

4. Thüringer Krankenhausforum

Krankenhauspolitik in der 19. Legislaturperiode

Nach der Wahl ist vor der Reform

Herausforderungen und Handlungsbedarf

- aus Sicht eines beteiligten Landes -

Erfurt, 20. November 2017

**Jochen Metzner, Hessisches Sozialministerium,
Leiter des Referats Krankenhausversorgung, Rettungsdienst,
Gesundheits- und Krankenpflege**

Ist das noch einmal zu erwarten? Drei Seiten nur für die Krankenhausversorgung??



Mittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren.

Krankenhausversorgung

Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein.

Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).

In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten gesammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll zur Überprüfung der Vorgaben des GBA zur internen und externen Qualitätssicherung zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher gestalten. Die Ausnahmefestlegungen der Länder bleiben davon unberührt.

Die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen verständlicher, transparenter und als Grundlage für die Patiententatsache präziser werden. Der GBA wird beauftragt, in seinen Vorgaben die Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu verbessern und Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von Patientbefragungen zu integrieren. Dazu soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen. Die teilweise in Krankenhäusern bereits genutzten OP-Sicherheits-Checklisten werden allgemeiner Standard der Qualitätssicherung.

Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert.

Zur weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung wird für vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gegeben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen

auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt. Die freie Krankenhauswahl bleibt dabei unberührt. Danach erfolgt eine Evaluierung.

Nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen muss die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Hierzu wollen wir sicherstellen, dass auch Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können. Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig. Künftig kann das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen. Gesunkene Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation abzubilden.

Wir wollen die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung unterstützen. Dazu sollen die Möglichkeiten, Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren, gesetzlich konkretisiert werden. Die Festlegung von Kriterien erfolgt zukünftig durch den GBA. Werden diese erfüllt, ist nach Zustimmung des Landes ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. Es ist auch zu überprüfen, ob für Krankenhäuser die Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, aktuell ausreichend finanziert werden.

Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patienten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen. Dies betrifft vom GBA zu definierende mengenmäßige planbare Behandlungen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären. Diese Aufklärung muss mindestens zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.

Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kommen, sollen verpflichtet werden, sich in der Phase nach der Markteinführung an Nutzen- und Sicherheitsstudien des GBA zu beteiligen. Entsprechende Methodenbewertungsverfahren des GBA sollen regelmäßig nach spätestens zwei Jahren abgeschlossen sein.

Register verbessern aufgrund ihrer Langzeitbeobachtungen die Patientensicherheit und Qualität. Wir werden als ersten Schritt ein Transplantationsregister und ein Implantatregister aufbauen, die Datenlieferung ist verpflichtend. Dabei werden bereits bestehende Register einbezogen. Zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen werden wir die bereits ergriffenen Maßnahmen evaluieren und erweitern. Informationen zu Krankenhausinfektionen müssen verpflichtender Bestandteil der Qualitätsberichte werden.

Bestimmte Unterschiede in den Landesbasisfallwerten lassen sich nicht durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen. Sie sollen aufgehoben werden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet auf Basis des hierzu vorzulegenden Gutachtens Eckpunkte. Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Eckpunkte soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten.

Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf die spezifischen Gegebenheiten im Krankheitsbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten.

Die ambulante Notfallversorgung konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser. Das macht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei eine regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung an. In eine solche Kooperation soll der Notdienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wir werden die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung besser im DRG-System vergüten. Für Hochkostenfälle, die nicht durch Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis Ende 2014 eine geeignete gesonderte Vergütungsform vorzulegen. Leistungen der Hochschulambulanz werden künftig angemessen vergütet.

Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmerechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116 b SGB V) gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind, legt der GBA fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten des Qualitätsinstituts.

Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einsetzen, die bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.

Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

- Rückblick
- Themen
- Was könnte kommen?

Rückblick

- KHSG als große Krankenhausreform
- Regelungen zur Qualität
- Regelungen zum Vergütungssystem
- Regelungen zur Pflege
- Vieles umgesetzt (Vergütung), vieles noch in Umsetzung im G-BA (Vielzahl von AGs), in der Selbstverwaltung (Zentren, Pflegeuntergrenzen)

Themen

- Investitionsfinanzierung
- Finanzierung der Personalkosten
- Personalgewinnung (besonders: Situation in der Pflege)
- Sektorenübergreifende (Notfall-)Versorgung
- G-BA-Beschlüsse zum KHSG (Qualität, Sicherstellung, Zentren, NFV)
- **Digitalisierung**

Was könnte kommen (trotz Jamaika-Ende)?

Investitionsfinanzierung

Große Lösung (6-7 Mrd insgesamt, Bund/Länder-Fonds analog Struktur-Fonds) oder kleine Lösung??

Zu erwarten eher kleine Lösung, dennoch sehr positiv für KHS, Bund wird sich beteiligen, Sonderprogramm Digitalisierung, siehe Meldung Bibliomed, könnte bis eine Mrd. Euro jährlich betragen, zusätzliche Beteiligung Länder sollte obligatorisch sein (Vorbild Strukturfonds)

Finanzierung Personalkosten/Pflege

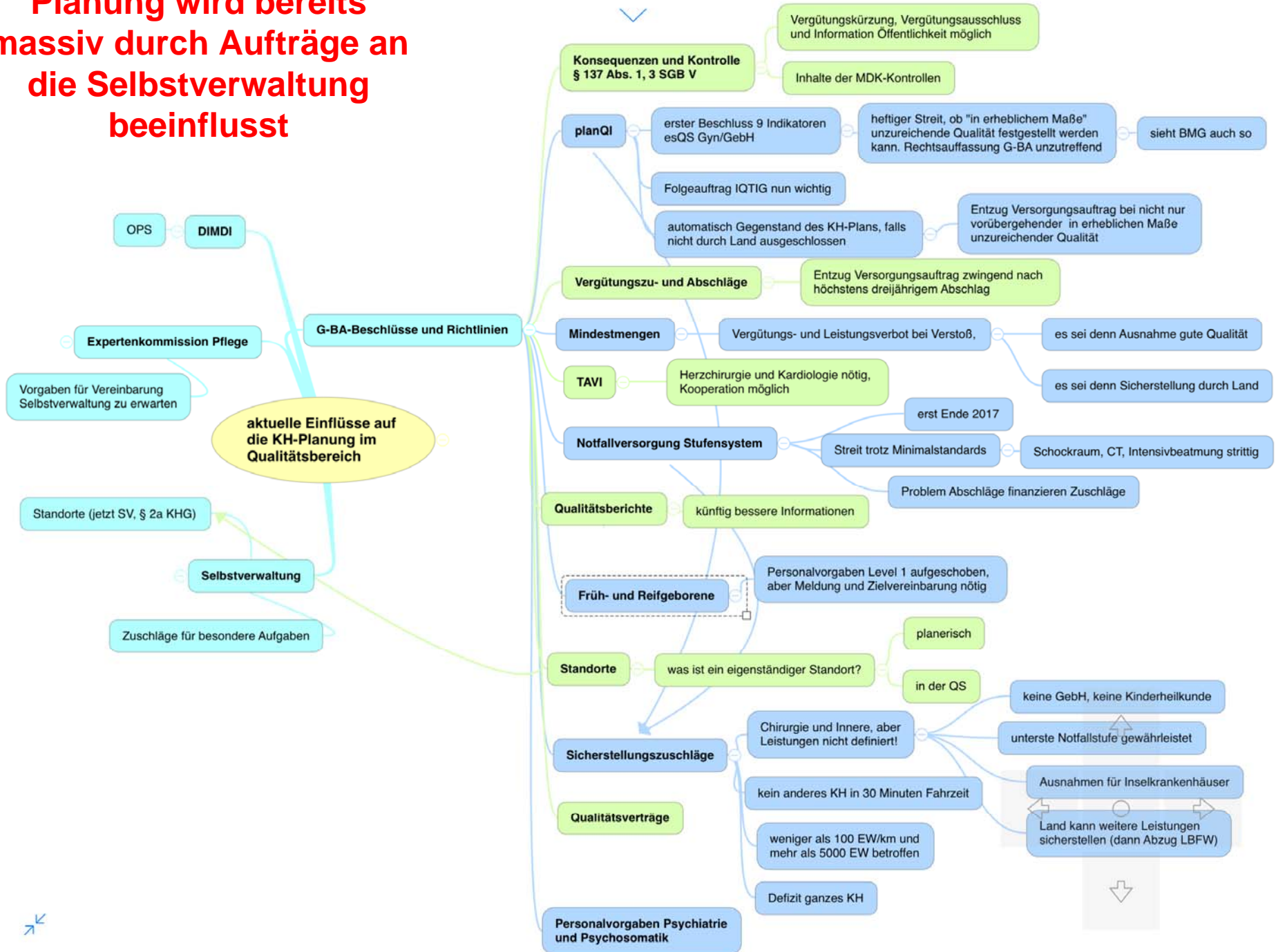
- Zunächst auch KHS in der Bringschuld für Ausbildung, da wurde viel versäumt
- Vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen in Diskussion (da machen Tarifverhandlungen doch Spaß!!) - ist aber nur Schattendiskussion bei gutem Orientierungswert
- Eigentlich bei Pflege guter Kompromiss aus Expertenkommission Pflege gefunden (pflegesensitive Bereiche)
- Dennoch allgemeine Personalvorgaben politisch en vogue, aber: sind die Menschen geboren??
- Angesichts der digitalen Revolution nicht nachvollziehbar



sektorenübergreifende (Notfall)- Versorgung

- Sektorenübergreifende Versorgung klingt gut, man sollte aber das GG und das SGB V beachten = KH-Planung Sache der Länder. Stärkere Position § 90a-Gremium?
- Notfallversorgung ist Idealfall der Versorgung = RD, ÄBD, KH
- Den KH nur mehr Geld geben für Versorgung, die dort nicht hingehört, macht keinen Sinn
- Vorschläge liegen auf dem Tisch, zB SVR, ÄBD komplett bei (Notfall-) KH ansiedeln, ggfs. ÄBD 24 Std., gute Triage, Finanzierung/Organisation
- Stationäre NFV inkl Voraussetzungen Zu-(Abschläge in der Diskussion; Sinn der Sache: Zuschlag für (teure) **Vorhaltung**, denn DRG bezahlen nur Leistung
- DKG will/muss es jedem Recht machen, daher Kampf für „Notfall light“
- Webfehler im KHSG, dass Zuschläge aus Abschlägen finanziert werden, hier muss eigener Topf gebildet werden
- Zum Thema NFV wird Bund-Länder-AG kommen!

Planung wird bereits massiv durch Aufträge an die Selbstverwaltung beeinflusst



G-BA und KHSG

- Selbstverwaltung stößt an ihre Grenzen
- AGs haben oft nur den eigenen Auftrag im Blick, teilweise Scheuklappen
- Beispiel Auseinandersetzung zu planungsrelevanten Indikatoren, Kontroll-RL, Notfallversorgung, Sicherstellung,
- „Bundesoberbehörde“ in die Diskussion gebracht
- Jedenfalls stärkere Position der Länder notwendig

Digitalisierung

- E-health-Gesetz 2 wird sehr schnell kommen!!

Wie geht`s weiter???

Schaun mer mal!