

Krankenhaus-Report 2013

„Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2013

Auszug Seite 223-241



13	Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung	223
	<i>Jürgen Malzahn und Christian Wehner</i>	
13.1	Einleitung	224
13.2	Faktoren der Ausgabendynamik im Krankenhausbereich	226
13.2.1	Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung	226
13.2.2	Preisentwicklung	227
13.2.3	Entwicklung der stationären Leistungsmengen	229
13.2.4	Entwicklung ambulanter Krankenhausleistungen	230
13.3	Ansätze zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung.....	231
13.3.1	Anpassung der Krankenhauskapazitäten in somatischen Krankenhäusern zur Erreichung einer bedarfsgerechten Sollauslastung	232
13.3.2	Realisierung ambulanter Potenziale im akutstationären Sektor.....	236
13.3.3	Strikte Anforderung an Indikationsqualität, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	238
13.4	Qualitätsorientierte Kapazitätssteuerung zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben.....	239
	Literatur	239

13 Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung

Jürgen Malzahn und Christian Wehner

Abstract

Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung ist primär mengengetrieben. Verschiedene Studien belegen, dass dies allein durch die Morbiditätsentwicklung nicht erklärt werden kann. Die Mengendynamik in den Krankenhäusern ist allerdings als Symptom verschiedener Rahmenbedingungen zu sehen. Zum einen ist es den Ländern bisher nicht gelungen, die Kapazitäten bedarfsgerecht anzupassen, stattdessen kommen sie ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten immer weniger nach. Zum anderen besteht eine systemimmanente Anfälligkeit des leistungs(mengen)orientierten DRG-Systems zur Mengenausweitung. In vielen Fällen könnten stationäre Leistungen ambulant erbracht werden. Letztlich führt kein Weg daran vorbei, bei der vorrangig preislich und mengengesteuerten Vergütung endlich auch der Qualität eine entscheidende Rolle zukommen zu lassen. Vor diesem Hintergrund skizziert der Beitrag ein integriertes Konzept zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung, das auf drei Ebenen ansetzt:

1. Die qualitätsorientierte Krankenhausplanung erhöht den Auslastungsgrad der Krankenhäuser von derzeit rund 77 % auf Werte zwischen 85 % und 90 %. Dieses Ziel kann auch unter Nutzung von Direktvertragsoptionen erreicht werden.
2. Vollstationäre Leistungen werden systematisch auf ihr ambulantes Potenzial geprüft. Geeignete Leistungen werden unter Qualitätsgesichtspunkten aus den vollstationären Budgets ausgegliedert. Die frei werdenden Kapazitäten werden reduziert und die ausgegliederten Leistungen mittels Verträgen an Krankenhäuser und Vertragsärzte vergeben.
3. Die qualitätsorientierte Indikationsstellung stellt sicher, dass mengensensitive Leistungen nur dann erbracht werden können, wenn die Indikationen im Einzelfall nachgewiesen werden. In diesem Kontext sind beispielsweise Zweitmeinungsverfahren heranzuziehen.

Ein solches Vorgehen hat zum Ziel, Strukturen von Krankenhäusern zu verbessern, medizinische Leistungserbringung nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu stärken und medizinisch nicht erforderliche Leistungsmengen in der vollstationären Versorgung zu vermeiden. Als Mittel zur Umsetzung dienen Qualitätsmaßstäbe, sodass Patientenschutz und Patientensicherheit einen höheren Stellenwert erhalten.

The development of the expenditures of statutory health insurance for hospital care in Germany is primarily volume-driven. Various studies show that the mor-

bidity development alone cannot explain this. Instead, the volume dynamics in hospitals can be regarded as a symptom of various conditions. First, the federal states have not yet succeeded in adapting the capacities to the actual demand, instead they less and less meet their obligation to finance investment costs. Second, there is a systemic vulnerability of the performance (quantities) based DRG system for volume expansion. In many cases, inpatient services could be provided in the ambulatory sector. Ultimately, the role of quality needs to be enhanced, when previously primarily price and quantity mattered in the payment system. Against this background, the article outlines an integrated approach to quality-oriented hospital capacity management that targets at three levels:

1. Quality-oriented hospital planning increases the utilization rate of hospital capacities from currently 77 % to between 85 % and 90 %. This goal can be achieved by means of direct contracting.
2. Inpatient services should be tested systematically for their ambulatory potential. Appropriate services are taken out of the inpatient budget, with quality aspects taken into consideration. The free capacities will be reduced and contracts for rendering the outsourced services will be awarded to hospitals and office-based physicians.
3. Quality-oriented indications ensure that volume-sensitive services can only be provided if the indications are verified. In this context, second opinions should be used.

This approach aims at improving structures of hospitals, strengthening the rendering of medical service according to the principle “outpatient before inpatient care” and preventing medically unnecessary volumes in inpatient care. Thereby, quality standards will ensure a higher priority of patient safety.

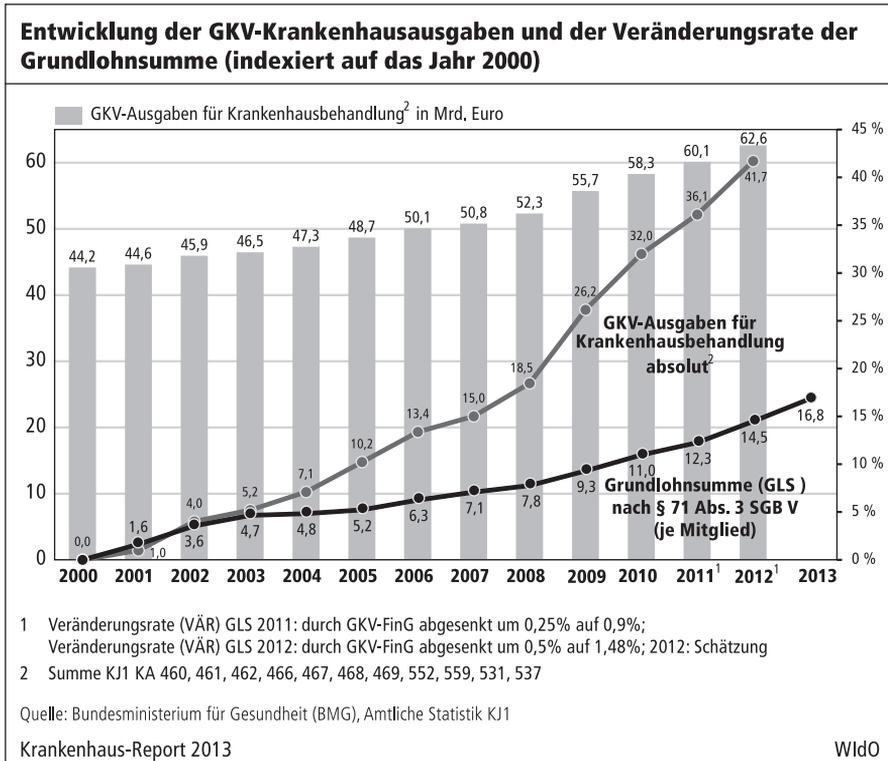
13.1 Einleitung

Bei Betrachtung der für den Krankenhausbereich relevanten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zeigt sich in den vergangenen Jahren eine beeindruckende Entwicklung (vgl. Abbildung 13–1). Seit 2000 sind die Krankenhausaussgaben der GKV um über 40 % gestiegen. Im Jahr 2011 lagen die Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser erstmals über der magischen Schwelle von 60 Mrd. Euro.

Die geringere Entwicklung der Einnahmen der GKV – dargestellt durch die Veränderung der Grundlohnsumme/Veränderungsrate – zeigt, dass das Primat der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich nicht existent ist. Die Steigerungsraten der GKV-Einnahmen betragen seit Jahren nur einen Bruchteil der Erhöhung der Krankenhausaussgaben und illustrieren sowohl die Abkoppelung der Ausgaben- von der Einnahmentwicklung als auch den Finanzierungsdruck auf die Krankenkassen.

Die preisliche Entwicklung war an der Ausgabendynamik relativ geringfügig beteiligt, wurde jedoch durch politische Interventionen zur Refinanzierung der Kostensteigerungen in den Krankenhäusern insbesondere im Jahr 2009 in die Höhe getrieben. Der kontinuierliche Ausgabentreiber war dagegen die nicht gedeckelte,

Abbildung 13–1



sondern frei verhandelbare dynamische Leistungsmengenentwicklung in den Krankenhäusern (BMG 2012, 5). Diese beläuft sich seit 2005 auf Basis des Casemix auf durchschnittlich drei Prozent pro Jahr. Verschiedene Gutachten zeigen, dass dieser Trend allein durch die Morbiditätsentwicklung oder demografische Entwicklung nicht erklärbar ist (IGES 2011; RWI 2012).

Die dynamische Mengenentwicklung ist allerdings lediglich das Symptom verschiedenster Struktur- und Steuerungsdefizite. Um eine erfolgreiche Mengensteuerung zu betreiben, sind Strategien und Änderungen notwendig, die insbesondere an den folgenden Ursachen ansetzen:

- Die Krankenhäuser kompensieren den kontinuierlichen Rückgang der Investitionsfinanzierung der Bundesländer durch höhere Erlöse infolge von Leistungsausweitungen.
- Die Krankenhausplanung stellt eine vom medizinischen Bedarf der Versicherten losgelöste Angebotsplanung dar. Die durch die Krankenhausplanung und politischen Vertreter gesetzten Marktaustrittsbarrieren verhindern nicht nur eine Begrenzung oder gar einen Rückgang von Krankenhauskapazitäten, sondern führen zu Überkapazitäten insbesondere in urbanen Ballungsräumen.
- Das fallpauschalierte leistungs(mengen)orientierte DRG-System zeigt eine Anfälligkeit für Leistungsmengensteigerungen.

- Die Krankenhäuser und Krankenkassen haben aufgrund der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen das Potenzial der ambulanten Leistungserbringung noch nicht ausreichend ausgeschöpft.

Bedenklich stimmt insbesondere, dass die Erlöse des Krankenhauses primär durch Preis und Menge determiniert werden, ohne dass die Qualität der erbrachten Leistung eine wirklich entscheidende Rolle bei der Vergütung spielt. In den aktuellen Vergütungsregelungen im Krankenhausbereich (nach dem Krankenhausentgeltgesetz für somatische Krankenhäuser oder nach der Bundespflegesatzverordnung für psychiatrische/psychosomatische Einrichtungen) wird der Begriff Qualität grundsätzlich nur im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung genannt. Eine direkte Wirkung guter oder schlechter Qualität auf die Vergütung, d. h. Preis und Menge, existiert nicht.¹

13.2 Faktoren der Ausgabendynamik im Krankenhausbereich

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt nach der dualen Finanzierung, die seit 1972 im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) kodifiziert ist, im Wesentlichen durch zwei Erlösbestandteile:²

- Fördermittel der Bundesländer zur Finanzierung der Investitionskosten des Krankenhauses
- Vergütung der Krankenhausleistungen durch die Krankenkassen zur Finanzierung der Betriebskosten des Krankenhauses.

13.2.1 Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Der Sicherstellungsauftrag zur Krankenhausversorgung liegt bei den Ländern (vgl. § 6 KHG), sodass diese verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. Dazu stellen sie entsprechende Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Die Förderung der Investitionskosten der zugelassenen Krankenhäuser erfolgt über Einzel- und Pauschalförderung durch die Bundesländer. Diese haben trotz ihrer Verpflichtung, notwendige Investitionskosten zu finanzieren, die Höhe der Investitionsfinanzierung kontinuierlich zurückgeführt (Rau 2009, 205). Das Investitionsvolumen belief sich 2011 nur noch auf 2,7 Mrd. Euro, im Jahr 2000 dagegen auf ca. 3,4 Mrd. Euro

¹ Ausnahmen stellen die Zu- und Abschläge im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bzw. Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses dar (vgl. dazu die Aufstellung der Zu- und Abschläge unter http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/drg/index_06608.html).

² Im Folgenden wird auf die Regelungen und Rahmenbedingungen für die somatischen Krankenhäuser abgezielt. Zusätzlich zu den beiden genannten Erlösbestandteilen gibt es noch weitere Erlösbestandteile in den Krankenhäusern wie beispielsweise die Abrechnung der Leistungen für Privatpatienten und Selbstzahler sowie Erlöse außerhalb des Krankenhauskerngeschäfts der medizinischen Versorgung wie Einnahmen aus Dienstleistungen etc.

(AOLG 2012). Aktuell beträgt das Volumen, das alle Bundesländer für die Investitionen der Krankenhäuser aufbringen, unter fünf Prozent der jährlichen Erlöse für Krankenhausleistungen. Krankenhausexperten schätzen den Investitionsbedarf jedoch auf ca. zehn Prozent dieses Wertes pro Jahr (Expertenkommission 2006, 59; Augurzky et al. 2009, 57). Der Rückgang der Investitionsfinanzierung führt dazu, dass die Krankenhäuser unter dem Druck stehen, diese Förderreduktion durch höhere Erlöse aus den DRGs zu kompensieren – ein Weg ist dabei die Ausweitung der Leistungsmengen. In der Konsequenz entsteht eine Quersubventionierung der Investitionskosten, indem die Krankenhäuser Mittel aus der DRG-Vergütung zur Refinanzierung der Investitionsbedarfe nutzen (Malzahn und Wehner 2010, 113).

Eine vergleichende Betrachtung der tatsächlichen Bettenauslastung mit den angestrebten Mindestauslastungsquoten bietet eine Möglichkeit, anhand des Kriteriums Nutzungsgrad zu bewerten, ob die Ziele der Krankenhausplanung erreicht bzw. bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen geschaffen wurden. Nach den Krankenhausplänen verschiedener Bundesländer gilt eine Bettenauslastung von 85 % als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Dieser wurde im Jahr 2011 mit 77,3 % national gesehen um 7,7 Prozentpunkte unterschritten (Statistisches Bundesamt 2012b). Diese Entwicklung kann als Indiz dafür gewertet werden, dass Überkapazitäten noch nicht in ausreichendem Maße abgebaut wurden (SVR-Gesundheit 2007, 412; SVR-Wirtschaft 2008, 14; Malzahn et al. 2011, 50–54).³ Die Krankenhausplanung hat es bisher nicht geschafft, mithilfe einer zielkonformen Kapazitätssteuerung den Grad der Bettenauslastung ihrer eigenen Soll-Vorgabe oder gar dem tatsächlichen medizinischen Bedarf anzupassen. Persistierende Überkapazitäten sind die Folge und damit ein Kostendruck auf die Krankenhäuser, denn eine zu geringe Auslastungsquote führt dazu, dass diese Probleme bekommen, ihre Fixkosten zu decken. Dem begegnen die Krankenhäuser, indem sie versuchen, diese Vorhaltekosten durch eine ökonomische Belegungspraxis zu kompensieren. Die Überkapazitäten sind damit eine primäre Ursache für einen Anreiz zur Mengensteigerung.

13.2.2 Preisentwicklung

Die maximale Preissteigerung der Landesbasisfallwerte ist seit jeher zur Wahrung der Beitragssatzstabilität an die Entwicklung der GKV-Einnahmen (Veränderungsrate/Grundlohnsumme) gekoppelt. Von 2005 bis 2012 hat sich der mit den Leistungsmengen (Casemix) gewichtete Durchschnitt aller Landesbasisfallwerte (fiktiver Bundesbasisfallwert) um rund sieben Prozent erhöht; ihr Beitrag zur Krankenhausausgabensteigerung ist damit unterdurchschnittlich. Der Preisanstieg von 2008 bis 2010 wird aber wiederum als wesentliche Ursache ausgemacht, die einen nicht unerheblichen Anteil des Leistungsmengenwachstums erklärt (RWI 2012, 27). Die Steigerung der Landesbasisfallwerte wäre geringer, wenn nicht in der Vergan-

³ Anders als in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung existiert zwar im stationären Bereich keine konkrete Definition von Über- und Unterversorgung, sodass der Vergleich von tatsächlicher und normativ vorgegebener Bettenauslastungsquote lediglich Hinweise auf Über- und Unterversorgung gibt (Jacobs und Schulze 2010, 25).

heit Sonderfinanzierungstatbestände durch die Einpreisung in den Landesbasisfallwert den Preis allerdings erhöht hätten:

- 2009 Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) (nach § 4 Abs. 14 a. F. KHEntgG)
- 2009 ein Drittel der durchschnittlichen Tariferhöhungen 2008 und 2009 für Löhne und Gehälter oberhalb der Veränderungsrate (§ 10 Abs. 5 a. F. KHEntgG)
- 2010 Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (AZV) (§ 4 Abs. 8 KHEntgG)
- 2012 Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal im Rahmen des Pflegesonderprogramms (PSP) (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)
- 2013 oder rückwirkend im Landesbasisfallwert 2012 analog zur Regelung von 2009 ein Drittel der durchschnittlichen Tariferhöhungen 2012 für Löhne und Gehälter oberhalb der Veränderungsrate (§ 10 Abs. 5 KHEntgG).⁴

Der landesweit einheitliche Preis stellt bezogen auf die Bewertungsrelationen des DRG-Systems die landesweiten Durchschnittskosten bzw. Durchschnittserlöse dar. Für die Krankenhäuser entsteht damit der Anreiz, ihre Produktionskosten geringer als die Durchschnittskosten zu halten. Dadurch entstehen Effizienzfortschritte und Wirtschaftlichkeitsreserven, die sich wiederum im Landesbasisfallwert widerspiegeln müssten. Die oben genannten Sonderfinanzierungstatbestände konterkarieren allerdings die eigentliche Wirkung des Durchschnittspreises, indem sie zusätzliche Finanzhilfen für die Krankenhäuser darstellen. Diese Maßnahmen basierten in der Vergangenheit primär auf politischen Interventionen. Dies stellt im Endeffekt eine Abkehr von der Steuerungswirkung des Durchschnittspreises dar. Immer wenn der politische Eindruck entsteht, dass die Finanzierung für die Krankenhäuser gefährdet ist, wird auf eine Sonderfinanzierung zurückgegriffen, die über kurz oder lang in den Landesbasisfallwert eingepreist wird. Ab 2013 wird die Veränderungsrate durch einen Veränderungswert, der den maximalen Preissteigerungsspielraum darstellt, ersetzt. Dieser basiert auf einem durch das Statistische Bundesamt ermittelten spezifischen Krankenhauskostenindex.⁵ Die Anwendung des Veränderungswerts hat weitreichende Konsequenzen auf das Preisregime im Krankenhausbereich, da dieser im Falle der Überschreitung der Veränderungsrate einen höheren Preissetzungsspielraum für die Landesbasisfallwertverhandlungen eröffnet als bisher möglich. Dies kann ggf. die weitere Ausweitung des Ausgabenvolumens im Krankenhausbereich nach sich ziehen, sofern es nicht gelingt, die Preisvereinbarungen unterhalb des Veränderungswerts abzuschließen. Denn insgesamt fällt auf, dass sich trotz der bisher geltenden Anbindung des Preises an die Grundlohnsumme keine ausgabenkonsolidierende Wirkung eingestellt hat.

⁴ Neuregelung im Rahmen des Psychiatrieentgeltgesetzes (PsychEntgG).

⁵ Liegt der Orientierungswert oberhalb der bisherigen Veränderungsrate, so ist zunächst die Differenz zwischen den beiden Werten zu ermitteln. Bis zu einem Drittel dieser Differenz kann bei den somatischen Krankenhäusern auf die Veränderungsrate aufgeschlagen werden. Wie hoch der Zuschlag ausfällt, wird zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene verhandelt und als Veränderungswert, der die Obergrenze für die Preissteigerungen darstellt, festgesetzt. Liegt der Orientierungswert unterhalb der Veränderungsrate, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert.

13.2.3 Entwicklung der stationären Leistungsmengen

Die Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen hat sich seit 1991 stark verändert. Die Zahl der vollstationären Fälle ist zwischen 1991 und 2011 um fast ein Viertel angestiegen. Bereits im Jahr 2010 wurde die magische Grenze von 18 Mio. stationären Krankenhausfällen durchbrochen, 2011 wurden wieder rund 290 000 Fälle mehr behandelt (Statistisches Bundesamt 2012b). Diese Fallzahlentwicklung trägt maßgeblich zu der Ausgabensteigerung in der Krankenhausbehandlung bei, einbezogen werden muss aber auch die Entwicklung des Schweregrads der Erkrankung. Der jährliche Casemix-Anstieg von durchschnittlich 3,3 % in den Jahren 2006 bis 2008 lässt sich nach Angaben des IGES-Instituts nur zu einem Drittel auf die Alterung der Bevölkerung und dem daraus resultierenden medizinischen Bedarf zurückführen (IGES 2011). Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) kommt in einem Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes sogar zu dem Ergebnis, dass weniger als die Hälfte des Casemix-Anstiegs zwischen 2006 und 2010 auf die demografische Entwicklung und eine veränderte Morbiditätsstruktur zurückzuführen sind (RWI 2012). Es werden also auch Leistungen erbracht, die nicht durch die Morbidität erklärbar sind und deren medizinischer Nutzen bzw. Bedarf fraglich ist.⁶

In den Jahren 2009 und 2011 sowie 2012 wurde ein Mehrleistungsabschlag, d. h. ein Preisnachlass für zusätzliche Leistungen gegenüber dem Vorjahr, als Instrument zur Begrenzung des Zuwachses der Krankenhausausgaben gesetzlich etabliert, um den Ausgabendruck auf die GKV zu vermindern. Interimsweise werden die Mehrleistungsabschläge 2013 und 2014 insbesondere zur Vermeidung einer unbegründeten Mengendynamik weiter erhoben (BMG 2012, 6). Einen Anreiz für gute Qualität soll die neu geschaffene Ausnahmeregelung zum Mehrleistungsabschlag darstellen, wonach auf dessen Erhebung verzichtet werden kann, wenn besondere Qualitätsvereinbarungen vorliegen. Aktuell ist kein direkter Zusammenhang zwischen Vereinbarung der Leistungsmenge und (Ergebnis-)Qualität gegeben – insofern können auch Forderungen nach zusätzlichen Leistungen aufgrund unterdurchschnittlicher Qualität nicht abgelehnt werden. Seitens des Gesetzgebers werden mittelfristig strukturelle Maßnahmen als notwendig erachtet, um medizinisch nicht gebotene Leistungsausweitungen zu verhindern (Bahr 2012). Ab 2015 soll daher eine neue gesetzliche Regelung greifen, die auf Basis der Ergebnisse eines Forschungsauftrags zur Mengendynamik und möglichen Lösungsansätzen sowie der gemeinsamen Vorschläge der Selbstverwaltung entwickelt wird. Dabei sind erstmals auch Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungs-

⁶ Dies bestreitet auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht und bezeichnet den Effekt als eine „weitere nichtintendierte Wirkung eines fallpauschalierten Systems“ und als richtigen Anreiz bei einem gewollten „Wettbewerb um Patienten“. Nach der Auffassung des Ehrenpräsidenten der DKG, Dr. Rudolf Kösters, können drei Arten von Mengenentwicklungen unterschieden werden: die ökonomisch notwendigen, die morbiditätsbedingten und die wettbewerblich motivierten. Ein erster Teil der Mengensteigerung ist politisch induziert durch die seit Jahren systematische Unterfinanzierung der Kliniken (Orientierung an der Grundlohnrate und zum Teil deutlich darunter). Ein zweiter Teil der Mengensteigerung ergibt sich aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt. Ein dritter Teil der Mengensteigerung ist Folge des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander, der zur Patientenwanderung führt.

steuerung zu entwickeln. Es wird auch darauf verwiesen, dass zu entscheiden ist, inwieweit die bestehenden Regelungen zum Mehrleistungsabschlag durch alternative Maßnahmen ersetzt werden können.

Überschießende Mengenentwicklungen im Sinne einer Über- oder Fehlversorgung bei Krankenhausleistungen sind letztlich schon aus ethischen Gründen zu vermeiden, weil trotz aller gebotenen Vorsichtsmaßnahmen jeder operative Eingriff und jede Krankenhausbehandlung auch Risiken mit sich bringen. Es stellt sich also die Frage, wie zukünftige ökonomische Steuerung sinnvoll mit Qualitätssteuerung verzahnt werden kann.

13.2.4 Entwicklung ambulanter Krankenhausleistungen

Der medizinisch-technische Fortschritt hat dazu geführt, dass vormals stationär erbrachte Leistungen ambulant erbracht werden. Denn alternative ambulante Behandlungsformen im Krankenhaus neben den klassischen vollstationären Behandlungen zeigen einen beeindruckenden Leistungstrend. Allerdings hat dies bisher nicht dazu geführt, dass die Zahl der stationären Fälle wesentlich zurückgegangen ist. Lediglich von 2003 bis 2005 sind die stationären Fallzahlen leicht zurückgegangen (SVR-Gesundheit 2012, 282). Seit 2005 steigen aber sowohl die Zahl der ambulanten Operationen als auch das Volumen der stationären Fälle.⁷

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die ambulanten Operationen im Krankenhaus frei von jeglicher Bedarfsplanung sowie Mengen- und Budgetbegrenzung sind. Der Ordnungsrahmen des ambulanten Operierens (nach § 115b SGB V) oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (nach § 116b SGB V) ist für Leistungserbringer und besonders für Vertragsärzte attraktiv. Theoretisch unbegrenzte Mengenerbringung bei festen Preisen sowie nicht vorhandene Vertragsprinzipien und nennenswerte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind die Rahmenbedingungen zur Erbringung ambulanter Leistungen. Die bestehenden Mechanismen führen dazu, dass Leistungen aus dem stationären Bereich ausgegliedert werden. Allerdings bleibt eine monetäre Ausgliederung oftmals aus, weil diese Reduktion der vollstationären Inanspruchnahme nicht mit dem Abbau stationärer Kapazitäten seitens der Planungsbehörden verbunden wird. Daraus resultieren Kompensationsmechanismen, indem bei der Ausgliederung von Leistungen auf Honorararztbasis beispielsweise neurochirurgische oder kardiologische Eingriffe in das Portfolio des einzelnen Krankenhauses integriert werden. Genau diese Leistungen entfalten eine

⁷ Die ambulante Leistungserbringung wird vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung auch weiterhin an Bedeutung gewinnen. Ambulante Operationen werden mittlerweile an mehr als 60% der Krankenhäuser durchgeführt. Im Jahr 2010 führten die Krankenhäuser 1,9 Millionen ambulante Operationen durch, mehr als dreimal so viele wie 2002. Die Zunahme der Zahl ambulanter Operationen verlief sprunghaft, mit der größten Veränderung im Jahr 2004, als eine Steigerung um mehr als 60% gegenüber dem Vorjahr verzeichnet wurde. Außer bei den ambulanten Operationen gab es große Veränderungen auch bei den teilstationären und den vor- und nachstationären Behandlungen. Gegenüber 2002 haben sich die teilstationären Behandlungszahlen auf mehr als 670 000 Fälle im Jahr 2010 fast verdoppelt. Die Zahl der vorstationären Behandlungen hat sich seit 2002 mehr als verdreifacht (auf insgesamt 3,5 Millionen Fälle) und auch im nachstationären Bereich wurden fast 910 000 Patientinnen und Patienten behandelt, was einer Steigerung um mehr als 20% entspricht (Statistisches Bundesamt 2012a, 120).

mit Morbidität nicht erklärbare Mengendynamik (IGES 2011). Das Krankenhaus erbringt letztlich einerseits additiv die ambulanten Leistungen zu den oben genannten Rahmenbedingungen und belegt andererseits unter Nutzung der Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und einer vielerorts unkonkreter werdenden Krankenhausplanung die Betten mit neuen Patienten und Fällen.

13.3 Ansätze zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung

Eine angemessene Mengensteuerung in der stationären Versorgung ist mit den bisherigen, ökonomisch orientierten Ansätzen nicht erreicht worden. Die Anreize zu Mehrmengen haben fast durchgängig bestanden; das erwartbare Ergebnis waren medizinisch nicht vollständig erklärbare Mengensteigerungen. Zur Begrenzung des Mengenwachstums auf das notwendige Ausmaß können geeignete ordnungspolitische Vorgaben in Verbindung mit qualitativen Elementen ein erfolversprechender Weg sein. Dabei geht es grundsätzlich darum, die Leistungserbringung auf die Anbieter zu konzentrieren, die die medizinisch notwendigen Leistungen qualitativ hochwertig erbringen. Das bedeutet auf der anderen Seite, dass man die gesundheitspolitisch relevanten Bedarfe der Bevölkerung ermittelt und Überkapazitäten reduziert. Dieser Abbau bzw. die Umwidmung von Versorgungskapazitäten erfolgt unter Qualitätskriterien. Einrichtungen oder Behandlungsformen, die entbehrlich sind, sollen entfallen.

Bei der Einführung des DRG-Systems hatte man hierzu primär ökonomische Überlegungen angestellt und stillschweigend vorausgesetzt, dass die unwirtschaftlichen Krankenhäuser vom Markt gehen würden. Dieser Effekt ist aber aufgrund fortwährender politischer Interventionen nicht in ausreichendem Ausmaß eingetreten, sodass die Krankenhäuser in der Vergangenheit immer wieder aufgefangen worden sind, wenn die ökonomischen Belastungen bedrohlich wurden. Im Ergebnis bleibt ein wirtschaftlich suboptimaler Krankenhausmarkt zurück, der durch zu viele kleine Krankenhäuser mit zu geringen Bettenauslastungsquoten gekennzeichnet ist. Um zu vermeiden, dass weiterhin Überkapazitäten ohne Bedarf fortgeschrieben werden, notwendige Anpassungen von Behandlungsformen unterbleiben und bzgl. der Indikation fragwürdige Leistungen erbracht werden, müssen quantitative Ziele vorgegeben werden, deren Erreichung an qualitative Maßstäbe geknüpft wird.

Dieser Ansatz greift somit nicht direkt auf das Mengengeschäft einzelner Krankenhäuser zu, sondern nähert sich der Frage der Mengensteuerung durch Betrachtung von Auslastungsgraden, Bestimmung der angemessenen Versorgungstiefe und -ebene sowie der Umsetzung leitlinienorientierter Indikationsstellung. Diese drei Elemente können jedes für sich isoliert angewandt werden, ergeben aber gerade in Kombination ein mittelfristig tragfähiges integriertes Konzept. Dieser Ansatz harmonisiert darüber hinaus grundsätzlich problemlos mit eher krankenhausbezogenen Elementen wie Direktverträgen und Zertifikatehandel. Im Vergleich zu anderen Konzepten fällt den Bundesländern in diesem Ansatz eine aktivere Gestaltungsrolle, allerdings auch eine höhere Prozess- und Umsetzungsverantwortung zu. Die drei Ebenen des Konzepts sind wie folgt charakterisiert:

1) Ebene der Planung und Kontrahierung

Die stationären Kapazitäten müssen durch planerische Maßnahmen ggf. in Verbindung mit der Modifikation des Kontrahierungszwangs auf ein bedarfsgerechtes Ausmaß im Rahmen der Sollvorgaben zur Bettenauslastung durch die Bundesländer reduziert werden. Dabei wird auf geeignete Qualitätsmaßstäbe zurückgegriffen.

2) Ebene der Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich

Der gesetzliche Rahmen zur Erbringung ambulanter Leistungen wird so gestaltet, dass bisher stationäre Leistungen wirksam substituiert werden, indem Leistungen und Ausgaben unter Beachtung qualitativer Aspekte aus dem stationären Bereich ausgelagert werden. Mehrausgaben infolge mangelnder Substitutionseffekte bei der Leistungsverlagerung oder mangelnder Bereinigungseffekte bei der Ausgabenverlagerung müssen vermieden werden. Die Verlagerung stationärer Leistungen reduziert damit automatisch die stationäre Kapazitätsauslastung.

3) Ebene der indikations- und qualitätsorientierten Leistungserbringung

Bei mengensensitiven Krankenhausleistungen wird ein System der intensiven Qualitätsüberprüfung mit Schwerpunkt bei der Indikations- und Strukturqualität sowie Zweitmeinungsverfahren implementiert. Durch diese qualitätskontrollierte Leistungserbringung werden die Leistungen nur dort erbracht, wo die erforderlichen Qualifikationen und dem Qualitätsniveau entsprechende Kapazitäten vorliegen. Dadurch werden Krankenhausfälle zur Stärkung des Patientenschutzes vermieden, für die nach Zweitmeinung keine leitliniengerechte Indikation besteht bzw. der Stand der medizinischen Wissenschaft nur eine Leistungserbringung in speziellen Zentren erlaubt.

Im Folgenden werden die Wege zur Umsetzung dieser Ziele näher beschrieben.

13.3.1 Anpassung der Krankenhauskapazitäten in somatischen Krankenhäusern zur Erreichung einer bedarfsgerechten Sollaustlastung

Die Krankenhaus- und Kapazitätsplanung basiert aktuell primär auf historischen Leistungskennzahlen wie Fallzahlen, Verweildauer, Bevölkerung etc. und wird häufig unter Nutzung der sogenannten Hill-Burton-Formel prognostiziert. Qualitätsaspekte spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Eine Krankenhausplanung nach Qualitätskriterien ist derzeit de facto nicht vorhanden (Malzahn et al. 2011, 48f.). In einigen Bundesländern werden Qualitätskriterien zumindest erwähnt, ohne dass dies konkrete Auswirkungen auf die Vergütung hat. Insbesondere wird angeführt, dass die Forderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Strukturqualität und zu Mindestmengen zu erfüllen und als überwiegend verbindliche Vorgabe anzusehen sind. Die Länder selbst wollen zukünftig eine Krankenhausplanung, die Qualitätskriterien verstärkt berücksichtigt (AOLG 2007, 4). Die Neuausrichtung hin zu einer an Qualitätskriterien orientierten Krankenhausplanung wurde als ordnungspolitische Ausrichtung auf der 80. Gesundheitsministerkonferenz vereinbart. Dabei wurde die Etablierung langfristig gesicherter Qualitätskriterien als Voraussetzung für einen Preiswettbewerb beispielsweise durch ein bundesweites und einheit-

liches Zertifizierungsverfahren als Eckpunkt aufgenommen (GMK 2007, 3; SVR-Gesundheit 2007, 311).

Qualitätsindikatoren sollen nach Auffassung der Bundesländer als Instrument zur sektorübergreifenden Leistungsbewertung genutzt werden (GMK 2010, 6). Die Frage, welche Konsequenzen es hat, wenn die Qualitätsziele nicht erreicht werden, muss allerdings insgesamt belastbar und transparent geregelt werden. Gesetzlich ist beispielsweise schon heute vorgesehen, dass die zuständige Landesbehörde Ausnahmeregelungen treffen kann, wenn ein Krankenhaus die Mindestmengen nicht erreicht und ihm das Verbot droht, eine bestimmte Leistung zu erbringen. Voraussetzung dafür ist, dass die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gefährdet ist (vgl. § 137 Abs. 3 SGB V). Das Bundessozialgericht (BSG) hat im September 2012 die Mindestmengen für Krankenhausleistungen als grundsätzlich zulässig bestimmt. Damit wurde die Vorgabe einer Mindestmenge für Knie-Endoprothesen (Knie-TEP) bestätigt. Demnach sei bei hochkomplexen Leistungen die Annahme gerechtfertigt, dass steigende Mengen zu besserer Qualität führen. Der Zusammenhang müsse allerdings auch belegt sein. Bei den Knie-TEP reichen dem BSG die Belege im Grundsatz aus (G-BA 2012).

Die Kriterien des G-BA für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen (vgl. § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) sind hingegen als absolute Vorgaben anzusehen. Damit setzen die Beschlüsse des G-BA in bestimmten Bereichen qualitative Mindeststandards, die nur in Ausnahmefällen bei Mindestmengen durch die Länder modifiziert werden können. Eine weitere effektive Wirkung auf die Versorgung haben die zwingend zu erfüllenden Strukturqualitätsvorgaben einiger Operationen- und Prozedurenschlüssel wie beispielsweise für die Erbringung der neurologischen Frührehabilitation. Diese sind für die Abrechnung der jeweiligen DRG unbedingte Voraussetzung.

Für die konsequente Ausgestaltung der qualitätsorientierten Kapazitätsplanung müssen auf regionaler Ebene die Kapazitätsauslastungen zukünftig auf der Ebene der Fachabteilungen erhoben werden. Dabei entscheiden die Planungsbehörden über die Details der regionalen Gliederung. Sinnvoll erscheint eine sich beispielsweise an Regierungsbezirken orientierende Mindestgröße für Regionen auf Bundesebene. Ebenso sollten einheitliche Regelungen zur Berücksichtigung angrenzender Regionen getroffen werden. Anschließend werden durch die Planungsbehörden die nicht mehr erforderlichen Kapazitäten berechnet; eine Auslastung von 85 % bis 90 % sollte in der Somatik angestrebt werden. Daran schließt sich ein Prozess der Qualitätsbeurteilung auf Fachabteilungsebene an, in der die Ergebnisqualität der Fachabteilungen ermittelt wird.

Der Qualitätsgewinn liegt in diesem Modell darin, dass die Fachabteilungen, die in den letzten Jahren das geringste Niveau guter Ergebnisse hatten, aus der Versorgung ausscheiden. Damit geht einher, dass Leiden für die Patienten vermindert werden und die Patientensicherheit erhöht wird. Auf der Makroebene entsteht somit der Effekt, dass nur die Fachabteilungen auf dem Versorgungsmarkt bleiben, die eine hohe Versorgungsqualität aufweisen.

Voraussetzung für dieses Vorgehen sind Verfahren, die hinreichend belastbare Qualitätsergebnisse liefern, die insbesondere Unterscheidungen von Krankenhausfachabteilungen erlauben. Der AOK-Bundesverband hat in seinem QSR-Verfahren

bereits hinreichend dargelegt, dass das Qualitätsniveau der Leistungserbringung in einzelnen Krankenhäusern keineswegs homogen ist, sondern im Gegenteil recht unterschiedliche Ausprägungen hat (vgl. <http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de>). Weiterhin gibt es zahlreiche etablierte Qualitätsbewertungsverfahren, sodass es möglich ist, eine qualitätsbezogene Krankenhausplanung umzusetzen, indem diese Informationen zu fachabteilungsübergreifenden Scores verdichtet werden. Einerseits gibt es die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS). Für einzelne Bereiche wie beispielsweise die Gynäkologie und Geburtshilfe liefert die ESQS eine Vielzahl von Indikatoren, die es in einer Gesamtansicht durchaus zulassen, zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Abteilungen zu differenzieren. Ergänzt man diese Qualitätsindikatoren noch um bestimmte Parameter aus den Routinedaten der Krankenkassen – exemplarisch denkbar wären hier Parameter wie die Fünf-Jahres-Überlebensrate nach Mammakarzinom oder die Komplikationsraten von Frühgeborenen – und ggf. mit weiteren Verfahren wie den Zertifizierungen der Deutschen Krebsgesellschaft, entsteht ein Bewertungsschema, das die qualitative Differenzierung von Fachabteilungen erlaubt. Das Grundmodell für die Bewertung sollte im Auftrag von Bund und Ländern durch geeignete Institutionen (z. B. IQWiG) entwickelt werden. Dieses Grundmodell sollte ausreichend Flexibilität für die Anwendung auf Länderebene aufweisen, weil in Flächenstaaten wahrscheinlich andere Entscheidungen möglich sind als in Stadtstaaten. Anschließend ist dann sicherzustellen, dass die Kapazitäten auch tatsächlich reduziert werden. Dazu gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

- Planerische Methode: Die Länder als Planungsbehörden verändern die Krankenhauspläne Schritt für Schritt so, dass die angestrebte Kapazitätsauslastung erreicht wird.
- Wettbewerbliche Methode: Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, die Leistungserbringung durch dauerhaft qualitativ unterdurchschnittlichen Fachabteilungen abzulehnen; die Folge davon ist, dass diese Einrichtungen nicht mehr betrieben werden können. Dies muss in der Konsequenz auch bedeuten, dass die Planungsbehörden einer Schließung der Fachabteilung nicht widersprechen, sondern das Ergebnis dieses Prozesses planerisch nachvollziehen.

In beiden Fällen legen die Planungsbehörden auf Basis von Qualitätsparametern fest, welche Fachabteilungen unverzichtbar sind. In der ersten Variante, die eher von einer reinen Planungskomponente ausgeht, reduzieren die Planungsbehörden so lange Fachabteilungsangebote, bis Auslastungsquoten oberhalb von 85 % erreicht werden. Letzten Endes müsste ein Unterlassen entsprechender kapazitätsreduzierender Maßnahmen zu Sanktionen wie finanziellen Folgen bei den Ländern führen, weil der Ansatz ansonsten ähnlich ins Leere laufen würde wie die bestehenden Mindestauslastungsquoten in den Krankenhausplänen.

Neben dem reinen planerischen Modell ist die zweite Umsetzungsvariante stärker wettbewerblich ausgerichtet und nimmt die Kassen in die Pflicht, die Kürzungsmaßnahmen in Form von Kapazitätsreduktionen umzusetzen. In diesem Szenario definiert die Planungsbehörde auf Basis der oben genannten Qualitätsparameter innerhalb einer Region, welche Fachabteilungen unverzichtbar sind. Bei den qualitativ weniger erfolgreichen Fachabteilungen entfällt der Kontrahierungszwang. Die spezifische Umsetzung wird dann den regionalen Verhandlungspartnern – den

Krankenkassen sowie dem individuellen Krankenhaus(-träger) – überlassen, wobei jede Kassenart der Planungsbehörde den Nachweis erbringen muss, dass ausreichend Mengen für die Versorgung der eigenen Patienten eingekauft wurden. Aufgrund unterschiedlicher Belegungsanteile der einzelnen Kassen bietet es sich an, das Vertragsgeschäft im kontrahierungsfreien Segment direktvertraglich auszugestalten. Dieses Modell bringt das Land stärker in eine Moderatorenrolle und siedelt die Umsetzung der Planungsziele bei den Krankenkassen an.

In diesem Modell ist es zudem denkbar, dass die Grenzen zwischen Krankenhäusern, die aufgrund qualitativer Kriterien für die Versorgung verzichtbar sind, etwas offener gestaltet werden. Während bei der planerischen Variante nur eine Ja-/Nein-Entscheidung für die gesamte Versorgung vorstellbar ist, wäre mit der wettbewerblichen Lösung auch eine Korridorvariante möglich. Dabei legt die Planungsbehörde Fachabteilungen fest, mit denen die gesamte GKV Verträge schließen muss. Für andere Fachabteilungen können die Kassen einzeln entscheiden, ob sie kontrahieren wollen. Die Mindestquote von Verträgen pro Kasse wird durch die jeweiligen Landesbehörden überwacht. Das wettbewerbliche Modell hat den Vorteil, dass einzelne Fachabteilungen an der Grenze zu den qualitativ unverzichtbaren Einrichtungen Chancen haben, sich entsprechend zu verbessern, sofern die Kassen nicht völlig einheitlich vorgehen. Hier wäre auch Raum für Zielvereinbarungen auf bestimmte Qualitätsparameter.

Das Ziel der oben aufgeführten Vorgehensweise ist es, die Krankenhauskapazitäten den morbiditätsorientiert bedarfsgerechten Ausmaßen anzupassen. Die erste Variante setzt dabei auf starke Planer, die Anreize zur Durchführung der Planungsmaßnahmen erhalten – allerdings auch die Folgen tragen müssen, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden. Die zweite Variante führt zu einer geteilten Verantwortung von Planungsbehörden und Kassen, soweit es die Sicherstellung der akutstationären Versorgung betrifft. Der Notfallversorgung ist dabei ein besonderes Augenmerk zu schenken, beispielgebend können hier die Aktivitäten des Hessischen Sozialministeriums sein. Im Krankenhausrahmenplan 2009 wurden für ganz Hessen 86 der insgesamt 143 in den Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommenen Krankenhäuser der Notfallversorgung zugeordnet (HSM 2008, 38).⁸ Damit besteht für die übrigen Krankenhäuser eine besonders hohe Flexibilität bei der Anpassung der Vorhaltekapazitäten.

Infolge der qualitätsorientierten Kapazitätsanpassung könnte dann auch die Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser, die die Qualitätsparameter erfüllen und für die Notfallversorgung als systemrelevant einzustufen sind, reformiert werden. Der qualitätsorientierten Krankenhausplanung folgt damit eine qualitätsorientierte Investitionsfinanzierung, die bisher primär auf Einzelförderung für Antragsinvestitionen oder Pauschalförderung nach Bettenzahl oder Leistungsmengen fußt. Die Qualitätsförderung wäre hier eine neue Dimension.

⁸ Die Zuordnung zu der Notfallversorgung unterscheidet die unabdingbare (63 Krankenhäuser), die fachspezifische (9 Krankenhäuser) und die ergänzende (14 Krankenhäuser) Notfallversorgung.

13.3.2 Realisierung ambulanter Potenziale im akutstationären Sektor

Der Bereich der krankenhaushnahen ambulanten Leistungserbringung bedarf einer ordnungspolitischen Neuausrichtung. Dieser Sektor muss mit Verträgen statt mit Lizenzen ausgestattet werden. Es darf kein Recht auf Vertragsabschlüsse für jeden Leistungserbringer bestehen, der die Leistungen prinzipiell erbringen könnte – dies ist in keiner Weise mit dem ansonsten im Gesundheitswesen immer stärker werdenden Wettbewerbsgedanken zu vereinbaren. Statt eines Kontrahierungszwangs muss eine qualitätsorientierte Ausschreibung der Leistungen mit Kündigungsmöglichkeiten der Standard sein. Damit auch die notwendigen Leistungen in den erforderlichen Kapazitäten erbracht werden, ist ein Wettbewerb von Vertragsärzten und Krankenhäusern in diesem Segment explizit erwünscht, die Ausübung aufsichtsrechtlicher Maßnahmen durch die Länder oder den neuen Landesausschuss nach § 90a SGB V sind denkbare Optionen. Maßstab für diesen Wettbewerb müssen dann qualitative Kriterien sein. Würde die Ausgliederung ambulanter Leistungen nach den oben genannten ordnungspolitischen Kriterien wie dem Vertragsprinzip erfolgen, wären die zu schöpfenden Potenziale beträchtlich. Die bisher mit der Katalogerstellung betrauten Institutionen (Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, je nach Gegenstand in unterschiedlicher Form) sind weiterhin für die Katalogerstellung verantwortlich und würden bei geänderten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen wahrscheinlich schneller Leistungen ausgliedern.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt fest, dass im Jahr 2010 die Verweildauer bei mehr als einem Drittel aller stationären Fälle höchstens drei Tage betrug. Damit gelten über sechs Millionen Krankenhausfälle als Kurzlieger. Deren Existenz und die Versorgung von ca. 530 000 Stundenfällen im Jahr 2010 weisen auf ein beträchtliches Ambulantisierungspotenzial hin (SVR-Gesundheit, 238). Beispielsweise in der onkologischen Versorgung könnten etwa 553 000 bisher stationäre und teilstationäre onkologische Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen ambulant erbracht werden (Lüngen und Rath 2010). Damit auch eine ökonomische Wirkung eintritt, müsste die Ambulantisierung allerdings so umgesetzt werden, dass auch die entsprechenden Kapazitätsanpassungen in der stationären Versorgung erfolgen. Konkret heißt das, dass der ausgegliederte Casemix auch wirklich vom Krankenhausbudget abgezogen wird und die Kapazitätsauslastung nicht einfach vorübergehend abgesenkt wird, bis das Krankenhaus andere mengensensitive vollstationäre Leistungen akquirieren kann. Dies kann durch planerische Maßnahmen in Verbindung mit konkreten Bereinigungsregelungen im Krankenhausvergütungsrecht erreicht werden. Auch eine wettbewerbliche Ausgestaltung mit Modifikation des Kontrahierungszwangs in Anlehnung an die Ebene der Planung und Kontrahierung (siehe Abschnitt 13.3.1) wäre hier denkbar. Ohne diese Flankierung der Ambulantisierung von vollstationären Krankenhausleistungen wird sich an den beschriebenen Fehlentwicklungen nichts ändern.

Bei der Umsetzung müssten zunächst die benötigten Kapazitäten für die Leistungen mit ambulantem Potenzial bestimmt werden. Dabei können die vorliegenden Leistungszahlen eine gewisse Orientierung geben, auf der anderen Seite kann der Blick ins Ausland Anhalte für mögliche Kapazitätsvorgaben bieten. Beispielsweise ist bei den Linksherzkathetern zu beobachten, dass in Deutschland er-

heblich mehr Untersuchungen vorgenommen werden als in der Schweiz und in Österreich, ohne dass eindeutige Beweise für eine Verbesserung der Versorgung erbracht werden können (Bruckenberg 2010). Auch für andere spezialisierte ärztliche Leistungen sollten Anhaltzahlen ermittelt werden, um damit Rückschlüsse auf die Anzahl der erforderlichen Leistungserbringer ziehen zu können. Anschließend müssen die Krankenkassen unter Verwendung geeigneter Qualitätsmaßstäbe diese Leistungen in der erforderlichen Menge einkaufen und sind darüber den Landesbehörden Rechenschaft schuldig.

Für verschiedene Eingriffe, die in diesem Segment angesiedelt sind, sind einschlägige Qualitätsmessinstrumente entwickelt worden oder finden sich kurz vor ihrem Echteinsatz. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch das AQUA-Institut für die Indikationen „Katarakt-Operation“ und „Konisation“ Verfahren entwickeln lassen, die in den Jahren 2013/14 flächendeckend umgesetzt werden sollen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) und der AOK-Bundesverband haben ein Qualitätssicherungsverfahren zur Bewertung von Linksherzkatheteruntersuchungen entwickelt (vgl. Beitrag Jeschke/Günster in diesem Band). Weiterhin gibt es für die Qualitätssicherung von Koloskopien eine Richtlinie, in der in erster Linie Hygienestandards und Strukturvoraussetzungen einschließlich einer Mindestmenge von 200 Eingriffen pro Jahr festgelegt sind (KBV 2012). Weniger geeignet erscheinen hingegen die Verfahren zur „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ nach § 136 Abs. 2 SGB V. Hier werden seit Jahren hohe Auffälligkeiten bei Kernspintomographien, Ultraschalluntersuchungen und Arthroskopien festgestellt, ohne dass wirkungsvolle Konsequenzen gezogen werden.⁹ Eine umfassende Bewertung der zur Verfügung stehenden Instrumente sollte durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene veranlasst und durch den G-BA beschlossen werden.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in einem mittelfristigen Prozess verschiedene Leistungen aus der vollstationären Versorgung in den ambulanten Sektor überführt werden können. Diese Leistungsbereiche sollten zunächst hinsichtlich der zu erbringenden Kapazitäten durch die Bundesländer auf der Basis von Anhaltzahlen des G-BA limitiert werden. Anschließend können die Bereiche unter Beachtung von Qualitätsstandards von den Krankenkassen bei den Leistungserbringern eingekauft werden, damit die qualitativ hochwertigen Ärzte und Krankenhäuser in diesem Marktsegment verbleiben und bestehende oder drohende Überkapazitäten abgebaut werden bzw. gar nicht entstehen können. Im Gegensatz zum bisherigen für Überkapazitäten anfälligen Prinzip „Wer kann, der darf“ würden qualitativ und quantitativ verzichtbare Leistungserbringer aus der Versorgung ausscheiden und somit die Versorgungsqualität gestärkt. Dieser Ansatz bedarf eines gewissen Entwicklungsaufwands, um sowohl die Anhaltzahlen als auch die Qualitätskriterien definieren und beschließen zu können. Ein schrittweises Vorgehen für einzelne Verfahren (z. B. Katarakt, PCI) ist aber gut vorstellbar, sodass die Effekte über einen längeren Zeitraum in die Systementwicklung einfließen können.

⁹ Im Bericht des Jahres 2010 blieben nur 45,4% der Kernspintomographien ohne Beanstandungen, 54,3% der Ultraschalluntersuchungen und gerade einmal 30,1% der Arthroskopien wurden nicht beanstandet.

13.3.3 Strikte Anforderung an Indikationsqualität, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Operationen an der Wirbelsäule, Herzkatheter und endoprothetische Eingriffe werden immer wieder genannt, wenn die Frage „Wird in Deutschland zu viel operiert?“ zur Sprache kommt. Versucht man dann im Detail auf die Klärung von Einzelfällen einzugehen, wird die Diskussion oft schwierig. Dies hat seine Ursache darin, dass Routinedaten nur selten ausreichen, um abschließende Aussagen über die Indikationsstellung zu treffen – vor allem aber bleiben die Indikationskriterien oft unkonkret, weil die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sich nicht selten mit einer operationalisierbaren Festlegung schwer tun. Selbst wenn Indikationskriterien vorliegen, ist es zumindest zurzeit kaum möglich, diese umfassend zu prüfen. Denn standardisierte Dokumentationen sind nicht verpflichtend. Dies gilt ebenso für weite Teile der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sodass hier Nachholbedarf besteht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bspw. für die Qualitätsanforderungen zur Behandlung von krebskranken Kindern eine Richtlinie erlassen, die dazu führt, dass krebskranke Kinder fast vollständig in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden (Berthold 2012, 10). Dies ist aufgrund des sehr hohen Innovationsgrads in dieser Patientengruppe durchaus gerechtfertigt und führt im Ergebnis auch dazu, dass die deutsche Kinderonkologie auch international über eine hervorragende Reputation verfügt. Ebenso hat das Deutsche Aortenklappenregister die Einhaltung der Indikationsstellung zu Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) gefordert (Zylka-Menhorn 2011). Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) prüft derzeit Möglichkeiten, die Indikationsqualität für die Implantation von Hüft- und Knieendoprothesen im Rahmen von Zentrenbildung und Zertifizierungsverfahren systematisch zu erheben und zu prüfen. Für die Endoprothetik besteht aufgrund der öffentlichen Diskussion ein besonderer Handlungsdruck. Deutschland gilt als „Weltmeister bei den Endoprothesen für Knie und Hüften“, obwohl die Steigerungsraten bei Knie- und Hüftendoprothesen in den letzten drei Jahren allerdings wenig beeindruckend waren. Dennoch ist das aktuelle Niveau im europäischen Vergleich keineswegs niedrig, auch wenn das Zustandekommen der OECD-Daten nicht immer methodisch einwandfrei nachvollziehbar verläuft.

Aus Patientenschutzgründen ist es unerlässlich, dem ökonomischen Mengenanreiz mit einer qualitativ begründeten Indikationserfassung und -prüfung zu begegnen. Daher sollte die Indikationsqualität mittels Zweitmeinungsprojekten geprüft werden und die Leistungserbringung an struktur- und ergebnisqualitative Maßnahmen gekoppelt werden. Sinnvolle Schritte in diese Richtung sind das EndoCert Verfahren der DGOOC¹⁰, das sich noch in der Konzeption befindet, und das Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)¹¹ des AOK-Systems. Durch Kombination dieser unterschiedlichen Bausteine kann perspektivisch sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten die endoprothetischen Eingriffe erhalten,

10 <http://www.dgooc.de/news/top-themen/292-grusswort-des-praesidenten-der-dgooc-2012>.

11 <http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/>

die sie auch benötigen. Federführend bei der Beschlussfassung der konkreten Regelung sollte der G-BA sein und eine Akkreditierung von lokal begrenzten Modellprojekten sollte ohne große Verfahrensbarrieren ermöglicht werden.

Bei der Präzisierung von Indikationsstellungen ist der Patientenschutz die entscheidende Dimension, die dem Mengenanreiz des DRG-Systems entgegengestellt werden kann. Die nachvollziehbare medizinische Begründung im Einzelfall ist immer dann für jede Intervention zu fordern, wenn auch andere, insbesondere ökonomische Faktoren auf die Leistungserbringung einen erheblichen Einfluss ausüben. Diese Forderung hat im Übrigen nichts mit überflüssiger Bürokratie zu tun – die Einhaltung dieser Regelung führt vielmehr dazu, dass unnötige Leistungen sowie deren vermeidbare Komplikationen unterbleiben und damit die Patientensicherheit gestärkt wird. Diese Regelung trägt daher zur qualitätsbasierten Kapazitätssteuerung bei.

13.4 Qualitätsorientierte Kapazitätssteuerung zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben

Fügt man die hier beschriebenen Einzelmaßnahmen zusammen, ergibt sich eine Strategie, wie die ökonomisch motivierte Mengenentwicklung im Krankenhaus in einen Kapazitätssteuerungsprozess unter Qualitätsgesichtspunkten überführt werden kann. Sie folgt dem Dreiklang Abbau nicht mehr benötigter Kapazitäten, wirkungsvolle Verlagerung von Leistungen aus dem vollstationären Sektor und Vermeidung von nicht primär medizinisch erforderlichen Leistungen. Dazu muss die Mengenentwicklung von einer angemessenen Kapazitätsplanung abgelöst werden, die durch eine stärkere Berücksichtigung des Nutzens der medizinischer Leistungen, des Patientenschutzes und des Qualitätsniveaus determiniert wird. Denn nicht jeder Krankenhausstandort ist unverzichtbar und viele Leistungen können auch unterhalb des Levels vollstationär erbracht werden. Wenn man darüber hinaus noch die besonders mengensensitiven Leistungen genau kontrolliert, kann die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung rational und qualitätsorientiert gestaltet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Mengenentwicklung auf regionaler Ebene entweder durch planerische oder durch vertragliche Instrumente – beide basierend auf Qualitätsinformationen – auf das medizinisch erforderliche Maß gebracht wird. Damit verbessern sich die Möglichkeiten, insgesamt eine der Einnahmentwicklung der Krankenkassen angepasste Krankenhausaussgabendynamik zu erreichen.

Literatur

AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Zukunft der Krankenhausversorgung – Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen vom 16. November 2007.

- AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Verlauf der Krankenhaus-Investitionsfinanzierung der Länder 2000 bis 2011. Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG. 2012.
- Augurzyk B, Krolop S, Güllker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009 – Im Auge des Orkans. RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009.
- Bahr D. Schreiben des Bundesgesundheitsministers an die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP im Deutschen Bundestag. Bonn, 17. Juli 2012.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Informationen zum Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG). Anlage zum Schreiben des Bundesgesundheitsministers an die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP im Deutschen Bundestag. Bonn, 17. Juli 2012.
- Berthold F. Heilung für die Kleinsten. Gesundheit und Gesellschaft (G+G) Spezial 7–8/2012. Krebsversorgung 2020.
- Brucknerberger E. 22. Herzbericht 2009. 17. Bericht Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Mit vergleichenden Daten aus Österreich und der Schweiz. Hannover 2010.
- Expertenkommission. Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg. Bericht der Kommission. 2006.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss. BSG: Festsetzung von Mindestmengen bei Knie-TEP grundsätzlich möglich – rechtliche Überprüfung wird fortgesetzt. Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses; <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/453/>. Berlin/Kassel, 13. September 2012.
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder. 80. Gesundheitsministerkonferenz 2007 – Sonderkonferenz am 8. März 2007 in Stuttgart.
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Beschluss der 83. GMK vom 1.7.2010.
- HSM – Hessisches Sozialministerium. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009 – Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognosen. http://www.hsm.hessen.de/irj/servlet/prt/portal/prtroot/slimp.CMReader/HSM_15/HSM_Internet/med/a7c/a7c70cb8-8787-0a11-aeb6-df197c-cf4e69,22222222-2222-2222-2222-222222222222. Wiesbaden 2008.
- IGES – IGES-Institut GmbH. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Berlin, Juni 2011.
- Jacobs K, Schulze S. Bauer sucht Arzt. Gesundheit und Gesellschaft (G&G) 2010; (3): 20–5.
- KBV 2012. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=b764c5ce74d6f808c0902a195be9558e&DocId=003741127&Page=1>. 15. Juni 2012.
- Kösters R. Krankenhäuser: Die Politik befeuert die Flucht in die Menge. Dtsch Arztebl 2012; 109(12): A-579 / B-499 / C-495 sowie online unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/124296/Krankenhaeuser-Die-Politik-befeuert-die-Flucht-in-die-Menge>.
- Lüngen M, Rath T. Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 167–79.
- Malzahn J, Wehner C. Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer 2010; 107–25.
- Malzahn J, Wehner C, Fahlenbrach C. Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stand und Land. Berlin: KompPart 2010.
- Rau F. Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. das krankenhau 2009; 3: 198–208.

- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht – Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Essen, April 2012.
- Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik. 20 Jahre Krankenhausstatistik. Wiesbaden, Februar 2012a.
- Statistisches Bundesamt. Aufenthaltsdauer im Krankenhaus 2011 durchschnittlich 7,7 Tage. Pressemitteilung Nr. 291; https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/08/PD12_291_231.html. Wiesbaden, 24.08.2012b.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09. Wiesbaden 2008.
- Zylka-Menhorn V. Aortenklappenstenose: Wie man Herzklappen per Gefäßkatheter „ersetzt“. Deutsches Ärzteblatt 108 (6): A-265 / B-211 / C-211; <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80786>.