

Die Krankenhausreform aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

53. Berliner Krankenhaus-Seminar
Berlin, 17. Juni 2015

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
GKV-Spitzenverband

DKG-Zitate zum Krankenhausstrukturgesetz



- „Das Jahr 2017 wird für die Krankenhäuser ein Katastrophenjahr, wenn der Entwurf in dieser Form Gesetz wird.“
- „Wir erhalten die Verdoppelung der doppelten Degression. Das ist vier Mal Leistungsverhinderung pur.“
- „Wir erwarten für das Wahljahr 2017 Kürzungseffekte für die Krankenhäuser in Höhe von circa einer Milliarde Euro.“



Agenda

1. Qualität
2. Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems
3. Investitionen und Strukturfonds
4. Ausgabenwirkung
5. Fazit

Krankenhausplanung, Qualität und Sicherstellung



- 1.1 Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung
- 1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA
- 1.3 Mindestmengen
- 1.4 Qualitätszu- und -abschläge
- 1.5 Qualitätsverträge
- 1.6 Qualitätsberichte Krankenhäuser
- 1.7 Beteiligung Länder im G-BA und IQTiG
- 1.8 Sicherstellungszuschläge
- 1.9 Notfallversorgung
- 1.10 Zentren
- 1.11 OP-Checklisten
- 1.12 Zweitmeinung
- 1.13 Klinische Sektionen
- 1.14 Register
- 1.15 Neue Methoden
- 1.16 Spezialfachärztliche Versorgung

Konsequente Qualitätssicherung!

- „ „Qualität“ wird Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung.
- „ Die Länder können G-BA-Regelungen zum Bestandteil der Krankenhausplanung machen.
- „ „Qualitätsdumping“ durch Empfehlungscharakter der Indikatoren möglich
- „ Qualitätsorientierung gut, Wirkung aber langfristig

Keine Abrechnung unterhalb des Mindeststandards!

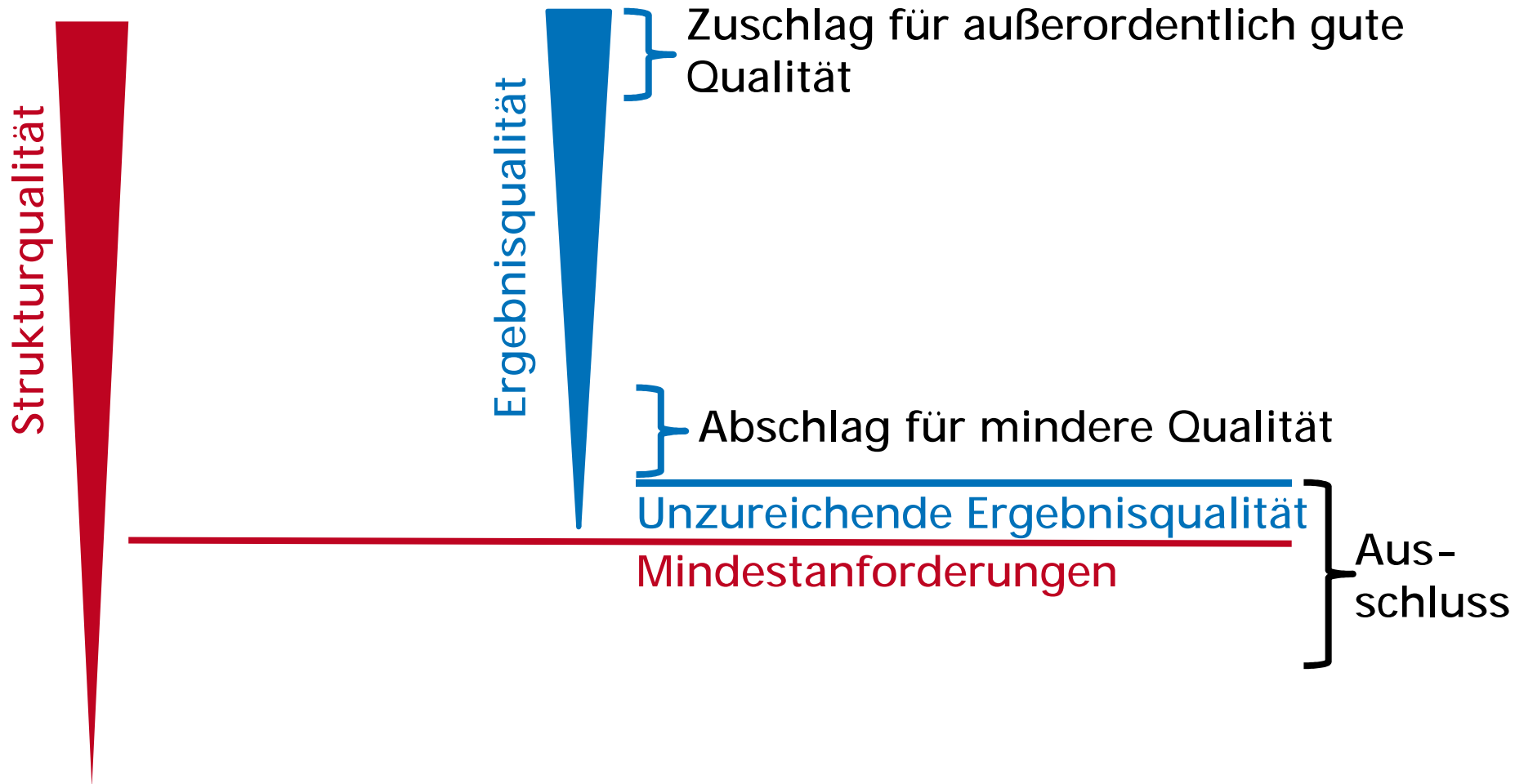


- „ Vergütungsabschläge und Abrechnungsverbot bei Unterschreitung der Mindeststandards.
- „ Qualitätszu- und -abschläge
- „ Der MDK macht Qualitätsprüfungen.

- „ Ob die Länder tatsächlich Konsequenzen aus den Qualitätsprüfungen ziehen, bleibt abzuwarten.
- „ Es ist zu begrüßen, dass der MDK größere Befugnisse erhält.
Keine Sicherheit ohne Kontrollen!
- „ Umsetzung der Qualitätszu- und -abschläge großes Streitthema.

Qualitätszu- und -abschläge:

Die Krankenkassen wollen nicht an schlechter Qualität verdienen!

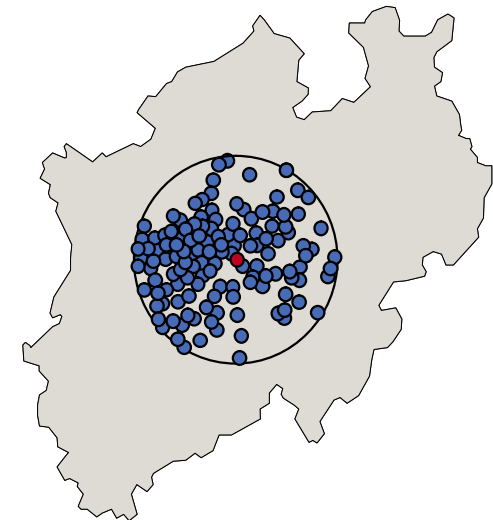


Keine Angst vor Qualitätsverträgen!

- „ Verträge mit höheren Qualitätsstandards und entsprechenden Anreizsystemen sollen möglich werden.

GKV-Position:

- „ Instrumente zur Preis- und Mengensteuerung sind Teil dieser Verträge „Anreizsysteme“.
- „ Verbindliche, kollektive Qualitätssicherung
- „ Kein Recht der Krankenhäuser auf Vertragsabschluss



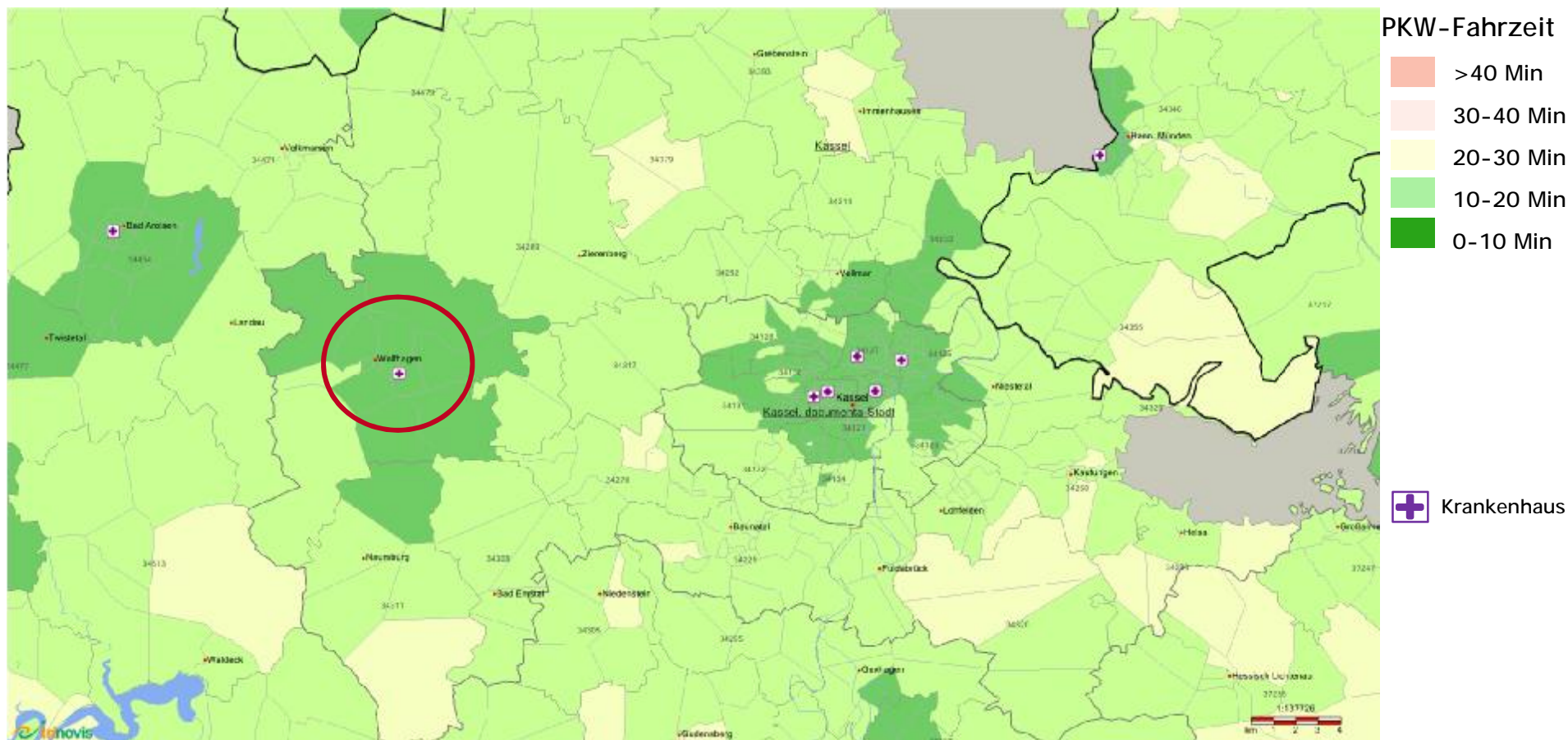
Krankenhäuser mit Knie-TEPs
50 km Umkreis von Essen
Quelle: Leber, Malzahn, Wolff:
Elektiv wird selektiv

Sicherstellungszuschlag: Erreichbarkeits- statt Standortorientierung!

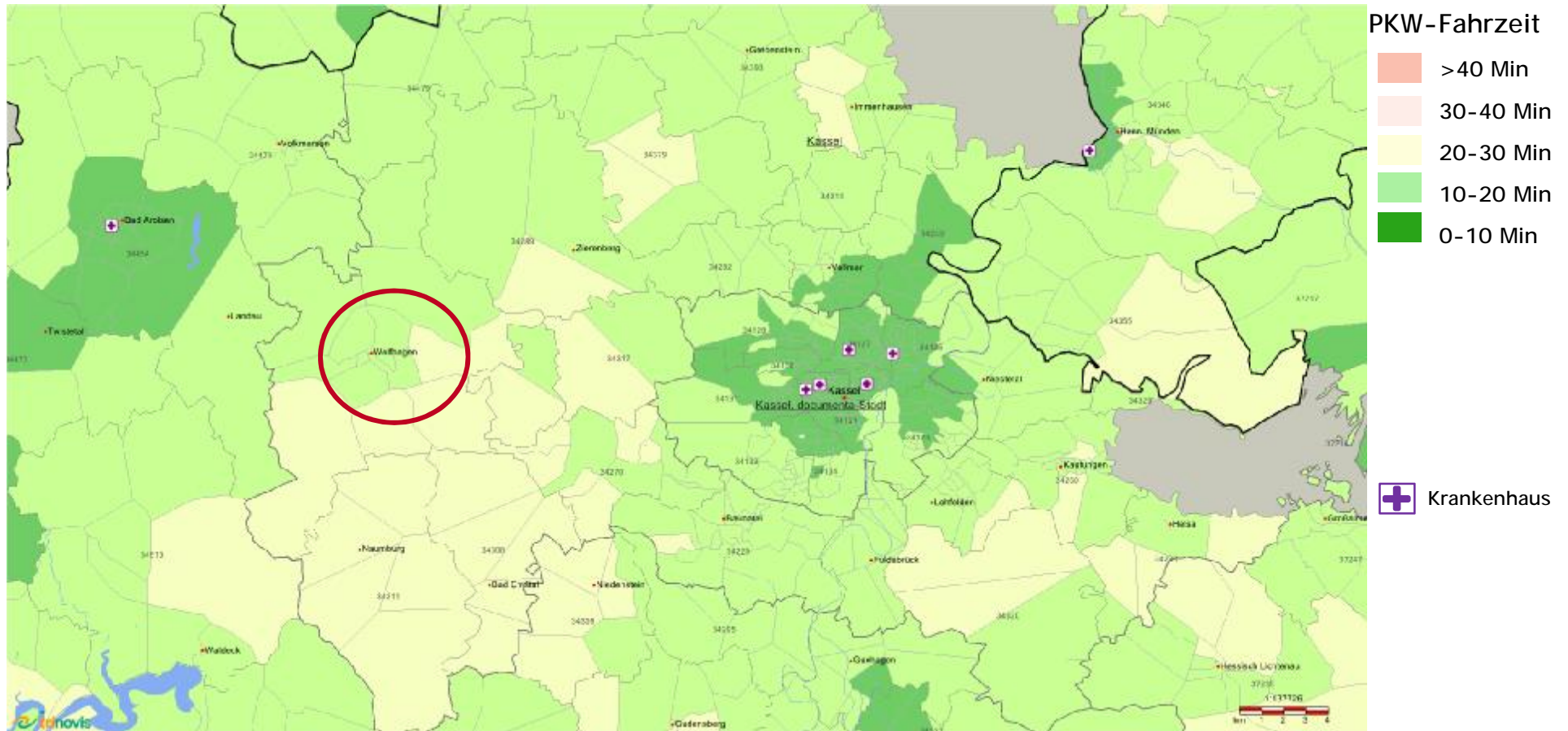


- „ Der G-BA definiert Kriterien für Sicherstellungszuschläge.
- „ Erreichbarkeitsorientierung ist positiv:
Versichertenorientierung statt Standortorientierung!
- „ Geringer Versorgungsbedarf und Defizit des ganzen Krankenhauses sind Voraussetzungen.
- „ Zwei Seiten einer Medaille:
Sicherstellungszuschlag vs. Strukturfonds!

Sicherstellungszuschlag (Nordhessen) Status quo 2014



Sicherstellungszuschlag (Nordhessen) nach Marktaustritt



Notfallversorgung

- „ Bundeseinheitliche Definition der Notfallstufen im G-BA.
Vereinbarung der Höhe der Zu- und Abschläge zwischen
DKG und GKV-Spitzenverband.
- „ Die vorgesehene Konkretisierung wird begrüßt.
- „ Maßnahme leider nicht mit dem ambulanten Bereich
verzahnt.

Zentrumsversorgung

- „ Der Zentrumsbegriff und die besonderen Aufgaben von Zentren werden neu gefasst. Zentren sollen sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden. Die Zentren sind im Krankenhausplan auszuweisen.
- „ Die bundesweite Definition von Zentren wird begrüßt.
- „ Definition im G-BA analog Notfall und Sicherstellung
- „ Überschneidungsbereich zu anderen Regelungen und zur DRG-Vergütung
- „ Zentrumsbildung aus finanziellen Gründen

Agenda

1. Qualität
2. Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems
3. Investitionen und Strukturfonds
4. Ausgabenwirkung
5. Fazit

Betriebskostenfinanzierung, Mengenentwicklung und -steuerung



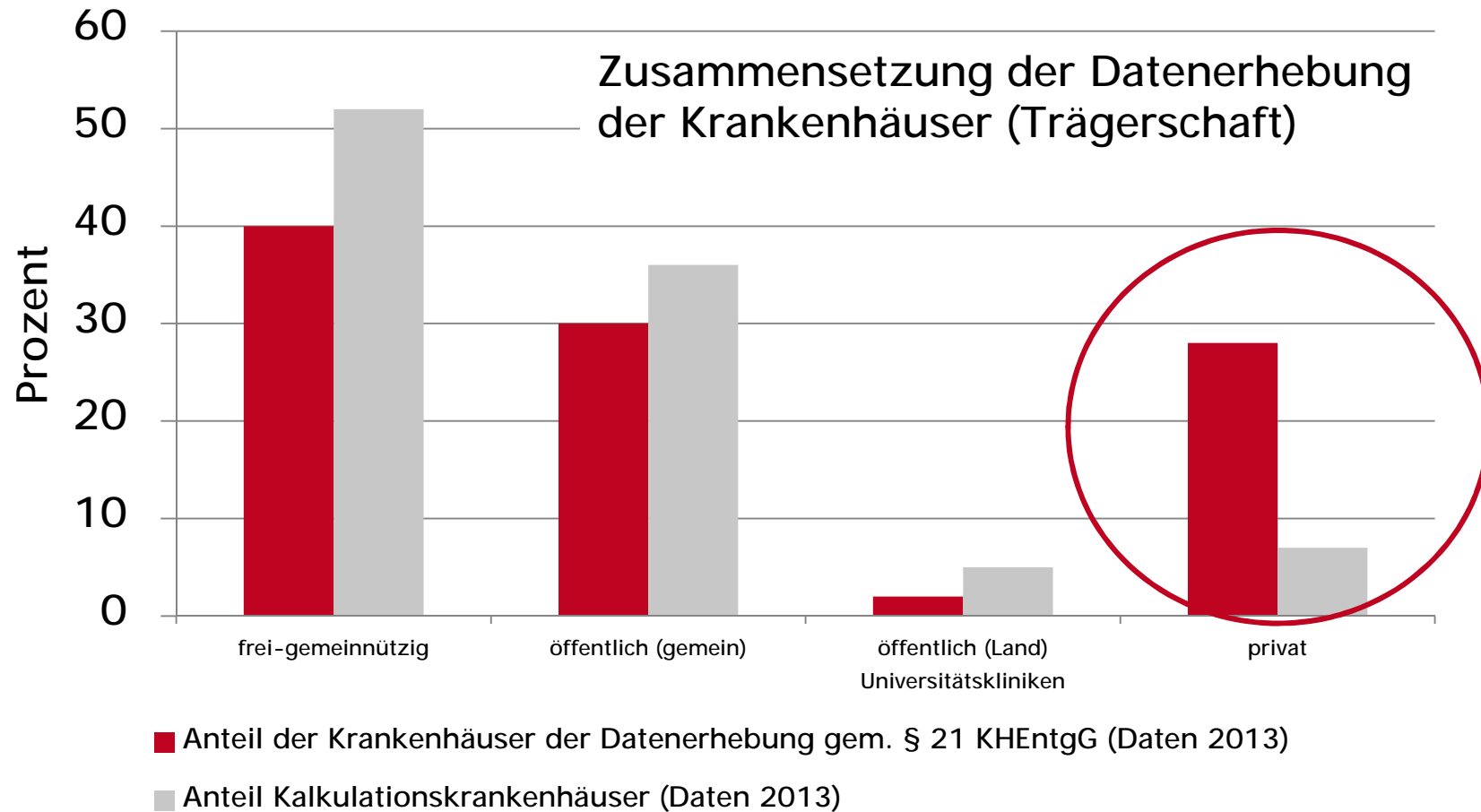
- 2.1 DRG-System
 - 2.1.1 Repräsentativität der Kalkulation
 - 2.1.2 Sinkende Sachkosten
 - 2.1.3 Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen
- 2.2 Preisbildung
 - 2.2.1 Angleichung der Landesbasisfallwerte
 - 2.2.2 Orientierungswert für Krankenhäuser
- 2.3 Mengensteuerung
- 2.4 Personalkosten im DRG-System
- 2.5 Universitätsklinika
- 2.6 Ambulanter Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen
- 2.7 Schlichtungsausschüsse auf Landesebene

Schluss mit der strategischen Kalkulationsverweigerung!



- „ Die Unterrepräsentanz bestimmter Trägergruppen oder Leistungsbereiche in der Kalkulationsgrundlage soll beendet werden.
- „ Die Zusatzvergütung der Kalkulationsteilnahme wird nicht erfolgreich, aber teuer sein („Datenqualität“).
- „ Spürbare Sanktionen bei Kalkulationsverweigerung bzw. externe Kalkulation als Mittel der Wahl

Schluss mit der strategischen Kalkulationsverweigerung!



Quelle: Abschlussbericht G-DRG-System 2015



Sachkosten: „Der Preis macht die Menge“



- „ Fehlanreize durch die Übervergütung von Sachkosten sollen abgebaut werden.

- „ Eigentliche Motivation: Aufwertung personalintensiver Leistungen
 - Vorsicht! Keine Garantie, dass mehr für Personal ausgegeben wird.
 - Vorsicht! Wechselwirkung von Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung.

- „ Hohe Deckungsbeiträge reduzieren, Fehlanreize vermeiden
 - zwei Jahre alte Sachkostendaten
 - Vergütung über DRG nicht zu Durchschnittskosten, sondern LBFW

Finanzierung der Mehrkosten aus G-BA-Beschlüssen



- „ Mehrkosten aus G-BA-Beschlüssen sollen finanziert werden.

- „ Bewertung:
 - Schnelle Zwischenfinanzierung im Hinblick auf den Zeitverzug der Kalkulation ist akzeptabel.
 - Doppelfinanzierung ist nicht akzeptabel (Teil der regulären Verhandlungen)!
 - Mindestanforderungen sind bereits finanziert.

Komponente der Preisbildung im Fallpauschalensystem



Preis-Mengen-Steuerung im Krankenhaus



- „ vorab: Jede zusätzliche Leistung wird (anteilig) zum Landespreis bezahlt.
- „ Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung bestätigt: Steigt der Preis, steigt die Menge. Dieser Zusammenhang wird auf zwei Arten genutzt:
 - Mengensteuerung (Vermeidung ungewollter Leistungsmengen)
 - Preisbildung (faire Höhe des Preises für Krankenhausleistungen)
- „ Mengensteuerung durch Preisabschläge
 - Sinkt der Preis, sinkt die Menge.
- „ Preisbildung durch mengenbezogene Fixkostendegression
 - Steigt die Menge, müssen lediglich variable Kosten gezahlt werden, da Fixkosten konstant bleiben.

DKG-Problem: sog. „Kollektivhaftung“



- „ „Kollektivhaftung“ als gerechter Grundsatz der Finanzierung:
„Gleicher Preis für gleiche Leistung“!
- „ „Positive Kollektivhaftung“ bislang nicht thematisiert
(Orientierungswert, Tarifraten, Versorgungszuschlag etc.).
- „ Wer die „Kollektivhaftung“ abschaffen will, der endet in der
Selbstkostendeckung und auf der Hausebene.
- „ Dauerhaft krankenhausesindividuelle Preise je nach
Leistungsmengenentwicklung (vgl. 2004)!

Die Rückkehr der Hausebene – das Ende des DRG-Systems?



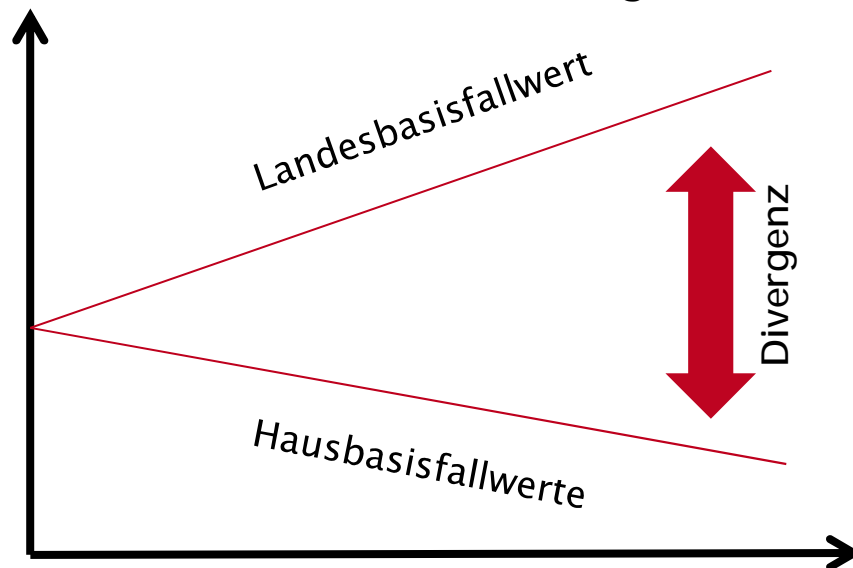
- „ Degression wird ab 2017 auf die Hausebene verlagert.
- „ Ausweitung des Verhandlungstatbestandes „Wirtschaftlichkeitsreserven“ ist vorgesehen.

GKV-Position:

- „ Das DRG-System ist gerecht, es behandelt alle gleich!
 - „Gleicher Preis für gleiche Leistung“
 - Das Geld folgt der Leistung.
- „ Das (neue) System wird nur wenige Jahre ohne Korrekturen funktionieren.
 - „Divergenzproblem“
 - „Ausgabenproblem“

Divergenzproblem!

- „ Die Degression im LBFW wird gestrichen und auf die Hausebene verlagert.
 - Der LBFW steigt jährlich um den vollen Veränderungswert.
 - Die HBFW sinken mit steigenden Mengen: „Divergenzproblem“.



Grundsätze der DRG-Finanzierung verworfen:

- „Gleicher Preis für gleiche Leistung“
- „Das Geld folgt der Leistung.“
- Qualitätswettbewerb?

- „ Das Divergenzproblem lässt sich lösen (5 Jahre), es entsteht ein Ausgabenproblem.

Ausgabenproblem!

- „ Es ist unmöglich, die basiswirksame Degression im LBFW kostenneutral in zeitlich befristete Hausabschläge zu überführen.
- „ Mehrausgaben durch Verzicht auf Basiswirksamkeit:
 - Nach 4 Jahren 1,40 Mrd. Mehrausgaben (10 x)!
 - Nach 8 Jahren 5,04 Mrd. Mehrausgaben (36 x)! ...

in Mio.	2017	2018	2019	2020
Basis aus 2017	140	140	140	140
Basis aus 2018		140	140	140
Basis aus 2019			140	140
Basis aus 2020				140
	140	420	840	1400

Preisbildung und Mengensteuerung: Die Instrumente

Instrument	Steuerungsebene	Mengensteuerung	Preissteuerung
Mehrleistungsabschlag	krankenhaus-spezifisch	X	
Versorgungszuschlag	einheitlich		X
Degression im Landespreis	einheitlich		X
Fixkostendegressionsabschlag	krankenhaus-spezifisch	X	X



- „ Forderungen der GKV zum Fixkostendegressionsabschlag:
- Mindestabschlagshöhe 50 % (Fixkostenanteil/Mengensteuerung)
 - Unbegrenzte Dauer (Preisbildung bei Ausgabenneutralität)

Preisbildung im Lot halten!

- „ Es braucht unbedingt eine Berücksichtigung von allgem. Produktivitätsfortschritten im LBFW!
 - Nur notwendige Kostensteigerungen dürfen finanziert werden.
 - Neue Verhandlungstatbestände im LBFW müssen zwingend gesetzlich operationalisiert werden.
 - Der allgemeine Produktivitätsfortschritt muss den Versicherten zugute kommen (bspw. allgemeiner Verweildauerrückgang)!

- „ Die Landesebene bleibt die Preisbildungsebene und darf nicht grundlegend beschädigt werden!

- „ Empirische Ermittlung des LBFW?

Absenkung von Relativgewichten: Das Spiel mit dem Feuer!



- „ Möglichkeit zur Absenkung bzw. Abstufung der Bewertungsrelationen von Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen.

- „ Basar oder empirisches Regelwerk?

- „ Instrument folgt dem Gedanken:
„Der Preis macht die Menge.“

- „ Steht im Zusammenhang mit anderen Regelungen:
 - Veränderung der Kalkulationsstichprobe
 - Schnellere Berücksichtigung der Sachkostenpreise

Bundesbasisfallwertkonvergenz – Wohin geht die Reise?



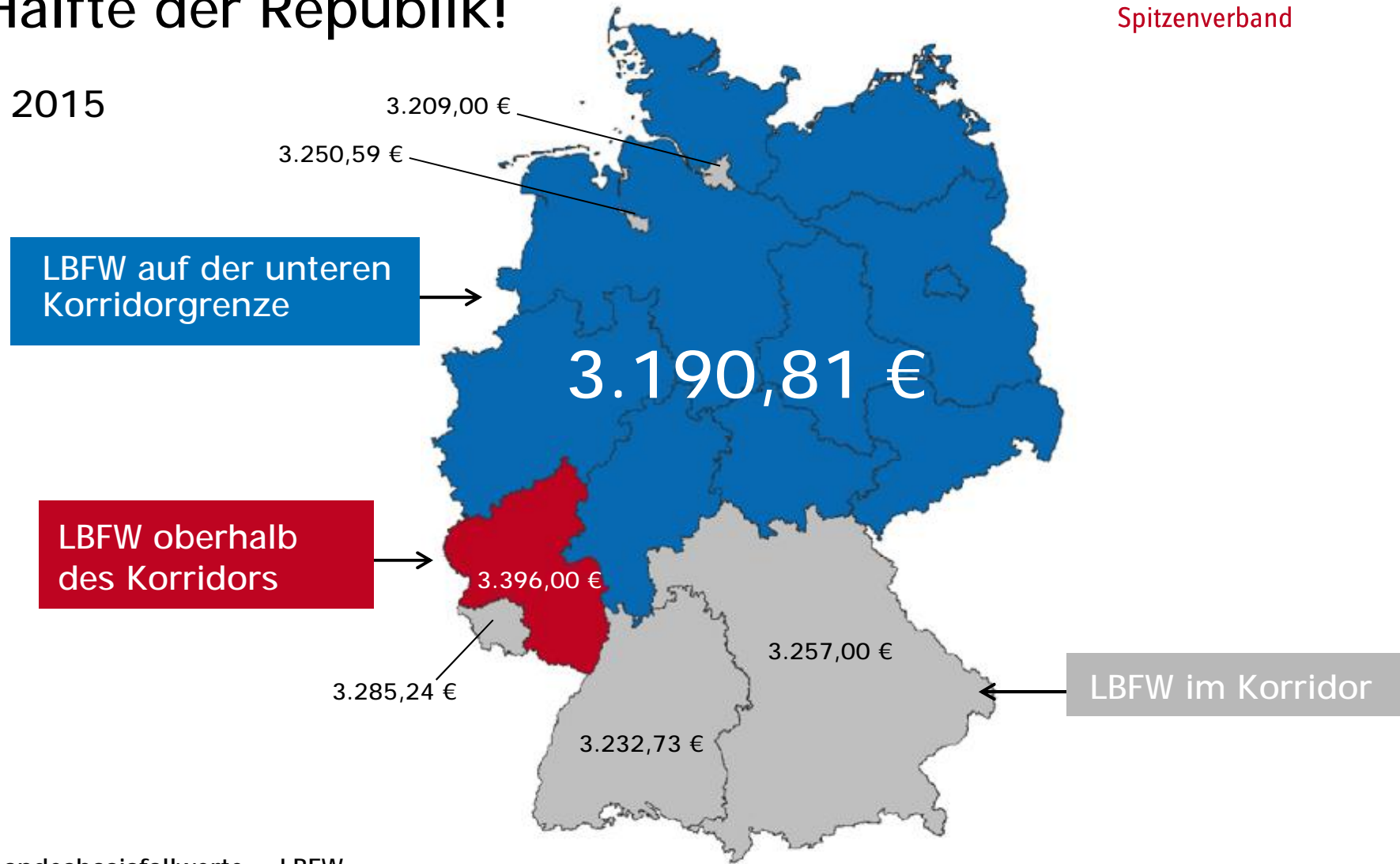
- „ Neue sechsjährige Konvergenz der Landespreise ab 2016
- „ Einseitige Anhebung des unteren Korridors (- 1,02 %) statt bisher (- 1,25 %)
- „ Ab 2020: Berechnung des Bundespreises erst nach Vereinbarung der Landespreise

GKV-Position:

- „ Eigentliches Ziel „kostenneutrale Angleichung“ nicht erreicht.
- „ Angleichung der Investitionsquoten wäre Voraussetzung.
- „ 6-jährige Konvergenzphase nur für Rheinland-Pfalz absurd
- „ Landespreisverhandlungen vor Bundespreisberechnung macht Sinn. (Aber warum erst ab 2021?)

Wir haben den BFFW bereits in über der Hälfte der Republik!

2015



Landesbasisfallwerte = LBFW



Orientierungswert: 3:0 für die Grundlohnrate!

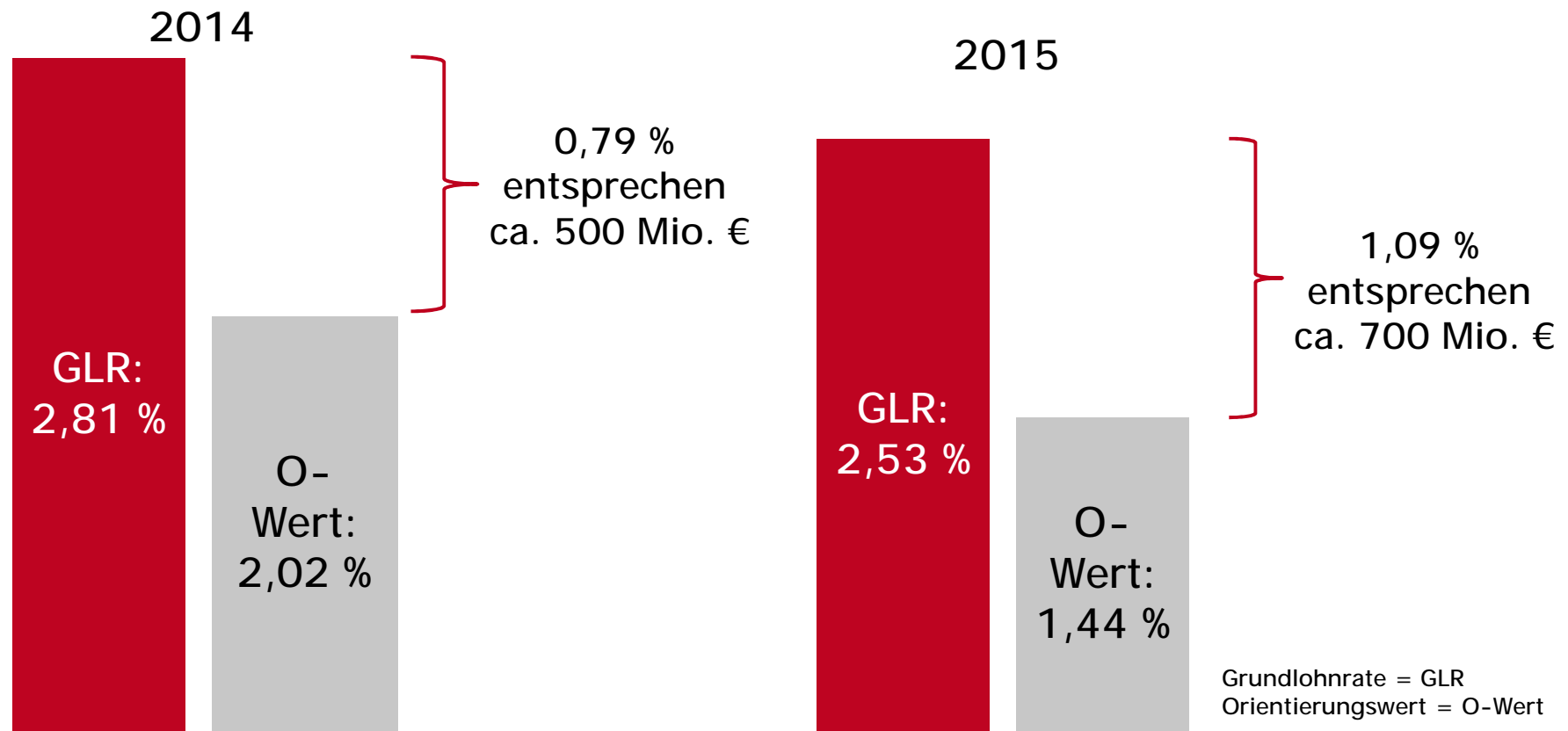


- „ Der Orientierungswert war eine Forderung der DKG!

- „ Die Grundlohnrate lag dreimal über dem Orientierungswert:
 - 2012: O-Wert: 2,00 % < GL: 2,03 % ⇒ O-Wert
 - 2013: O-Wert: 2,02 % < GL: 2,81 % ⇒ max. (O-Wert, GL)
 - 2014: O-Wert: 1,44 % < GL: 2,53 % ⇒ max. (O-Wert, GL)

- 1. Die Meistbegünstigungsklausel muss sofort gestrichen werden.
- 2. „Tariflohn-Erlös-Schere“ ist bewusste Irreführung!

Preisobergrenze: Überzahlung durch Meistbegünstigungsklausel



Die Überzahlung wirkt dauerhaft!

Orientierungswert zur „Stückkostenbetrachtung“ machen!

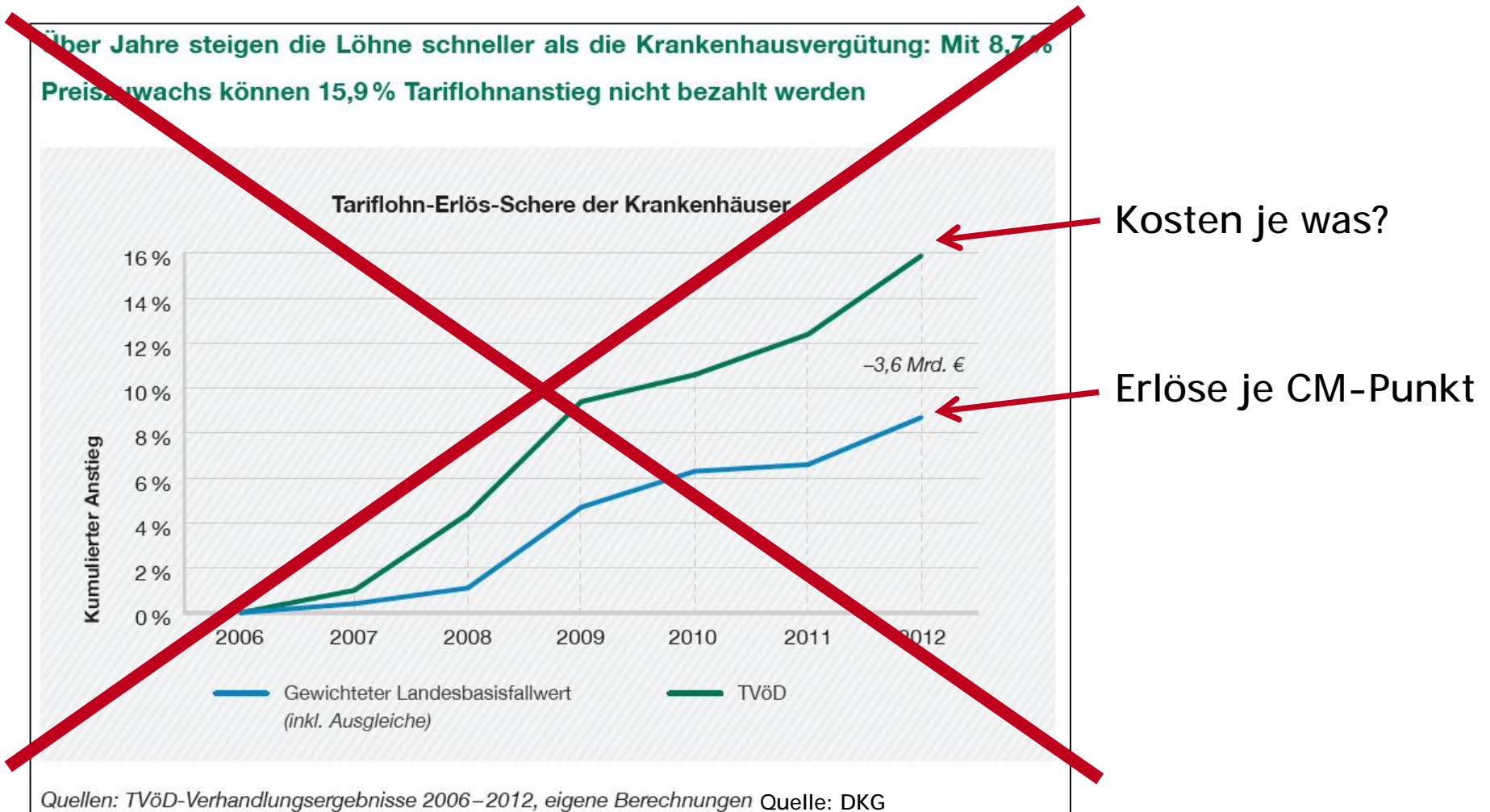


„ Weiterentwicklung des Orientierungswerts bis 2018

GKV-Position:

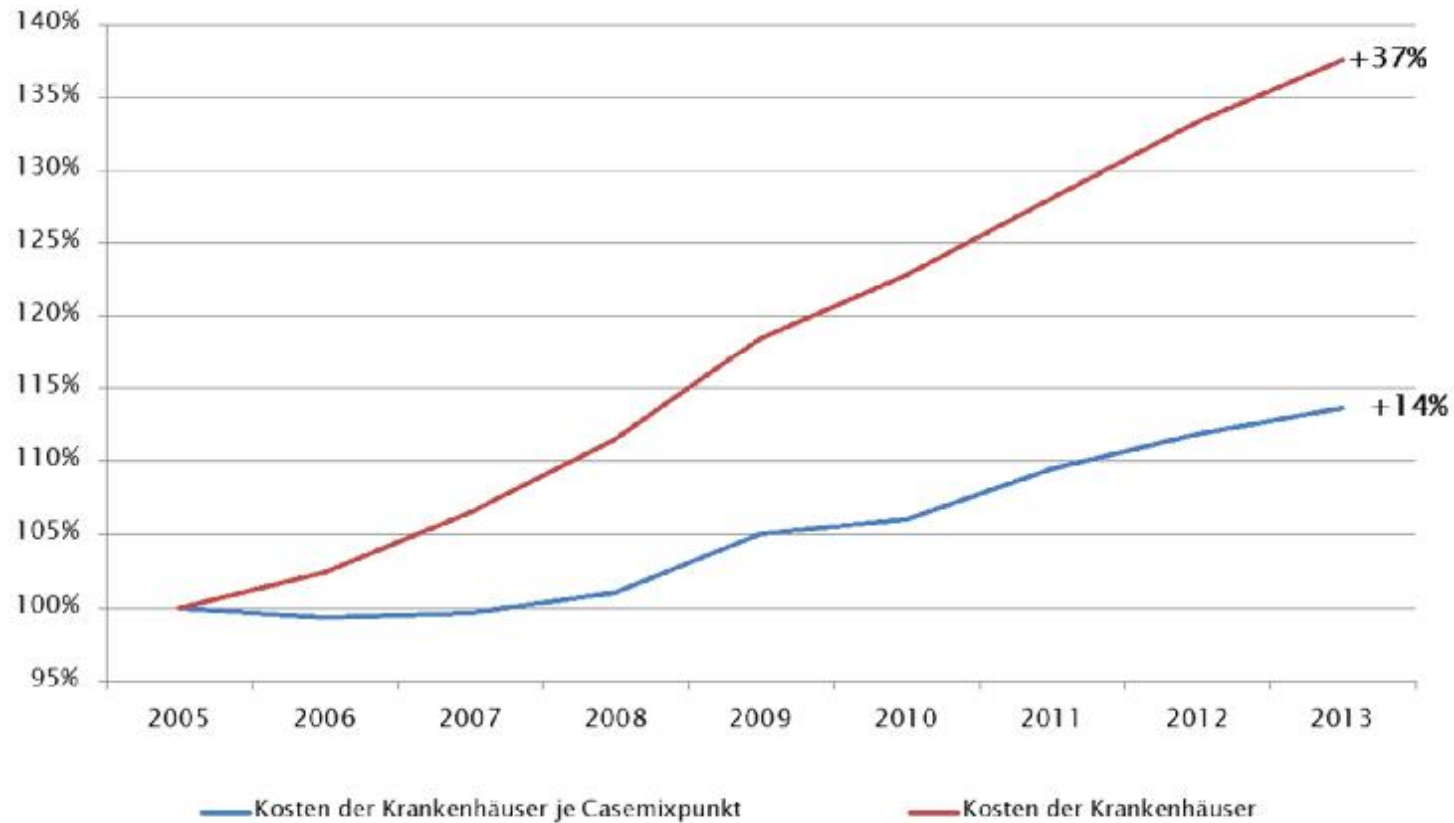
- „ Nachbesserungen verändern nichts vor dem Komma (1,x %).
Tatsächliche Kostenentwicklung abgebildet!
- „ Weiterentwicklung des Orientierungswerts als
„Kosten je CM-Punkt“ notwendig!
 - Kostensteigerungen mit Erlössteigerungen vergleichen.
 - Kosten je CM-Punkt sollte Erlösen je CM-Punkt (LBFW) entsprechen.

Fazit: Vergütungszuwachs ist nicht Tariflohnanstieg!



Orientierungswert als „Kosten je Fall“!

Kosten der KH und Kosten der KH je Casemixpunkt



Quelle: destatis und Abrechnungsdaten der KK – eigene Berechnungen

Pflegesonderprogramm 2 „Die Lektion gelernt?“



KHSG:

- „ Bis 2018: Programm zur Finanzierung der „Pflege am Bett“
- „ Expertenkommission erarbeitet Vorschläge für Folgeregelung.

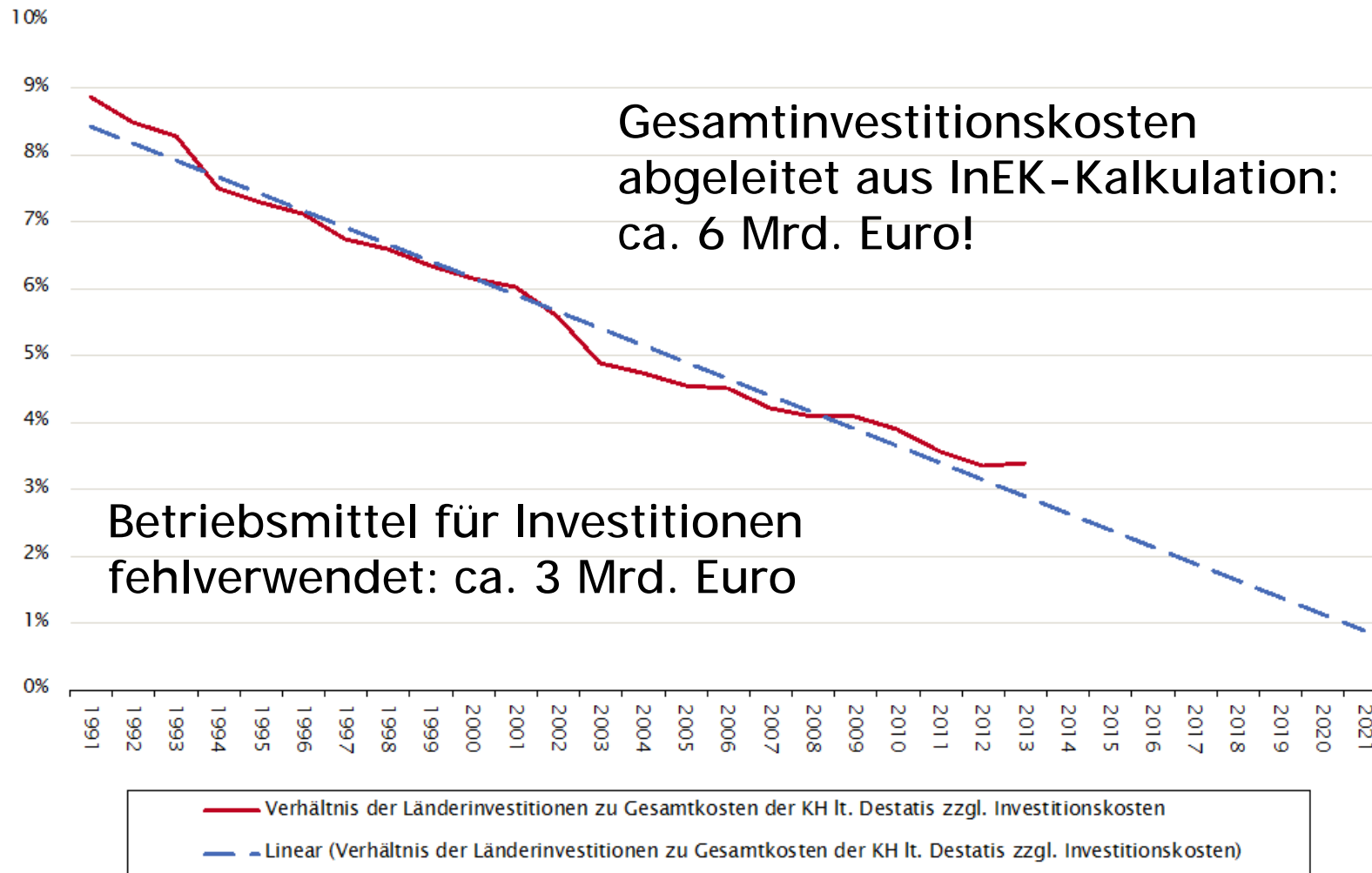
GKV-Position:

- „ Ist Krankenhausmanagement reines Erlösmanagement?
- „ „Sonderprogramm“ belohnte die Falschen.
- „ Überführung in den LBFW nur bei Anschlussverwendung:
z. B. Personalvorgaben in qualitätskritischen Bereichen etc.

Agenda

1. Qualität
2. Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems
3. Investitionen und Strukturfonds
4. Ausgabenwirkung
5. Fazit

Grundproblem: Rückläufige Investitionen der Bundesländer



„30 % der Krankenhäuser sind defizitär“ - die andere Lesart

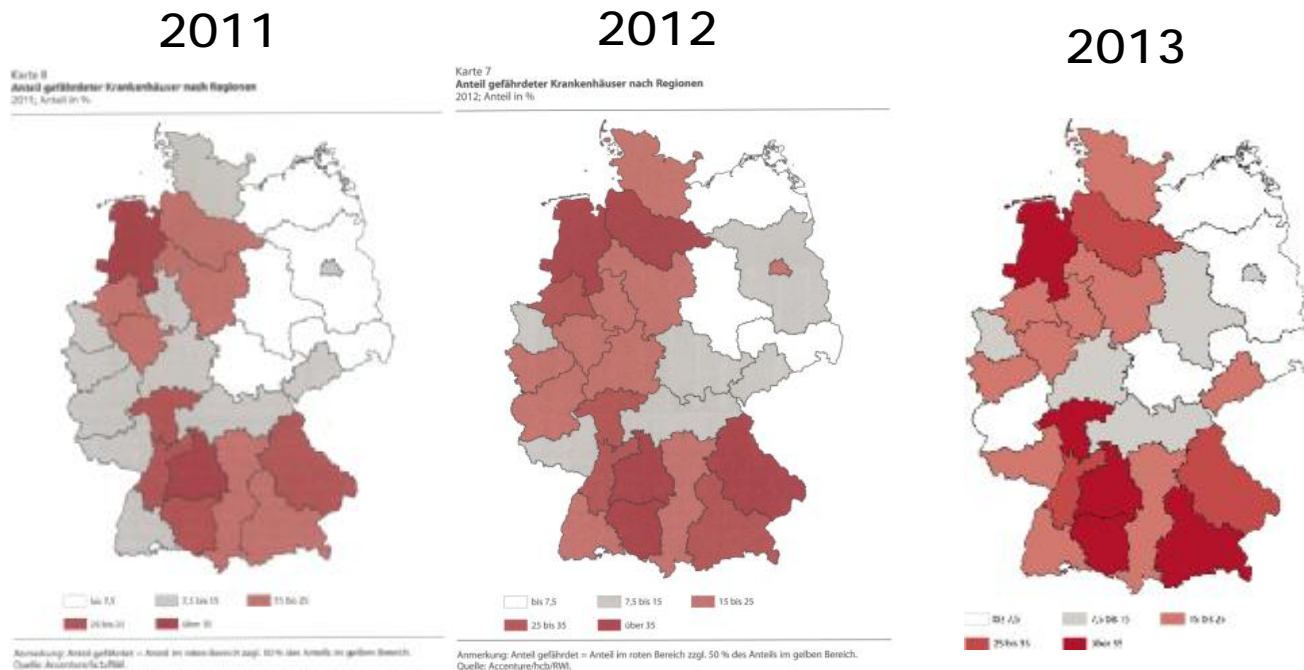


- „ Etliche dieser Kliniken werden nicht gebraucht und haben daher wirtschaftliche Probleme (Belegungsprobleme).
- „ Normalerweise würden diese Kliniken vom Markt gehen. Der öffentliche Druck auf kommunale Träger sorgt aber dafür, dass Defizite ausgeglichen werden.
- „ Kliniken mit Defizitausgleich bleiben so am Markt, sind aber latent von der Insolvenz bedroht; sie erscheinen u. a. im DKI-Barometer, RWI-Report etc. im „roten Bereich“.
- „ Die Zahlen (u. a. vom DKI) belegen in der Konsequenz nur die Überkapazität am Markt und die mangelhafte Investitionsfinanzierung.

Krankenhaus Rating Report 2015

- „Jede dritte westdeutsche Klinik (35,6 Prozent) in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft hat eine stark erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit – in Ostdeutschland hingegen nur 1,7 Prozent der öffentlich-rechtlichen Kliniken.“
- „Fast 90 Prozent der ostdeutschen Kliniken sind wirtschaftlich erfolgreich, hingegen schreiben fast 50 Prozent der Krankenhäuser in Baden-Württemberg rote Zahlen (bezogen auf alle Träger).“

Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen (in %)



Kein Zusammenhang zwischen Höhe der LBFW und wirtschaftlicher Lage
Krankenhaus Rating Report:

- „ Krankenhausedichte Sachsen: Marktaustritts-potenzial: 14 Prozent
- „ Krankenhausedichte OECD: Marktaustritts-potenzial: 37 Prozent

Quelle: RWI, Krankenhaus Rating Report 2015

KHSG-Strukturfonds: Grundsätzlich sinnvoll



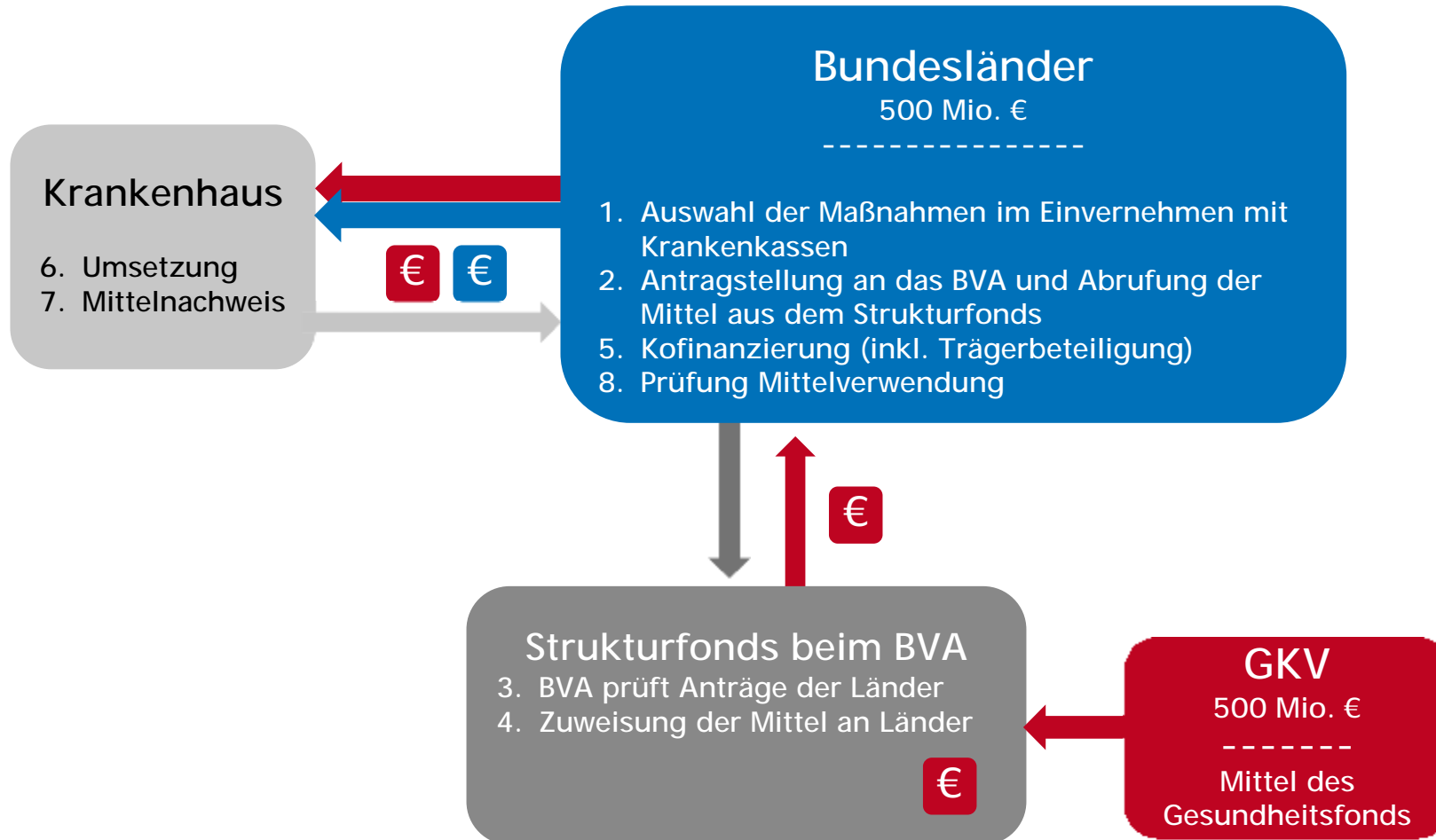
„ Strukturfonds beim BVA:

- Zweck: Abbau von Überkapazitäten, Konzentration und Umwandlung von Krankenhäusern
- Höhe: 500 Mio. Euro der GKV; PKV-Beteiligung freiwillig; 500 Mio. Euro Länder-Kofinanzierung, die zusätzlich zu den Investitionsmitteln fließen

„ Funktionsweise:

- Bund: Rechtsverordnung zu Vergabekriterien, Nachweisen der Fördervoraussetzungen und Mittelverwendung
- Länder: Auswahl der Maßnahmen im Einvernehmen mit Krankenkassen, Antragstellung, Mittelabrufung und Prüfung der Mittelverwendung
- BVA: Antragsprüfung, Zuweisung der Mittel
- Krankenhaus: Umsetzung der Maßnahmen und Mittelnachweis

Funktionsweise des Strukturfonds



Der Strukturfonds hat einige zentrale Mängel



- „ Grundproblem des Auseinanderfallens von Krankenhausplanung und schleichender Monistik wird nicht gelöst.
- „ Der Strukturfonds wird so nicht funktionieren,
 - da Länder antragsberechtigt sind und nicht die Träger.
 - da die Kontrolle der Mittelverwendung nicht dem BVA, sondern den Ländern obliegt.
 - da einer Zweckentfremdung der Fondsmittel zur Kompensation unterbliebener Investitionen damit Tür und Tor geöffnet sind.
 - Träger als Kofinanzierer?
- „ Zudem negativ:
 - Griff in den Gesundheitsfonds
 - PKV nur freiwillig beteiligt
- „ Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Strukturfonds. Aber: Es braucht einen Vorrang für Schließungen!

Agenda

1. Qualität
2. Weiterentwicklung Fallpauschalensystem
3. Investitionen und Strukturfonds
4. Ausgabenwirkung
5. Fazit

Details der Finanzprognose

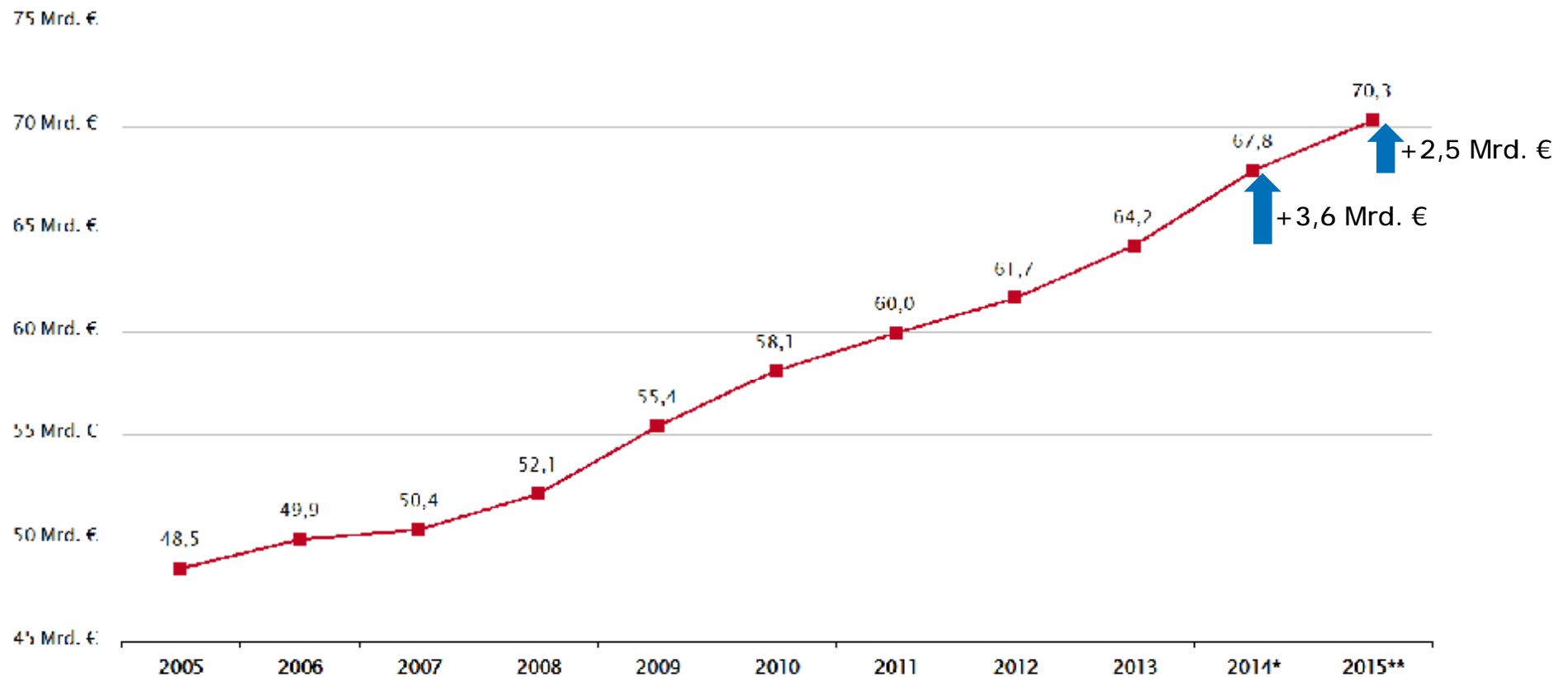


Maßnahme	KHS-G-Entwurf				
	GKV-Schätzung (<i>kursiv</i>)				
	Finanzwirkung (in Mio. Euro)				
	2016	2017	2018	2019	2020
Qualitätszu- und -abschläge	0	60	60	60	60
Sicherstellungszuschläge	0	90	90	90	90
Zentrumszuschläge	90	180	180	180	180
Mehrkosten von G-BA-Beschlüssen	90	<i>180</i>	<i>270</i>	<i>360</i>	<i>450</i>
Landesbasisfallwertkonvergenz	70	<i>130</i>	<i>180</i>	<i>225</i>	<i>265</i>
Mengenberücksichtigung: von Landes- auf die Hausebene		<i>140</i>	<i>280</i>	<i>420</i>	<i>560</i>
Pflegestellenförderprogramm	100	200	300	300	300
Hochschulambulanzen	<i>265</i>	<i>265</i>	<i>265</i>	<i>265</i>	<i>265</i>
Begrenzung Investkostenabschlag für Krankenhausambulanzen	40	40	40	40	40
Strukturfonds	100	200	200		
Klinische Sektionen	0	18	18	18	18
Gesamt	755	1.503	1.883	1.958	2.228

6 Mrd. Euro mehr! Allein in den letzten 2 Jahren!

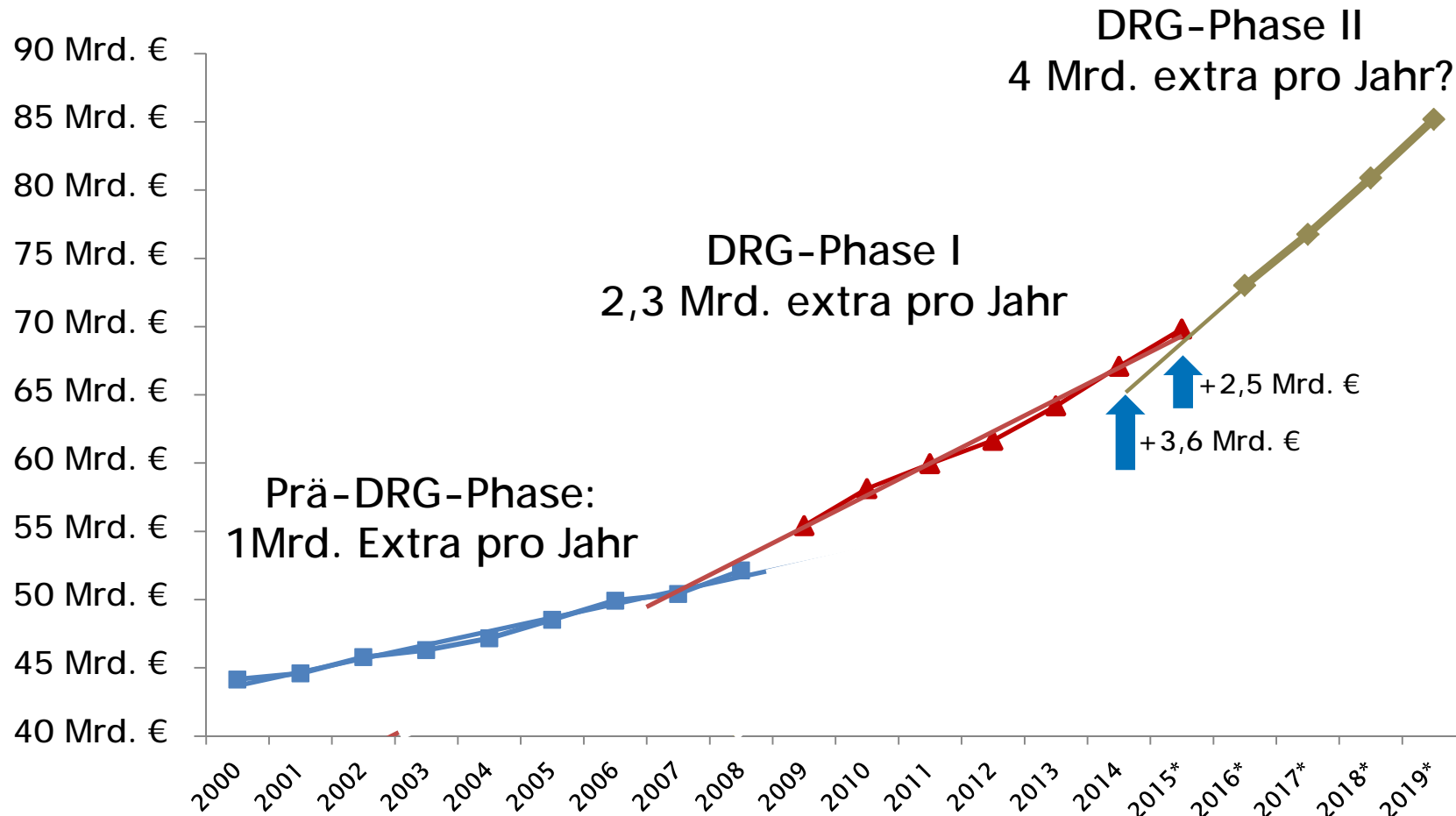


GKV-Ausgaben im Bereich Krankenhäuser



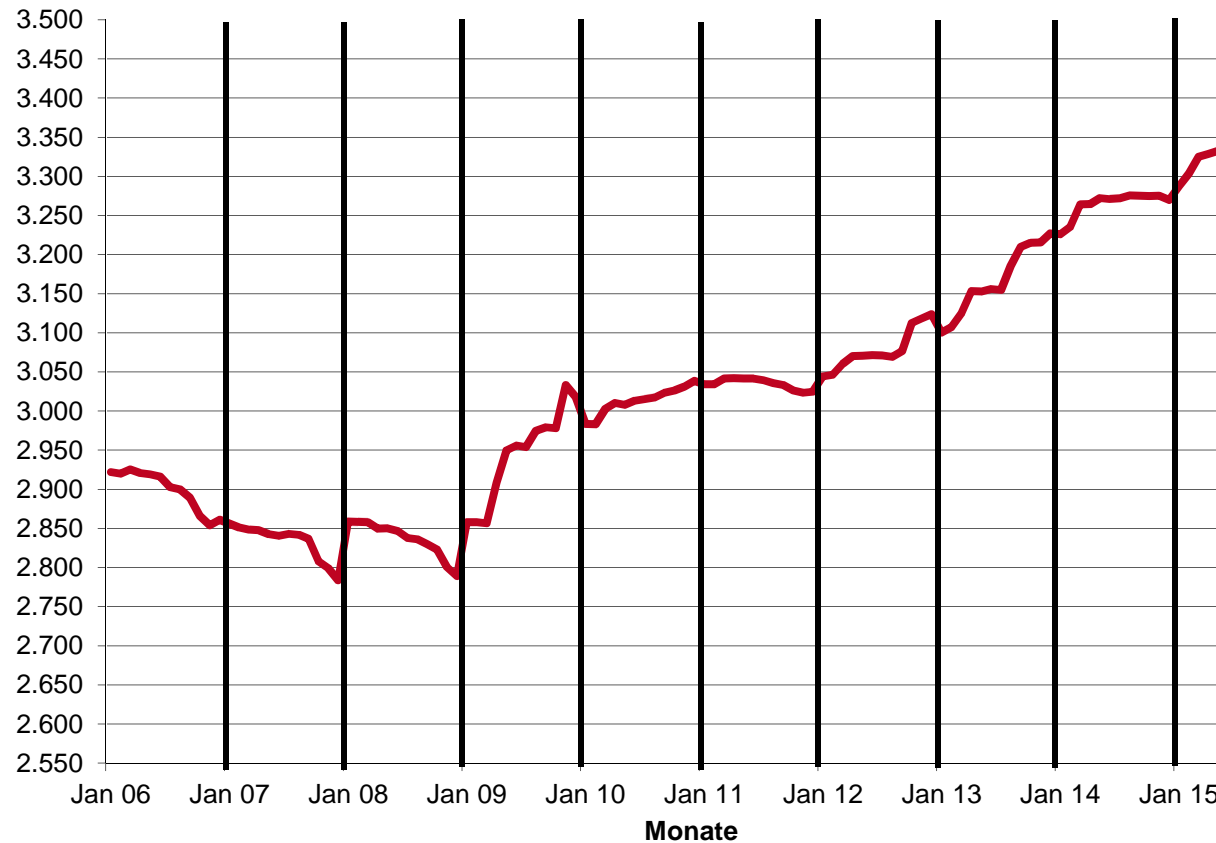
Quelle: Amtliche Statistik KJ1; *KV 45; **eigene Schätzung 2015

Ausgabenanstieg Krankenhaus 2000 bis 2019 nach Phasen



Quelle: Amtliche Statistik KJ1 und KV45 (2004-2014), *Schätzungen des GKV-SV (2015 bis 2019)

Preisentwicklung: Zahlbasisfallwert (Z-Bax) 2006 bis 2014



Gesetz-
gebung als
Preistreiber
im Bundes-
durch-
schnitt

Quelle: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>,

Agenda

1. Qualität
2. Weiterentwicklung Fallpauschalensystem
3. Investitionen und Strukturfonds
4. Ausgabenwirkung
5. Fazit

Das Vertrauen in die Selbstverwaltung ist sehr groß!



Neue Aufgaben für SV im G-BA	Aufgaben für SV aus DKG, PKV und GKV
Indikatoren für die Krankenhausplanung	Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung)
Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA	Notfallversorgung (Vergütung)
Qualitätszu- und -abschläge	Zentrumszuschläge (Konzept)
Qualitätsverträge	Klinische Sektionen
Sicherstellungszuschläge	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Notfallversorgung	Sinkende Sachkosten
Zweitmeinung	Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag
Weiterentwicklung von Aufgaben des G-BA	Absenkung von Bewertungsrelationen
<i>Mindestmengenregelung</i>	Empfehlungen zum LBFW
<i>Qualitätsbericht</i>	Expertenkommission Pflege
<i>OP-Checklisten (QM-Richtlinie)</i>	Hochschulambulanzen
<i>Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse</i>	Strukturfonds

Fazit

- „ Es ist eine Reform, die nicht weit genug geht.
 - Ungelöste Frage der Investitionsfinanzierung der Länder
 - Ungelöste Frage des Nebeneinander von Haus-, Landes- und Bundespreis
- „ Die Qualitätsorientierung ist gut, wirkt aber erst langfristig.
- „ Die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems ist ein Rückschritt.
 - Der Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ wird verletzt.
 - Die Rückkehr auf die Hausebene schadet mehr als sie nutzt.
 - Aushöhlung der Pauschalierung („Kontrolle“)
- „ Der „Strukturfonds“ ist ein Startschuss – aber immerhin!
- „ Die finanzielle Mehrbelastung ist beitragsrelevant.

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit.**