

„Versorgungsbedarf“ als Kriterium der Budgetverhandlung mit Krankenhäusern verankern

Ein neues Gutachten zeigt die regionalen Ungleichgewichte in der ambulanten und stationären Versorgung: Die „Arbeitsteilung“ beider Sektoren ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dabei ist festzustellen, dass die Budgetplanung im stationären Bereich nicht vom tatsächlichen Versorgungsbedarf (gemessen durch die Entwicklung der Bevölkerung und ihrer Morbidität) ausgeht, sondern weitgehend die vorgefunden Strukturen und Leistungsmengen fortschreibt. Das steht im Gegensatz zu rationalen Regelungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gerade vor dem Hintergrund der ungeklärten Mengenentwicklung bei bestimmten Krankenhausleistungen empfiehlt das Gutachten in der Konsequenz, den regionalen bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf als Basisinformation in die Budgetverhandlungen der einzelnen Krankenhäuser einer Region einzubeziehen. Dafür werden konkrete Verfahrensvorschläge vorgelegt; Versorgungsplanung und die Mengenvereinbarungen in der stationären Versorgung müssen dabei auch das realisierbare ambulante Versorgungspotenzial in der Region berücksichtigen.

Effizienzreserven in der medizinischen Versorgung

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet ihren Versicherten ein hohes Niveau der medizinischen Versorgung. Um dieses Niveau auch künftig sicherzustellen, müssen bestehende Effizienzreserven gehoben werden. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Versorgung. So empfiehlt etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2012 „die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich“ als einen Lösungsbeitrag und sieht in diesem Zusammenhang das ambulante Potential in der Gesundheitsversorgung „bei weitem“ noch nicht ausgeschöpft.

Budgetvereinbarungen für die Krankenhäuser schreiben Vergangenheit fort

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann jedoch in den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bisher nicht umgesetzt werden. De facto orientieren sich die Krankenhausbudgets an der vom einzelnen Krankenhaus in der Vergangenheit erbrachten Leistungsmenge, nicht jedoch am aktuellen (und künftigen) Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Auch die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung in der Region werden nicht berücksichtigt.

Wie in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren die Krankenkassen mit jedem einzelnen Krankenhaus prospektiv, d.h. im Voraus, eine notwendige Leistungsmenge. Dabei sollten die vereinbarten Leistungsmengen ambulant und stationär sinnvoll aufeinander abgestimmt sein. Zur Effizienzverbesserung der Versorgung muss bei der Vereinbarung von Leistungsmengen in beiden Bereichen jeweils vom Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgegangen werden. Das entspricht dem Grundsatz einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

In der vertragsärztlichen Versorgung gelten deshalb Kriterien zur Bewertung des Versorgungsbedarfs wie z.B. die Alters- und Morbiditätsstruktur der Versicherten mit Wohnort im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Außerdem sind u.a. Leistungsverlagerungen aus dem stationären Versorgungsbereich zu berücksichtigen. Entsprechende Kriterien gelten jedoch bisher nicht für die Budgetvereinbarungen mit Krankenhäusern.

Gutachten macht Verfahrensvorschlag

Da die Krankenkassen mit jedem Krankenhaus einzeln verhandeln, benötigen sie eine methodische Grundlage, wie der regionale Versorgungsbedarf bei der Vereinbarung des Erlösbudgets eines einzelnen Krankenhauses angemessen berücksichtigt werden kann. U.a. zur Klärung dieser Frage haben das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und die BARMER GEK gemeinsam das Beratungsunternehmen AGENON mit einem Gutachten beauftragt. Die Gutachter haben nun einen Verfahrensvorschlag vorgelegt, wie

1. der bevölkerungsbezogene Versorgungsbedarf einer Region ermittelt,
2. die regionale Versorgungssituation bewertet und auf die Krankenhäuser der Region bezogen, sowie
3. daraus Konsequenzen für ein konkretes Erlösbudget gezogen werden können.

Durch dieses Vorgehen werden auch Effizienzpotentiale aufgedeckt, die ggf. durch eine vermehrte ambulante Versorgung erschlossen werden können.

Mengenvereinbarungen als Regelfall – Gesetzliche Grundlage dafür schaffen

Das Instrument der Mengenvereinbarung für das Folgejahr muss bei den Krankenhaus-Budgetverhandlungen zum Regelfall werden; dazu muss in den Gesetzen die Vorgabe aufgenommen werden, dass der Versorgungsbedarf der vom Krankenhaus versorgten Bevölkerung prospektiv zu ermitteln und zu berücksichtigen ist. Ebenso muss das Potenzial der ambulanten Versorgung als Kriterium verankert werden; Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich sind hierbei als zukünftige Minderfälle zu berücksichtigen. Hierfür bedarf es Anpassungen des KHG und des KHEntG.

Vereinbarte Minderfälle sind künftig auch bei der Krankenhausplanung und der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung zu berücksichtigen. Zudem ist die vom Gesetzgeber in der vertragsärztlichen Versorgung bereits vorgesehene Vereinbarung von Leistungsmengen unter Berücksichtigung verlagelter Leistungen dadurch zu unterstützen, dass die Mengenvereinbarungen mit den Krankenhäusern auch den Gesamtvertragspartnern in der vertragsärztlichen Versorgung zugänglich gemacht werden. Dies erfordert Anpassungen des SGB V.

Ansprechpartner:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,
Vorstandsmitglied, BARMER GEK

Dr. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender), Dr. Dominik von Stillfried (Geschäftsführer),
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Steffen Bohm und Wilhelm F. Schröder,
Geschäftsführer, AGENON Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH