstituts (§ 137 a SGB V) wird begrüßt
- § Die Regelungen zu Mindestmengen müssen durch den G-BA normativ festgelegt und rechtssicher ausgestaltet werden. Bei Eingriffen sollte die Mindestmenge zwischen Operateur und Einrichtung unterschieden werden
- § Die Einholung einer Zweitmeinung vor einer geplanten Operation unterstützt die Entscheidungsfindung des Patienten. Es muss aber praktisch auch für alle Beteiligten umsetzbar sein
- § Qualitätsinformationen müssen transparent und verständlich sein – nicht nur für Experten - und faire Klinikvergleiche ermöglichen. Dazu tragen wir mit dem BARMER GEK-Krankenhausnavi bei

## ▷ Direktverträge

- § Für einen Katalog planbarer Leistungen sollte den Kassen die Möglichkeit eingeräumt werden, mit Krankenhäusern Direktverträge schließen zu können
- § Das freie Krankenhauswahlrecht für Patienten bleibt erhalten

## ▷ Mengenenwicklung

- § Der Koalitionsvertrag schlägt differenzierte Mehrleistungsabschläge vor: Ausnahmen und ggf. Zuschläge bei guter Qualität, höhere Abschläge bei schlechter Qualität
- § Mehrleistungsabschläge stellen ein effektives Steuerungsinstrument dar und müssen nach 2014 fortgeführt werden
- § Abschläge für schlechte Qualität lehnen wir ab: schlechte Qualität zu Dumping-Preisen ist inakzeptabel
- § Ebenso wenig sinnvoll ist ein Zertifikatehandel – die Qualität muss über die Leistung entscheiden, nicht die Finanzkraft

## ▷ Lösungsansätze zur Mengenentwicklung

§ Das Ergebnis des Forschungsauftrages der Selbstverwaltung wird mit Spannung erwartet.

§ Unsere Einschätzung: keine Maßnahme wirkt als „Allheilmittel“; notwendig ist ein Bündel von Maßnahmen – z.B.:

- bedarfsorientierte Strukturanpassung im Rahmen einer reformierten qualitätsbasierten KH-Planung
- leistungsgerechte und auskömmliche Investitionsfinanzierung
- qualitätsorientierte Direktverträge
- Weitergeltung der Mehrleistungsabschlüsse – ggf. zur Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen
- Patientenorientierung, Information, Transparenz – z.B.:  
Zweitmeinungsverfahren

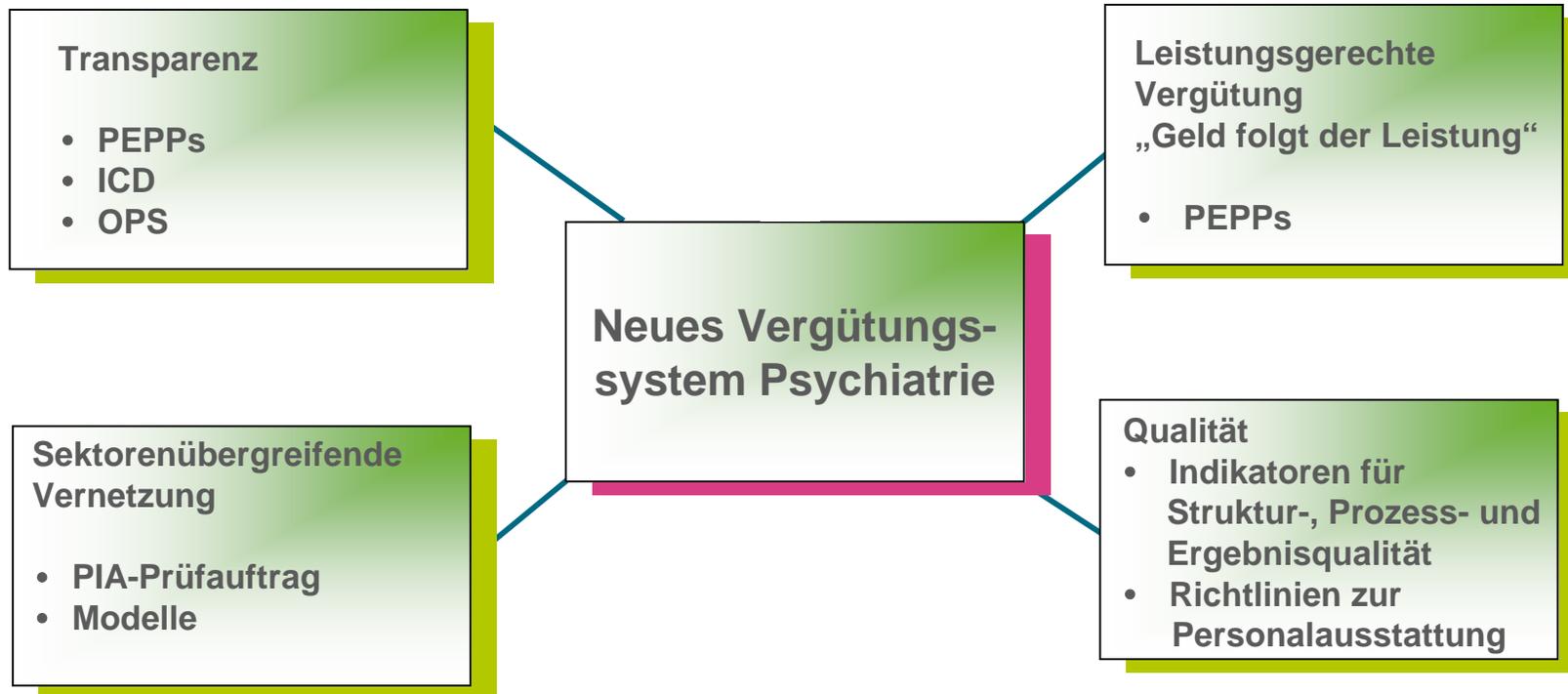
## ▷ MDK-Prüfverfahren

- § Komplexität des DRG-Systems führt zu Fehlabberechnungen
- § Vorschriften und Abrechnungsbestimmungen sind nicht immer abschließend definiert - es bleiben Interpretationsspielräume
- § KH-Rechnungsprüfung gehört zum „lernenden DRG-System“
- § Die Neugestaltung der Abrechnungsprüfung im Rahmen des § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) führt zu neuen Problemen
- § Bundeseinheitliche Kriterien für die Abrechnungsprüfung werden begrüßt
- § Die Schlichtungsausschüsse auf Landesebene sollten wieder abgeschafft werden

## ▷ Unikliniken

- § Die besondere Situation der Unikliniken ist allseits bekannt.
- § Aktueller Auftrag aus dem Beitragsschuldengesetz an das InEK zu prüfen, ob Kliniken durch Extremkostenfälle besonders belastet sind.
- § Der Koalitionsvertrag hingegen fordert vom InEK im Jahr 2014 gleich eine gesonderte Vergütungsform. Dies ist übereilt, hier gilt es zunächst, das Ergebnis des Prüfauftrages abzuwarten.

## ▷ PEPP-System I



è Die Einführung des PEPP-Systems war gut und richtig!

è Kritiker verkennen: PEPP ist ein lernendes System und entwickelt sich!

## ▷ PEPP-System II

- § Das PEPP-System bringt Vergütungsgerechtigkeit und Leistungstransparenz für die stationäre psychiatrische Versorgung (ebenso die Bundetherapeutenkammer)
- § Das PEPP-System ist als „lernendes System“ angelegt
- § Der Prüfauftrag der Selbstverwaltung an das InEK greift Kritikpunkte der Fachgesellschaften auf

## ▷ Fazit

- § In Deutschland haben wir eine gute Krankenhausversorgung
- § Auffällig ist die große KH-Dichte, partiell starke Mengensteigerungen und eine mangelhafte Investitionsfinanzierung
- § Notwendig ist vor allem eine qualitäts- und bedarfsorientierte Krankenhausplanung, die eine verbindliche Steuerung des Versorgungsangebotes gewährleistet
- § Investitionsfinanzierung muss verlässlich und rechtssicher ausgestaltet werden
- § Die sektorübergreifende Betrachtung muss einen höheren Stellenwert erhalten