

## Krankenhausreform in der gemeinsamen Selbstverwaltung

# Kraftakt KHS-G-Umsetzung

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHS-G) enthält rund zwei Dutzend Umsetzungsaufgaben für die gemeinsame Selbstverwaltung, die in rund zweieinhalb Jahren abzuarbeiten sind. Angesichts der konträren Positionen zur Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung bringen die Verhandlungen die Gremien an den Rand der Belastungsgrenze. Der Druck des Gesetzgebers aber sorgt dafür, dass jetzt die ersten „grünen Haken“ gemacht werden konnten.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

### 1. Das große Fristentableau

Das KHS-G ist die wohl bedeutendste Reform im Krankenhaussektor seit Einführung der DRG vor rund 15 Jahren. Der Gesetzgeber versucht, Fehlentwicklungen des DRG-Systems zu korrigieren, er startet eine Initiative, Qualität stärker zu berücksichtigen, und er macht erste Versuche, durch einen Strukturfonds sowie durch bundeseinheitliche Vorgaben zur Sicherstellung und Notfallversorgung die Krankenhauslandschaft neu zu strukturieren.

Es gibt im KHS-G nur vereinzelt direkt wirkende Regelungen. Die Mehrheit der gesetzlichen Vorgaben wird erst durch die Konkretisierung der Selbstverwaltungspartner wirksam (Abbildung 1). Da viele der Neuregelungen im Widerspruch zu den Grundsatzpositionen von mindestens einem der beiden Vertragspartner – Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband – stehen, ist in den Verhandlungen Stress angesagt. Ein Großteil der Vereinbarungen ist bilateral zwischen DKG und GKV zu treffen, jeweils mit Schiedsstellenentscheidungen als Konfliktlösung. Bei dem Themenkreis „Ambulante Krankenhausleistungen“ tritt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als dritter Partner hinzu, was das Geschehen

Foto: Colourbox



bunter, aber nicht einfacher macht. Schließlich sind wichtige Entscheidungen, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu treffen.

Konkret geht es – zugegeben etwas vereinfacht – um vier Felder:

1. DRG-Adjustierung
2. Hochschulambulanzen
3. Qualitätsorientierung
4. Krankenhauslandschaft

Die Neuordnung der Hochschulambulanzen ist formal keine Regelung des KHSKG. Sie wurde nach den frühen Diskussionen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vorgezogen.

Der gewaltige Verhandlungsstress der gemeinsamen Selbstverwaltung fällt in eine Zeit, in der das Verhältnis von Politik, Gesundheitsministerium und Selbstverwaltung insgesamt nicht ganz stressfrei ist. Im E-Health-Gesetz hat der Gesetzgeber erstmals empfindliche Haushaltskürzungen bei den Spitzenverbänden vorgesehen, falls die vorgegebenen Fristen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nicht eingehalten werden – ein zum Teil fragwürdiger Vorgang in allen jenen Fällen, wo nicht die Selbstverwaltungspartner, sondern ein Dritter – die Industrie – verantwortlich dafür ist, dass Fristen gerissen

werden. Außerdem sind die Verfehlungen in der KBV Anlass für den aktuellen Entwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes (GKV-SVSG), das eigentlich „BMG-Stärkungsgesetz“ heißen müsste und verfassungsrechtlich fragwürdige Eingriffsmöglichkeiten des Ministeriums in die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung enthält. Fakt ist, dass die Abarbeitung der KHSKG-Umsetzung unter kritischer Beobachtung (sprich: erheblichem Einigungsdruck) stattfindet.

## 2. Gute Mengen, böse Mengen

Versucht man für die erstaunliche Vielfalt der KHSKG-Maßnahmen ein einfaches Grundprinzip zu formulieren, dann ist es vielleicht dieses: Erwünschte Leistungen (gute Mengen) sollen gefördert werden, medizinisch zweifelhafte Leistungsausweitungen (böse Mengen) sollen durch Abwertung der Vergütung gedrosselt werden. Vorausgegangen war dem KHSKG nämlich eine mehrjährige Debatte über die Sinnhaftigkeit der Mengenentwicklung im stationären Sektor. Ein gemeinsam von der Selbstverwaltung beauftragtes Gutachten der Ökonomen und Sozialmediziner Prof. Dr. Jonas Schreyögg und Prof. Dr. Reinhard Busse (Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Enderbericht, Juli 2014) haben Krankenhaus- und Kassenseite zwar

recht unterschiedlich interpretiert, im Kern aber überzeugte es den Gesetzgeber mit der These, dass ökonomische Anreize Mengenausweitungen induzieren können. Dem folgend, enthält das KHSKG eine Reihe von Maßnahmen, um auf der einen Seite wünschenswerte Entwicklungen, wie eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung oder die Konzentration des Leistungsgeschehens, zu fördern, während auf der anderen Seite medizinisch zweifelhafte Mengenentwicklungen abgebremsst werden sollten (Abbildung 2). Das Standardbeispiel für solche medizinisch zweifelhaften Entwicklungen war die Endoprothetik, die sich in über 800 Krankenhäusern zu einem allzu lukrativen Geschäftsfeld entwickelt und Deutschland einen versorgungspolitisch zweifelhaften „Weltmeistertitel“ beschert hatte.

## 3. DRG-Adjustierung

Die entscheidenden ökonomischen Anreize werden vom DRG-System gesetzt. Das KHSKG tastet diese „deutsche Erfolgsgeschichte“ an keiner Stelle an, adjustiert jedoch einige Fehlentwicklungen: Die Kalkulationsbasis wird repräsentativer, die Überbewertung der Sachkosten wird beseitigt, und bei medizinisch zweifelhaften Mengenentwicklungen wird der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgetragen, die empirisch ermittelten Relativgewichte „von Hand“ zu korrigieren.

## KHSKG-Umsetzung – ausgewählte Themen und Fristen

Thema	§	2015	Frist 2016				2017	2018	erledigt
			1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal			
Repräsentative Kalkulationsstichprobe	§ 17b Abs. 3 S. 6 KHG					31. Dez		✓	
Sachkostenvergütung	§ 17b Abs. 1 S. 6 KHG			30. Juni				✓	
Fixkostendegressionsabschlag	§ 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG			31. Juli				✓	
Absenkung von Bewertungsrelationen	§ 17b Abs. 1 S. 5 KHG i. V. m. § 9 Abs. 1c KHEntgG			31. Mai				✓	
Hochschulambulanzen (Patientenzugang)	§ 117 SGBV	23. Jan							
Hochschulambulanzen (Vergütungskonzept)	§ 120 SGBV	23. Jan							
Qualitätszu- und -abschläge (Leistungsbereiche)	§ 136b Abs. 1 und 9 SGBV					31. Dez			
Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung)	§ 5 Abs. 3a und § 9 Abs. 1a KHEntgG § 17b Abs. 1a Nr. 3 KHG						30. Juni		
Qualitätsverträge (Leistungsbereiche)	§ 136b Abs. 1 und 8 SGBV					31. Dez			
Qualitätsverträge (Rahmenvertrag)	§ 110a SGBV						31. Juli		
Mindestmengen	§ 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 2 bis 5 SGBV								
Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	§ 136c Abs. 1 und 2 SGBV					31. Dez			
Zentrumsvereinbarung	§ 2 Abs. 2 S. 4 i. V. m. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG		31. März						
Notfallstufenkonzept	§ 136c Abs. 4 SGBV					31. Dez			
Notfallstufenvergütung	§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG						30. Juni		
Sicherstellungszuschlag	§ 136c Abs. 3 SGBV					31. Dez			

Abb. 1

## Gute Mengen, böse Mengen

Maßnahmen zur Förderung von guten Mengen	Maßnahmen zur Reduzierung von bösen Mengen
Qualitätszuschläge	Qualitätsabschläge
Qualitätsverträge	Absenkung von Bewertungsrelationen
Zentrumszuschläge	Sachkostenabsenkung
Katalog nicht mengenanfalliger Leistungen	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Notfallstufen	Fixkostendegressionsabschlag
Sicherstellungszuschläge	Konsequente Mindestmengen

Abb. 2

### Repräsentative Kalkulationsstichprobe

Die Kalkulationsstichprobe für das deutsche DRG-System kann sich international sehen lassen. Rund 250 Krankenhäuser nehmen jährlich freiwillig an der DRG-Kalkulation teil und ermöglichen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine hoch professionelle Weiterentwicklung der Relativgewichte im Vergütungssystem. Ärgerlich – und seit Jahren kritisiert – sind jedoch die Kalkulationsverweigerung der privaten Krankenhäuser und die Nichtteilnahme einiger Hauptleistungsträger. Die privaten Krankenhäuser erbringen 19 Prozent des Fallvolumens, stellen aber nur einen Anteil von 4,4 Prozent in der Kalkulation. In einigen Bereichen fehlen jene, die das größte Fallvolumen erbringen, so zum Beispiel bei den Wirbelsäulenoperationen, wo bislang kein einziger der Top-Ten-Leistungserbringer an der Kalkulation teilnimmt. Das KHSG sieht nunmehr eine verpflichtende Teilnahme vor, um diese Verzerrungen zu eliminieren.

Da die Verpflichtung von Kalkulationsverweigerern ein juristisch angreifbarer Vorgang wäre, hat das InEK ein Konzept erarbeitet, bei dem in einem Losverfahren jene Krankenhäuser gezogen werden (Stichtag: 31. Oktober 2016), die am meisten zur Verbesserung der Repräsentativität beitragen würden. Dieses Konzept haben DKG und GKV zur Grundlage ihrer Vereinbarung gemacht. Die vorfristige Einigung (das KHSG sagt: 31. Dezember 2016) kam zustande, um den Krankenhäusern einen adäquaten Vorlauf vor dem Jahreswechsel zu ermöglichen. Da valide Daten erst bei mehrjähriger Teilnahme an der Kalkulation zu erwarten sind, ist eine fünfjährige Teilnahme vorgesehen. Entsprechend

gestuft sind die Anforderungen: Für das Kalkulationsjahr 2015 sind als Mindestvoraussetzung die sogenannten Strukturinformationen zu liefern (also Basisdaten der Buchhaltung, wie zum Beispiel Summen- und Saldenlisten). Im zweiten Jahr muss ein ernst zu nehmender Versuch zur Kalkulation vorliegen, und im dritten Jahr gelten die strengen Anforderungen des InEK-Kalkulationsprozesses; nur die verwertbaren Daten zählen. Entsprechend sind die Sanktionen bei Nichtlieferung gestaffelt: im ersten Jahr 14.000 Euro, im zweiten Jahr 15 Euro je Fall und danach 30, 60 und schließlich 90 Euro für alle nicht verwertbaren bzw. fehlenden Datensätze (Krankenhaufälle). Es bleibt zu hoffen, dass alle gezogenen Krankenhäuser zur Verbesserung der Kalkulation beitragen und nie eine dieser Sanktionen vollstreckt werden muss. Bei den privaten Klinikketten ist davon auszugehen, dass sie technisch in der Lage sind, gemäß den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs zu liefern.

### Sachkostenabsenkung

Der Sachkostenabsenkung liegt folgende Theorie zugrunde: Die Preise für Sachkosten, insbesondere jene für Medizinprodukte (Herzklappen, Endoprothesen etc.), sinken im Zeitablauf, die für Personalkosten hingegen steigen, so zum Beispiel durch Tarifsteigerungen. Da die InEK-Kalkulation der Relativgewichte jeweils auf den Daten des Vorjahres basiert, kommt es zu einer systematischen Überbewertung sachkostenintensiver DRG und einer Unterbewertung der personalkostenintensiven DRG.

Hinzu kommt eine Unwucht im Zusammenhang mit Zusatzentgelten: Sachkostenintensive Leistungen werden bisher im DRG-System unterschiedlich vergütet. Wird eine Leistung über ein

Zusatzentgelt finanziert, dann entsprechen die dem InEK im Rahmen der Kalkulation übermittelten Kostendaten der Höhe des Zusatzentgeltes in Euro. Wird die gleiche Leistung über DRG-Fallpauschalen finanziert, so werden die Sachkosten aufgrund der Multiplikation der in dem DRG-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert (LBFW) durchschnittlich 15 Prozent höher vergütet. Aufgrund dieser Hebelwirkung kommt es bei der Vergütung von DRG zu einer systematischen Übervergütung der Sachkosten. Zur Korrektur hat das InEK ein Konzept entwickelt, das Mittel auf die Personalkostenanteile umschichtet. Den Krankenhäusern werden dadurch keine finanziellen Mittel entzogen.

Bei jeder Veränderung des DRG-Gefüges gibt es Gewinner und Verlierer. Entsprechend schwierig ist es, Mehrheitsbeschlüsse in den Gremien zu bekommen – bei den Kassen, aber vor allem bei den Krankenhäusern. Die Sachkostenabsenkung hatte auf Kassenseite keine klare Frontenbildung, weil die Gewinner-Verlierer-Konstellation aufgrund der in der Regel kompensatorischen Rückwirkungen im Risikostrukturausgleich kaum seriös berechnet werden kann. Bei den Krankenhäusern hingegen gab es heftigen Widerstand, weil bestimmte spezialisierte Kliniken und die Universitäten eher zu den Verlierern einer Sachkostenabsenkung gehören. Die DKG sperrte sich deshalb massiv gegen eine vollständige Umsetzung des InEK-Konzepts, und im Ergebnis wurde vereinbart, das Konzept in 2017 zu 50 Prozent umzusetzen. Für das DRG-System 2018 wird das Konzept anteilig in Höhe von 60 Prozent umgesetzt. Ab dem DRG-System 2019 vereinbarten die Vertragspartner den Umfang der weiteren Umsetzung. Ohne Kündigung der Vereinbarung bleibt es bei 60 Prozent.

Der politische Kern der Sachkostenabsenkung ist die Personalkostenaufwertung. Insbesondere die Pflege soll stärker im Vergütungssystem gewichtet werden. Das Ergebnis ist diesbezüglich ernüchternd, weil im Rahmen des InEK-Konzepts der kleinere Sachkostenanteil (20 Prozent) den schwergewichtigen Personalkostenanteil (55 Prozent) nur anteilig anheben kann. Mit der hälftigen Umsetzung

des InEK-Konzepts wird am Ende bei einer Sachkostenabsenkung von circa sechs Prozent der Personalkostenblock um lediglich 1,5 Prozent angehoben (Abbildung 3) – nicht wirklich beeindruckend. Man sollte im Zusammenhang mit der Pflegedebatte jedoch ehrlicherweise darauf hinweisen, dass auch ein stärker dimensionierter Pflegekostenblock weder die Vergütung der Pflegenden noch das Ausmaß der Pflege beim Patienten verändert. Veränderte Relativgewichte ändern relativ wenig in puncto Pflegequalität. Der Schlüssel zur Lösung des Pflegeproblems liegt nicht im InEK, sondern im G-BA.

### Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Man kann über die Sinnhaftigkeit „händischer“ Eingriffe ins DRG-System streiten. Letztlich gibt es bei den Selbstverwaltungspartnern eine stabile Mehrheit für eine empirische Ermittlung der Relativgewichte. Die normative Nachjustierung birgt die Gefahr, dass die Entwicklung des DRG-Systems zum gesundheitspolitischen Basar wird. Die Möglichkeit, solche Eingriffe vorzunehmen, gibt es seit Einführung des DRG-Systems vor anderthalb Jahrzehnten. Aber die Selbstverwaltungspartner haben sie aus vorwiegend guten Gründen nicht genutzt. Neu im KHSG ist die zwingende Umsetzung, was dazu führte, dass DKG und GKV letztlich gegen ihre innere Überzeugung gezielte Absenkungen vorgenommen haben. Die Einigung kam unter der Moderation des Schiedsstellenvorsitzenden, Prof. Dr. Oliver Ricken, zustande.

Als Verhandlungsergebnis wurden sowohl Absenkungen als auch Abstufungen vorgenommen. Die Grundidee bei der Auswahl der DRG waren auffällige Mengenentwicklungen, bei denen die Vermutung besteht, dass diese Mengenausweitungen zu einem beträchtlichen Teil ökonomisch induziert sind. Da die Krankenseite – trotz der klaren Formulierung im Gesetz – ganz grundsätzlich bestreitet, dass es ökonomisch induzierte Leistungen gibt, wurde übrigens rücksichtsvollerweise in der ganzen Vereinbarung auf Formulierungen wie „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ verzichtet. Absenkungen wur-

## DRG-Adjustierung: von Sach- zu Personalkosten

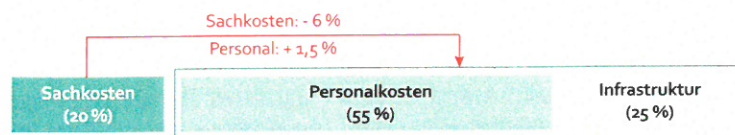


Abb. 3

den für DRG im Bereich der Endoprothetik und der Wirbelsäule vorgenommen (Abbildung 4). Überraschend mag sein, dass für konservative (!) Wirbelsäulen-DRG eine Abstufung vorgenommen wurde. Hintergrund war die völlig ausufernde Mengendynamik, die bereits im hohe-Mengengutachten als stark auffällige Leistung mit hohen Steigerungsraten identifiziert wurde und welche sich auch beim besten Willen nicht mit „Deutschland hat Rücken“ erklären lässt. Die Abstufungsregelung differenziert in Krankenhäuser ober- und unterhalb des Medians: Das abgesenkte Relativgewicht greift nur bei jener Hälfte von Krankenhäusern, die diesen Eingriff häufig vornehmen. De facto ist diese Abstufung, für die die DKG massiv gekämpft hat, eine Absenkung, die bei Gelegenheitsversorgern keine Anwendung findet, diese also besserstellt. Versorgungspolitisch ist das genau der Weg in die falsche Richtung.

### Fixkostendegressionsabschlag (FDA)

Apropos falsche Richtung: Die größte ordnungspolitische Verfehlung des KHSG ist die Verlagerung der Mengendegression von der Landes- auf die Hausebene. Die Berücksichtigung sinkender Fallkosten bei Mengenausweitung erfolgt nicht mehr als Mehrleistungsabschlag beim Landesbasisfallwert, sondern als Fixkostendegressionsabschlag. Dadurch wird das Grundprinzip einer leistungsorientierten Vergütung „gleicher Preis für gleiche Leistung“ über Bord geworfen. Es wird künftig hausspezifische Preise geben, und jene, die Patientenzulauf aufgrund besserer Leistung haben, werden schlechtergestellt. Dies ist das Ergebnis der unsäglichen DKG-Kampagne gegen die „Kollektivhaftung“, die offensichtlich in der naiven Erwartung geführt wurde, dass es künftig keine mengenbegrenzenden Regularien geben würde.

## Abgesenkte und abgestufte DRG

DRG-Fallpauschalen, die abgesenkt werden:

DRG	Bezeichnung (DRG-Katalog 2017)
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebrales Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff

DRG-Fallpauschalen, die abgestuft werden:

DRG	Bezeichnung (DRG-Katalog 2017)
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

Abb. 4

Nun also der Fixkostendegressionsabschlag auf Hausebene. Der Kranz an klärungsbedürftigen Fragen ist groß, aber weder DKG noch GKV-Spitzenverband bekamen das Mandat, weitergehende bundeseinheitliche Regelungen zu vereinbaren. So blieben denn auf Bundesebene nur zwei Dinge zu regeln: erstens die Definition eines Einzugsgebietes und zweitens eine Liste von DRG mit hälftiger FDA-Anwendung. Das Einzugsgebiet ist für den „Verlagerungsfall“ von Bedeutung, also für jene Mengenkongstellation, wo ein Krankenhaus beispielsweise eine Abteilung schließt und das Nachbarkrankenhaus die Fälle übernimmt. In diesem Fall ist die Mengenausweitung „gesundheitspolitisch akzeptabel“, sodass nur der hälftige FDA-Satz zur Anwendung kommt. Im FDA-Vertrag auf Bundesebene ist nun festgelegt, dass das Einzugsgebiet eines Krankenhauses das Gebiet ist, aus dem über 70 Prozent der Patienten dieses Krankenhauses kommen.

Die Verhandlung eines Kataloges für nicht mengenanfällige Leistungen, für die ebenfalls nur der hälftige FDA anzusetzen ist, war für die Selbstverwaltungspartner ein weiterer Stress-test, da die Krankenkassen eigentlich der Meinung sind, dass das komplette Leistungsgeschehen auch von ökonomischen Anreizen bestimmt ist (also keine Liste), während die Krankenhauseite die Ansicht vertritt, dass Krankenhäuser lediglich aus medizinischer Notwendigkeit heraus agieren, die Liste also 100 Prozent des DRG-Spektrums abdecken müsste. Erste

Sondierungsgespräche ergaben, dass die Notfallkennzeichnung kein brauchbares Abgrenzungskriterium ist. Am Ende einigte man sich in einem komplizierten Prozess auf einen Katalog von 88 der insgesamt 1.255 Fallpauschalen des DRG-Systems 2017, der sich aus unterschiedlichen Leistungsbereichen zusammensetzt und insbesondere Leistungen mit starkem Notfallanteil (zum Beispiel Schlaganfälle und Herzinfarkte) abdeckt. Damit ist es im Rahmen eines schwierigen Verhandlungsprozesses gelungen, sich auf einen begrenzten Katalog zu verständigen, der circa zehn Prozent des DRG-Leistungsvolumens umfasst.

Betrachtet man den gesamten dargestellten DRG-Adjustierungsbereich, dann muss man durchaus von funktionierender Selbstverwaltung reden. Alle Vereinbarungen konnten nach einem kräftezehrenden Verhandlungsverlauf rechtzeitig abgeschlossen werden, sodass das DRG-System 2017 ohne jede Verzögerung in Kraft treten kann.

#### 4. Hochschulambulanzen

Etwas kritischer sieht die Bilanz beim Thema „Hochschulambulanzen“ aus. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hatte sich früh mit diesem Thema beschäftigt und die entscheidenden Regelungen bereits im GKV-VSG rund ein halbes Jahr vor der KHSG-Verabschiedung verankert. Das dürfte nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass die Länder eine schnelle Finanzhilfe für „ihre“ Universitäten suchten. Schließlich läuft das Defizit einer Universität quasi direkt in den Landeshaushalt.

Mit der aktuellen Krankenhausreform endet die „Lebenslüge“ der Hochschulambulanzen, die Behauptung nämlich, dass die Hochschulambulanzen ausschließlich der Forschung und Lehre dienen. Untersuchungen hatten gezeigt, dass in den Ambulanzen zu einem großen, wenn nicht sogar überwiegenden Teil Gesundheitsversorgung stattfindet. Die gesetzlichen Regelungen sehen nun vor, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (DKG, KBV und GKV) den Kreis von Patienten definieren, die wegen Art, Schwere oder Komplexität

ihrer Erkrankung einer Versorgung durch eine Hochschulambulanz bedürfen. Ergänzend sollen zweiseitig zwischen DKG und GKV Grundsätze zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation vereinbart werden.

Beide Vereinbarungen (also sowohl die zweiseitige als auch die dreiseitige) konnten trotz intensiver Verhandlungen bis dato nicht abgeschlossen werden, was zu wiederholt geäußelter Kritik der „Politik“ an der Arbeit der Selbstverwaltung geführt hat. Inzwischen gibt es für beide Vereinbarungen Schiedsstellentermine (dreiseitiges erweitertes Bundesschiedsamt am 18. November 2016, zweiseitige Bundesschiedsstelle am 9. Dezember 2016), sodass in diesem Jahr die Konflikte einer Lösung zugeführt werden können. Über die Frage, ob durch die langen Verhandlungen „das Geld nicht rechtzeitig angekommen ist“, kann man streiten. Das Finanztableau der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sieht eine Ausgabensteigerung von 265 Millionen Euro vor, was einer satten Steigerung von 50 Prozent entspricht. Ähnlich wie beim Strukturfonds scheinen die gesundheitspolitischen Diskussionen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe beim Thema „Hochschulen“ zum Bund-Länder-Finanzgeschacher zu degenerieren. Ganz unabhängig vom Vereinbarungsstand auf Bundesebene scheinen vor Ort in erheblichem Ausmaß bereits zusätzliche Mittel geflossen zu sein. Zumindest weist die Ausgabenstatistik der GKV (KV45) eine Steigerung von über 30 Prozent gegenüber dem Vorjahr aus. Da auf Bundesebene letztlich nur Vereinbarungen zur Struktur der Vergütung gemacht werden, sind die Finanzflüsse vor Ort weitgehend unabhängig. Deshalb greift die Kritik an mangelnder Umsetzung auf Bundesebene auch etwas kurz.

Aber es gibt in puncto Hochschulambulanzen in der Tat Regelungsbedarf: Die Hochschulambulanzen sind neben der teilstationären Versorgung die größte vergütungstechnische „Schmuddelecke“ im deutschen Gesundheitswesen. In Teilen Deutschlands, zum Beispiel Baden-Württemberg, gibt es sehr differenzierte Leistungsvereinbarungen, im überwiegenden Teil dominieren krude Quartalspauschalen ohne jeden Leistungsbezug. Die Hochschulen führen ins Feld, dass es sich oft um ein multimorbides Klientel



handelt, aber ein Blick in die Diagnosenstatistik zeigt, dass oft nur eine einzige Diagnose angegeben wird. Von leistungsorientierter Vergütung keine Spur. So ist es auf der heutigen Datenbasis auch kaum möglich, den Patientenkreis abzugrenzen, der wegen Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung behandelt wird. Die Vereinbarung auf Bundesebene hat deshalb vor allem die Aufgabe, eine differenziertere Datenbasis für eine künftige Abgrenzung zu schaffen. Dabei spielt auch eine Rolle, ob die Leistungen von Fachärzten erbracht werden, auch wenn – anders als in der fachärztlichen Versorgung – ein beträchtlicher Teil der Leistungen von Ärzten in Weiterbildung erbracht wird. Hier dürfte man voraussetzen, dass Diagnosen und leitende Therapieentscheidungen von einem Facharzt zu stellen sind. Dies ist Standard in der fachärztlichen Versorgung, an der die Hochschulambulanzen letztlich teilnehmen. Klar ist schon heute, dass die Vereinbarungen, die jetzt in Schiedsstellen zu entscheiden sind, nur ein erster Schritt im Rahmen einer langfristigen Neuordnung sein werden. Letztlich benötigt man irgendwann eine gesonderte, bundeseinheitliche Gebührenordnung für diesen Bereich.

## 5. Qualitätsorientierung

Die Qualitätsorientierung ist ein Eckpfeiler des KHSg – hoch bedeutsam in der politischen Vermarktung und zugleich hoch umstritten. Qualitätsorientierte Zu- und Abschläge, Qualitätsverträge und die konsequente Umsetzung von Mindestmengenregelungen sind die wesentlichen Instrumente. Von der DKG sind sie erbittert bekämpft worden, weil qualitätsorientierte Vergütung das Image beschädigt, überall würde nur Gutes getan. Aber auch im Kassenlager gibt es kritische Stimmen, weil Kassenmanager ihren Versicherten ungerne erklären, dass sich die Finanzlage durch Abschläge für schlechte Behandlung verbessert hat. Diskutiert werden deshalb Modelle, bei denen Abschläge auf der einen Seite als Zuschläge zur Förderung exzellenter Qualität auf der anderen Seite genutzt werden.

In der praktischen Umsetzung ist Qualitätsorientierung eine Frage der Qualitätsindikatoren. Hier kommt dem neuen Qualitätsinstitut (IQTIG) eine

zentrale Rolle zu. So untersucht das IQTIG derzeit im Auftrag des G-BA, ob sich die über 300 Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) für Abschlags- und Zuschlagssysteme eignen. Tun sie es nicht, dann dürfte viel Zeit ins Land gehen, weil die Entwicklung und Implementierung neuer Indikatoren nicht unter fünf Jahren zu bewerkstelligen ist. Vorsichtshalber scheint der Gesetzgeber die Fristen für die Umsetzung im G-BA auf den 31. Dezember 2017 gelegt zu haben – ein Datum, das wie zufällig nach der nächsten Bundestagswahl liegt. Für die Umsetzung in Vertragsform ist dann ein weiteres halbes Jahr für die Verhandlungen zwischen DKG und GKV vorgesehen.

### Zu- und Abschläge

Im G-BA ist für Zu- und Abschläge zwischenzeitlich ein Auftrag an das IQTIG erfolgt. Es zeichnet sich ab, dass die bestehenden Indikatoren erstens nur einen Teil des Leistungsspektrums abdecken und dass sie zweitens tendenziell besser für Abschläge als für Zuschläge geeignet sind. Viele Indikatoren definieren eine Art Mindeststandard und sind oft nicht geeignet, um eine Exzellenz-Hitliste zu generieren. Hier wird noch einige konzeptionelle Arbeit zu leisten sein, bis ein schlüssiges Konzept die Indikatorenwelt mit der DRG-Welt verbindet.

### Qualitätsverträge

Etwas einfacher gestaltet sich die Umsetzung bei den Qualitätsverträgen. Hier sind vom G-BA im Wesentlichen vier Leistungsbereiche zu definieren, in denen selektive Verträge über besonders gute Qualität künftig abgeschlossen werden können. Eine Grundsatzentscheidung könnte schon im nächsten Frühjahr fallen. Dem IQTIG kommt hier lediglich die Aufgabe zu, ein sauberes Evaluationskonzept zu entwerfen, was wiederum einfacher ist, wenn die Leistungsbereiche einmal festgelegt sind.

### Mindestmengen

Mindestmengen sind bis dato ein Musterbeispiel für die weitgehend konsequenzlose Qualitätssicherung in Deutschland: In Dutzenden Krankenhäusern wird die erforderliche Mindestmenge nicht erreicht (zum

Beispiel bei Knieendoprothesen), und trotzdem wird munter weiteroperiert. Keine Landesaufsicht ist eingeschritten, den Kassen ist es nicht gelungen, die Zahlung für die eigentlich „gesetzeswidrigen“ Leistungen zu verweigern. Das KHSg versucht nun, den Patientenschutz in den Mittelpunkt zu stellen und verlangt, dass vorab geklärt wird, ob ein Krankenhaus Aussicht hat, die Mindestmenge im nächsten Jahr zu erreichen. Dies ist wahrscheinlich die einzige Qualitätssicherungsmaßnahme des KHSg, die kurzfristige Wirkung entfaltet.

Des Weiteren ist der G-BA aufgefordert, seine Verfahrensordnung zu überarbeiten, um etwas frictionsloser weitere Mindestmengen implementieren zu können. Die hohe Hürde, dass für Mindestmengen ein „besonderer Volume-Outcome-Zusammenhang“ nachzuweisen ist, besteht künftig nicht mehr – eine positive Nachricht für den Patientenschutz. Im Frühsommer 2017 dürfte nach der Überarbeitung der G-BA-Verfahrensordnung der Weg frei sein, um durch weitere Mindestmengenregelungen die Gefahr schwerer Komplikationen zu verringern. Das ist zugleich ein Versuch, die Krankenhauslandschaft zu konsolidieren.

## 6. Krankenhauslandschaft

Das KHSg gilt mit Recht als bedeutendste Reform für den stationären Sektor seit Einführung der DRG vor rund anderthalb Jahrzehnten. Neben DRG-Adjustierung und Qualitätsorientierung wird erstmals ein Strukturproblem der deutschen Krankenhauslandschaft angegangen: Deutschland hat im internationalen Vergleich, insbesondere in den Ballungsgebieten, zu viele Betten und zu viele Klinikstandorte. Drei KHSg-Maßnahmen adressieren dieses Problem:

- 1. der Strukturfonds
- 2. die Definition von Sicherstellungszuschlägen
- 3. die Definition von Notfallstufen

Der Platz in diesem Überblicksartikel reicht nicht aus, um darzustellen, dass die politisch hoch gehandelte Festlegung von „planungsrelevanten Quali-

tätsindikatoren“ eher nachrangige Bedeutung für die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft haben wird. Desgleichen wird die Definition von Zentrumszuschlägen eine eher unbedeutende Rolle spielen, weil Zentrumsleistungen bereits im Vergütungssystem umfassend abgebildet sind.

### Strukturfonds

Der Strukturfonds ist eine im Grundsatz sinnvolle Maßnahme, um Krankenhausträgern den Marktaustritt in Überversorgungssituationen zu erleichtern. Im Verhandlungsgeschehen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist daraus ein zweifelhafter Griff der Länder in den Gesundheitsfonds geworden, der die Geschichte des erodierenden Länderengagements in Sachen Investitionsfinanzierung um ein weiteres Kapitel ergänzt. Nicht die Krankenhausträger, sondern die Länder haben ein Antragsrecht, und so ist zu befürchten, dass die 500 Millionen Euro aus der Reserve des Gesundheitsfonds vor allem zur Substitution unterlassener Investitionsfinanzierung dienen. Ob diese Befürchtung berechtigt ist, wird sich zeigen, wenn nach Abschluss der Antragsfrist Mitte 2017 eine erste Bilanz der bewilligten Anträge gezogen werden kann. Maßstab für die Beurteilung sollte sein, ob die erheblichen Finanzmittel aus Beitragsmitteln zur Konsolidierung von Krankenhausstandorten verwendet wurden. Zweifel dürften mehr als berechtigt sein.

### Sicherstellungszuschläge

Die Festlegung von Kriterien für Sicherstellungszuschläge durch den G-BA ist eine kleine Revolution. War die Frage, ob ein Krankenhaus für die Versorgung völlig unabdingbar war, bislang eine Frage, die man eindeutig der Landesplanung zugeschrieben hat, so erfolgt jetzt eine Regulierung, die man unter die Formel fassen kann „Marktregulierung statt Landesplanung“. Der G-BA bestimmt künftig als Regulierungsbehörde, ob ein Sicherstellungszuschlag gezahlt werden soll, ob sich also ein Krankenhaus in einer geografischen Lage befindet, in der wegen geringem Fallaufkommen zur Sicherstellung der Versorgung im Defizitfall zusätzliche Finanzmittel fließen sollten. Die diesbezüglichen Diskussionen im G-BA sind naturgemäß konfliktär (je-

des Krankenhaus meint, ihm würde zur Sicherstellung ein Zuschlag zustehen), aber sie werden wahrscheinlich (fristgerecht!) im November dieses Jahres entschieden. Es zeichnet sich ab, dass dabei die Erreichbarkeit für die Versicherten, die Zahl der betroffenen Versicherten im Falle einer Schließung und die Operationalisierung eines geringen Fallaufkommens (geringe Einwohnerdichte) einer Lösung zugeführt werden. Eine Prognose: Wenn im Falle der Schließung eines Krankenhauses mehr als 5.000 Versicherte über eine halbe Stunde Pkw-Fahrtzeit zum danach nächstliegenden Krankenhaus benötigen würden, dann ist in Regionen mit geringer Besiedlung ein Zuschlag im Defizitfall möglich, ergänzt um Sonderregelungen für Insel- und extrem dünn besiedelte Regionen. Der jüngst ins Netz gestellte Simulator ([gkv-kliniksimulator.de](http://gkv-kliniksimulator.de)) erlaubt eine Einschätzung der Situation vor Ort.

### Notfallstufen

Nicht minder konfliktbeladen ist die Definition von Notfallstufen. Die bisherige Regelung, derzufolge Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, mit einem um 50 Euro abgesenkten Basisfallwert vergütet werden, soll durch eine differenziertere Regelung ersetzt werden, damit der höhere Vorhaltungsaufwand bei Kliniken mit umfassender Notfallbereitschaft adäquat berücksichtigt wird. Der G-BA hat bis Jahresende 2016 eine entsprechende Richtlinie über ein gestuftes System von Notfallstrukturen zu verabschieden. Im Anschluss müssen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis Mitte 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zuschläge vereinbaren. Für die kommende Richtlinie des G-BA zeichnet sich ab, dass unterschieden wird zwischen Krankenhäusern, die keinerlei Notfallversorgung sicherstellen, sowie jenen, die eine Basisnotfallversorgung, eine erweiterte oder eine maximale Versorgung von Notfällen sicherstellen. Differenziert werden für jede Notfallstufe strukturelle Mindestanforderungen festgelegt, so zum Beispiel Art und Anzahl von Fachabteilungen oder Qualifikation des Fachpersonals. Für Spezialversorger (Kinderversorgung, Traumaversorgung etc.) gelten gesonderte Regelungen. Die

Umschichtung der Mittel hin zu jenen Häusern, die wirklich hohe Vorhaltekosten haben, erfordert „anspruchsvolle“ Strukturvorgaben. Es ist absehbar, dass die Richtlinienentscheidung des G-BA im Dezember 2016 der Beginn eines längeren Prozesses zur Neustrukturierung der Notfallversorgung sein wird.

### 7. Fazit?

Für ein Fazit zur KHSG-Umsetzung ist es noch zu früh. Schon dieser kursorische Artikel zeigt die unglaubliche Komplexität der Regelungen, mit denen das DRG-System readjustiert, die Qualitätsorientierung implementiert und letztlich die Neuordnung der Krankenhauslandschaft auf den Weg gebracht werden soll. Die notwendigen Schritte zur Adjustierung des DRG-Systems sind von der gemeinsamen Selbstverwaltung mit erheblichem Kraftaufwand fristgerecht umgesetzt worden. Die etwas verzögerte Neuregelung bei den Hochschulambulanzen hat ursächlich auch etwas mit den über Jahrzehnte landesspezifisch stark unterschiedlich ausgestalteten Vergütungsstrukturen und der mehr als dürftigen Datenlage über den versorgten Patientenkreis zu tun. Für die Qualitätsorientierung, die im Grundsatz eine begrüßenswerte Neuausrichtung der Krankenhausvergütung ist, hat der Gesetzgeber klugerweise längere Fristen eingeräumt. Es bleibt zu hoffen, dass diese nicht gerissen werden und Qualität nicht lediglich eine rhetorische Formel bleibt. Die Neuordnung der Krankenhauslandschaft schließlich ist auf gutem Weg. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird der G-BA bis Jahresende Richtlinien für Sicherstellungszuschläge und Versorgungsstufen bei der Notfallversorgung beschließen. Über Nutzen und Missbrauch des Strukturfonds wird man Mitte des Jahres 2017 ein erstes Urteil fällen können. Für die gemeinsame Selbstverwaltung könnte das insgesamt ein Stresstest mit positiver Schlussbilanz werden.

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Leiter der Abteilung Krankenhäuser  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin