



Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung 2014

Die Forderungen der Ersatzkassen auf einen Blick:

1. Länderplanung einheitlich gestalten

Die Krankenhausplanung der Bundesländer muss einheitlich nach bundesweit definierten Planungskriterien durchgeführt werden.

2. Qualitätsorientierung vorantreiben

Qualität muss ein eigenständiges Planungskriterium werden. Die Ergebnisse aus den gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren müssen planungstauglich aufbereitet werden.

3. Selbstverwaltungskompetenzen stärken

Die Selbstverwaltungspartner müssen eine Konkretisierungskompetenz erhalten, um im Rahmen des Versorgungsauftrages das Leistungsspektrum eines Krankenhauses festlegen zu können.

4. Angebotsmonitoring etablieren

Ein Angebotsmonitoring der Vertragsparteien auf Landesebene macht die Auswirkungen der Planung transparent.

5. Innovationen sicher einführen

Innovationen werden nur in „Innovationszentren“ eingeführt, die im Krankenhausplan entsprechend ausgewiesen sind. Zugleich unterliegen diese Innovationen einer verpflichtenden Evaluation.

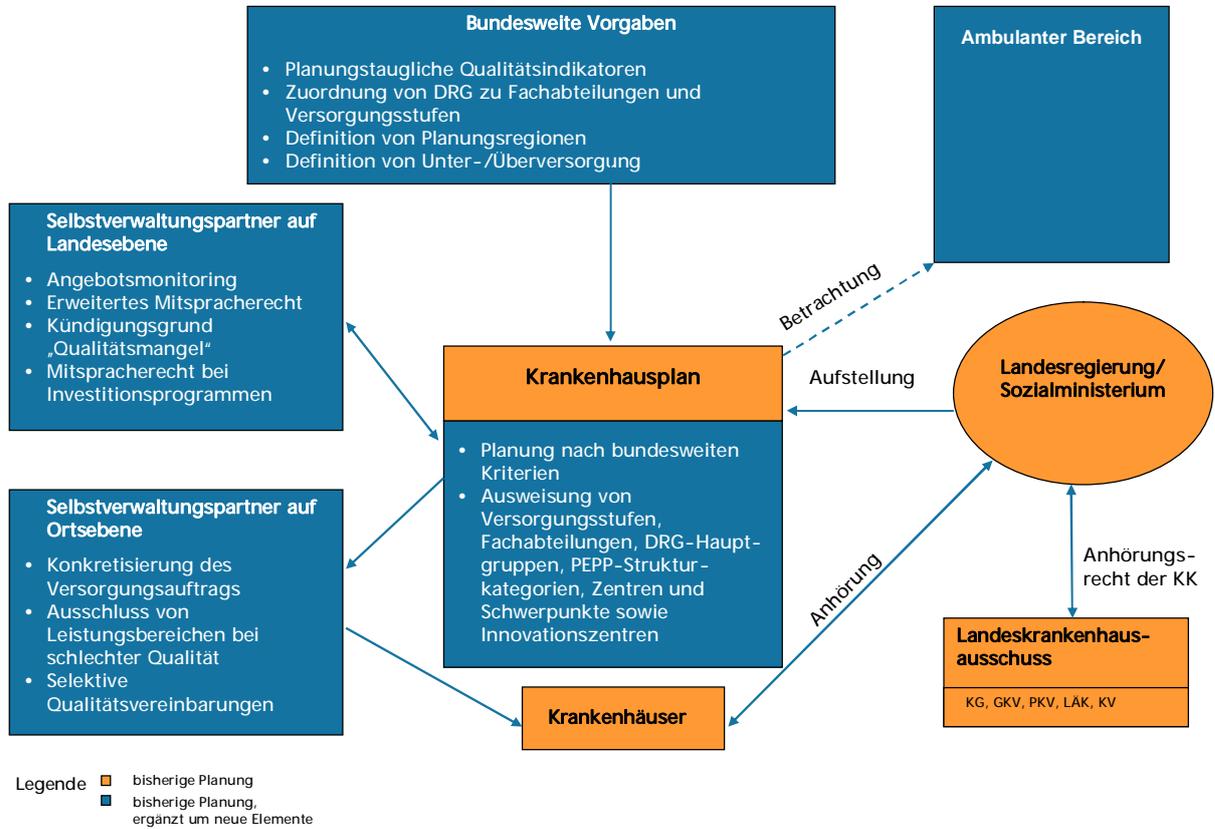
6. Sektorübergreifende Betrachtung sicherstellen

Die Krankenhausplanung muss den ambulanten Bereich in die Betrachtung mit einbeziehen.

7. Bund an der Investitionsfinanzierung beteiligen

Der Bund muss sich an der Investitionsfinanzierung beteiligen. Zudem ist eine Investitionsquote als Untergrenze festzuschreiben.

Neue Krankenhausplanung



1 Reformbedarf

Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) und dem Einstieg in ein Preissystem hat sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser im Bereich der Betriebskostenfinanzierung grundsätzlich verbessert. Zugleich ist die Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer seit 1972 von Jahr zu Jahr schlechter geworden. Die Krankenhäuser sind gezwungen, die Investitionsfinanzierungslücken insbesondere durch Einsparungen im Betriebskostenbereich oder aus Mengenausweitungen zu finanzieren. Die Haushaltslage der Bundesländer lässt auf absehbare Zeit kein größeres Finanzierungsengagement erwarten. Auch bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Krankenhausplanung geraten die Bundesländer häufig in die Kritik. Eine nicht durchgängige Qualitätsorientierung und teils am Bedarf vorbei geplante Kapazitäten haben die Strukturen manifestiert, statt diese an die Veränderungen des demografischen und medizinischen Wandels anzupassen. Leistungsfähigkeit und Qualität eines Krankenhauses werden bei der Zulassung und der Planfortschreibung nicht durchgängig berücksichtigt. Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit findet in Anbetracht des landesweiten Festpreissystems kaum mehr Beachtung. Die derzeitige Krankenhausplanung begünstigt auch die im Rahmen der Begleitforschung attestierte Mengenproblematik. Und nicht zuletzt spielt der ambulante Bereich im Zuge der Krankenhausplanung selten eine Rolle.

Es gilt, eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen und die freie Krankenhauswahl zu erhalten. Das hat für die Ersatzkassen oberste Priorität. Die Krankenhausplanung durch reine Wettbewerbsmodelle zu ersetzen, ist keine Option. Deshalb sollte der Sicherstellungsauftrag und die Planungskompetenz auch bei den Bundesländern verbleiben. Dagegen ist aber dringend geboten, dass sich der Bund an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser beteiligt. Im Gegenzug erhält die Bundesebene bestimmte Kompetenzen, etwa um die Planungskriterien einheitlich zu definieren. Im Rahmen dieser Planungskriterien muss die Qualität - neben der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit - künftig ein eigenständiges Kriterium darstellen. Im Sinne der Praxisnähe sind die Selbstverwaltungspartner in die Krankenhausplanung verbindlich mit einzubeziehen. Damit wird man auch der Tatsache gerecht, dass sich die Krankenkassen zunehmend stärker an der Gesamtkostenfinanzierung der Krankenhäuser beteiligen.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Die Bundesländer sind weiterhin für die Krankenhausplanung verantwortlich.
- Der Bund beteiligt sich an der Investitionsfinanzierung.
- Die Planungskriterien sind bundesweit zu definieren und um das Kriterium Qualität zu ergänzen.
- Es erfolgt eine Neujustierung der Kompetenzen zwischen Bund, Bundesländern und Krankenkassen bzw. Selbstverwaltungspartnern.

2 Richtlinien der Bundesebene

Die Ergebnisse aus diversen Qualitätssicherungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fließen bisher nicht regelhaft in die Planungsprozesse der Länder ein. Insofern finden sich die Ergebnisse in den Krankenhausplänen der Länder nicht wieder. Ebenso werden Parameter der Strukturqualität nur selten bei der Planung bzw. Zulassung berücksichtigt. Darüber hinaus differenziert die Krankenhausplanung nicht immer zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Das hat zur Folge, dass die Gefahr einer Überversorgung in städtischen Bereichen und die einer Unterversorgung in ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten ansteigt. Bislang bestehen keine bundesweiten Kriterien zur Differenzierung der Regionen, die eine unterschiedliche Bedarfsbewertung ermöglichen.

Um die Krankenhausplanung zu vereinheitlichen, sollte der G-BA neue Aufgaben erhalten. Dies setzt zunächst verkürzte Entscheidungswege und einen effektiven Konfliktlösungsmechanismus voraus. Der G-BA muss den gesetzlichen Auftrag erhalten, Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren so aufzubereiten, dass sie operativ in den Planungsprozess überführt werden können. Dabei sind Kriterien zur Feststellung von guter und schlechter Qualität zu entwickeln. Darüber hinaus sollte er künftig auch spezielle bundeseinheitliche Planungsrichtlinien erarbeiten. Hierzu gehört auch eine Zuordnung von DRG zu Fachabteilungen und Versorgungsstufen. Die Selbstverwaltungspartner müssen hierzu das InEK beauftragen. Darüber hinaus sollte der G-BA die bisherigen Versorgungsregionen nach Art und Typ überprüfen und eine Kategorisierung der Versorgungsregionen vorschlagen. In dem Zuge muss er auch Kriterien, wie zum Beispiel zur Bedarfsgerechtigkeit bzw. Feststellung von Fehlversorgung entwickeln. Dabei ist auch der ambulante Bereich mit einzubeziehen. Eine Vorgabe bundesweit verbindlicher Abgrenzungskriterien zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist dabei vorteilhaft. Der G-BA muss künftig auch Anforderungen für neu zu definierende Innovationszentren aufstellen.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Die Entscheidungswege im G-BA müssen durch eine Beschleunigungslösung und einen Konfliktlösungsmechanismus effizienter werden.
- Der G-BA sollte folgende neue Aufgaben erhalten:
 - ➔ Die Erarbeitung planungstauglicher Qualitätskriterien und -indikatoren.
 - ➔ Die Zuordnung von DRG zu entsprechenden Versorgungsstufen und Fachabteilungen.
 - ➔ Die Entwicklung von Planungskriterien im Hinblick auf Fehlversorgung sowie Klassifizierung von Versorgungsregionen.
 - ➔ Die Vorgabe räumlicher Abgrenzungskriterien zwischen städtischer und ländlicher Umgebung unter Planungsgesichtspunkten.
 - ➔ Die Entwicklung gesetzlicher Abgrenzungskriterien zwischen ambulanter und stationärer Behandlung.
 - ➔ Die Definition von Struktur- und Durchführungsbestimmungen für Innovationszentren.

3 Planung der Bundesländer

Die Kapazitätsplanung der Bundesländer folgt derzeit keinen Vorgaben. Krankenhäuser, die für eine medizinisch nicht notwendige Leistungsausweitung stehen, erfahren im Rahmen der Planung keine Konsequenzen. Gleiches gilt für die Krankenhäuser, die im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren nachweislich über längere Zeit eine schlechte Qualität erbringen. Die stationäre Leistungs- und Mengentwicklung weicht seit der DRG-Einführung von den Planvorgaben der Bundesländer ab. Da die Verweildauer gesunken ist, konnten freigewordene Kapazitäten für eine Fallzahlsteigerung genutzt werden. Dies hängt auch mit der fehlenden Kongruenz von Planungs- und Abrechnungseinheit zusammen. Die fall- und leistungsbezogene Vergütung steht nicht mehr im Zusammenhang mit der Planvorgabe Bett. Der im Krankenhausplan verankerte Fachabteilungsbezug ist zudem losgelöst von der Hauptgruppen-Untergliederung (MDC) im DRG-Katalog und den Strukturkategorien im PEPP-Katalog. Damit fehlt eine Verbindung zwischen der Planvorgabe eines Krankenhauses und der Festlegung seines Leistungsspektrums in den Budgetverhandlungen. Die Zentren- und Schwerpunktbildung folgt keinen Regeln. Eine Planung von Innovationszentren ist heute nicht gegeben.

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung sollte sich nicht nur mit der Frage beschäftigen, wie viele Kapazitäten ein Krankenhaus vorzuhalten hat. Sie muss auch den Rahmen vorgeben, inwieweit ein Krankenhaus bestimmte Leistungsbereiche anbieten darf. Als Maßstab dienen hier die bundesweit festgelegten Planungskriterien. Entsprechend müssen beispielsweise dauerhafte Qualitätsdefizite zu Leistungseinschränkungen führen. Planungsrelevante Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren müssen generell in die Planung einfließen. Zusätzlich müssen Strukturqualitätsanforderungen, insbesondere bei der Zulassung von Krankenhäusern, Berücksichtigung finden. In den Krankenhausplänen sollten die Länder nicht nur Betten und Fachabteilungen, sondern auch Versorgungsstufen und DRG-Hauptgruppen sowie PEPP-Strukturkategorien ausweisen. Dies führt zu einem ersten Schritt in Richtung Kongruenz zwischen Planungs- und Abrechnungseinheit. So kann das Leistungsspektrum eines Krankenhauses erstmals unter verwendbaren Vorgaben seines Versorgungsauftrages vereinbart werden. Ebenso weisen die Bundesländer Zentren und Schwerpunkte im Krankenhausplan aus. Gleiches gilt für Innovationszentren, denn der Zugang zu Innovationen sollte nur im Rahmen von begleitenden Evaluationen in tatsächlich geeigneten Einrichtungen erfolgen. Um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten, sollten auch für diesen Bereich bundesweite Richtlinien angewendet werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Bundeseinheitliche Richtlinien und Kriterien müssen bei der Krankenhausplanung der Länder angewandt werden, um beispielsweise einen länderübergreifenden Abstimmungsprozess zu erleichtern.
- Die Länderplanung ist konform zum Entgeltsystem auszugestalten, damit eine Konkretisierung durch die Selbstverwaltungspartner erfolgen kann.
- Planungsrelevante Qualitätskriterien sind von den Ländern bei der Planung bzw. Zulassung anzuwenden und müssen regelmäßig überprüft werden.
- Die Länder müssen Zentren und Schwerpunkte und neu zu definierende Innovationszentren nach G-BA-Richtlinien im Plan ausweisen.

4 Konkretisierungskompetenz auf örtlicher Ebene

Die Krankenkassen können derzeit das Leistungsspektrum der Krankenhäuser, das sich am Bedarf orientieren sollte, nicht mitbestimmen. Es besteht nur eine „Kann-Möglichkeit“ den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses durch eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger zu konkretisieren. Die gesetzliche Regelung läuft allerdings bislang völlig ins Leere. Denn grundsätzlich sind die Krankenhäuser derzeit in der Lage, alle Leistungen gemäß Versorgungsauftrag aus den Entgeltkatalogen abzurechnen. Der Ausschluss einzelner Leistungen aus dem Spektrum eines Krankenhauses scheidet spätestens in der Schiedsstelle aufgrund fehlender eindeutiger Rechtsgrundlagen. Insofern findet eine Leistungssteuerung auf Entgeltebene nicht statt. Krankenhäuser, die im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren dauerhaft eine schlechte Qualität aufweisen, können nicht ohne Weiteres von der Versorgung für bestimmte Leistungsbereiche ausgeschlossen werden. Ebenso fehlt den Krankenkassen die rechtssichere Möglichkeit, bei einer angebotsinduzierten Mengensteigerung die Kapazitäten lokal zu begrenzen.

Innerhalb der Rahmenvorgaben der Bundesländer müssen die Vertragsparteien das Recht haben, das Leistungsspektrum der Krankenhäuser zu konkretisieren und einzugrenzen. Dabei muss auch der Überschneidungsbereich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung geregelt werden können. Gesetzliche Kann-Regelungen sollten in verbindliche Muss-Regelungen mit Konfliktlösungsmechanismus umgewandelt werden. Dabei haben die Vertragsparteien die Möglichkeit, auf Fehlversorgung und insbesondere auf gute und schlechte Qualität zu reagieren. Liegt eine Überversorgung vor, entfällt für diese Leistungen der kollektive Kontrahierungszwang. Die Krankenkassen erhalten Instrumente, um mengenanfälligen Leistungsbereichen an Krankenhäusern entgegenzuwirken. Die Auswahl bzw. der Ausschluss von Krankenhäusern erfolgt unter Anwendung der Qualitätskriterien des G-BA. Gleichzeitig sind Selektivverträge für planbare Leistungen in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Qualität vorzusehen. Dies tangiert die freie Krankenhauswahl nicht. Einer möglichen Unterversorgung kann mit Sicherstellungszuschlägen entgegengewirkt werden. Auf der Basis einer sektorenübergreifenden Betrachtung kann in strukturschwachen Regionen eine Öffnung bzw. Umwidmung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung das sektorenübergreifende Versorgungsangebot verbessern. Dies dient auch der Neuausrichtung des Leistungsportfolios von Krankenhäusern. Zudem wird die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen gestärkt. Insgesamt bedarf es hierzu verpflichtender gesetzlicher Regelungen.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Den Vertragsparteien muss eine Konkretisierungskompetenz zur Bestimmung bzw. Vereinbarung des Leistungsspektrums und zum Ausschluss von Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages eingeräumt werden.
- Mit Krankenhäusern, die eine überdurchschnittliche Qualität aufweisen, dürfen für planbare Leistungen Selektivverträge mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen geschlossen werden.
- In überversorgten Versorgungsregionen erhalten die Vertragsparteien Möglichkeiten zur Angebots- bzw. Leistungsreduktion.

- Einer Unterversorgung kann durch Sicherstellungszuschläge und einer Öffnung hin zur ambulanten Versorgung entgegen gewirkt werden.

5 Stärkung der Selbstverwaltungskompetenz auf Landesebene

Die Vertragsparteien auf Landesebene besitzen derzeit nur ein Anhörungsrecht im Rahmen der Krankenhausplanung. Wie die Planvorgaben wirken oder ob Strukturvorsetzungen dauerhaft in den Krankenhäusern vorliegen, unterliegt keiner systematischen Beobachtung. Dies liegt auch daran, dass eine Rechtsgrundlage fehlt, Daten aus den Abrechnungs- und Qualitätssicherungsverfahren zu nutzen. Den Vertragsparteien auf Landesebene fehlen außerdem entsprechende Interventionsmöglichkeiten, um Umsetzungsdefizite der Länder auszugleichen, wenn beispielsweise die Planungskriterien keine Anwendung finden.

Die Vertragsparteien auf Landesebene sollten ein mengen- und qualitätsbezogenes Angebotsmonitoring durchführen. Die Rechtsgrundlagen für die Nutzung der benötigten Datenbestände müssen geschaffen werden. Das Angebotsmonitoring sollte auch feststellen, für welche Leistungsbereiche eine Fehlversorgung im jeweiligen Bundesland vorliegt. Dafür sind die Richtlinien des G-BA anzuwenden. Bei festgestellten Defiziten oder Fehlentwicklungen erhalten die Krankenkassen auf Landesebene ein erweitertes Mitspracherecht und dürfen dem Bundesland entsprechende Maßnahmen unterbreiten. Diese sind im Regelfall von den Bundesländern anzunehmen. Insbesondere wenn Qualitätsdefizite dauerhaft vorliegen, können Versorgungsverträge oder Teile davon gekündigt werden. Die Landesebene kann veranlassen, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft, ob Qualitätsvorgaben eingehalten werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Die Vertragsparteien auf Landesebene müssen auf der Basis der Qualitätssicherungsdaten sowie der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Angebotsmonitoring nach bundesweiten Richtlinien durchführen. Dabei beziehen sie den ambulanten Sektor mit ein.
- Die Vertragsparteien auf Landesebene erhalten ein erweitertes Mitspracherecht, wenn die Länder bei ihren Planungsaufgaben bundesweite Richtlinien nicht anwenden.
- Die Vertragsparteien auf der Landesebene erhalten einseitig das Recht, Versorgungsverträge oder Teile davon aufzukündigen, wenn die Qualität nachhaltig nicht gegeben ist oder eine Überversorgung vorliegt.
- Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben muss durch Strukturprüfungen und die Qualitätsergebnisse durch Auffälligkeitsprüfungen kontrolliert werden können.

6 Sektorenübergreifende Betrachtung

Ein Kernproblem im deutschen Gesundheitswesen liegt in einem bestehenden Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Zu diesem Schluss kommen auch Mitglieder des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Demnach weisen viele wohlhabende Bezirke in den Ballungsräumen eine regelrechte Überversorgung an Kliniken und niedergelassenen Ärzten auf, gleichzeitig besteht in vielen ländlichen Regionen die Gefahr einer Unterversorgung mit ambulanten Leistungen; mit steigender Tendenz. Versuche, den ambulanten Bereich in die Krankenhausplanung einzubeziehen, scheitern an unterschiedlichen Zuständigkeiten und Datengrundlagen sowie Planungsansätzen. Folglich findet die Planung der ambulanten wie stationären Versorgung derzeit rein sektoral statt.

Eine zukünftige innovative Krankenhausplanung darf eine sektorenübergreifende Betrachtung nicht außer Acht lassen. Eine sektorenübergreifende Planung ist aufgrund der Komplexität und der unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen ein längerfristiges Ziel. Daher kann der ambulante Bereich im Rahmen der Krankenhausplanung zunächst in Form einer „Betrachtung“ mit einbezogen werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Die Krankenhausplanung muss den ambulanten Sektor in die Betrachtung mit einbeziehen.
- Die Schaffung einheitlicher sektorenübergreifender Datengrundlagen sollte gesetzlich vorgegeben werden.
- Perspektivisch muss eine sektorenübergreifende Planung erfolgen, sobald die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen worden sind.

7 Investitionsfinanzierung/-programme

Auf der Basis der Krankenhausplanung erstellen die Bundesländer ihre Investitionsprogramme. Die stetig abnehmenden Investitionsmittel bewirken, dass letztendlich die Krankenkassen für die Investitionskosten über die von ihnen zur Verfügung gestellten Betriebsmittel aufkommen. Ebenso zahlen die Krankenkassen die Folgekosten für nicht bedarfsnotwendige Kapazitäten.

Die Bundesländer müssen perspektivisch verpflichtet werden, die Förderung auf Investitionspauschalen umzustellen, auch um die Investitionsfinanzierung zu vereinheitlichen. Die Verpflichtung zur Einzelförderung bleibt davon unberührt. Eine Investitionsquote als Untergrenze sollte gesetzlich festgeschrieben werden. Die Krankenkassen müssen auf Landesebene ein verbindliches Mitspracherecht bei der Erstellung der Investitionsprogramme für die Einzelförderung erhalten. Die Mittel für die Investitionsförderung sind bedarfsgerecht bereitzustellen und jährlich entsprechend anzupassen. Die Haushaltslage einiger Bundesländer deutet darauf hin, dass es erforderlich ist, dass sich der Bund an der Investitionsfinanzierung beteiligt.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Die Bundesländer stellen ihre Pauschalförderung auf leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen um.
- Bei der Mittelverteilung im Rahmen der Einzelförderung müssen die Krankenkassen ein verbindliches Mitspracherecht bei der Aufstellung der Investitionsprogramme erhalten.
- Der Bund muss sich an der Investitionsfinanzierung beteiligen. Eine Investitionsquote ist gesetzlich als Untergrenze zu verankern.