

Leitlinien zur Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland: Qualität steigern, ländliche Versorgung sicherstellen, Strukturanpassung fördern

Pressekonferenz, Berlin, 17. November 2014

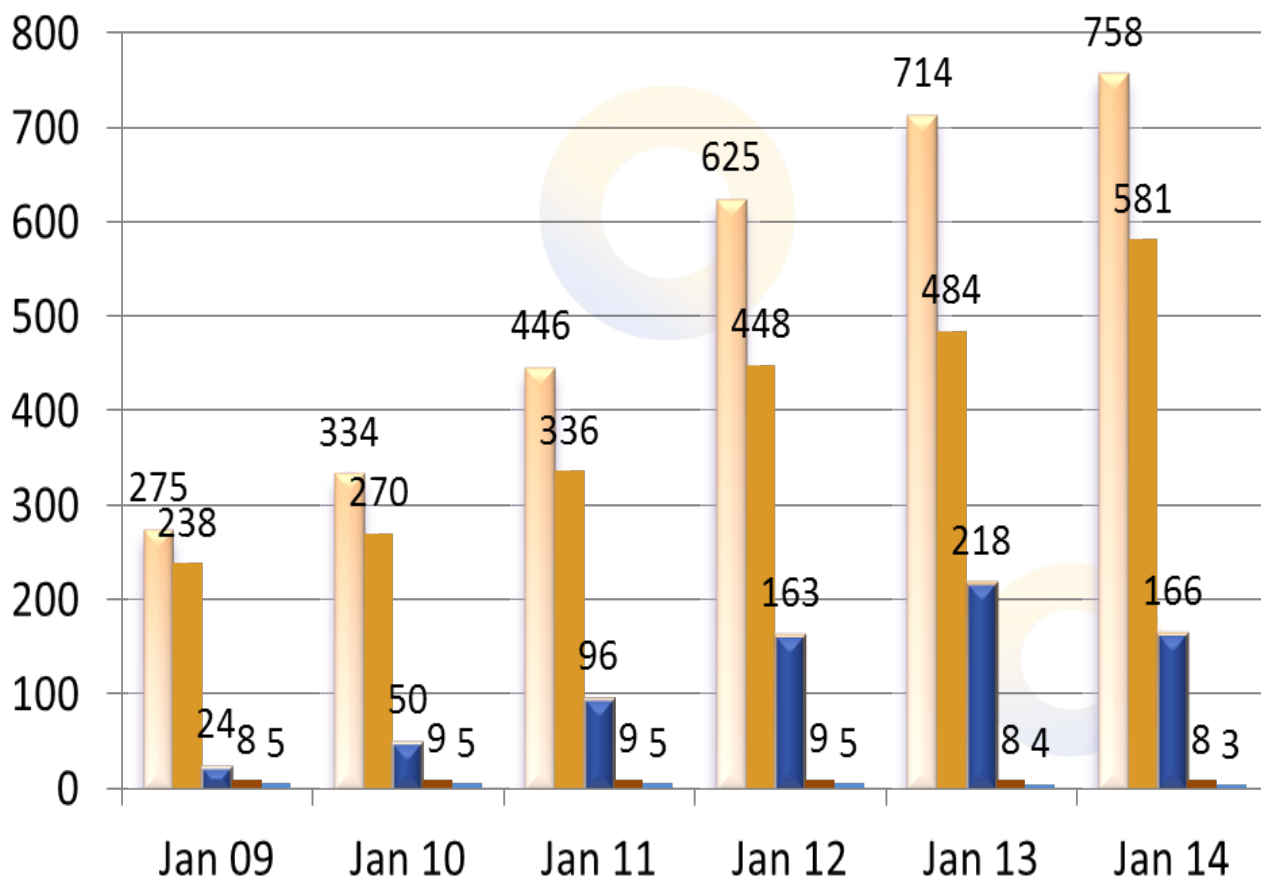
Reiner Leidl, Wolfgang Greiner, Reinhard Busse und Stefan Felder
für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie

Über die dggo

- Gegründet 2008
- Zweck: Sie macht sich zur Aufgabe, gesundheitsökonomische Erkenntnisse in der Öffentlichkeit zu verbreiten und gegenüber Parlamenten und Regierungen zu vertreten

Weitere Stellungnahmen

- Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG
- Praxisgebühr, Organspenden etc.



- Mitglieder gesamt
- Mitglieder normal
- Studenten
- jur. KAT 1
- jur. KAT 2

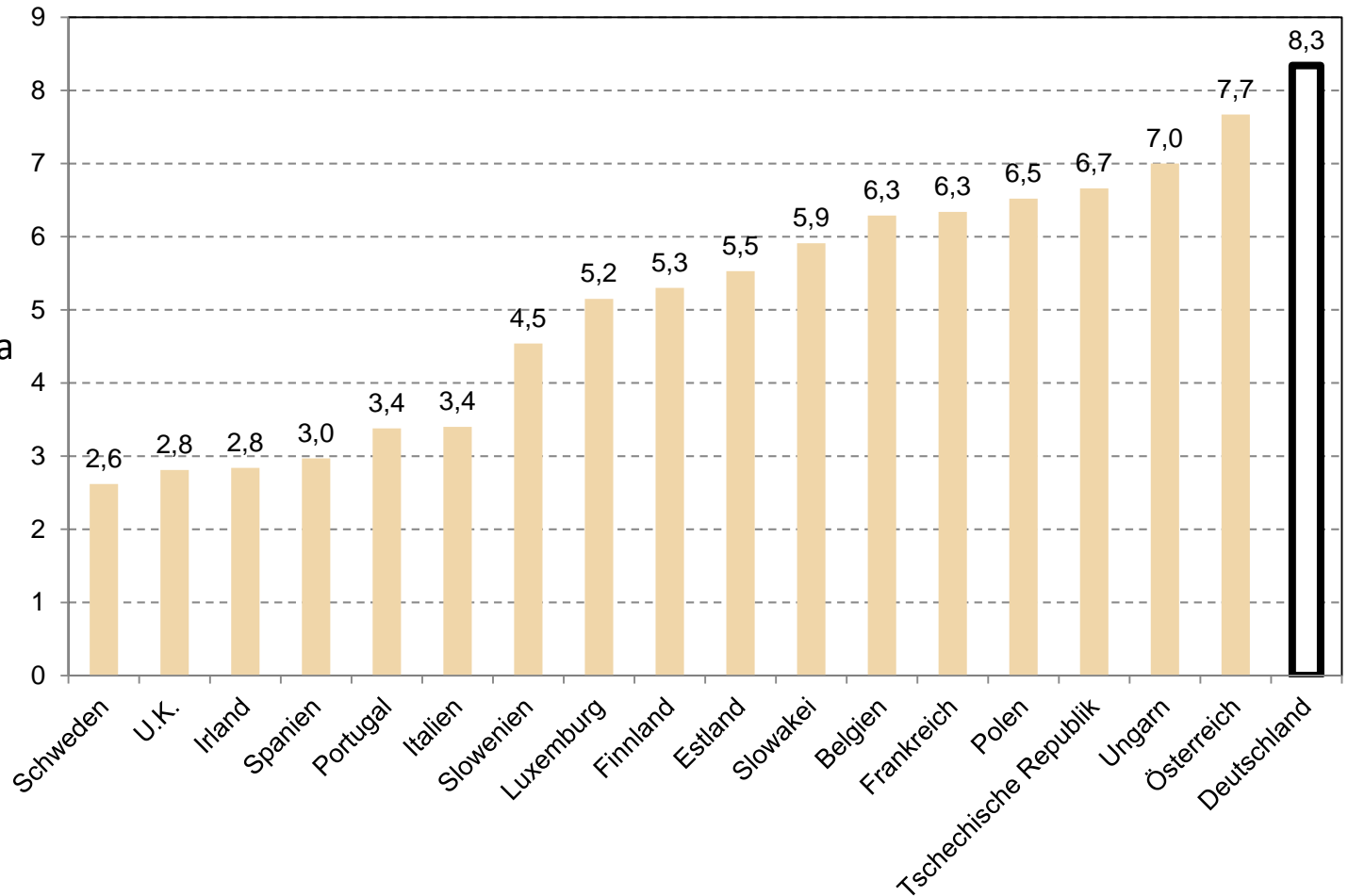
Heute: ca.
800 Mitglieder

Ein Jahrzehnt Krankenhausvergütung mit DRGs

- Ziel: Kosteneinsparung und wirtschaftliche Versorgung
- Wirkung: Steigerung der Prozesseffizienz und der Fallmenge (→ hohe Anzahl elektiver Operationen), wenig Ausscheiden ineffizienter Krankenhäuser
- Behandlungsqualität: Einerseits Frage der Notwendigkeit, andererseits steigt Qualität mit der Anzahl der Behandlungen → Krankenhäusern sollten sich dort spezialisieren, wo sie leistungsstark sind

Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, EU 2012

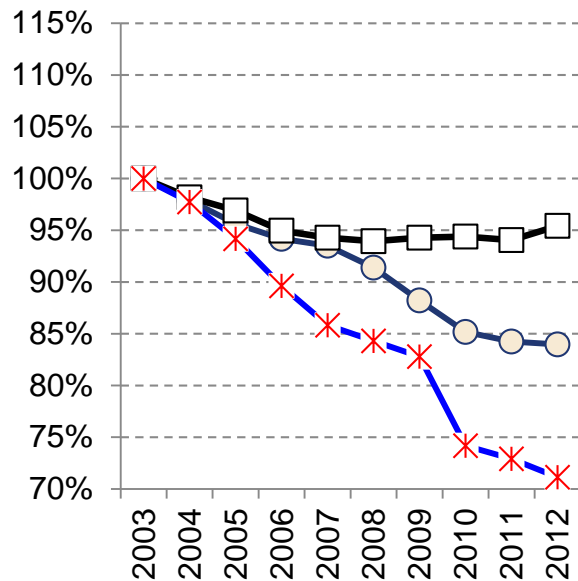
OECD Health Data
(Nov. 2014)



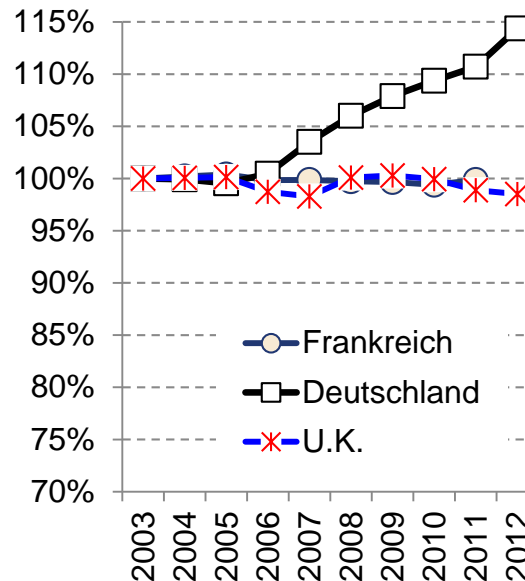
ohne Bulgarien, Dänemark (2011: 3,1), Griechenland (2009: 4,9), Lettland, Litauen, Malta, Niederlande (2009: 4,7), Rumänien, Zypern

Krankenhausindikatoren in Deutschland, Frankreich und England 2003 – 2012
(2003 = 100, Betten und Fälle auf Bevölkerungsgröße standardisiert)

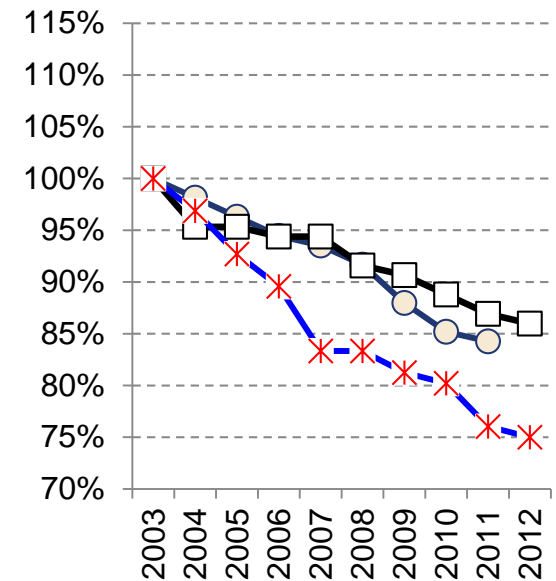
Betten



Fälle



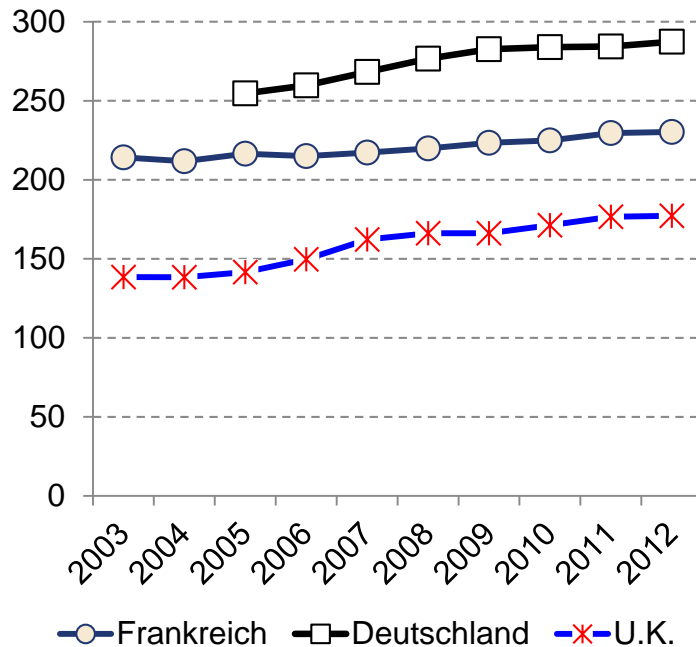
Verweildauer



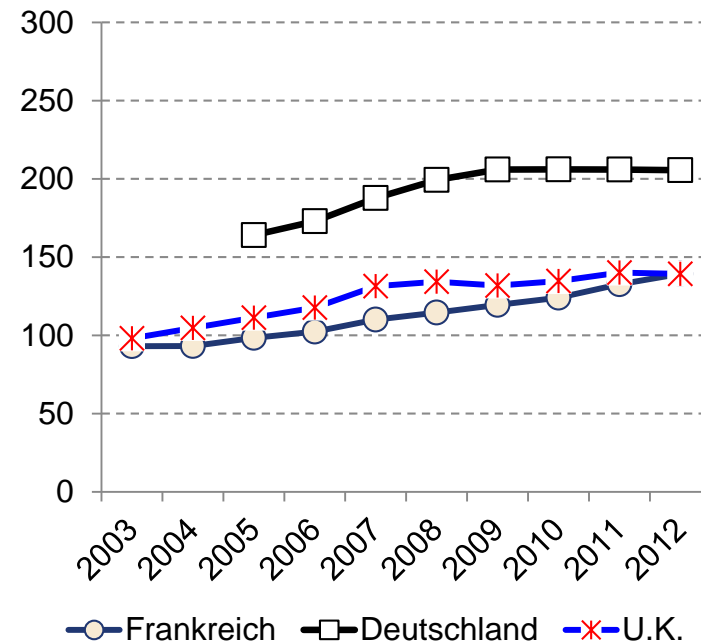
OECD Health Data (Nov. 2014)

Operationen in Deutschland, Frankreich und England 2003 – 2012
(absolute Werte je 100.000 Einwohner)

Hüftersatzoperationen



Knieersatzoperationen



OECD Health Data (Nov. 2014)

Ansatzpunkte zum Einbezug der Qualität

- Qualitätsmerkmale fehlen in der Vergütung, sie würden ein wichtiges Versorgungsziel fördern & Effizienz verbessern
- 4 Qualitätsdimensionen:
Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Anforderungen:
 - Valide, manipulationsarme Routinedaten wie Mortalität
 - Berücksichtigen: Schweregrad, Komorbidität, Zurechenbarkeit
- Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz:
Soll Konzepte zur Qualitätsmessung für Planung, Vergütung und Management nutzbar machen

Qualität und Selektivverträge mit Krankenkassen

- Leistungsvereinbarungen mit ausgewählten Krankenhäusern
- Qualitätswettbewerb intensivieren in Regionen mit vielen Häusern mit ähnlichem Leistungsspektrum
- Preiswettbewerb: Fallpauschalen modifizieren, um
 - qualitativ hochwertige Krankenhäuser zu fördern und
 - insgesamt Effizienz und Qualität zu steigern
- Höhere Markttransparenz setzt Anreize, in die Verbesserung der Qualität zu investieren, verstärkt durch Vergütungsanreize
- Wissenschaftliche Evidenz nötig: Welche Regelungen sind tatsächlich effektiv, verbessern die Qualität und senken Kosten?

Wenig besiedelte Gebiete und Ballungsräume

- **Wenig besiedelt:** Bevölkerungsrückgang, Ambulantisierung stellen wirtschaftliche Krankenhausversorgung in Frage
 - Länder können Grundversorgung (Notaufnahmen, Intensivversorgung) durch steuerfinanzierte Zuschläge sichern
 - Fragen für den gesellschaftlichen Diskurs; Grundversorgung und Mindestreichbarkeit
- **Ballungsräume:** Regionale Überversorgung
 - Solange keine Selektivverträge: Marktaustrittskosten begrenzt subventionieren – jedoch Gefahr von Mitnahmeeffekten

Investitionsquote über KHG-Fördermittel im Bundesgebiet

1992: 9,3 %



2012: 3,5%

Investitions- und Betriebskosten zusammenführen

- Trennung behindert konsistente Entscheidungen
- Unterfinanzierung der Kliniken durch die Länder führt in der Praxis zur einer „schleichenden Monistik“
- Qualitätsaspekte mit Finanzierungsreform verbinden: Leistungsorientierte Investitionspauschalen durch Qualitätsaspekte ergänzen
- Strukturanpassungen mindern daraus entstehende Kosten

Steuerung der Krankenhauskapazität neu organisieren

- Strukturanpassung durch zuständige Landesbehörden nicht ausreichend; demographischer Wandel erhöht Anforderungen
- Monistische Finanzierung und Selektivverträge stärken Position der Krankenkassen & Flexibilität der Versorgung
- Die Länder sollten sich auf Subventionen zur regionalen Sicherstellung und ggf. von Marktaustritten konzentrieren
- Finanzierung der höheren Beiträge in GKV und PKV: mit allgemeiner Steuersenkung