

Gesperrt bis zum Beginn -
Es gilt das gesprochene Wort!

Rede von Stefan Kapferer
Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit

"Was ist in der Krankenhauspolitik erforderlich?"
anlässlich des 17. VKD/VDGK Führungskräfte-seminars am 25./26. Februar
2010 in Berlin

Redezeit: ca. 20 Minuten

Anrede

Meine Damen und Herren,

Einleitung

alle internationalen Vergleiche
bestätigen: Die
Krankenhausversorgung in
Deutschland ist gut. Anderswo mag
es Wartezeiten geben – hier nicht.
Das muss auch so bleiben.

**Zielausrichtung
Krankenhaus-
politik**

Denn: leistungsfähige Krankenhäuser sind für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung in Deutschland unerlässliche Eckpfeiler.

Hierfür gilt es auch zukünftig die Grundlagen zu sichern. Dazu gehört auch, dass die Arbeit in den Krankenhäusern attraktiv bleibt.

- 4 -

Dies wird nach meiner Auffassung nicht ohne weitere Anstrengungen und Maßnahmen möglich sein.

Koalitionsvertrag

Der Koalitionsvertrag zeigt deshalb auf, welchen Weg wir hier beschreiten wollen und welche Maßnahmen wir für geboten halten:

- 5 -

Maßnahmen

Eine leistungsfähige Krankenhausversorgung bedarf effizienter Strukturen. Deshalb soll der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren fortgesetzt werden.

Zudem stellen wir insbesondere auch das Verfahren, das die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten

- 6 -

Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 SGB V regelt, auf den Prüfstand.

Ein wesentlicher Aspekt für die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser bleibt auch nach dem

- 7 -

- 7 -

Koalitionsvertrag die Wahrung einer
verlässlichen Investitionsfinanzierung
der Krankenhäuser.

Meine Damen und Herren,
bevor ich mich hier einzelnen
Themenbereichen zuwende, lassen
Sie mich vorab Folgendes
herausstellen:

- 8 -

Kontinuität

Bei der Weiterentwicklung einer leistungsfähigen Krankenhausversorgung muss die Kontinuität zu dem erst im vergangenen Jahr in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und den darauf gegründeten Maßnahmen gewahrt bleiben.

Dies bedeutet, dass der laufende Anpassungsprozess an die Maßnahmen des KHRG für die Krankenhäuser weiterhin eine verlässliche Grundlage bildet und nicht gestört wird. Die Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit, damit sie sich sachgerecht auf die in die Zukunft gerichteten Maßnahmen und finanziellen Wirkungen des KHRG

einstellen können, ohne erneut mit grundlegenden gesetzgeberischen Änderungen im Krankenhausbereich konfrontiert zu werden.

Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil das KHRG eine Reihe von Maßnahmen beinhaltet, die - vereinfacht ausgedrückt – noch „abzuarbeiten“ sind und deren

tatsächliche und rechtliche Folgen
sich erst in der Zukunft auswirken.

Umsetzung des KHRG

Hierzu gehören vornehmlich:

- Die weitere Abarbeitung des Entwicklungsauftrags zur Reform der Investitionsfinanzierung.
- Die Entwicklung und Einführung eines neuen Orientierungswertes für Krankenhäuser und daraus

abgeleitet eines
Veränderungswertes als
Obergrenze für Anpassungen der
Landesbasisfallwerte, mit dem die
bisher an die Entwicklung der
Grundlohnrate gekoppelte
Anbindung abgelöst wird, sowie

- die Vorbereitungen für das neue
Entgeltsystem für psychiatrische
und psychosomatische

Krankenhäuser.

Gestatten Sie mir deshalb zunächst,
diese Punkte nochmals aufzugreifen:

**Verlässliche
Investitions-
finanzierung der
Krankenhäuser**

Zum ersten: Auch der
Koalitionsvertrag stellt es erneut
deutlich heraus: Leistungsfähige
Krankenhäuser brauchen eine
verlässliche Finanzierung ihrer

Investitionskosten. Zudem – und das sage ich auch als Appell an die Länder – hat jeder für Krankenhäuser eingesetzte Euro Multiplikatorfunktion, regt Innovationen an und sichert Beschäftigung in der Region.

**Reform der
Investitions-**

Um eine flexiblere und vor allem auch verlässliche Investitionsfinanzierung

finanzierung

der Krankenhäuser zu erreichen, zielt der Entwicklungsauftrag des KHRG zur Reform der Investitionsfinanzierung darauf ab, den DRG-Krankenhäusern ab 1. Januar 2012 eine Umstellung ihrer Krankenhausinvestitionsförderung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen zu ermöglichen.

Diese berechnen sich aus einem jeweils auf der Landesebene festzulegenden Investitionsfallwert und bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen.

Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sollen Investitionspauschalen ab dem

1. Januar 2014 anwendbar sein.

**Investitions-
pauschalen**

Investitionspauschalen bieten gegenüber einer Einzelförderung den Vorteil, dass die Krankenhäuser kontinuierlich und verlässlich kalkulierbar Investitionsmittel erhalten und damit ihre Investitionen flexibler planen können.

Allerdings sind die Länder weder zur Umstellung ihrer Förderung auf Investitionspauschalen noch zur Erhöhung ihrer Fördermittel verpflichtet.

Das Recht der Länder (auch künftig) eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der

Einzelförderung von Investitionen zu entscheiden, bleibt ausdrücklich unberührt.

Ebenso bestimmen die Länder weiterhin die Höhe ihrer Fördermittel für Krankenhausinvestitionen.

**Gesetzlicher
Entwicklungs-**

Zur Umsetzung des
Entwicklungsauftrags zur Reform der

auftrag

Investitionsfinanzierung waren zunächst bis zum 31. Dezember 2009 unter Berücksichtigung auch der Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln.

Die näheren Einzelheiten hierzu

- 21 -

haben Bund und Länder in einer Arbeitsgruppe am 3. Dezember 2009 einvernehmlich festgelegt.

Ebenfalls bis zum 31. Dezember 2009 sollten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der

- 22 -

privaten Krankenversicherung, die Grundstrukturen für bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung vereinbaren.

Mit Unterstützung des BMG ist auch hier eine Einigung gelungen. Danach erfolgt die fallbezogene Kalkulation

der Investitionsbewertungsrelationen durch das DRG-Institut im Rahmen eines modularen Ansatzes.

Die Investitionsbewertungsrelationen sollen jeweils im DRG-Fallpauschalen-Katalog ausgewiesen werden, wobei im Jahr 2012 als erstem Jahr der Anwendung die Anzahl zusätzlicher Fallgruppen die

- 24 -

Zahl 30 nicht überschritten werden soll.

Diese Einigung ist auch deshalb zu begrüßen, weil das DRG-Institut den Kalkulationsprozess nun kurzfristig starten kann, der bereits zum Jahresende 2010 zu Investitionsbewertungsrelationen für den Bereich der DRG-Krankenhäuser

- 25 -

(akutstationäre Versorgung) führen soll (Psych-Entgeltsystem: Jahresende 2012).

Bis zur Anwendungsmöglichkeit durch die Länder zum 1. Januar 2012 bzw. 2014 für psychiatrische Krankenhäuser besteht damit somit jeweils ein Jahr Zeit, welches genutzt werden kann, um die näheren

Einzelheiten zum Einsatz von Investitionspauschalen einschließlich der Ermittlung des Investitionsfallwerts im jeweiligen Land zu regeln.

**Neuer
Orientierungswert**

Ein weiterer Arbeitsauftrag aus dem KHRG ist das Ersetzen der bisherigen Grundlohnrate durch einen Veränderungswert, der auf dem

neuen Orientierungswert aufbaut, der vom Statistischen Bundesamt entwickelt wird.

Bisher ist für die jährliche Vereinbarung der Landesbasisfallwerte grundsätzlich die Veränderungsrate nach § 71 SGB V als Obergrenze zu berücksichtigen.

Diese Veränderungsrate bildet die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und damit die GKV-Einnahmenseite ab.

Mit dem KHRG wurde festgelegt, dass die Veränderungsrate

perspektivisch durch einen „Anteil eines zu entwickelnden Orientierungswerts“ ersetzt wird. Dadurch sollen die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als bislang berücksichtigt werden.

Erste Ergebnisse der Systematikentwicklung wurden den

Ländern und den
Selbstverwaltungspartnern am 15.
Dezember 2009 vom Statistischen
Bundesamt im BMG vorgestellt.

Aus heutiger Sicht kann ein im
Wesentlichen auf bereits
vorhandenen Daten aufbauender
Orientierungswert, wie im Gesetz
vorgesehen, erstmalig bis zum

30. Juni 2010 vom Statistischen Bundesamt ermittelt werden.

Somit kann der aus dem Orientierungswert abgeleitete, maßgebliche Veränderungswert voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise genutzt werden.

Die Höhe des Veränderungswertes als Anteil des Orientierungswertes und das Jahr des Inkrafttretens der neuen Regelung werden durch eine BMG-Rechtsverordnung festgelegt.

**Neues Psych-
Entgeltsystem**

Mit dem KHRG ist auch die Einführung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und

psychosomatische Einrichtungen
vorgegeben.

Nach der erfolgreichen Entwicklung
des leistungsorientierten DRG-
Fallpauschalensystems werden die
Selbstverwaltungspartner beauftragt,
nun auch für die Leistungen von
psychiatrischen und
psychosomatischen Einrichtungen ein

durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem zu entwickeln.

Es soll grundsätzlich auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten entwickelt werden. Bereits im Jahr 2013 soll es unter budgetneutralen Bedingungen zur Anwendung kommen.

Die Selbstverwaltungspartner haben sich bereits im November 2009 auf die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen einigen können. Dies ist erfreulich!

Seit dem 1. Januar diesen Jahres

sind auch die bisher schon zu erfassenden Behandlungsbereiche nach der Psychiatrie-Personalverordnung über den Prozedurenschlüssel OPS zu dokumentieren.

Darüber hinaus wurden zusätzliche Psych-Komplexschlüssel aufgenommen. Es handelt sich hier

um den ersten Schritt eines Entwicklungsprozesses in diesem Bereich. Um eine Kalkulation des neuen Psych-Entgeltsystems auf möglichst validen Daten zum Start der budgetneutralen Anwendung im Jahr 2013 zu erreichen, war es wichtig, dass sich die Anwender in den Krankenhäusern frühzeitig mit der Kodierung auseinandersetzen

und die notwendige vor allem EDV-technische Infrastruktur geschaffen wird.

Daher ist es auch zu begrüßen, dass die Selbstverwaltungspartner sich auf die Aussetzung von Sanktionen bei fehlender oder fehlerhafter Übermittlung der Psych-Komplexschlüssel im ersten Halbjahr

2010 verständigt haben.

Als Nächstes steht der Aufbau der Kostenkalkulation und die Erfassung der Leistungen in den Krankenhäusern, die schon genannte Weiterentwicklung der Klassifikationen und letztendlich die Kalkulation der Entgelte durch das InEK an.

Auch hier bin ich optimistisch, dass die Arbeiten - wie vorgesehen - durchgeführt werden können.

**Basisfallwert-
korridor**

Auf Grund des KHRG sind außerdem ab dem Jahr 2010 innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen

einheitlichen Basisfallwertkorridor
anzugleichen.

Dieser weist um einen rechnerisch
ermittelten Bundesbasisfallwert eine
Bandbreite von + 2,5 nach oben und -
1,25 Prozent nach unten auf.

Lediglich Landesbasisfallwerte, die
außerhalb dieser Bandbreite liegen,
werden an die Korridorgrenzen

- 42 -

angeglichen.

In der Koalitionsvereinbarung haben wir festgehalten, dass wir bundeseinheitliche Krankenhauspreise ablehnen.

Das stellt einen weiteren Konvergenzprozess hin zu einem Bundesbasisfallwert in Frage.

- 43 -

Unverändert hat aber die soeben skizzierte Annäherung hin zu einem Korridor Bestand.

Qualitätssicherung In der Koalitionsvereinbarung ist ausdrücklich auch hervorgehoben, dass die Qualität der Versorgung und ihre flächendeckende Bereitstellung ein zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik der

Regierungskoalition ist.

Diese zentrale Aussage ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung aktuell in einer entscheidenden Phase ihrer Weiterentwicklung befindet.

Den mit der letzten

Gesundheitsreform veranlassten
Übergang in die stärker
sektorenübergreifende Betrachtung
und Gestaltung der
Qualitätssicherung hat der
Gemeinsame Bundesausschuss
engagiert vorangetrieben.

Die maßgebliche Richtlinie, mit der
die wesentlichen Strukturen und

Verfahren für das neue Zeitalter der Qualitätssicherung geregelt werden, wird voraussichtlich in einer der nächsten Plenumsitzungen des G-BA beschlossen.

Der Aufbau der neuen Strukturen insbesondere auf der Umsetzungsebene in den Ländern kann daher - im Falle der

- 47 -

Nichtbeanstandung - zügig erfolgen.

Ich möchte hervorheben, dass wir in Sachen Qualitätssicherung bereits jetzt eine Menge erreicht haben.

Dennoch sind wir nicht am Ende des Weges angelangt.

Mir ist es ein besonderes Anliegen zu betonen, dass künftig die Ergebnisse

- 48 -

der Qualitätssicherung noch stärker sichtbar gemacht werden müssen.

Wenn wir von Qualitätsmessung in der Medizin sprechen, so sollte dabei stets die Ergebnisqualität einer Behandlung im Fokus stehen.

Nur das Behandlungsergebnis ist ein zuverlässiges Kriterium für die

Beurteilung von Qualität. Daher sollte und muss sich auch der Wettbewerb im Gesundheitswesen genau darauf ausrichten.

Gerade dieser Aspekt wird in der Koalitionsvereinbarung noch einmal hervorgehoben. Hier heißt es: "Wir wollen mehr Transparenz und Orientierung für Patientinnen und

Patienten sowie Versicherte im Gesundheitswesen über Qualität, Leistungen und Preis."

In den letzten Jahren sind in Bezug auf die Transparenz über die Leistungsqualität vor allem bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser bereits wesentliche Fortschritte zu verzeichnen.

Diese Entwicklung soll weitergehen und insbesondere auf die Bewertung und Veröffentlichung der Ergebnisqualität ausgerichtet werden.

Die Struktur- sowie die Prozessqualität sind zwar ebenfalls wichtige Qualitätsdimensionen, aber ihre Wirkungen auf das letztlich

entscheidende Behandlungsergebnis sind doch häufig unklar. Sie sind zwar leichter zu messen, aber einen Wettbewerb hierauf aufzubauen wäre unzureichend.

Maßgebliches Kriterium muss vielmehr sein, welche Qualität beim Patienten ankommt. Die Transparenz über die Ergebnisqualität ist als

Grundlage des Wettbewerbs unter
Qualitätsaspekten daher
unverzichtbar.

Besondere Bedeutung wird deshalb
zukünftig der Entwicklung
hochwertiger - möglichst
sektorenübergreifender -
Qualitätsindikatoren zukommen.

Gleichzeitig ist es unbedingt notwendig, den bürokratischen Aufwand der Qualitätssicherung so gering wie möglich zu halten. Aufwand und Kosten der Maßnahmen müssen in einem vertretbaren Rahmen gehalten werden.

Die begrenzten Ressourcen werden uns gerade bei der

sektorenübergreifenden Ausrichtung der Qualitätssicherung daher zwingen, noch stärker Prioritäten zu setzen.

Schlanke Verfahren und die Nutzung von sog. Routinedaten werden bei der Fortentwicklung der Qualitätssicherung Vorrang haben.

Die neu zu gestaltende
sektorenübergreifende
Qualitätssicherung mit der
Übernahme der Aufgaben durch das
AQUA-Institut ermöglicht nun eine
kritische Zwischenbilanz und eine
Neuorientierung der
Qualitätssicherung, wo sie nötig ist.

Das bedeutet auch, gewohnte

- 57 -

Verfahren – z.B. aus der externen Qualitätssicherung im Krankenhaus - zu hinterfragen und sie auf diese Anforderung hin umzugestalten oder sie ggf. auch aufzugeben.

So sollten nach meiner Ansicht auch im stationären Bereich in der externen Qualitätssicherung als Kontrollinstrumente

- 58 -

Stichprobenprüfungen und befristete Verfahren geprüft werden.

Diese wenigen von mir genannten Aspekte zeigen nach meiner Einschätzung deutlich, vor welchen Herausforderungen die Qualitätssicherung in der nächsten Zeit steht.

MVZ

In der vertragsärztlichen Versorgung haben sich Medizinische Versorgungszentren (MVZ) neben den niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten als Leistungserbringer inzwischen etabliert.

Der Gründungstrend ist ungebrochen: Seit 2007 fanden je Quartal zwischen

50 und 80 Neugründungen statt. Die vorhandenen Daten belegen auch, dass MVZ für viele Krankenhäuser ein attraktives Betätigungsfeld darstellen.

Mitte 2009 befanden sich Immerhin 38,3 Prozent der MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern.

Insbesondere MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern haben sich als wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen und helfen Schnittstellenprobleme beim Übergang von der einen zur anderen Versorgungsform zu überwinden.

Deshalb hält die Regierungskoalition an MVZ als möglicher Organisationsform für die vertragsärztliche Leistungserbringung ebenso fest wie an der grundsätzlichen Gründungsberechtigung von Krankenhäusern.

Durch eine Neufassung der

Zulassungsvoraussetzungen für MVZ
soll jedoch sichergestellt werden,
dass die ärztliche Tätigkeit im MVZ
auch weiterhin allein medizinischen
Gesichtspunkten folgt und nicht durch
sachfremde Interessen überlagert
wird.

Die gesetzliche Umsetzung des
Koalitionsvertrages wirft im Einzelnen

jedoch eine Vielzahl von zum Teil rechtlich schwierigen Fragen auf. Diese werden im Bundesministerium für Gesundheit gerade geprüft.

Unter anderem geht es dabei auch um den Bestandsschutz, der allen bestehenden Einrichtungen schon aus verfassungsrechtlichen Gründen gewährt werden muss. Bei der

Konkretisierung der vereinbarten
Ausnahmeregelung in
unterversorgten Gebieten werden
Versorgungsgesichtspunkte eine
maßgebliche Rolle spielen.

Ich stehe dazu, dass die ärztliche
Freiberuflichkeit tragendes Prinzip der
Gesundheitsversorgung und Basis für
die Sicherstellung einer

flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung ist.

Gleichwohl darf bei der Umsetzung der Koalitionsvereinbarungen auch das sich ändernde Berufsbild insbesondere der jüngeren Ärztegeneration nicht völlig außer Betracht gelassen werden.

MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern arbeiten verstärkt mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Diese Form der ärztlichen Berufsausübung wird von vielen, insbesondere jüngeren Ärztinnen und Ärzten, sehr geschätzt.

Vor allem die bessere Möglichkeit, Familie und Beruf miteinander in

Einklang zu bringen, wird dabei als vorteilhaft bewertet. MVZ können daher eine sinnvolle Verbindung zwischen ärztlicher Freiberuflichkeit und den Wünschen nach einer ambulanten ärztlichen Tätigkeit in Anstellungsverhältnissen darstellen.

Dieser Aspekt darf angesichts eines drohenden Ärztemangels und der

notwendigen Steigerung der
Attraktivität des Arztberufs nicht
unterschätzt werden.

§ 116b SGB V

Lassen sich mich abschließend zu
einem gesundheitspolitischen
„Dauerbrenner“ bei der ambulanten
Leistungserbringung der
Krankenhäuser kommen:

Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Überprüfung und ggf. Präzisierung des Zulassungsverfahrens für die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen steht vor dem Hintergrund einer sehr

unterschiedlichen und teilweise schleppenden Umsetzungspraxis durch die Länder, die vor allem auch durch erhebliches Konfliktpotenzial im Hinblick auf die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Situation geprägt wird, für deren vorrangige Beachtung die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Einfluss geltend machen.

Auch die konkretisierende
Richtlinientätigkeit des G-BA zur
Präzisierung der spezifischen fachlich
spezifischen, personellen und
qualitativen Anforderungen an die
ambulante Behandlung im
Krankenhaus ist vor dem Hintergrund
der unterschiedlichen Interessenlage
der verschiedenen Beteiligten in den
Gremien des G-BA (KBV, DKG, GKV-

Spitzenverband sowie
Patientenvertreter) äußerst
konfliktbeladen und führt zu
erheblichen Friktionen bei der
Umsetzung.

Die gesamte Regelung wird deshalb
gegenwärtig im BMG im Hinblick auf
Regelungsziele und Verfahren zu
ihrer Umsetzung einer

- 74 -

grundlegenden, derzeit noch nicht abgeschlossenen Überprüfung unterzogen.

Sie soll mit dem Ziel einer verbesserten Patientenversorgung unter ausgewogener Wahrung der Belange der Leistungserbringer (niedergelassene Vertragsärzte, Krankenhäuser) weiterentwickelt

- 75 -

- 75 -

werden.

Vielen Dank!