



# Positionspapier zur Krankenhausversorgung bzw. -planung der ARGE der Krankenkassenverbände in Bayern 2014

---

<b>1</b>	<b>KRANKENHAUSVERSORGUNG GEZIELT AUF DIE PATIENTEN AUSRICHTEN .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>QUALITÄTSORIENTIERUNG VERSTÄRKEN .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>FEHLVERSORGUNG VERHINDERN .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>KONZENTRATIONSPROZESSE EINLEITEN UND STRUKTURVERÄNDERUNGEN IN RICHTUNG SPEZIALISIERUNG FORCIEREN .....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>SEKTORENGRENZEN ÜBERWINDEN .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>KRANKENHAUSFINANZIERUNG NEU JUSTIEREN .....</b>	<b>10</b>

## ***Reformansätze für die Krankenhausversorgung in Bayern ab 2014***

*Angesichts vielfältiger Strukturprobleme, des demographischen Wandels und medizinischen Fortschritts ist eine Reform der Krankenhauslandschaft in Bayern dringend notwendig. Nur so kann die Versorgung dauerhaft an den Bedürfnissen der Versicherten bzw. der Patienten ausgerichtet werden. Es gilt, eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in Bayern sicherzustellen und die freie Krankenhauswahl zu erhalten.*

*Die notwendigen Handlungsfelder werden in diesem Positionspapier aus Sicht der bayerischen Krankenkassenverbände näher betrachtet, vorhandene Probleme erläutert und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung und Veränderung vorgeschlagen.*

*Damit soll ein offener Dialog zwischen den Akteuren im Bereich der Krankenhausversorgung ermöglicht werden.*

# 1 Krankenhausversorgung gezielt auf die Patienten ausrichten

SCHIEFLAGE

*Der Einfluss von fehlgerichteten ökonomischen Anreizen auf die präferierte Behandlungsmethode hat zugenommen. Derzeit fehlen für Versicherte transparente und neutrale Informationen über mögliche Behandlungsalternativen. Der Patientenschutz wird nicht ausreichend berücksichtigt.*

MAßNAHME

*Der Patient wird stärker in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung gestellt.*

*Bei elektiven Eingriffen sollten neutrale Informationen über Behandlungsalternativen aufgezeigt und allgemein verständlich erläutert und veröffentlicht werden.*

*Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass nur medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden, die für ihn gegenüber anderen anerkannten Therapiemethoden vorteilhaft sind. Bei ausgewählten Diagnosespektren sollte deshalb die Möglichkeit eines Zweitmeinungsverfahrens eröffnet werden. Für einen wirkungsvollen Patientenschutz müssen alle patientengefährdenden Behandlungsergebnisse in den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V auffindbar offengelegt werden.*

## 2 Qualitätsorientierung verstärken

### 2.1 Qualität muss sich am Patienten orientieren und transparent sein

SCHIEFLAGE

*Zurzeit existiert kein allgemeines Medium zur transparenten Information der Patienten über die Qualität der konkreten Leistung im Krankenhaus. Die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlichten Daten sind häufig undurchsichtig bzw. unvollständig.*

MAßNAHME

*Eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung muss für den Patienten benutzerfreundlich identifizierbar sein. Nur auf der Grundlage aktueller, transparenter und verständlicher Informationen wird ein qualitätsbewusstes Verhalten des Versicherten bei der Wahl eines Krankenhauses erzeugt.*

### 2.2 Qualität muss eigenständiges Planungskriterium werden

SCHIEFLAGE

*Derzeit finden Qualitätsaspekte keine ausreichende Berücksichtigung im Krankenhausplanungsprozess.*

MAßNAHME

*Qualität muss ein fester Bestandteil der Versorgung und damit eigenständiges Planungskriterium werden. Die Ergebnisse aus den QS-Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses sollten planungstauglich aufbereitet werden, um sie operativ in den Planungsprozess zu überführen. Strukturvorgaben sind ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung. Rechtliche Grundlagen für allgemeine Strukturprüfungen in Krankenhäusern sollten deshalb geschaffen werden.*

## 2.3 Schlechte Qualität muss Konsequenzen haben

SCHIEFLAGE

*Unterschiedliche Behandlungsqualität in Krankenhäusern hat bislang keine Folgen. Insbesondere die Krankenhäuser, die im Rahmen der QS-Verfahren über längere Zeit schlechte Qualität erbringen, erfahren daraus keine Konsequenzen.*

MAßNAHME

*Die Prüfbarkeit von Qualitätskriterien, insbesondere für die Strukturqualität, muss gewährleistet sein. Es müssen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Leistungen definiert werden. Werden diese dauerhaft unterschritten, sollte das Krankenhaus rechtssicher von der Erbringung dieser Leistung ausgeschlossen werden können.*

## 2.4 Mindestmengen rechtssicher ausgestalten

SCHIEFLAGE

*Mindestmengen sind z.B. im ambulanten Sektor akzeptierte Praxis, aber die bestehenden Regelungen im stationären Bereich sind derzeit nicht rechtssicher ausgestaltet.*

MAßNAHME

*Eines der wesentlichen Instrumente zur Qualitätssicherung ist die Sicherstellung der Erfahrung der Behandler im Krankenhaus. Es sollten Schritte unternommen werden, damit der Behandlungserfahrung eine größere Rolle zugeteilt wird. Die Festlegung von Mindestmengen in den Krankenhäusern sollte vereinfacht und die Umsetzung rechtssicher gestaltet werden. Gleichzeitig muss möglichen Fehlanreizen von Mindestmengen in der Versorgungsrealität begegnet werden.*

### 3 Fehlversorgung verhindern

#### 3.1 Anpassung der Krankenhausplanungsgrundsätze an den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den jeweiligen Regionen

SCHIEFLAGE

*Die planerische Kapazitätsbemessung für Betten steht seit der DRG-Einführung (2003) mit der leistungsbezogenen Fallpauschalenvergütung nicht mehr im Einklang. Infolge der eingetretenen Verweildauerabsenkung sind Bettenkapazitäten frei geworden, die für Fallzahlsteigerungen genutzt werden können. Neben der Kapazitätsbemessung ist der planerische Versorgungsauftrag nur ungenau definiert. De facto wird dadurch das Leistungsspektrum eines Krankenhauses kaum eingegrenzt. Die sich an der tatsächlichen Betteninanspruchnahme orientierende bayerische Krankenhausplanung wird den aktuellen Rahmenbedingungen nicht mehr gerecht.*

*Die Folge ist, dass vermehrt Krankenhäuser ihr Leistungsgeschehen ausweiten. Daraus resultierende medizinische Eingriffe am Rande der Notwendigkeit können die Gesundheit der Patienten gefährden und verursachen zusätzliche Kosten.*

MAßNAHME

*Anpassung der bisherigen Planungsgrundsätze an den tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und technologischen Fortschritts.*

*Die Länderplanung ist neu auszugestalten, so dass eine Harmonisierung von Vergütungs- und Planungsbasis erreicht wird (z. B. Festlegung nach einer Leistungszuweisung nach MDC, PEPP Strukturkategorien, Mindestmengen und G-BA Leitlinien).*

## 3.2 Überkapazitäten abbauen

SCHIEFLAGE

*Die Wahrnehmung der politischen Verantwortung und damit einhergehend auch die Akzeptanz der Bevölkerung für den erforderlichen Abbau von Bettenüberkapazitäten, fehlen. Laut Jahresbericht 2013 des Bayerischen Obersten Rechnungshofs (ORH) sind in Bayern etwa 6000 Krankenhausbetten überflüssig. Die Bettenauslastung lag 2010 bei 76,9 %, wobei der Krankenhausplan eine Soll-Auslastung von 85 % zu Grunde legt. Im bundesweiten Vergleich liegt Bayern hier auf einem Platz im unteren Mittelfeld (Platz 10). Der ORH mahnt einen Abbau von teuren Überkapazitäten an und eine besser fokussierte Planung mit einem zielgenaueren Mitteleinsatz auf leistungsfähige Häuser.*

MAßNAHME

*Die Verantwortlichen der Krankenhausplanung müssen ihrer ordnungspolitischen Aufgabe zum Abbau von Überkapazitäten gerecht werden. Die Krankenhausplanung ist erreichbarkeitsorientiert am medizinischen Versorgungsbedarf auszurichten.*

*Die Grundlage für eine gemeinsame Strategie zur neutralen und sachlichen Information der Bevölkerung und zur Gewinnung von deren Akzeptanz sollte hier geschaffen werden.*

## 4 Konzentrationsprozesse einleiten und Strukturveränderungen in Richtung Spezialisierung forcieren

SCHIEFLAGE

*Ökonomische Anreize und Zwänge führen dazu, dass höher spezialisierte Leistungen unabhängig von der Versorgungsstufe des Krankenhauses erbracht werden können. Strukturell unzureichend ausgestattete Krankenhäuser erbringen komplexe Leistungen und erweitern durch eine Spezialisierung ihren Versorgungsauftrag - "Wer kann, der darf".*

MAßNAHME

*Anforderungen zur Strukturqualität sind zu definieren und von den Krankenhäusern entsprechend einzuhalten. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass Innovationen patientensicher eingeführt werden. Zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind Voraussetzungen zu schaffen, die zur Konzentration insbesondere von hochspezialisierten Krankenhausleistungen führen: Bündelung statt Streuung.*



## 5 Sektorengrenzen überwinden

SCHIEFLAGE

*Ballungsräume weisen eine Überversorgung an Kliniken und niedergelassenen Ärzten auf. Gleichzeitig besteht in vielen ländlichen Regionen die Gefahr einer Unterversorgung mit ambulanten Leistungen. Die Planung der ambulanten wie stationären Versorgung findet derzeit rein sektoral statt.*

MAßNAHME

*Die Schaffung einheitlicher sektorenübergreifender Datengrundlagen sollte gesetzlich vorgegeben werden. Eine zukünftige innovative Krankenhausplanung darf als längerfristiges Ziel eine sektorenübergreifende Betrachtung nicht außer Acht lassen. Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen ist im Übrigen der Bereich der ambulanten/spezialfachärztlichen Versorgung stärker als bisher in das Qualitätsmanagement einzubeziehen.*

*Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung insbesondere im ländlichen Raum ist durch Öffnung bzw. Umwidmung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung sicherzustellen.*

## 6 Krankenhausfinanzierung neu justieren

### 6.1 Betriebskosten zweckentsprechend verwenden

*Zahlreiche Krankenhäuser beklagen „rote Zahlen“. Die Schuld für die Misere, die auch zu Personalabbau geführt hat, wird in erster Linie im DRG-Vergütungssystem gesucht. Die Situation ist allerdings komplexer. Die im funktionierenden DRG-System erzielbaren Erlöse reichen regelhaft bei wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern zur Deckung der laufenden Betriebskosten aus.*

SCHIEFLAGE

*Mangels ausreichender Investitionsmittel werden allerdings faktisch im Wege der Querfinanzierung aus Eigenmitteln und auch in immer größeren Teilen aus den DRG-Erlösen Investitionen finanziert, die zweckgebunden für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind.*

*Das Vergütungssystem im Krankenhausbereich ist durch die DRG-Einführung leistungsorientiert und dynamisch modernisiert worden. Die Krankenhausfinanzierung wurde für Leistungserbringer und Kostenträger transparenter. Die Krankenkassen als Selbstverwaltungspartner werden nach wie vor aktiv die Weiterentwicklung dieses Systems sowie eine qualitätsorientierte Vergütungsstruktur mit gestalten und den bisher erfolgreichen Weg fortführen.*

MAßNAHME

*Eine strukturkonservierende Kapazitätsplanung der Länder und die ungenügende Investitionsfinanzierung sind zentral für die derzeitige finanzielle Lage der Krankenhäuser. Diese strukturellen Defizite sind zugunsten der Sicherung einer zukunftsorientierten Betriebskostenfinanzierung zu beseitigen.*

## 6.2 Investitionsförderung nachhaltig und zielgerichtet ausrichten

SCHIEFLAGE

*Nicht ausreichend gedeckte Investitionskosten zwingen die Krankenhäuser Sanierungs- und Investitionsmaßnahmen aus Mitteln für die Patientenbehandlungen zu finanzieren. Dadurch besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung in Leistungsbereichen mit ökonomischem Potential. Dies wirkt sich negativ auf die Versorgung der Versicherten aus.*

MAßNAHME

*Es gilt, eine ausreichende, nachhaltige und allokativ effiziente Investitionsfinanzierung durch das Bundesland Bayern sicher zu stellen. Die Investitionsfinanzierung muss in adäquater Relation zur Betriebskostenfinanzierung der Kassen stehen. Eine Umstellung der Pauschalförderung auf leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen ist unerlässlich und kurzfristig anzustreben.*