

DKG: Für den Wettbewerb um beste Qualität

Einzelverträge und Preiswettbewerb für Krankenhausleistungen als verfehlten Denkansatz verhindern!

In der Diskussion zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für das DRG-System nach Abschluss der Konvergenzphase wird die Einführung von Einzelverträgen der Krankenkassen diskutiert, mit denen die Zulassung von Krankenhäusern zur Leistungserbringung und/oder die Höhe der Vergütungen für planbare/standardisierbare Leistungen erfolgen soll. Damit soll der Wettbewerb weiter verstärkt werden.

Mit guten Argumenten wenden sich die Krankenhäuser gegen solche Überlegungen, weil diese

- die flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung gefährden,
- die Qualität verschlechtern,
- die Wahlfreiheit der Patienten und einweisenden Ärzte beschneiden,
- die Effizienz der Leistungserbringung beeinträchtigen,
- die Unterfinanzierung der Krankenhausleistungen verschärfen,
- die Bedingungen für Aus- und Weiterbildung verschlechtern und
- den bürokratischen Aufwand deutlich erhöhen würden.

In keinem Bereich unseres Gesundheitswesens ist der Ausschluss von Vergütungswettbewerb so gut begründet wie bei den hochkomplexen medizinischen Leistungen unserer Krankenhäuser.

Die DKG appelliert an alle politisch Verantwortlichen, die Grenzen für Wettbewerb im Kernbereich der medizinischen Leistungen nicht zu überschreiten.

Die Ausgestaltung und Festlegung des ordnungspolitischen Rahmens für das DRG-System nach Ablauf der Konvergenzphase – ab 2009 – ist das zentrale gesundheitspolitische Gesetzgebungsvorhaben für die Krankenhäuser in dieser Legislaturperiode. Die DKG hat frühzeitig ein Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens vorgelegt. Zwischen der Bundesregierung, den Koalitionsparteien und den Ländern besteht Einvernehmen, dieses Gesetzgebungsverfahren gemeinsam vorbereiten zu wollen. Bis zur Gesundheitsministerkonferenz im November 2007 wollen die Bundesländer ihr Konzept erarbeiten. Parallel dazu werden auf der Ebene der Bundesregierung und der Koalition Überlegungen zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens angestellt. Mehr Wettbewerb wird dabei als gemeinsames Ziel formuliert. Dabei werden auch Einzelverträge zwischen Kassen und Krankenhäusern im Bereich elektiver Krankenhausleistungen genannt.

Konkrete Modelle liegen aus dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse (TK) vor. Der AOK-Bundesverband und die TK fordern, die Preise für alle elektiven

Leistungen (AOK) oder zumindest für ausgewählte elektive Leistungen (TK) vom Festpreissystem auszunehmen und Preissenkungsmöglichkeiten (Rabatte) einzuführen. Das Kollektivvertragssystem mit gemeinsamen und einheitlichen Budgetabschlüssen und einheitlichen Vergütungen soll auf die Notfallversorgung (AOK) bzw. auf die Basis- und Notfallversorgung (TK) beschränkt werden. Damit wäre die Inanspruchnahme elektiver Leistungen für die Mitglieder dieser Krankenkassen de facto von einer Zulassung durch die jeweilige Krankenkasse abhängig. Es gäbe Krankenhäuser mit unterschiedlichen Kassenzulassungen. Die einzelnen Krankenkassen würden maßgeblich das vom einzelnen Krankenhaus erbringbare Leistungsspektrum sowie die Höhe der Vergütungen bestimmen.

Im BMG wird ein Konzept diskutiert, das planbare und standardisierbare Leistungen, zum Beispiel Blindarm- oder Hüft-OPs, für Einzelverträge mit Preisabsenkungsmöglichkeiten freigibt und diese Leistungen bei allen Krankenhäusern aus der Budgetsystematik herausnimmt. Zugleich sollen die Möglichkeiten der Krankenkassen, die Patienten in die Häuser mit solchen Einzelverträgen zu steuern, erweitert werden.

Grundsatzentscheidung

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung dieser Diskussion für die Verfügbarkeit, für die Qualität und das Niveau der stationären Versorgung in Deutschland muss eine kritische Auseinandersetzung über die Grundelemente solcher Konzepte erfolgen, nämlich

- die Aufspaltung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser in planbare und nicht planbare Leistungen;
- die Abschaffung der Verpflichtung der Krankenkassen zu Vertragsabschlüssen mit allen Krankenhäusern (Selektionswettbewerb);
- die Abkehr von einheitlichen Vergütungen durch kassenindividuelle Preisabsenkungsmöglichkeiten (Preisabsenkungswettbewerb, Höchstpreise).

Die DKG spricht sich in ihrem Konzept für den ordnungspolitischen Rahmen gegen Einkaufsmodelle und für ein Festpreissystem aus. Der Wettbewerb um die Patienten soll auch künftig als Wettbewerb um die beste Qualität und nicht als Preiswettbewerb ausgestaltet sein.

■ I. Elektiv versus akut – eine praxisirrelevante Unterscheidung

Die Unterteilung in elektive und nicht elektive Leistungen ist eine theoretische Fiktion, die in der medizinischen Praxis nicht nachvollziehbar ist. Jede Abgrenzung wäre beliebig und führt zu nicht überschaubaren Brüchen. Elektive Leistungen gesondert regeln zu wollen, ist genauso wenig möglich, wie die Behandlungsfolgen von gefährlichen Sportar-

ten aus dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung ausgliedern zu wollen.

Krankenhäuser sind komplexe Betriebe mit hohen investiven Aufwendungen und besonders qualifizierten Mitarbeitern. Die Bereitstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung braucht Planungssicherheit und Kalkulierbarkeit. Hätten die Krankenkassen die Möglichkeit, in größerem Umfang Patienten zu steuern und zu lenken und sogar Versorgungsverträge zu verweigern, würde der Betrieb von Krankenhäusern zu einem absolut unkalkulierbaren betriebswirtschaftlichen Risiko werden.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass eine Abspaltung planbarer Leistungen gesunde Krankenhäuser unwirtschaftlich machen kann. Für die nicht elektiven Leistungen müssten zwangsläufig die Preise steigen. Einzelverträge bei elektiven Leistungen verteuern somit die nicht elektiven Leistungen und die Notfallversorgung.

■ II. Zulassung zur Versorgung durch Einzelverträge

Gesicherte flächendeckende Versorgung nicht gefährden

Die flächendeckende Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen ist ein sehr hohes soziales Gut, das nicht durch Wettbewerbsexperimente gefährdet werden darf. Ein Vergleich mit den Ländern, in denen die Patienten unter Wartelistenbedingungen auf qualifizierte medizinische Versorgung hoffen müssen, macht dies mehr als deutlich. Inzwischen gibt es aber auch Regionen in den neuen Bundesländern mit spürbarer Unterversorgung, weil es nicht genügend niedergelassene Ärzte gibt, die die ambulante Versorgung sicherstellen können.

Hier zeigt sich, welche wichtige Rolle die Krankenhäuser bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung haben. Hinzu kommt die große Bedeutung der Krankenhäuser bei nie auszuschließenden Epidemien und Katastrophen. So haben die Krankenhäuser zum Beispiel für Millionen von Euro Grippemittel eingelagert, um im Falle einer Grippeepidemie bereitzustehen. Die Krankenhäuser sind die stets offenen Anlaufstellen für medizinische Hilfen in Notfällen, nachts und am Wochenende.

Alle 2 139 Krankenhäuser in Deutschland sind durch die Aufnahme in die Krankenhauspläne der Länder bzw. die Anerkennung durch die Landesbehörden zur Behandlung der Versicherten aller Krankenkassen – einschließlich privater – zugelassen. Für alle gelten die gleichen Abrechnungsbedingungen und die gesetzlichen Qualitätsanforderungen. Durch das DRG-System gibt es für den Großteil der Leistungen eine bundeseinheitliche Vergütungsstruktur, ab 1. Januar 2009 landeseinheitliche Preise. Mit diesem System ist die flächendeckende Versorgung im gesamten Bundesgebiet auf hohem qualitativen Niveau sichergestellt.

Krankenkassen können die Leistungen nicht sicherstellen

Würde die Zulassung zur Leistungserbringung (Versorgungsvertrag) in die Entscheidung der Krankenkassen gegeben, würden die Krankenkassen die Versorgungsplanung der Länder einschließlich der Trägervielfalt unterlaufen kön-

nen. Es bestünde die latente Gefahr, dass die Krankenkassen aus fiskalischen Gründen die bedarfsdeckenden Mengen unterschätzen und insofern zu wenig Leistungen „einkaufen“. Damit steigen die Gefahren von Rationierung und Wartelisten. Der Sicherstellungsauftrag der Länder liefe ins Leere.

Viele Krankenkassen sind in vielen Regionen überhaupt nicht maßgeblich vertreten. Sie tragen keine regionale Versorgungsverantwortung. Zulassungsbegründende Einzelverträge führen zu einer Versorgung nach dem Zufallsprinzip. Dies kann nicht die Grundlage für die medizinische Daseinsvorsorge sein.

Würden die einzelnen Krankenkassen, die untereinander im starken Wettbewerb stehen, entscheiden, welche Krankenhausleistungen zur Verfügung stehen, würde die Sicherheit der Versorgung der gesamten Bevölkerung in Deutschland merklich schlechter werden.

Auch muss hinterfragt werden, warum ausgerechnet im Krankenhausbereich, im Kernbereich des schwierigeren medizinischen Spektrums, Selektionswettbewerb stattfinden soll. Jede zugelassene Arzt- oder Zahnarztpraxis kann von den Patienten aller Kassen aufgesucht werden. Es gibt keine Möglichkeiten für die Krankenkassen, den Zugang zu zugelassenen niedergelassenen Ärzten durch Verträge auszuschließen. Warum also im Krankenhaus?

Patientensouveränität sichern

Gravierende negative Auswirkungen hätte die Umsetzung eines Einkaufsmodells für die Patienten. So würde die Patientensouveränität als Folge der in Einkaufsmodellen unumgänglichen Einweisungssteuerung durch die Krankenkassen erheblich eingeschränkt. Selbst eine formale Beibehaltung des Rechts der Patienten auf freie Krankenhauswahl würde faktisch zu einer Aushöhlung der Patientenrechte führen, da die Patienten für die dann entstehenden Mehrkosten vollständig selbst aufkommen müssten.

Einzelverträge führen zudem zu einer Begrenzung des Angebots und damit zu weniger Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Für die Versicherten und Patienten würde das Angebot der Krankenhausleistungen völlig intransparent werden.

■ III. Preisabsenkungen bei elektiven Leistungen

Krankenhausleistungen sind Leistungen der medizinischen Daseinsvorsorge. Ein Preiswettbewerb in diesem Bereich kann bei den für die Patientenversorgung zentralen Kriterien keine positiven Effekte bewirken.

Die DKG plädiert für den Wettbewerb um die beste Qualität auf der Basis eines verlässlichen stabilen Preisniveaus. Preiswettbewerb im Höchstpreissystem führt zwangsläufig zu sinkenden Preisen. Das Potenzial des preisabgesenkten Krankenhauses zu besserer Qualität wird über die Preise abgeschöpft. Zudem wird der Anreiz zu besserer Qualität gemindert, wenn die Patienten von den Krankenkassen in die Häuser gesteuert werden, mit denen Rabattverträge bestehen. Alle Erfahrungen mit Rabattverträgen in der GKV zeigen, dass fast ausschließlich an Preisen orientiert kon-

trahiert wird. Zu Recht weisen die Länder in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen Preiswettbewerb und Qualitätsverfall gibt.

Bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzte ist Preiswettbewerb aus gutem Grund ausgeschlossen. Keine Krankenkasse hat das Recht, einzelne Ärzte zur Behandlung unterhalb der allgemeinen Erstattungssätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu veranlassen. Selbst im Bereich der privatärztlichen Gebührenordnung gibt es die staatlich festgelegten Gebührensätze, die einzuhalten sind. Warum soll ausgerechnet bei den – auch elektiv – lebensnotwendigen Krankenhausleistungen Preiswettbewerb sinnvoll sein? Der Wettbewerb um die beste Qualität führt dagegen mittelfristig zu einem höheren Gesundheitsniveau der Bevölkerung und leistet dadurch einen Beitrag zur stabileren Entwicklung der Lohnnebenkosten. Er ist insofern auch von Vorteil für die Beitragszahler und Solidargemeinschaften.

Marktmacht verhindert fairen Wettbewerb

Der Krankenhausbereich in Deutschland ist kein Markt mit vollständiger Konkurrenz und vollständiger Information, sondern aus gutem Grund ein staatlich beaufsichtigter Dienstleistungsbereich der Daseinsvorsorge. Zentrale Voraussetzungen für funktionierenden und fairen Preiswettbewerb sind nicht erfüllt. Die Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung unterliegt der Planung, die Investitionsmittelausstattung erfolgt durch Mittelzuweisungen der Länder, Preisstrukturen werden vorgegeben. Die Patienten haben

im Sachleistungsprinzip nicht einmal Kenntnisse über die Vergütungen.

Die DKG spricht sich nicht gegen Flexibilisierungsmöglichkeiten bei der Vergütungsgestaltung aus. Sie sind notwendig und sinnvoll, um von den allgemein gültigen sektorspezifischen Vergütungsregelungen abweichende Leistungsstrukturen entwickeln zu können. Das Instrument dafür sind die Integrationsverträge, mit denen insbesondere auch sektorübergreifende Versorgung sachgerecht vergütet werden kann.

Einzelverträge der Krankenkassen verstoßen gegen das Wettbewerbsrecht. Zu Recht hat der wissenschaftliche Beirat beim Bundesminister für Wirtschaft im Vorfeld des GKV-WSG auf die kartellrechtliche Problematik von Einzelverträgen hingewiesen. Dies kann auch nicht durch Ausschreibungen geheilt werden. Die Kassenseite ist mit ungleicher Marktmacht ausgestattet. Es gibt große Oligopolisten in der regionalen Versorgung, die die Preise diktieren könnten. Faire Preisbildungsprozesse können hier nicht erwartet werden.

Hängt die Überlebensfähigkeit von Krankenhäusern von der Bereitschaft einzelner Krankenkassen zum Abschluss von Versorgungsverträgen und fairen Preisen ab, werden Anfälligkeiten für „Vetternwirtschaft“ und Korruption geschaffen. ▶

Effizienzsteigerung durch IQ von HSC.

Ihr Weg zum modernen Krankenhausmanagement.



IQ DAS
INTEGRATIVE
QUALITÄTS-
MANAGEMENT

Fallpauschalen, Kostendruck, Wettbewerbsdruck, Prozessrisiken, ethische Verantwortung. Wer heute ein Krankenhaus erfolgreich managen will, muss ständig neu nach idealen Lösungen suchen. Hier kann Ihnen das integrative Qualitätsmanagement IQ von HSC helfen, Schritt für Schritt das Leistungsspektrum Ihrer Klinik zu steigern. IQ steht für intelligent, integrativ, individuell und innovativ und bietet Hilfe beim Überleitungsmanagement und bei den gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft. Kostenneutral für Sie, Effizienz steigernd für Ihr Haus, positiv für Ihre Patienten. Und Kosten sparend für die Kassen.

Vereinbaren Sie – am besten gleich – einen Termin mit uns. Investieren Sie eine Stunde und erfahren Sie, wie Sie sich mit IQ von HSC zukunftsorientiert im Gesundheitsmarkt behaupten.

Home SUPPLY+Care Beteiligungs GmbH
Kuehnstraße 75 D-22045 Hamburg
Telefon 040 4 68 62-0 www.hsc-online.de

Preiswettbewerb versus DRG-Systematik

Mit der Einführung des DRG-Systems sollte mit dem Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ ein zentral und zielgerichtet wirkender Anreizmechanismus die Vergütung der Krankenhausleistungen steuern. Krankenhäuser, deren Kosten oberhalb der Erstattungspreise liegen, müssen – um Verluste zu vermeiden – ihre Leistungsprozesse so anpassen, dass sie mit den Vergütungen auskommen. Zum Anreiz wird ausdrücklich vom Gesetzgeber die Möglichkeit der Erwirtschaftung von Erträgen eingeräumt. Die Krankenhäuser haben sich diesem Mechanismus mit viel Aufwand gestellt. Eine Abkehr vom Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ und die Einführung von Preisabsenkungsverhandlungen der Krankenkassen hätte zwangsläufig eine rückwärtsgewandte Entwicklung zu Selbstkostendeckungsverhandlungen zur Folge.

Die Fallpauschalen werden bundeseinheitlich kalkuliert. Kostensenkungsmöglichkeiten werden über das Kalkulations- und Preisfindungsverfahren bereits abgeschöpft. Krankenhausindividuelle Kostenvorteile bei einzelnen Leistungen, zum Beispiel infolge eines größeren Leistungsvolumens und Spezialisierung, können durch die schon heute im Entgeltsystem vorgesehenen Vergütungsabstaffelungen aufgefangen werden. Direktverträge von Krankenkassen dagegen würden zu Preisvorteilen einzelner Krankenkassen führen, die letztlich zu Lasten anderer und des Gesamtsystems gingen (Rosinenpickerei durch Großkassen).

Das bundeseinheitliche Kalkulationsverfahren mit seinem Anspruch, möglichst viele Leistungen in einer logischen und inhärenten Struktur abzubilden, wird durch kassenindividuelle Preise unterlaufen. Ein Systembruch würde eintreten. Es widerspräche dem Relativpreisprinzip, das der DRG-Konzeption zugrunde liegt, würden einzelne Leistungen mit einer vom Basisfallwert abweichenden Preiskomponente bewertet werden. Der niedrigere Preis, den eine Krankenkasse ggf. für einzelne Leistungen erzielt, bringt das Bewertungsgefüge aller übrigen Leistungen aus dem Gleichgewicht mit der Konsequenz, dass Differenzbeträge zu Lasten der übrigen Leistungen gehen.

Ausgeblutete Restbudgets

Groß sind die praktischen Umsetzungsprobleme, die mit Einzelverträgen und kassenindividuellen Preisen verbunden wären. Die nicht mehr gemeinsam und einheitlich über das Budget finanzierbaren Selektivleistungen müssten aus den bestehenden Budgets sachgerecht ausgegliedert werden. Werden die Erlöse auf der Grundlage der landeseinheitlichen Preise ausgegliedert, setzt dies voraus, dass das DRG-Kalkulationssystem perfekt funktioniert und alle Erlös-komponenten direkt den verursachenden Leistungen zugeordnet werden. Dies dürfte beim jetzigen Stand und bei dem in zwei Jahren zu erwartenden Stand des DRG-Systems noch nicht der Fall sein. Somit bestünde die Gefahr, dass zum Beispiel bei zu hoch bewerteten elektiven Leistungen in den verbliebenen Budgets zu wenig Geld für die Sicherstellung der Grundleistungen und Notfallversorgung bliebe.

Würden lediglich die Kosten ausgegliedert werden, die auf die selektiven Leistungen entfallen, müssten zum einen exakte Kenntnisse über diese Kosten vorliegen. Dies wäre zum anderen der Einstieg in die Rückkehr zur Kostendeckungsdiskussion in den Krankenhäusern. Auch hier be-

steht wieder die Gefahr, dass bei der Ausgliederung zu hoher Kostenanteile die verbliebenen Leistungen unterfinanziert wären.

Die Budgetverhandlungen für die Krankenhäuser könnten erst begonnen werden, wenn die Einzelverträge geklärt sind. Das Verzögerungspotenzial wäre immens.

Preisabsenkungswettbewerb erfordert immensen Kontrollapparat

Zur Vermeidung von Qualitätsminderungen bei abgesenkten Preisen wird eine Ausweitung der Qualitätskontrollen als notwendig angesehen.

Es ist eine Illusion zu glauben, über die Installierung von Qualitätsindikatoren und deren stetige Beobachtung könnten durch Preissenkungen induzierte Qualitätsminderungen rechtzeitig erkannt und verhindert werden. Der damit verbundene bürokratische Aufwand von Datenerfassungen und Kontrollen für sich genommen dürfte die finanziellen Vorteile von Rabatten bereits aufwiegen. Ebenso abwegig sind Überlegungen zur Einführung einer bundeseinheitlichen Zertifizierung für eine qualitätsabhängige Zulassung zur Versorgung. Am Ende stehen statt 7 000 dann 14 000 Beschäftigte beim Medizinischen Dienst, um im Auftrag der Krankenkassen im dann kassenindividuell geregelten Elektivsegment tätig zu werden.

■ IV. Qualitätswettbewerb für die Patienten

Nicht die Krankenkassen, sondern die Patienten – in der Regel gemeinsam mit den einweisenden Ärzten – entscheiden über die Wahl des Krankenhauses. Zwischen den Krankenhäusern gibt es bereits heute aufgrund der Wahlfreiheit der Patienten (Abstimmung mit den Füßen) einen sehr intensiven Wettbewerb. Dieser wird durch die landeseinheitlichen Preise an Intensität deutlich zunehmen. Der Wettbewerb ist an Fakten ablesbar:

- Jahr für Jahr müssen Krankenhäuser aufgrund des Wettbewerbs schließen bzw. sind nicht mehr in der Lage, als eigenständige Betriebe fortgeführt zu werden.
- Von Jahr zu Jahr sinkt die Zahl der Betten und die der Beschäftigten in den Krankenhäusern.
- Es gibt merkliche Wanderbewegungen von Patienten zwischen den Krankenhäusern. So haben zum Beispiel im Jahr 2005 über 60 Prozent der Krankenhäuser merkliche Patientenwanderungsbewegungen gehabt.
- Es gibt ein stetes Bestreben von Krankenhäusern, besser und effizienter zu werden, Qualität und Patientenorientierung zu erfüllen.
- Die Initiativen zu modernen integrierten Versorgungsformen und zur Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren gehen heute überwiegend von Krankenhäusern aus.

Qualitätswettbewerb funktioniert

Qualitätssicherung und stete Qualitätsverbesserung sind konstitutive Voraussetzungen für die Teilnahme an der medizinischen Leistungserbringung. Die deutschen Krankenhäuser haben das frühzeitig erkannt. Die Vielfalt der Qualitätssicherungsmaßnahmen dürfte weltmeisterliches Niveau haben, denn in kaum einem anderen Land der Welt gibt es



**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**

www.dki.de

AKTUELLE FACHTAGUNG

Nutzen Sie die Gelegenheit, im Rahmen dieser Fachtagung mit Experten aus Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK über die **aktuelle Prüfpraxis und Lösungsmöglichkeiten** bestehender Konflikte zwischen den Beteiligten zu diskutieren!

Unser **komplettes Programm** finden Sie unter www.dki.de.

MDK-Prüfungen im Krankenhaus nach Maßgabe des GKV-WSG 2007 Bisherige Erfahrungen und Praxistipps

Ungelöste Konfliktpunkte und Unsicherheiten bei MDK-Prüfungen nach bisherigem und neuem Recht

Jörg Meister

Rechtsanwalt, freier Mitarbeiter, Deutsches
Krankenhausinstitut, Düsseldorf

Die geänderten Prüfregelelungen aus Sicht der Krankenkassen

Angelika Siegel

Abteilungsleiterin, Leistungs- und Vertrags-
management, KKH – Kaufmännische Krankenkasse,
Hannover

Umsetzung der Neuregelungen in § 275 SGB V durch den MDK

Dr. med. Hans-Ulrich Euler

Geschäftsbereich Krankenhaus, Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung in Hessen, Oberursel

Praxistipps für Krankenhäuser – Wie und durch wen lässt sich die Flut von MDK-Anfragen bewältigen?

Dr. med. André Michel

Leiter, Stabsstelle für Qualitätsmanagement/
Medizincontrolling, Universitätsklinikum Heidelberg

Praxiserfahrungen mit MDK-Begutachtungen aus Sicht des Patientenmanagements

Dr. rer. oec. Boris Hubert

Bereichsleiter, Patientenmanagement,
Kliniken Maria Hilf GmbH, Mönchengladbach

Termin: 16. August 2007, 9.30 bis 17.00 Uhr

Ort: Düsseldorf, Novotel Düsseldorf City West

Gebühr: 470,00 Euro zzgl. MwSt.
(inkl. Seminarordner, CD-ROM,
Mittagessen, Getränke)

Nr.: 2609

Alternativ empfehlen wir Ihnen unser Seminar „**Professioneller Umgang mit MDK-Prüfungen**“ am **28. August 2007** in Berlin (Sem.-Nr. 6199) oder am **8. Oktober 2007** in Düsseldorf (Sem.-Nr. 6200).

ANMELDEFAX

an 0211-47051 19

Titel, Name, Vorname _____

Abteilung, Position _____

Krankenhaus, Dienststelle _____

Datum, Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Tel.-Nr., Fax-Nr. _____

E-Mail _____

Bei abweichender Rechnungsanschrift bitte ankreuzen:

eine so umfassende Qualitätssicherung wie in der stationären Versorgung in Deutschland.

Zum Qualitäts- und Leistungswettbewerb gehört selbstverständlich auch die Bereitschaft zur Transparenz und zur Offenlegung. In keinem Leistungsbereich unseres Gesundheitswesens gibt es eine solche Transparenz über die Leistungen und die Qualität wie bei den Krankenhäusern:

- Alle 2 Jahre legt jedes Krankenhaus einen ausführlichen Bericht über sein Leistungsspektrum vor. Darin enthalten sind umfassende Angaben zu besonderen Leistungsschwerpunkten und zu allen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Qualität Jahr für Jahr ergriffen werden.
- Bei jedem 6. Behandlungsfall findet eine Qualitätsüberprüfung (externe Qualitätssicherung) statt, bei der die Qualität des einzelnen Krankenhauses mit der der übrigen Häuser verglichen wird. Die Ergebnisse dieses Vergleichs werden intern in Fachgruppen zwischen den Krankenhäusern diskutiert, wobei festgestellte Mängel offengelegt und abgestellt werden. 93 Prozent der Ziele der Ergebnisqualität werden dabei von den Krankenhäusern erreicht. Dem Gebot größerer Transparenz folgend werden die Ergebnisse in Zukunft darüber hinaus einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.
- Jedes 3. Krankenhaus in Deutschland hat sich zwischenzeitlich einem umfassenden Zertifizierungsprozess unterzogen, in dem insbesondere Struktur- und Prozessqualität von externen unabhängigen Experten geprüft werden. Dabei wird auch und gerade die Patientenorientierung genau untersucht.
- Alle Krankenhäuser in Deutschland haben inzwischen ein internes Qualitätsmanagement eingerichtet, welches alle Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität koordiniert und dafür sorgt, dass Qualität in der täglichen Routine immer ein Thema ist. Die Qualitätsberichte geben umfassend Auskunft über die in den Krankenhäusern konkret geplanten zusätzlichen Projekte und Schwerpunkte in diesem wichtigen Bereich.

■ V. Sonstige Argumente

Bürokratieanstieg

Die Zulassung von Einzelverträgen würde zudem eine Flut von mehr Bürokratie bei Krankenhäusern und Krankenkassen auslösen: Letztlich wären alle Krankenkassen verpflichtet, für die elektiven Leistungen Einzelverträge mit Krankenhäusern zu schließen. Bei über 250 Krankenkassen müssten mit der überwiegenden Zahl der 2 100 Krankenhäuser Einzelverträge geschlossen werden. Zusätzliche Kosten entstünden durch die Teilnahme an Leistungsausschreibungen der Krankenkassen und durch die Koordination einer Vielzahl von Einzelverträgen. Die Liste der Preisübersichten wäre unendlich lang. Entsprechend unübersichtlich wären die Abrechnungsvorgänge.

Aber auch bei den Krankenkassen würde der Verwaltungsaufwand immens steigen. Hier ist der Hinweis angebracht: Wenn die Verwaltungskosten der über dem Durchschnitt liegenden Krankenkassen auf den Durchschnitt der Verwaltungskosten aller Krankenkassen zurückgeführt werden könnten – ähnlich der Funktionsweise des Fallpauschalensystems –, würde dies zu Einsparungen von 1,5 Mrd. € führen.

Gefahr für Aus- und Weiterbildung

Krankenhäusern, denen die Krankenkassen Leistungsbezeichnungen für elektive Leistungen verweigern bzw. zu geringe Preise zahlen, hätten in diesem Spektrum keine Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Ausbildungskapazitäten würden damit weiter verknappt werden. Zudem könnten Krankenhäuser bei Unsicherheit über den Fortbestand von Versorgungsverträgen keine sicheren Weiterbildungs- und letztlich auch Arbeitsplätze mehr anbieten.

Notfalleingriffe sind zumeist kompliziert. Die dafür notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen eignen sich Ärzte üblicherweise zunächst über unkomplizierte planbare Eingriffe an (Beispiel: Erfahrung mit planbarem „Herzkatheter bei Verdacht auf KHK“, dann Notfallversorgung „PTCA bei akutem Herzinfarkt mit Pumpversagen“). Wird nun die Notfall- und Grundversorgung von den planbaren Eingriffen getrennt, wird dieser Ausbildungsweg durchbrochen und „verwandte“ Leistungen in der Notfallversorgung können nicht mehr auf dem heutigen Qualitätsniveau erbracht werden.

Auf die intensive Ausbildungsaktivität der Krankenhäuser im Bereich der Pflegeberufe hätten Selektionsverträge ebenfalls nur negative Auswirkungen.

■ VI. Fazit

Die Krankenhäuser in Deutschland sind in einem Umstrukturierungsprozess, der seit Einführung des Fallpauschalensystems an Intensität zugenommen hat. Dieser Prozess verändert die Strukturen der Krankenhausversorgung (Fusionen, Kooperationen, Zentrenbildung) und die internen Strukturen der Krankenhausbehandlung (Stichworte: Veränderung der Organisation, der Arbeitsabläufe und der Arbeitsteilung). Diese Veränderungen werden 2009 noch nicht beendet sein.

Ferner hat sich die Unterfinanzierung in den letzten vier Jahren deutlich verschärft, weil den allgemein möglichen Budgetsteigerungen exorbitante Kostensteigerungen (Tarifabschlüsse, Mehrwertsteuer, Energiekosten) und Sonderopfer (Sanierungsbeitrag, Kürzung der Grundlohnsumme) gegenüberstehen.

In dieser Situation, in der noch keine abschließenden Analysen und Forschungsergebnisse vorliegen, brauchen die deutschen Krankenhäuser die Aussicht auf Kontinuität und stabile Rahmenbedingungen.

Die Krankenhäuser stellen sich den ökonomischen Erfordernissen von Wirtschaftlichkeit und Effizienz bei der Erbringung ihrer medizinischen Leistungen. Mit der Einführung von Preisabsenkungswettbewerb und Vertragswettbewerb um die Zulassung zur Leistungserbringung würde allerdings eine Grenze zur Dominanz ökonomischer Steuerungsmechanismen überschritten, die mit dem sozialen und humanen Auftrag der Behandlung kranker Menschen nicht zu vereinbaren wäre. Einzelverträge sind aus medizinischen und gesundheitspolitischen Gründen abzulehnen. Die Grenzen für Wettbewerb im Gesundheitswesen dürfen nicht überschritten werden. ■