

Sichert die aktuelle Finanzierung das Überleben der Krankenhäuser? Die Sicht der Kostenträger

30. BBDK Frühjahrskolloquium 2014
Meschede, 21.03.2014

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausfinanzierung
GKV-Spitzenverband

Koalitionsvertrag: Umfangreiche Ausführungen zum Krankenhausbereich

DEUTSCHLANDS ZUKUNFT GESTALTEN

KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN CDU, CSU UND SPD

- ▶ Ankündigung einer breit angelegten Qualitätsoffensive
 - Qualitätsinstitut
 - Qualitätskontrollen
 - Qualitätsverträge/P4P
- ▶ Weiterentwicklung des Krankenhausvergütungssystems
 - Zweitmeinungsverfahren
 - Minderung der Degression
 - Nachbesserungen bei DRGs
 - Nachbesserung Orientierungswert
- ▶ Bund-Länder-AG
 - BBFW/Investitionsfinanzierung

14 Positionen für 2014 „14 Grundsätze“

1. Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten
2. Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen
3. Strukturbereinigung einleiten
4. Qualitätsanreize durch Direktverträge setzen
5. DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben
6. Preisentwicklung fair gestalten
7. Verhandlungen auf Landesebene stärken
8. Überhitzte Mengenentwicklung stoppen
9. Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten
10. Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren
11. Qualität transparent weiterentwickeln
12. Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen
13. Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben
14. Nutzen von Innovationen ermitteln



Versichertenorientierte Krankenhauspolitik

- ▶ ~~„2 045 Krankenhäuser mit über **1,1 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**, einem Gesamtumsatzvolumen von über 83 Milliarden Euro und einem Anteil von 3,2 Prozent am Bruttoinlandsprodukt sind auch ein **bedeutender Wirtschaftsfaktor**. Mit 50 Milliarden Euro allein für Personal generieren die Krankenhäuser **Einkommen für viele Millionen Haushalte** und Milliardenbeiträge für die Systeme der sozialen Sicherung. Das **Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial** kommt der gesamten Bevölkerung unmittelbar zugute und muss künftig stärker gefördert werden.“*~~
- ▶ Industriepolitik, Standespolitik und Arbeitsmarktpolitik verfolgen andere Interessen als Versicherte!
- ▶ GKV–Spitzenverband: Krankenversicherung ohne Leistungskürzungen für alle dauerhaft bezahlbar halten

*Quelle: Positionen der DKG für die 18. Legislaturperiode

Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten

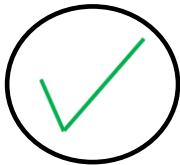
- ▶ Die Krankenhausversorgung wird zunehmend als Vehikel für eine lokale Wirtschaftsförderung genutzt.
- ▶ Folgen sind:
 - Überkapazitäten
 - überhöhte Preise
 - zweifelhafte Mengenentwicklung
 - Mangel an Qualitätsorientierung
- ▶ Warum verfolgt der GKV–Spitzenverband die genannten Positionen?
- ▶ Ziel einer Reform muss sein, den Versicherten wieder in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung zu stellen.

Propädeutik: Vergütungssystematik

Komponenten des Vergütungssystems

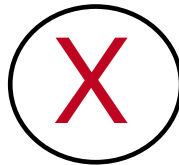
DRG-Katalog
(InEK)

Schweregrad



LBFW

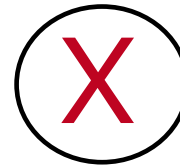
Preis



RWI-Gutachten

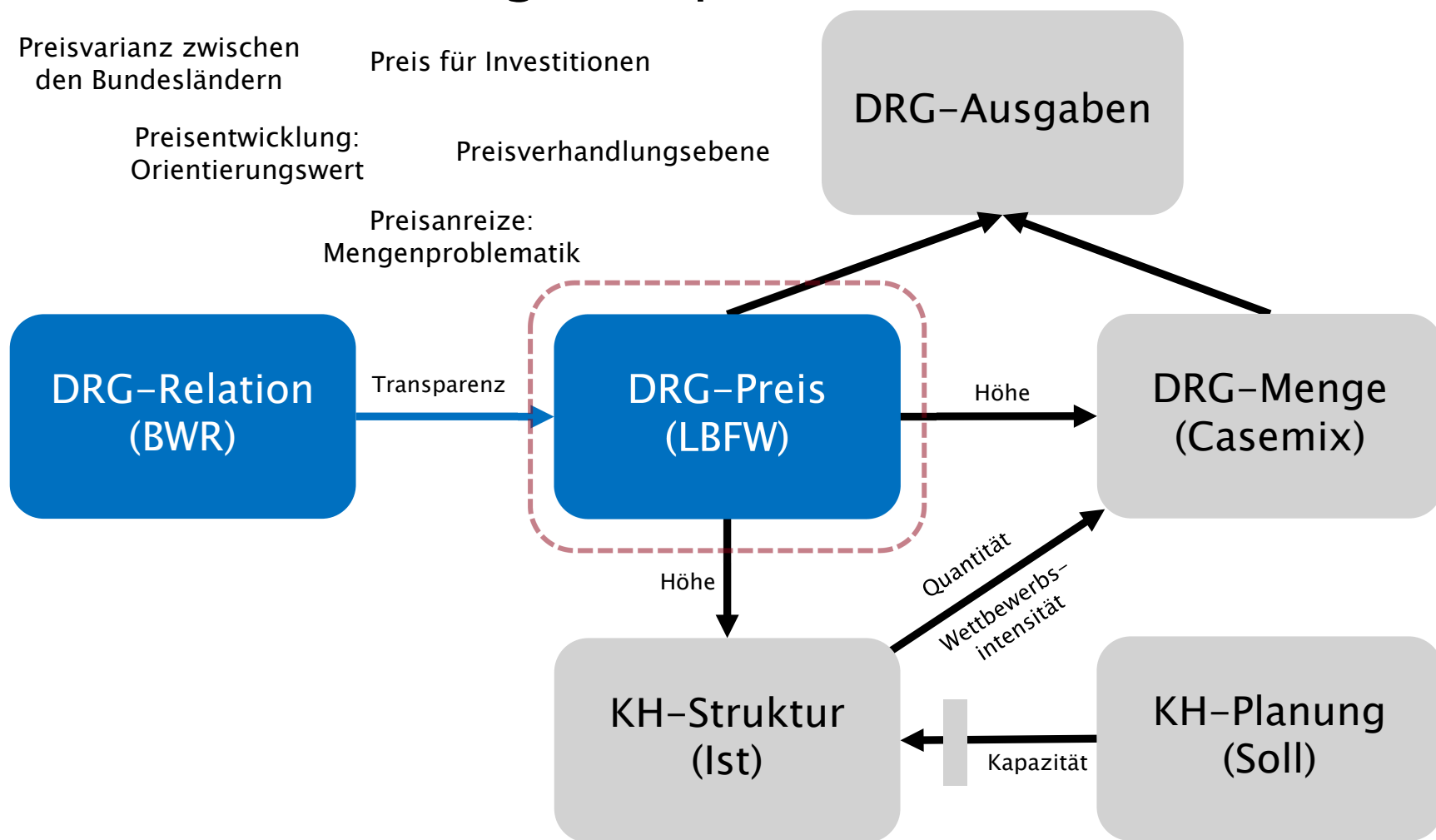
Menge

Fallzahl

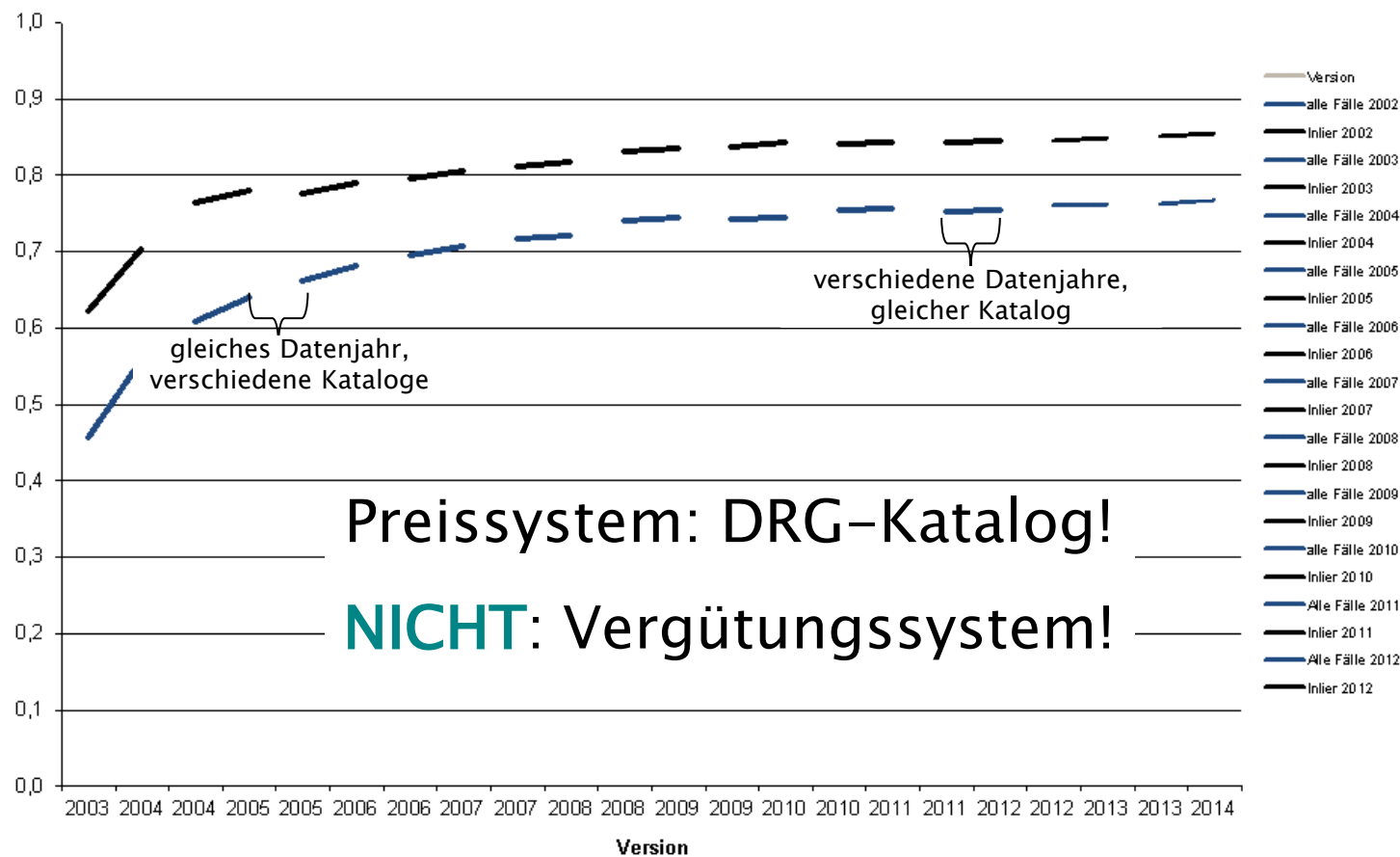


hche-Gutachten

Krankenhausfinanzierung: Zentrale Steuerungskomponente „Preis“



Transparenzziele voll erreicht!



Preissystem: DRG-Katalog!

NICHT: Vergütungssystem!

Das G-DRG-System ist der beste Krankenhausbewer-
tungsmaßstab,
der jemals in
Deutschland
entwickelt
worden ist.

Vorbildfunktion!

Versicherten-
orientierte
KH-Politik

Quelle: Präsentationen des InEK 2003 bis 2013, eigene Darstellung

Finanzierungslogik vor und nach DRG-Einführung

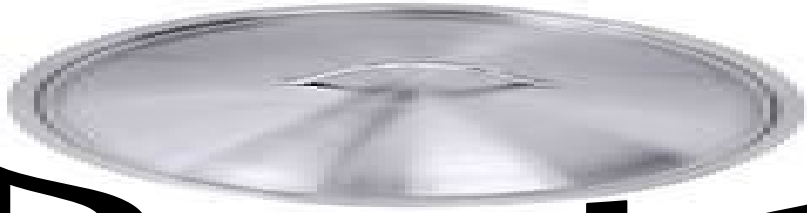
vor DRG: Preis- und Mengenbudget



Ausgaben

DRG: Preisdeckel (price-cap)

Morbiditätslast wird durch die
Krankenkasse getragen.



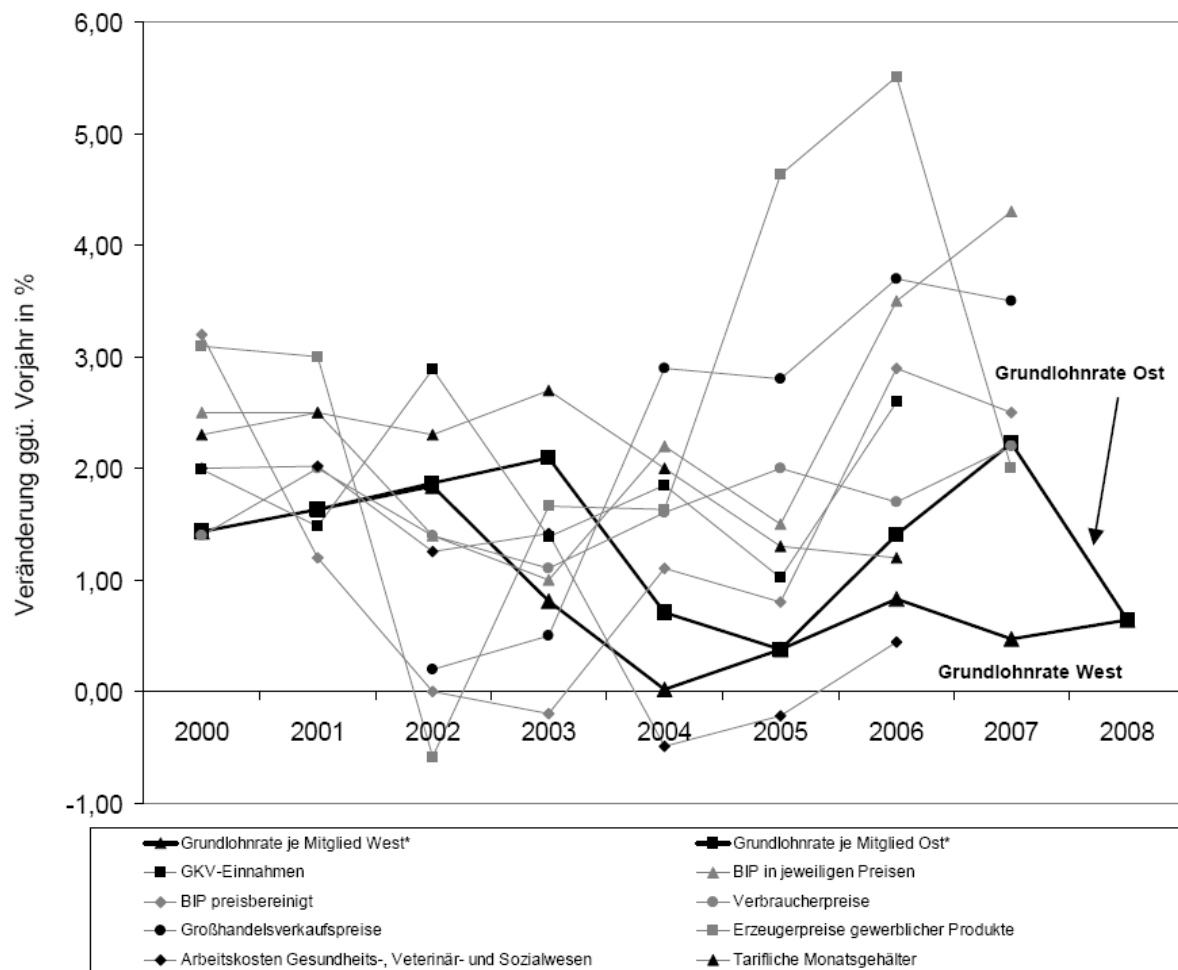
Preis

Menge

Der Orientierungswert: Worum ging es der DKG?



Spitzenverband



→ Konzept des Orientierungswertes von der DKG

→ Klares Ziel: Preisdeckel weg! Mehr als bisher!

DKG-Analysen – Ersatz für die Grundlohnsumme (30.01.2008)

Orientierungswert: 2 : 0 für die Grundlohnrate!

- ▶ Dritte Regelung vor erster Verhandlung:
1) BMG-Festlegung, 2) DKG-GKV-Verhandlung mit Korridor,
3) DKG-GKV bis O-Wert
- ▶ Grundlohnrate über O-Wert:
 - 2012: O-Wert: 2,00 % < GLS: 2,03 % $\Rightarrow$ O-Wert
 - 2013: O-Wert: 2,02 % < GLS: 2,81 % $\Rightarrow$ **max (O-Wert, GLS)**
- ▶ Warum muss der Preis stärker steigen als notwendig?
Regel: „Das Beste aus zwei Welten“ ist nicht begründbar!
- ▶ Achtung: Neutrale, empirische Ermittlung durch das Statistische Bundesamt ist richtig. Das Statistische Bundesamt rechnet nicht falsch – es berechnet das Falsche.

Faire Krankenhausvergütung: Preisentwicklung

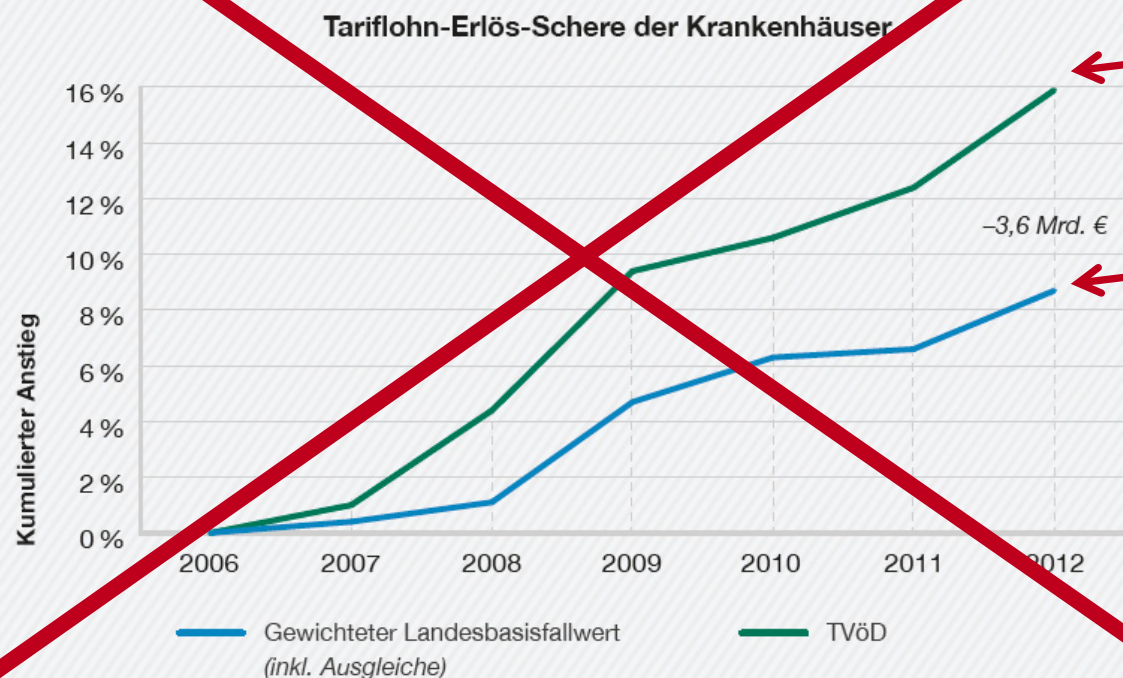
- ▶ DKG-Position (vgl. „Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser“ – Positionen der DKG für die 18. Legislaturperiode, S. 17):

„Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren können.“

- ▶ Ja, die Kostensteigerung (z. B.) je Blinddarmoperation sollten bezahlt werden. Aber bitte die Kostensteigerung je Fall (genauer: je Casemixpunkt)!
- ▶ Vergütung je Fall setzt Orientierung an Kosten je Fall voraus!

Fazit: Vergütungszuwachs ist nicht Tariflohnanstieg

Über Jahre steigen die Löhne schneller als die Krankenhausvergütung: Mit 8,7% Preiszuwachs können 15,9% Tariflohnanstieg nicht bezahlt werden



Kosten je was?

Erlöse je CM-Punkt

Vergütung je
Fall setzt
Orientierung
an Kosten je
Fall voraus!

Quellen: TVöD-Verhandlungsergebnisse 2006–2012, eigene Berechnungen

Preisentwicklung fair gestalten: Kosten je Fall!

Koalitionsvertrag:

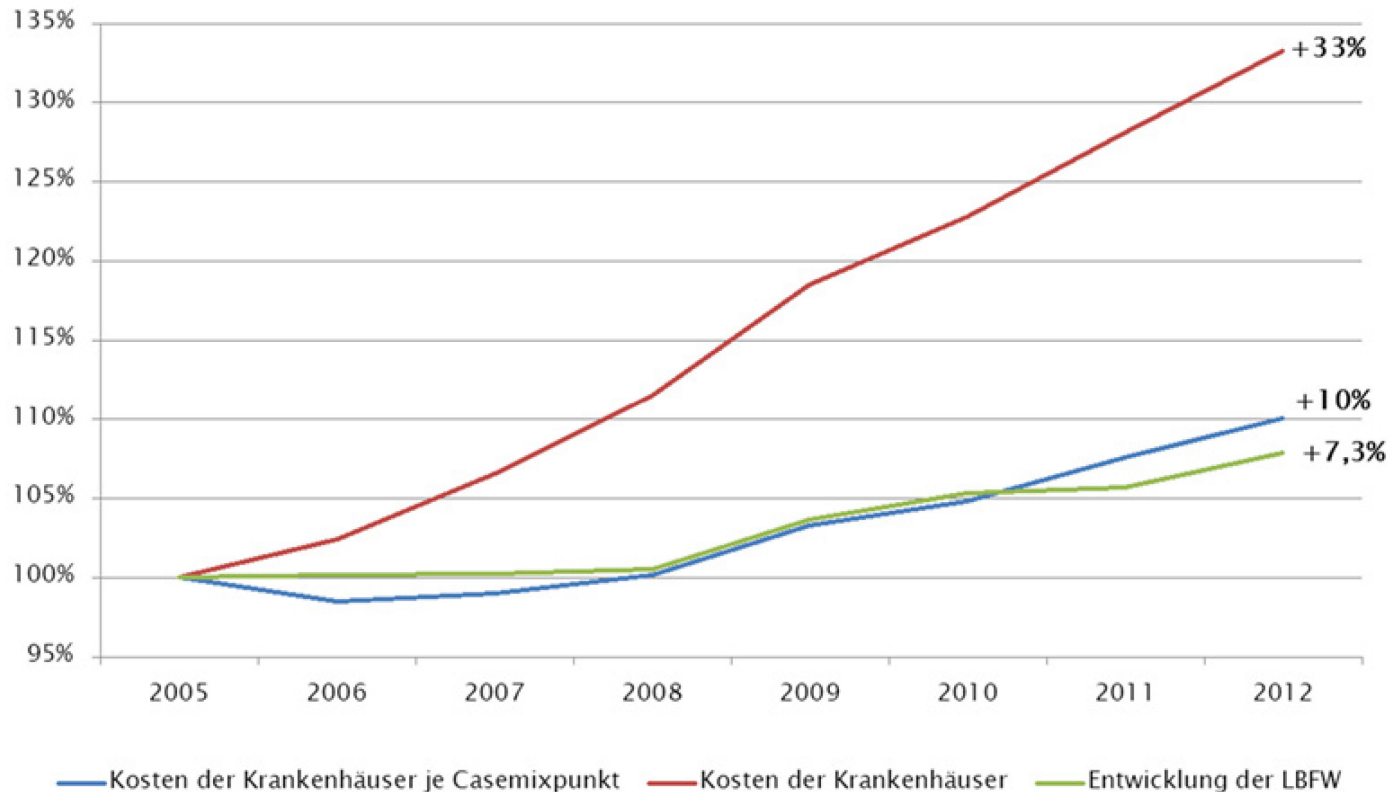
- ▶ Präzisiere Abbildung der KH-Kosten im Orientierungswert

Bewertung:

- ▶ „Inflationsrate der Krankenhäuser“ ohne Mengenkompone
- ▶ Verfeinerung der Kostenabbildung ist nicht zentrales Problem.
- ▶ Wesentlich ist die Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen.
- ▶ Orientierungswert müssten **Kosten je Casemixpunkt** zugrunde legen.

Versicherten-
orientierte
KH-Politik

Kosten je CM und Erlöse je CM sind das korrekte Paar!



Quelle: destatis und Daten nach § 21 KHEntgG – eigene Berechnungen

DRG-System und Effizienz: Die Entwicklung der Bezugsgröße

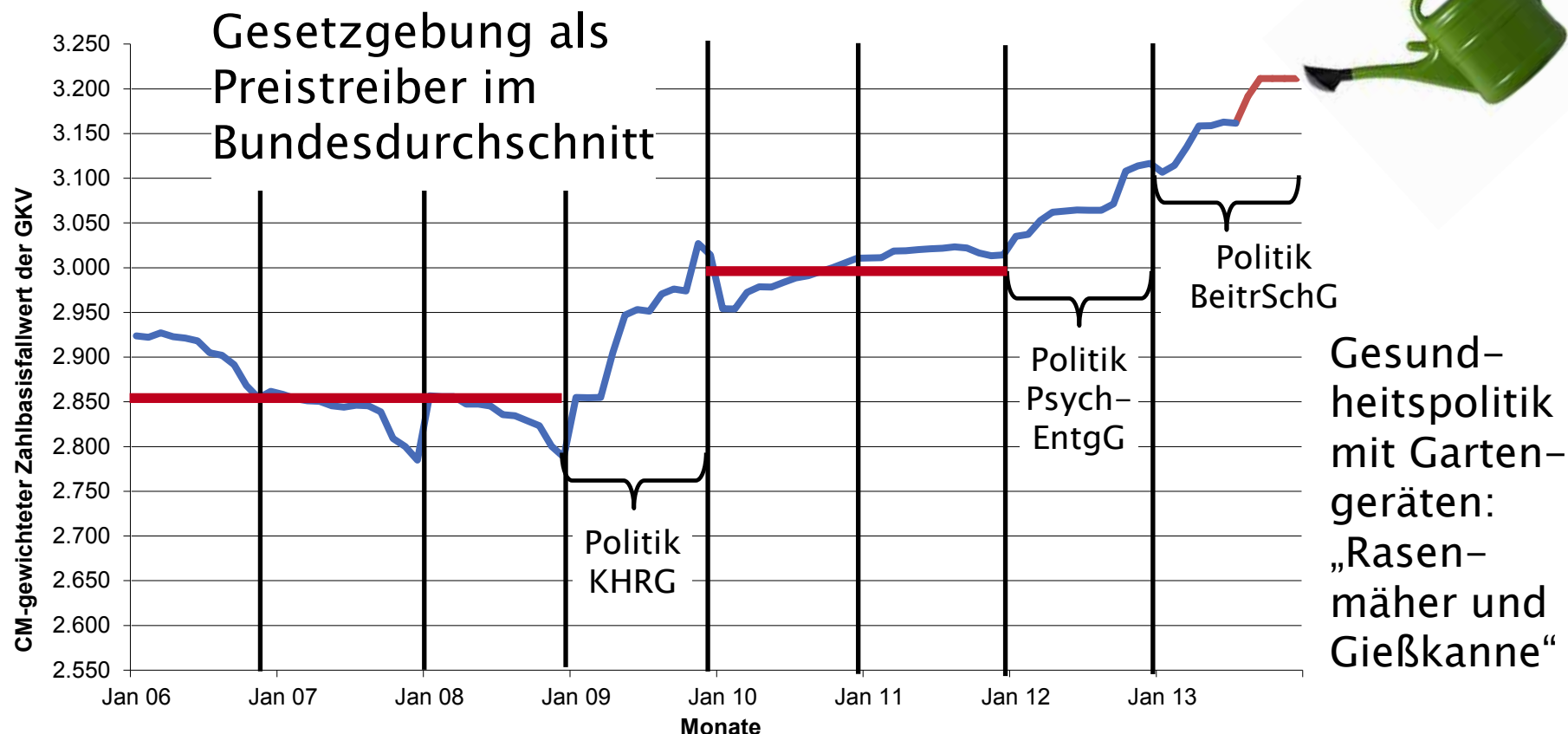
Jahr	Bezugsgröße	Diff. Zum Vorjahr	in %	
2005	2.975 €			Veränderung 2005-2014 : - 7,1%
2006	2.836 €	- 139 €	- 4,9	
2007	2.736 €	- 100 €	- 3,7	
2008	2.681 €	- 55 €	- 2,1	
2009	2.621 €	- 60 €	- 2,3	
2010	2.619 €	- 2 €	- 0,1	
2011	2.651 €	32 €	1,2	
2012	2.687 €	36 €	1,3	
2013	2.730 €	43 €	1,6	
2014	2.764 €	34 €	1,2	

Bezugsgröße der DRG-Kalkulation „Kosten je Inlier-Fall “ der jeweiligen Kalkulationsstichprobe

Preis: Zahlbasisfallwert (Z-Bax) 2006 bis 2013*



Spitzenvr



**Deutschland braucht eine neue, zukunftsorientierte
Steuerung von Krankenhausleistungen.**

Quelle: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>, * 2013 vorläufig bis August und auf Basis geplanter Ausschüttungen (+ 30 Euro Versorgungszuschlag, + 20 Euro Tarifräte), eigene Darstellung

Verhandlungen auf Landesebene stärken

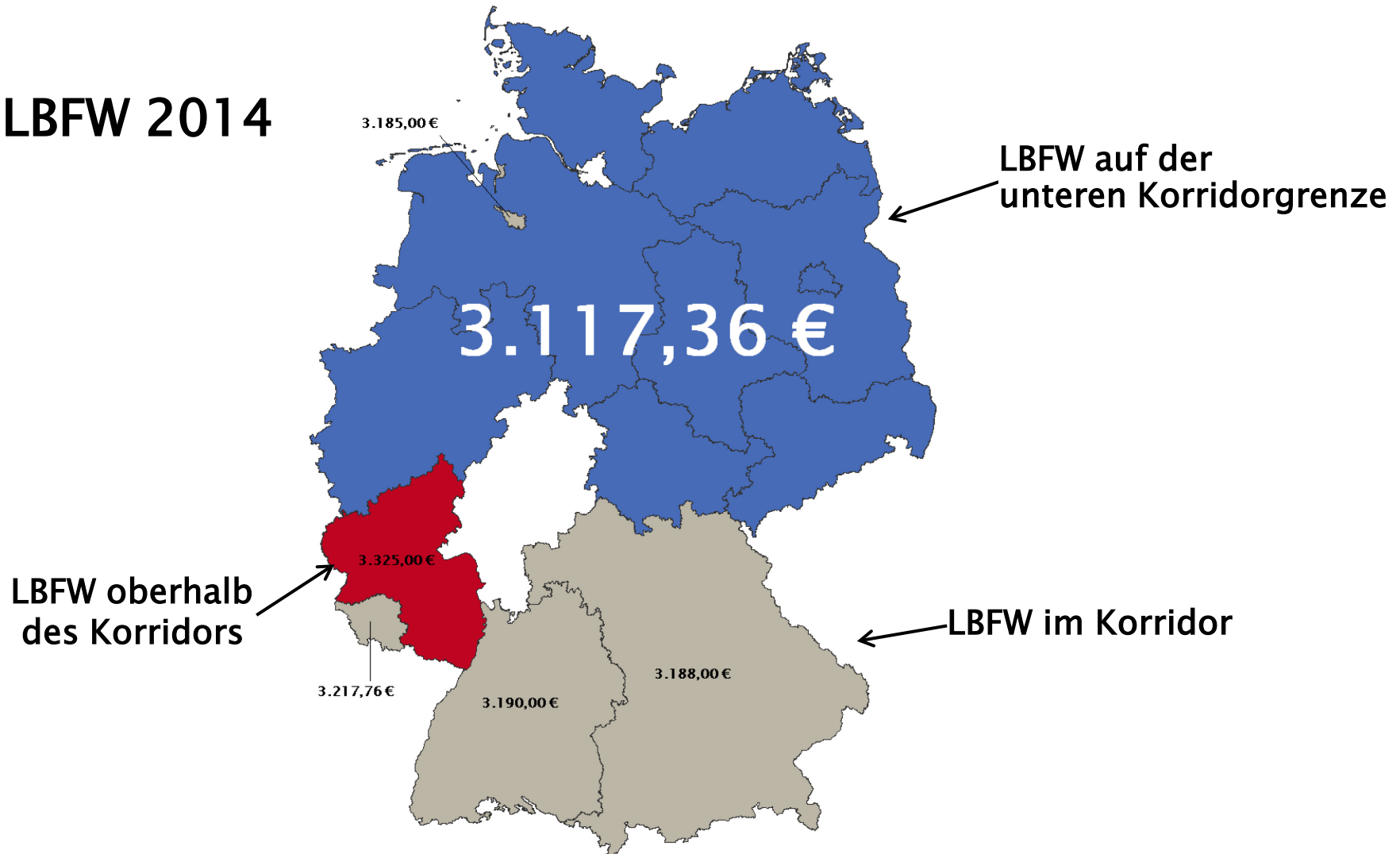
- ▶ Bundesbasisfallwertkonvergenz überlagert die LBFW-Verhandlungen!
- ▶ Verhandlungen verlieren ihren Sinn (gilt für Länder, die an der unteren Korridorgrenze liegen)!
- ▶ Mehr als 60 % des Leistungsvolumens wird 2014 zum gleichen Preis vergütet (Bundesländer blau markiert)!
- ▶ Die Konvergenz an den bundeseinheitlichen Korridor muss so ausgestaltet sein, dass Verhandlungsanreize auf Landesebene auch nach 2014 bestehen, oder man muss ganz andere Wege gehen!

Ein „Weiter so“ kann es nicht geben!



Spitzenverband

LBFW 2014



RWI–Gutachten (Dezember 2013)



- ▶ **Ergebnis des RWI–Gutachtens:**
Nur ein Drittel der LBFW–
Unterschiede sind erklärbar.
- ▶ **Koalitionsvertrag:**
Nicht begründbare Unterschiede
sollen aufgehoben werden.
- ▶ **RWI–Vorschlag:**
 - Bundesbasisfallwert als
Richtwert
 - Preisdifferenzierungen auf
Krankenhausebene

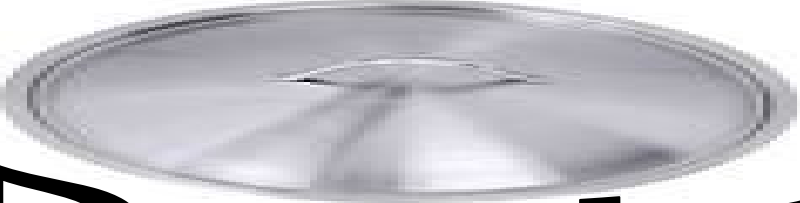
Finanzierungslogik vor und nach DRG-Einführung

vor DRG: Preis- und Mengenbudget



Ausgaben

DRG: Preisdeckel (price-cap)

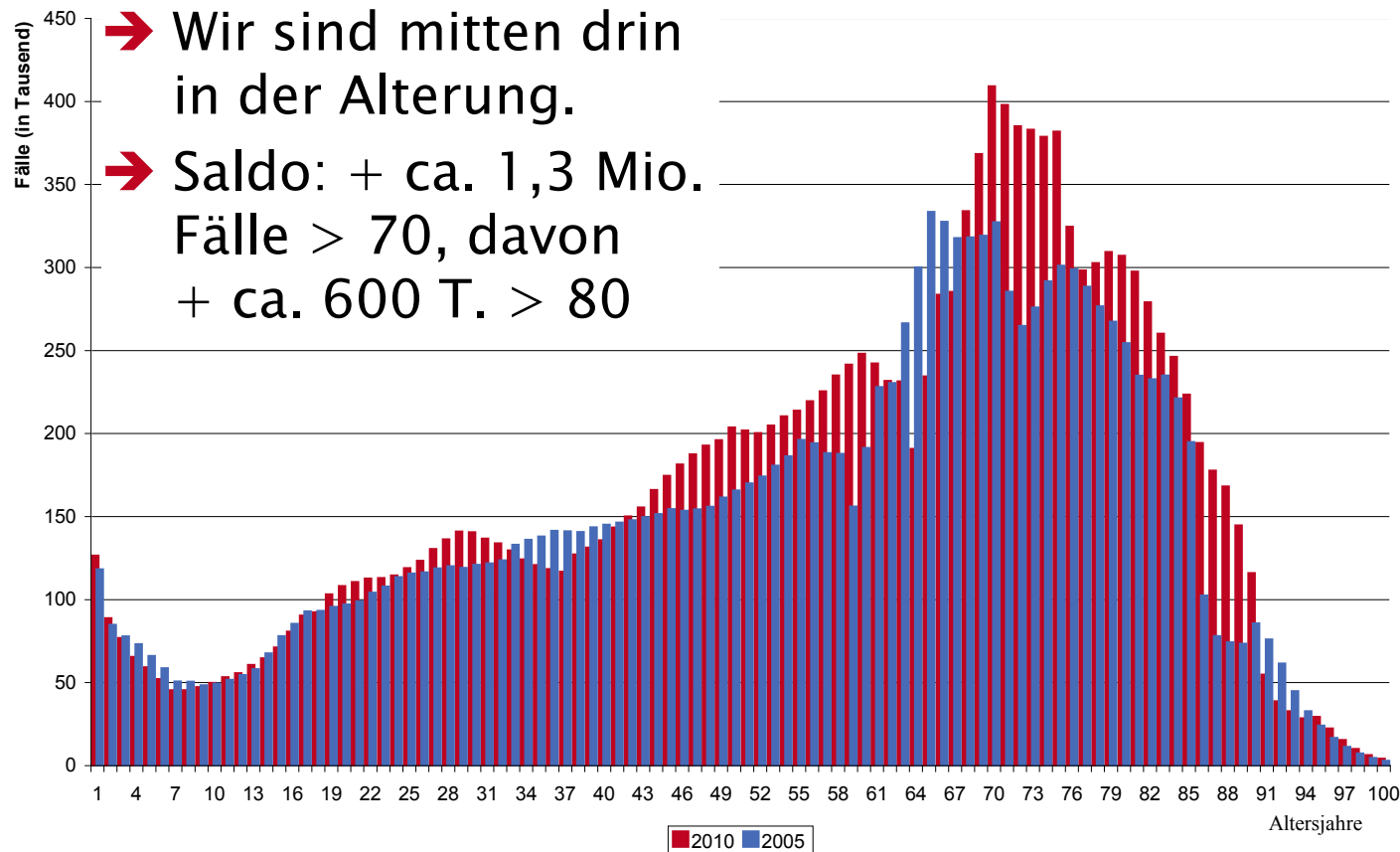


Preis

Morbiditätslast wird durch die
Krankenkasse getragen.

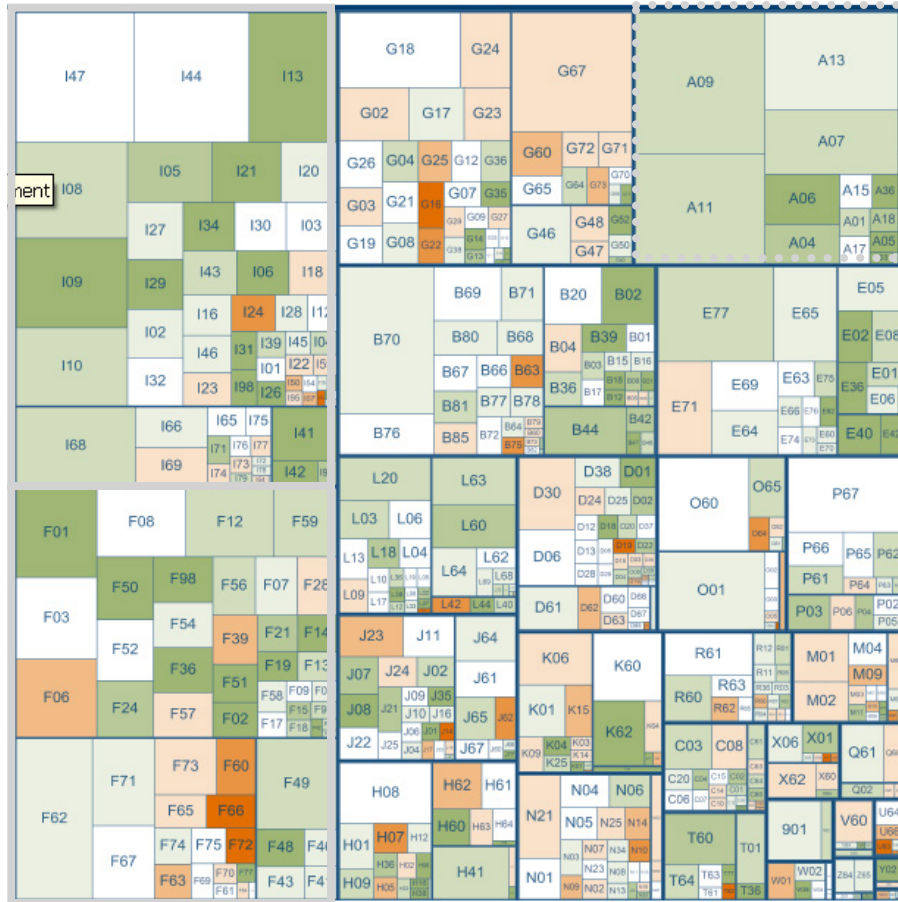
Menge

Krankenhausdaten: Fallzahlprofile 2005/2010



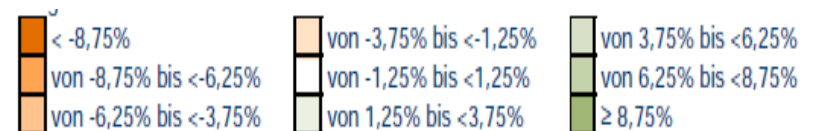
Quelle: Daten gemäß § 21 KHEntgG

Casemix (2010) und jahresdurchschnittlich rel. CM-Veränderung (2008 bis 2010) nach Basis-DRGs; (n = 555 Basis-DRGs)



Stärkste Zunahmen u. a.

- ➔ Basis-DRGs: I**, F**, A** in der operativen Partition
- ➔ Nahezu unverändertes Bild über alle drei Forschungszyklen.
- ➔ Casemixzunahme überproportional zum Anteil der MDC



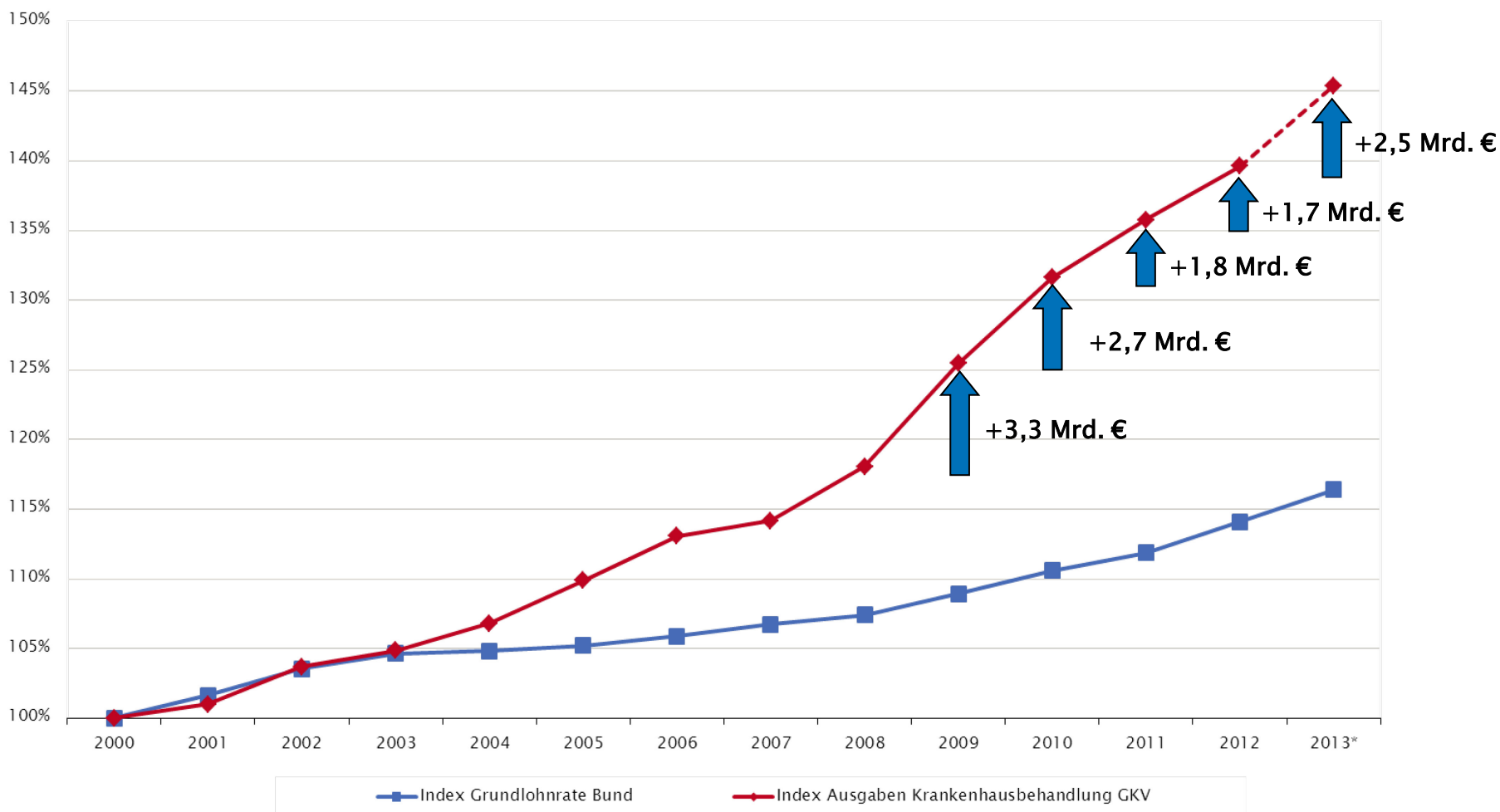
Quelle: http://www.g-drg.de/cms/index.php/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG

Leistungszuwachs weiter deutlich über der demografischen Entwicklung (3. DRG-Forschungszyklus)

Kennzahl	Δ (04 – 10) p. a.		Δ (08 – 10) p. a.	
	IST	standard.	IST	standard.
CM	–	–	+ 2,6 %	+ 0,9 %
Fallzahl	+ 1,3 %	+ 0,6 %	+ 1,5 %	+ 0,6 %
Belegungstage	– 0,9 %	+ 1,1 %	– 0,6 %	+ 1,1 %

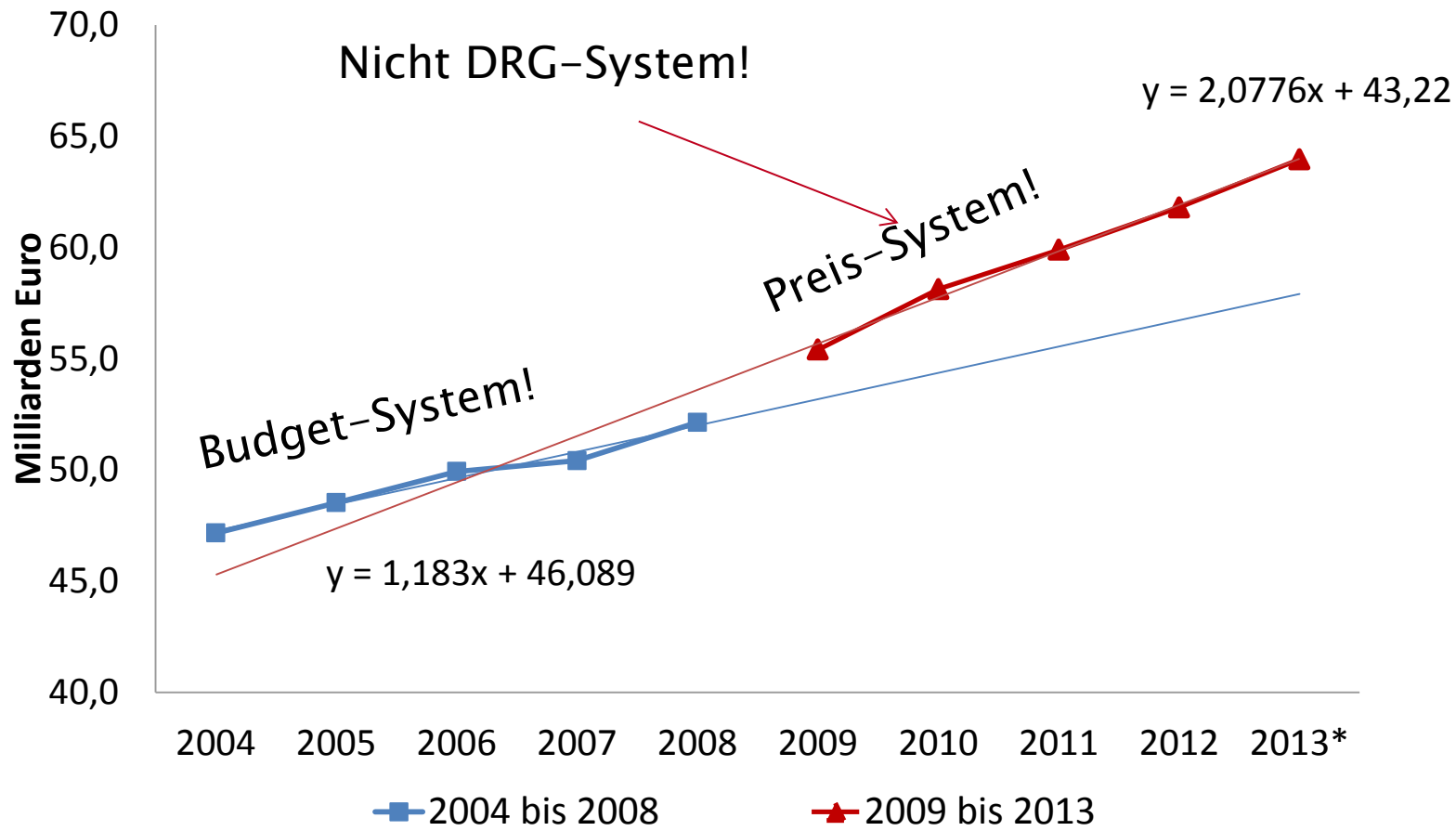
- ➔ Zuwachs des CM 2008 bis 2010 im Durchschnitt: 2,6 %
- ➔ Erwarteter CM-Zuwachs durch Alterung: 0,9 %
- ➔ Die Krankenkassen tragen das demografische Risiko und wahrscheinlich noch weit mehr als das.

Ausgabendynamik im Bereich Krankenhäuser



Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (2000–2012); *Schätzung GKV–Spitzenverband (2013); Darstellung GKV–Spitzenverband

DRG-Ausgabenziel klar verfehlt: Seit Ende der Konvergenz ca. eine Mrd. extra p. a.!



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1 (2004 – 2012), * Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes für 2013

Zwei Gedankenwelten zum Thema „Mengendynamik“

- ▶ Krankenhauswelt:
„Innovation macht die Menge.“
„Hamsterrad macht die Menge.“
- ▶ Kassenwelt:
„Der Preis macht die Menge.“
„Struktur macht die Menge.“
- ▶ Jede Seite sucht sich ihre „argumentative Wagenburg“.

Botschaften zum „Hamsterrad“

- ▶ Wer vom Hamsterrad spricht, der gibt zu, aus wirtschaftlichen Motiven zu operieren – „Menge steigern“.
- ▶ Preiserhöhungen führen nicht zu weniger Menge!
Die Umkehrung der Hamsterradlogik gilt in keinem Fall!
- ▶ Mengenbegrenzung mit Preiserhöhung („Glückliches Krankenhaus“) ist Kartelllogik („Weniger arbeiten für mehr Geld“).
- ▶ Kampfrhetorik – die schlimmsten drei Vokabel:
 - „**Degression**“: Lösung, nicht Ursache des Mengenproblems (Preissenkung aufgrund von Produktivitätsfortschritt)
 - „**Doppelte Degression**“: Frage der Ebene der Berücksichtigung der Produktivitätsfortschritte (Hausebene, Landesebene)
 - „**Kollektivhaftung**“: Normale Marktinterdependenz/positive Effekte

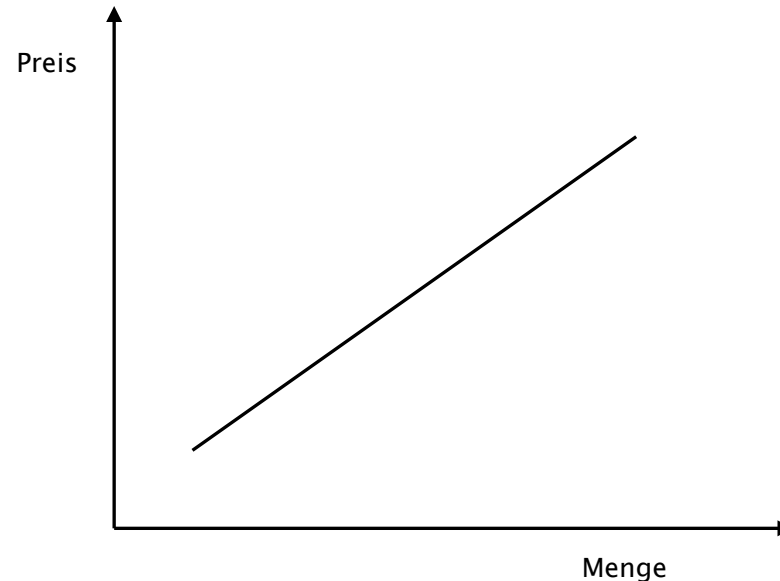
hche-Forschungsauftrag

- ▶ Zwischenpräsentation zum Mengengutachten bestätigt:
 - „Je höher der Preis, desto höher die Mengensteigerungen.“
Unelastische, aber positive und kausale Elastizität
 - **Der „Hamsterrad-Mythos“ ist damit beerdigt!**
- ▶ Handlungsempfehlung: Bloß keine weiteren „Gießkannen“, die zu flächendeckenden Preis- und Mengensteigerungen führen!
- ▶ Fazit: Was löst das Mengenwachstums- und Mengenniveauproblem?

Preissenkung!

Der Preis macht die Menge

- ▶ Je höher der Preis, desto höher der Anreiz, Mehrmengen zu erbringen.
- ▶ Empirisch belegbarer Zusammenhang im DRG-Preissystem.
- ▶ Nicht überraschend: Grundlagen der Ökonomie gelten auch im Krankenhausbereich!
- ▶ Politik liebt einfache Lösungen: „**Mehrleistungsabschlag**“



Mehrleistungsabschlag auf Hausebene auf Dauer?



Die Simpsons, Season 22, Episode 22 – Erstrausstrahlung USA: 22.05.2011

Casemix-Änderungen 2004 bis 2012 (Ist): Wirkt der Mehrleistungsabschlag?

Jahr	Casemix gemäß § 21 KHEntgG	Delta Casemix gegenüber dem Vorjahr	Prozentuale Casemix – Steigerung	Mehrleistungs- abschlag
2004	15.476.804			
2005	16.033.965	557.161	3,60 %	-
2006	16.528.236	494.271	3,08 %	-
2007	17.148.731	620.495	3,75 %	-
2008	17.683.593	534.862	3,12 %	-
2009	18.084.944	401.351	2,27 %	frei verhandelt
2010	18.559.432	474.488	2,62 %	-
2011	18.764.079	204.647	1,10 %	gesetzlich 30 %
2012	19.101.878	337.799	1,80 %	frei verhandelt
2013	?	?	?	gesetzlich 25 %, zwei Jahre
2014	Der Preis macht die Menge! Ohne (preisliche) Mengensteuerung geht es nicht!			gesetzlich 25 %
2015				?

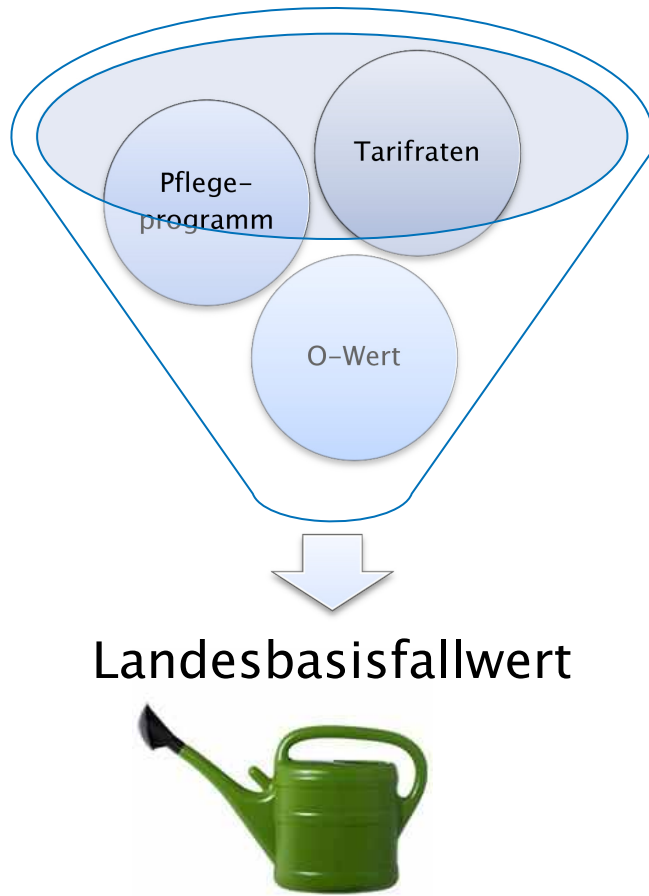
Quelle: Katalogpräsentationen des InEK der Jahre 2005 bis 2014

Sinnvolle Verteilung der finanziellen Mittel notwendig!



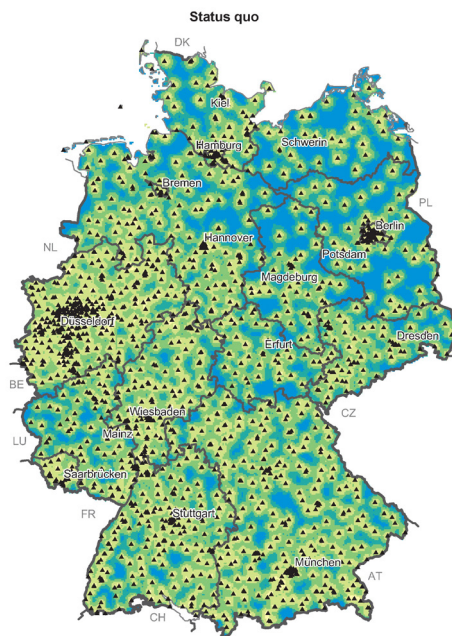
- ▶ **Versorgungszuschlag umwidmen!**
- ▶ Schaffung wirksamer Instrumente zum Abbau der Allokationsprobleme.
- ▶ Vorhaltekosten (Sicherstellungszuschlag, Notfall“zuschlag“, Extremkostenzuschlag, Qualitätszuschlag ...)

Individuell- und kollektivrationale: Zu- und Abschläge

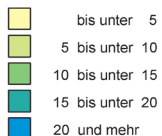


- ▶ Der Landesbasisfallwert behandelt alle gleich gerecht (leistungsgerecht).
 - Das absolute Ausgabenniveau bestimmt die Politik.
 - Die Art der Verteilung bestimmt die Selbstverwaltung/InEK.
- ▶ Es ist nicht zu wenig Geld im System, es ist nur falsch verteilt.
- ▶ Das Ende der „Gießkannenpolitik“ muss das Ziel sein!
- ▶ Nicht länger hunderte Mio. via allgemeiner Preiserhöhung mehrheitlich an die Falschen!

GKV: Über- und Unterversorgung endlich angehen!



Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2008 in Minuten



Datenbasis: Erreichbarkeitsmodell des BBSR

Quelle:
Bundesinstitut für
Bau-, Stadt- und
Raumforschung;
Raumordnungs-
bericht 2011

► Überkapazitäten in Ballungsräumen reduzieren und Versorgung in der Fläche sicherstellen!

- Versorgungsgrad der Bevölkerung ist sehr gut:
- „73,2 % der Bevölkerung leben innerhalb eines 10-Minuten-Radius;
- 97,5 % innerhalb eines 20-Minuten-Radius um ein Grundversorger-krankenhaus“

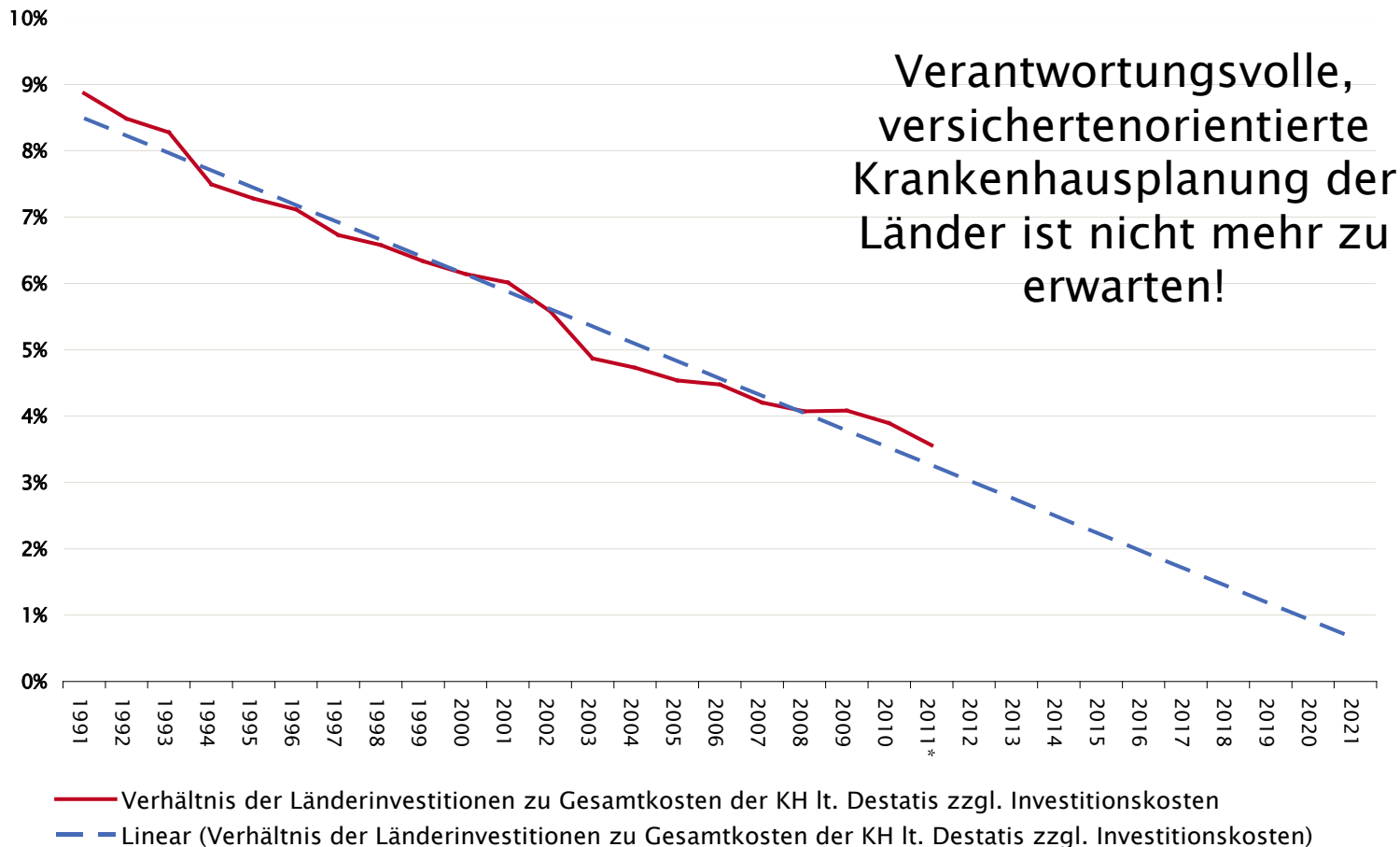
► Das Überversorgungsproblem ist gravierender als das Problem der Unterversorgung!

► Sichert die aktuelle Finanzierung das Überleben der Krankenhäuser?

Koalitionsvertrag: Krankenhausplanung

- ▶ ~~Investitionsfonds i. H. v. 500 Mio. € aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Unterstützung von Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen in den Ländern (max. 50 % der jeweiligen Kosten)~~
 - ~~– Vorschlag entspricht im Kern der Forderung des GKV-SV.~~
 - ~~– Einmaliger Investitionsfonds greift aber angesichts der Herausforderungen zu kurz. Dauerhafte Finanzierung aus Mehrleistungsabschlägen wird empfohlen.~~
 - ~~– Die fehlende Beteiligung der PKV ist kritisch zu hinterfragen.~~

Wer zahlt für die Überversorgung? Erosion der dualen Finanzierung



Quelle: Leber, Wolff: Wer bestellt, muss bezahlen, in f&w 03/2012

Investitionsbewertungsrelationen Grundlagen

- ▶ **Idee: Durch Transparenz Druck aufbauen**
- ▶ Gesetzliche Grundlage: § 10 KHG
 - Somatik: Einführung ab 01.01.2012
 - Psych-Bereich: Einführung ab 01.01.2014
- ▶ Vereinbarung der Grundstrukturen auf Bundesebene (Februar 2010)

- ▶ 2011 bis 2013: Prä-Test, Probekalkulation, Kalkulation
- ▶ Vorstellung des 1. Kataloges (Somatik) im Februar 2014
- ▶ Vereinbarung voraussichtlich am 01.04.2014

Katalogvorstellung am 24.02.2014

IBR zur G-DRG-Version 2014
Katalog der Investitionsbewertungsrelationen
Teil a) Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

DRG	Parti- tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung ¹⁾	Bewertungs- relation/Fall	Bewertungs- relation/Tag
1	2	3	4	5	6
Prä-MDC					
A01A	O		Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	16,615	
A01B	O		Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre	8,024	
A01C	O		Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre	4,550	
A02Z	O		Transplantation von Niere und Pankreas	6,259	
A03A	O		Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	16,919	
A03B	O		Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden	5,934	
A04A	O	x	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	9,461	0,098
A04B	O		Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre	5,642	
A04C	O		Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre	5,125	
			Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung		

- Kalkulationszeitraum 2006 – 2012
- separater Katalog
- Bewertungsrelationen für alle voll- und teilstationären DRGs und für ZE im Bereich Dialyse
- für unbewertete DRGs: Tages- und Fallbezug
- (noch) keine verweildauerbezogenen Zu- und Abschläge

Politische Dimension der Bezugsgröße

- ▶ **Bezugsgröße: 286,06 Euro**
- ▶ Casemix: 18.900.000
- ▶ Fiktive Gesamt-Investitionskosten: 5,4 Mrd. Euro für den DRG-Bereich
- ▶ Investitionsförderung insgesamt 2013 (Pauschal- und Einzelinvestitionen): 2,7 Mrd. Euro
- ▶ **Grob gesprochen: Es werden 2,7 Mrd. Euro der Betriebsmittel für Investitionen fehlverwendet.**
- ▶ **Eigentlich müssen die Landesbasisfallwerte im Durchschnitt um 286,06 Euro sinken!**

Strukturbereinigung einleiten

- ▶ Standorte bzw. Krankenhäuser werden geschlossen
 - nicht durch den Bund,
 - nicht durch die Länder,
 - nicht durch die Kassen,
 - **sondern durch die Krankenhausträger.**

- ▶ Keine veränderte Planung fordern, sondern die gegenwärtige Planung ins Leere laufen lassen, z. B. dadurch, dass die Träger Krankenhäuser einfach schließen.
Beispiel: Die Kassen fordern keine Monistik – sie kommt!

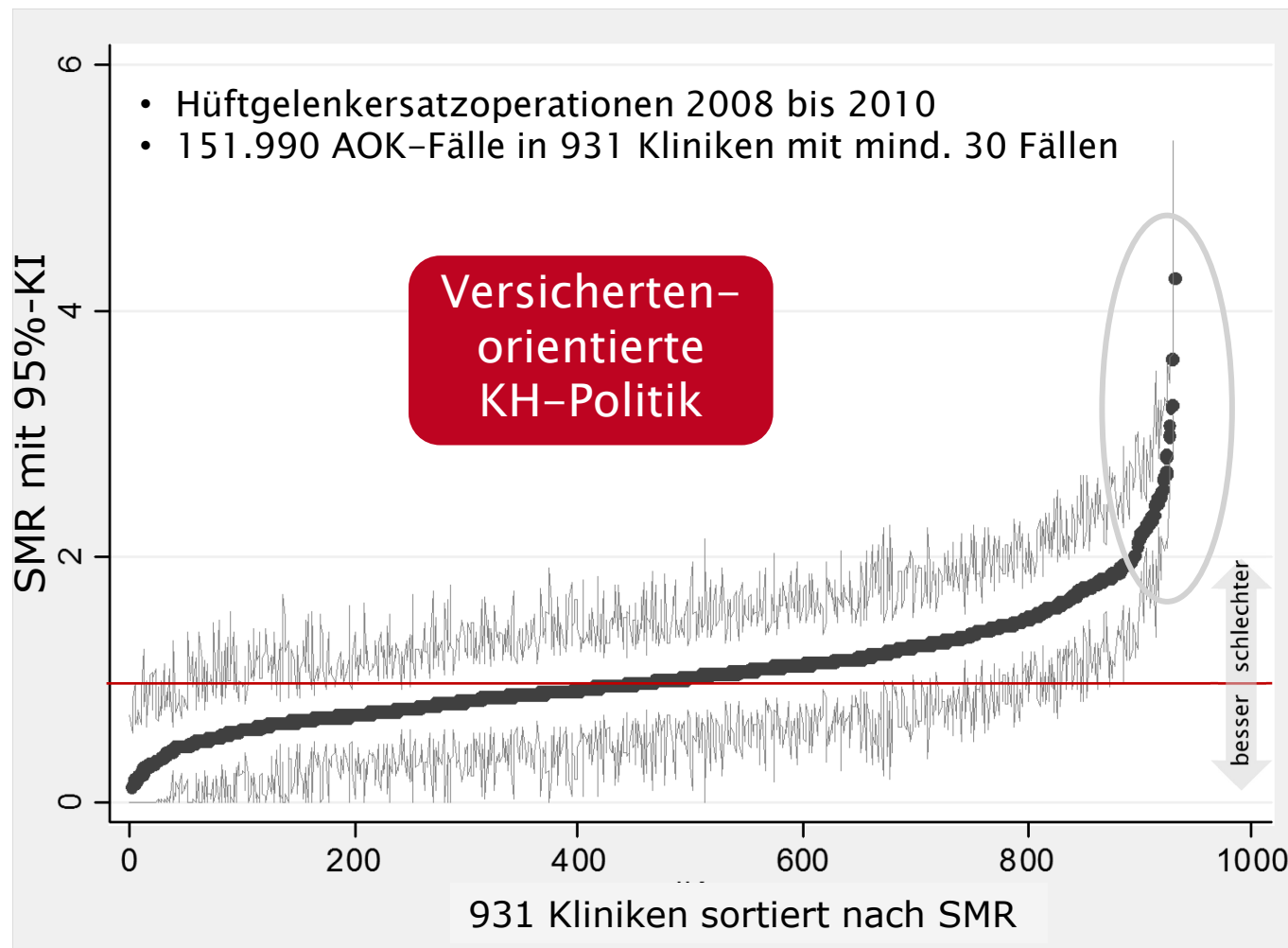
Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen

- ▶ Nicht alle Häuser im Krankenhausplan sind bedarfsnotwendig und nicht alle erbringen gute Qualität. Warum sollten dann solche Leistungen durch die GKV finanziert werden?
- ▶ Das „Aufmotzen“ der Krankenhauspläne mit dem Wort „Qualität“ scheint eher politischer Winkelzug zur Vermeidung notwendiger Reformen als Umsetzung mit Konsequenz.
- ▶ **Besonders problematisch: Kontrahierungszwang**

Stark unterschiedliche Qualität bei Hüftgelenkersatz!



Spitzenverband



Quelle: WIdO, QSR-Verfahren

„Hüftgelenk-Endoprothese bei Coxarthrose
Risikoadjustierter Qualitätsindex mit 95 %-KI“

Standardisiertes Mortalitäts- und Morbiditäts-verhältnis der Kliniken.
Wert von 1:
genauso viele Komplikationen im Haus **beobachtet**, wie gemäß Risikoprofil der Klinikpatienten **erwartet**.

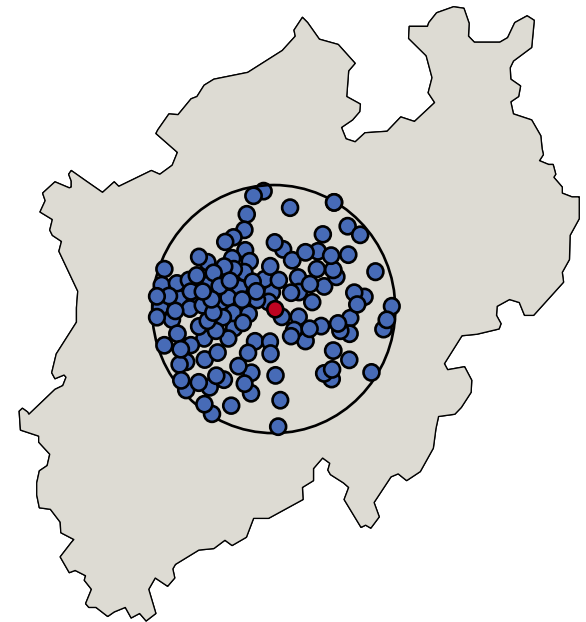
Qualitätsverträge – ein sanfter Einstieg

Koalitionsvertrag:

- ▶ Direktverträge für vier vom G-BA definierte planbare Leistungen (2015 – 2018)

Bewertung:

- ▶ Selektivverträge zu planbaren Leistungen werden von den Kassen seit 2007 gefordert und daher begrüßt.
- ▶ Regelung gewährleistet einheitliche Kriterien für Versicherte unterschiedlicher Kassen.
- ▶ Vorschläge gehen aber nicht weit genug!
- ▶ Seltsam ist, dass der Kontrahierungszwang bleibt.



Qualität soll vergütungsrelevant werden!

- ▶ Was es schon im DRG-System gibt:
Wiederaufnahmeregelung

- ▶ Was es laut Koalitionsvertrag in Zukunft geben soll:
 1. Qualitätsvorgaben mit Kontrolle durch MDK (und mit Konsequenz?)
 2. Qualität soll vergütungsrelevant werden:
 - ▶ kollektivvertraglich: Zu-/Abschläge, Mehrleistungsabschläge
 - ▶ direktvertraglich: Qualitätsverträge

- ▶ Fazit: Der Einstieg muss jetzt und auf Basis der bestehenden Qualitätsindikatoren erfolgen.

Ende der konsequenzlosen Qualitätssicherung im Kollektivvertrag

Koalitionsvertrag:

- ▶ Qualitätsvorgaben werden durch MDK kontrolliert.
- ▶ Gute Qualität muss sich für Krankenhäuser auch finanziell lohnen.

Bewertung:

- ▶ Verbindung von Qualität und Vergütung mit Qualitätskontrolle wird ausdrücklich begrüßt.
- ▶ Zu- und Abschläge sind das richtige Instrument zur qualitätsorientierten Vergütung im DRG-System.
- ▶ GKV wird die Weiterentwicklung im Bereich Qualität konstruktiv begleiten.

Ein Koalitionsvertrag, zwei Gutachten, drei zentrale Fragen (**zum Preis**) und zur verantwortlichen Ebene

- ▶ Wie soll mit dem Nebeneinander von Landesbasisfallwert und Bundesbasisfallwert zukünftig verfahren werden?
 - Soll der Bundesbasisfallwert zukünftig die Preisentwicklung bestimmen oder bleibt die zentrale Steuerungsebene der Landesbasisfallwert?
 - **Bund-Land-Konflikt**
- ▶ Wie soll mit dem Nebeneinander von Mengendegression auf der Krankenhaus- und der Landesebene verfahren werden?
 - Soll die Leistungsmenge zukünftig auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses gesteuert werden oder der Landesbasisfallwert die zentrale Steuerungsebene der Leistungsmenge bleiben?
 - **Land-Ort-Konflikt**
- ▶ Diskussion um Krankenhausplanung und Finanzierung
 - Soll die Investitionsfinanzierung monistisch oder dual erfolgen?
 - **Bund-Land-Konflikt**

14 Positionen für 2014 „14 Grundsätze“

1. Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten
2. Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen
3. Strukturbereinigung einleiten
4. Qualitätsanreize durch Direktverträge setzen
5. DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben
6. Preisentwicklung fair gestalten
7. Verhandlungen auf Landesebene stärken
8. Überhitzte Mengenentwicklung stoppen
9. Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten
10. Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren
11. Qualität transparent weiterentwickeln
12. Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen
13. Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben
14. Nutzen von Innovationen ermitteln



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aktuelle Informationen unter:
www.gkv-spitzenverband.de

Artikel in G+S 2-3/2014
„Versichertenorientierte Krankenhausversorgung“

Artikel in f&w 2/2013:
„Das Ende der Gießkannenpolitik“

Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes:
„14 Positionen für 2014“