

Stellungnahme des Bundesverbands Managed Care zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz - KHSG)

Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) geht die Bundesregierung eine zentrale Reformbaustelle unseres Gesundheitssystems an: den Abbau der bestehenden Überkapazitäten und die Einführung von Anreizen für eine stärkere Qualitätsorientierung im stationären Sektor. Daher begrüßt der Bundesverband Managed Care die Vorlage des Gesetzentwurfs.

Nachfolgend nehmen wir zu den Themen Stellung, die eine zentrale Rolle im Rahmen des KHSG einnehmen und zu den Kernthemen des BMC zählen.

I. Einrichtung des Strukturfonds (Art. 1 Nr. 5 - § 12 KHG)

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass ein Strukturwandel im Krankenhausesektor durch die freien Marktkräfte nicht oder zu langsam eintritt - insbesondere aufgrund der damit verbundenen großen politischen Widerstände. Die Beförderung des Wandels durch einen öffentlich finanzierten Strukturfonds ist somit zwar eine Second-Best-Lösung - diese ist jedoch begrüßenswert, um die Lähmung der Vergangenheit zu überwinden.

Keine Mittelvergabe nach regionalem Proporz

Um dem Strukturfonds seine Wirkung zu verleihen, darf er nicht durch bürokratische Hürden behindert werden. Eine Mittelverteilung nach dem Königsteiner Schlüssel entspricht nicht dem tatsächlichen Bedarf an Strukturveränderungen. Auch die Reformfähigkeit unterscheidet sich zwischen den Ländern. Der BMC fordert daher die Streichung dieser Vorgabe.

Krankenhausträger enger in den Strukturfonds involvieren

Der BMC begrüßt die Vorgabe der 50-prozentigen Eigenbeteiligung, da sie Anreize für sinnvolle Projektanträge setzt. Die Beteiligung der Träger sollte - zumindest mit einem symbolischen Anteil - nicht nur optional, sondern verpflichtend festgeschrieben werden. Die Festlegung der Bundesländer als Antragssteller ist aus BMC-Sicht jedoch wenig sinnvoll: Die Landespolitiker konnten aufgrund der politischen Sensibilität des Themas bereits in der Vergangenheit keine tiefgreifenden Veränderungen an den Krankenhausstrukturen bewirken. Zudem kann die Umwandlung eines Krankenhauses in eine andere Einrichtung letztlich nur durch deren Betreiber erfolgen. Antragsteller für den Strukturfonds sollten daher die Krankenhausträger allein oder in Konsortien mit neuen Partnern sein.

II. Qualitätsbasierte Vergütung (Art. 2 Nr. 5 - § 5 Abs. 3a KHEntgG i.V.m. Art. 4 Nr. 14 - § 136b SGB V)

Die Anreizsetzung zugunsten einer stärkeren Qualitätsorientierung im stationären Sektor ist aus Sicht des Bundesverbands Managed Care e. V. zu begrüßen.

Richtige Selektion der Qualitätsindikatoren ist entscheidend

Die Einführung qualitätsbasierter Vergütung ist ein richtiger Schritt. Die Erfahrungen anderer Länder mit qualitätsbasierter Vergütung haben gezeigt, dass die Auswahl der Qualitätskriterien entscheidend für deren Erfolg ist. Mit der Auswahl indikationsbezogener Qualitätskriterien werden beispielsweise einzelne Leistungen attraktiver als andere. Daher ist nicht nur die technische Ausgestaltung jedes einzelnen Indikators wichtig, sondern auch die Zusammensetzung der Indikatoren insgesamt. Der Auswahl des Indikatoren-Sets sollte daher ein Gesamtkonzept zugrunde liegen, das die tatsächlichen Versorgungserfordernisse reflektiert. Um eine zeitnahe Umsetzung von qualitätsbasierter Vergütung zu ermöglichen, sollte die qualitätsbasierte Vergütung kurzfristig auf Basis von (indikationsübergreifenden) Struktur- und Prozessindikatoren erfolgen. Mittel- bis langfristig ist eine qualitätsbezogene Vergütung auf Basis patientenrelevanter Ergebnisindikatoren zu bevorzugen.

Echte Qualitätsverbesserungen belohnen - Scheinverbesserungen vermeiden

Entscheidend bei der Auswahl und Anpassung der Indikatoren ist, dass das Streben der Leistungserbringer zur bestmöglichen Erfüllung der Qualitätsindikatoren mit einer echten Verbesserung der Versorgung für die Patienten einhergeht. Dies sollte im Rahmen der Begleitevaluation beobachtet werden, um mit einer Anpassung der Indikatoren schnell reagieren zu können.

Systematisches Dumping vermeiden - Qualitätsabschläge nur befristet einführen

Um zu vermeiden, dass sich dauerhaft schlechte Qualität zu „Dumpingpreisen“ als erfolgreiches Geschäftsmodell etablieren kann, sollten Abschläge nur befristet eingeführt werden. Krankenhäusern, die über einen längeren Zeitraum keine Qualitätsverbesserung in den betreffenden Leistungsbereichen erzielen, sollte die Vergütung für diese Leistungen gänzlich gestrichen werden.

Begleitende Evaluation der qualitätsbasierten Vergütung notwendig

Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass die Ausgestaltung der qualitätsbezogenen Vergütung sehr komplex ist und die Zielsetzung einer Qualitätssteigerung vielfach verfehlt wurde. Daher bedarf es einer begleitenden Evaluation, anhand derer die Auswirkungen auf Mengen- und Qualitätsveränderungen der stationären Leistungserbringung analysiert und zeitnah Maßnahmen abgeleitet werden können.

III. Qualitätsverträge (Art. 4 Nr. 9 - § 110a SGB V i.V.m. Art. 4 Nr. 14 § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V)

Der BMC begrüßt die Einführung der Qualitätsverträge als einen richtigen Schritt zur Stärkung des Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung der Versicherten sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Krankenhäusern. In dem Zusammenhang ist auch positiv zu bewerten, dass eine begleitende Evaluation vorgesehen ist, auf deren Basis über mögliche Anpassungen sowie zukünftige Ausweitung der Qualitätsverträge auf andere Leistungsbereiche entschieden werden sollte.

IV. Steuerung mittels Qualitätsindikatoren (Art. 1 Nr. 2 - § 6 KHG i.V.m. Art. 4 Nr. 14 - § 136c SGB V)

Krankenhausplanung als Balance zwischen Qualitäts- und Erreichbarkeitskriterien

Die bisherige Krankenhausplanung vieler Bundesländer ist zu vergangenheitsbezogen. Die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren, aber auch der Erreichbarkeiten ist daher dringend erforderlich. In diesem Zusammenhang bedarf es einer stärkeren gesamtgesellschaftlichen Debatte darüber, welche Balance zwischen hoher Qualität (aufgrund von Schwerpunktbildung einzelner Häuser) einerseits und geringen Fahrtzeiten für planbare Leistungen andererseits für Patienten wünschenswert ist. Das perfekte Set an Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung gibt es nicht. Daher sollte man möglichst zeitnah mit einigen Indikatoren oder Qualitätsindizes starten, die nicht die Qualität einer einzelnen Leistung beurteilen, sondern aussagekräftig für die Güte der Leistungserbringung ganzer Abteilungen oder Häuser sind. Mit zunehmender Erfahrung lässt sich die qualitätsbasierte Krankenhausplanung dann weiter verfeinern.

Stärkung der Patientensouveränität

Der BMC begrüßt den Willen des Gesetzgebers, die Transparenz über die Krankenhausqualität für die Patienten zu erhöhen, indem die Qualitätsberichte patientenverständlicher werden.

V. Die weitere Reformagenda

Investitionslücke schließen

Die zunehmende Reduzierung der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder zehrt an der Substanz der Krankenhausinfrastruktur. Der stationäre Sektor ist eine Hochtechnologiebranche: Ohne die entsprechenden Investitionen in Medizintechnik, IT-Infrastruktur und Vernetzung sowie in die bauliche Infrastruktur lässt sich keine Spitzenmedizin auf internationalem Niveau betreiben. Darauf aber haben die Patienten einen Anspruch. Zudem laufen wir Gefahr, Potenziale hervorragend ausgebildeter Mediziner und anderer Fachkräfte zu vergeuden und diese damit zunehmend zu demotivieren.

Abbau der Sektorengrenzen darf nicht ausgeklammert bleiben

Eine zentrale Reformbaustelle des deutschen Gesundheitssystems ist die Überwindung der Sektorengrenzen. Das KHSG ist jedoch allein dem stationären Sektor gewidmet und wird in dieser Hinsicht keine neuen Impulse setzen.

Konsequenzen aus Mengensteigerungen ziehen

In den letzten Jahren ließen sich erhebliche Mengensteigerungen bei einzelnen stationären Leistungen verzeichnen. Die Frage, wie dem Hamsterrad dieser Mengensteigerungen zu entkommen ist, bleibt vom KHSG ebenfalls unbeantwortet.

Berlin, 27. Mai 2015