

Anlage 2 zum Konzept der AOLG zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und Berücksichtigung der Finanzierungsfragen

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
<p>Welche Bilanz kann zur Lage der Krankenhäuser bei der Einführung des DRG-Systems gezogen werden und welcher Handlungsbedarf wird gesehen?</p>	<p><u>I. Finanzierung der Betriebskosten</u></p> <p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Positive Bilanz trotz mit der Einführung des DRG-Systems verbundenen großen Herausforderungen und anderer finanziell belastender Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser. Das DRG-System befördert die Erschließung von Rationalisierungspotenzialen und die Optimierung von Strukturen und Prozessen, hat sich als funktionsfähig erwiesen und breite Akzeptanz gefunden. Seine „Scharfschaltung“ nach Ablauf der bereits verlängerten Konvergenzphase sollte nicht noch weiter hinausgezögert werden. Eine Konvergenzverlängerung würde die Ziele der DRG - Einführung konterkarieren und diejenigen Krankenhäuser bestrafen, die sich mit viel Aufwand vorbildlich auf den Weg der Umsetzung gemacht haben. Es wird die Erforderlichkeit von Rechtssicherheit und Stabilität der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen betont.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Befürwortung des mit dem DRG-System verbundenen Ziels, leistungsgerechtere Vergütungen zu erhalten und die bisherige Budgetierung endlich aufzugeben. Die Weiterentwicklung und Evaluation des DRG-Systems muss zukünftig stärker patienten- und leistungsorientiert erfolgen. Die Vergütungen und Vergütungsregeln müssen den Qualitäts- und Leistungswettbewerb stärken. Aufhebung des bisherigen Budgetierungssystems und Entkopplung der landesweiten Basisfallwerte von der Grundlohnsumme. Die Ausbildungskosten gemäß § 17 a KHG sind aus individuell vereinbarten Ausbildungsbudgets zu finanzieren. Bundeseinheitliche Preise oder Richtwerte werden den länderspezifischen Gegebenheiten nicht gerecht. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung muss durch pauschalierte Zuweisungen erfolgen.</p>	<p>ErsatzKK:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positiver Effekt: Rückgang der Verweildauer - Anpassungsbedarfe: Planung, Verzahnung amb.-stat., Mengenregulierung, Preissystem - Forderung nach geschlossenem System mit mehr Wettbewerbselementen <p>AOK Baden-Württemberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - etabliert und hoher Reifegrad - Hebung v. Wirtschaftlichkeitsreserven - aber - Einzeleffizienzsteigerung kein Gesamtwirtschaftserfolg - Positionierung der Krankenhäuser am Markt geht zu Lasten der Leistungserbringer <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Benötigt keine grundsätzliche Korrektur , weitere Fortentwicklung</p>	<p><u>Sachverständigenrat:</u> Abschließende Aussage noch nicht möglich (auch wegen noch nicht zufrieden stellender Umsetzung der Begleitforschung); Zielparameter des DRG-Systems haben sich jedoch positiv entwickelt (Ziffer 70).</p>	<p>BVMed: Innovationen werden zu gering vergütet</p> <p>BMG Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der KH-Finanzierung ab 2009</p> <p>Siehe unten</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
-----------------------------	--------------------	--------------	-----------------	----------

	<p>Diakonie / DEKV: Hinweis auf vorgenommene und noch erforderliche aufwendige personelle und finanzielle Umstrukturierungen und die Notwendigkeit von Planungssicherheit für die Krankenhäuser. Die Qualität des DRG-Systems ist in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert worden. Es bedarf jedoch der stetigen Weiterentwicklung, um beispielsweise eine sachgerechte Abbildung der Leistungen zu gewährleisten (Beispiele: Kinderheilkunde, multimorbide ältere Patienten, Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung, Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und seelsorgerischer Betreuung). Befürwortung einer kontinuierlichen auch zielgruppenbezogenen und sektorenübergreifenden DRG-Begleitforschung. Fokus auf die Versorgungsqualität behinderter, sozial benachteiligter und alter Menschen mit Blick auf die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität richten. Die Weiterentwicklung des DRG-Systems muss stärker patienten- und mitarbeiterorientiert erfolgen. Die Finanzierung der Aus- und Fortbildungskosten muss auskömmlich sein und auch die Folgekosten des Krankenpflegegesetzes berücksichtigen; Einführung von Weiterbildungspauschalen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Die Einführung der DRG-Fallpauschalenfinanzierung hat unter den Kreiskrankenhäusern einen verstärkten Wettbewerb ausgelöst, der sich nicht allein auf die Qualität der Leistungen beschränkt, sondern auch entscheidend die Höhe des vereinbarten Krankenhausbudgets u. damit sich auch auf die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausfinanzierung auswirkt. z.B. : Sinken der durchschnittl. Verweildauer in allen Krankenhäusern u. Entwicklung der Landesbasisfallwerte (länderübergreif. Angleichung) Durch Fallpausch.-Finanz. geraten KreisKH erhebl. unter Druck, ihre Kosten- u. Leistungsstrukturen kostensparender u. effizienter als bisher zu organisieren, um wettbewerbsfähig zu werden oder zu bleiben. Veränderung der kommunalen KHLandschaft in Gang gesetzt: Stärkere Privatisierung, Leistungskonzentration, Abbau nicht ausgelasteter Betten, Zusammenlegung von Krankenhäusern, Verbände,</p>	<p>IKK: Keine Angabe</p>		
--	---	-------------------------------------	--	--

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Fusionen, Gründung v. Holdings, Abstimmung von Leistungsangeboten. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht hinsichtl. des Kartellrechtes. Forderung: keine Anwendung auf KHBereich.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Generell findet ein leistungsorientiertes Vergütungssystem breite Zustimmung. Der bisher verlaufende Einführungsprozess des Systems ist insbesondere auch aufgrund der Anstrengungen der Krankenhäuser weitestgehend reibungslos vonstatten gegangen. Die Gesundheitsausgaben und insbesondere die Krankenhausausgaben müssen von der Entwicklung der Grundlohnrate entkoppelt werden. Die Unterfinanzierung hat sich in den letzten vier Jahren deutlich verschärft, weil den allgemein möglichen Budgetsteigerungen exorbitante Kostensteigerungen (Tarifabschlüsse, Mehrwertsteuer, Energiekosten) und Sonderopfer (Sanierungsbeitrag, Kürzung der Grundlohnsumme) gegenüberstehen.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Grundsätzlich positive Bilanz, aber zusätzlicher administrativer Aufwand. Weitere Differenzierungs- und Abbildungsgenauigkeit erforderlich. Beibehaltung von Öffnungsmöglichkeiten für krankenhausespezifische Entgelte</p> <p>Uniklinika: Grundsätzliche Akzeptanz des Systems, aber Verbesserungen nötig hinsichtlich Hochleistungsmedizin, Pädiatrie, Kalkulationsgrundlagen u. a. Rolle des InEK als Institut der Selbstverwaltung wird in Frage gestellt. Begleitforschung wird angemahnt</p>			

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
<p>Welche Änderungen des derzeitigen Vergütungssystems sind nach Ablauf der Konvergenzphase unverzichtbar?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Das DRG-System hat sich grundsätzlich bewährt und sollte deshalb auch fortgeführt werden. Berücksichtigung von Inkompatibilitäten an der Schnittstelle zu länderunterschiedlichen anderen Versorgungssektoren (Beispiel: Frührehabilitation im Krankenhaus zur medizinischen Rehabilitation in den Bereichen der Neurologie der Geriatrie verwiesen) und damit verbundener Planungsunsicherheiten bei der prospektiven Leistungsplanung und Budgetverhandlungen. Benötigt werden außerdem Regelungen zur verbesserten Abbildung von Innovationen. Ausnahmeregelungen in Form der krankenhausespezifischen Entgelte nach § 6 KHEntgG müssen, solange eine Abbildung der Leistungen im DRG-System nicht adäquat möglich ist, auch künftig zulässig bleiben. Wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus und deren gesonderte Abrechnungsmöglichkeit müssen möglich bleiben und stärken die Wahlfreiheit des Patienten und befördern Innovationen. Aufhebung der bestehenden Unterscheidungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen und Vergütung der kompletten belegärztlichen Leistungen im DRG-System mit auskömmlicher Finanzierung dieser Versorgungsform.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Abschaffung der sachfremden Begrenzung der Veränderungsraten der Landesbasisfallwerte auf die Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Abs. 3 SGB V; Orientierung an den allgemeinen Steigerungen der Personal- und Sachkosten sowie Leistungs- und Kostenzuwachsen aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Morbidität und Einführung einer an der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich orientierten Indexierung.</p> <p>Diakonie / DEKV: Ermittlung der Landesbasisfallwerte künftig unabhängig von der Entwicklung der Grundlohnsumme; Einführung einer landesweiten Indexierung, die an der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich (Löhne, Gehälter, Sachkosten etc.) orientiert ist.</p>	<p>ErsatzKK:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr Wettbewerbselemente - Möglichkeit von individuell-vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten außerhalb der Grund- und Notfallversorgung - Reduzierung krankenhausespezifischer Entgelte (100%-Ansatz realisieren) - Entwicklung landeseinheitlicher tagesbezogener Entgelte im Psychiatriebereich <p>AOK Baden-Württemberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu hoher Differenzierungsgrad = Intransparenz - tw. Rückfall in Selbstkostendeckungsprinzip - keine echte Vertragskompetenz - für elektive Leistungen wird Vertragsfreiheit erwartet <p>IKK: Einbeziehung des nach BPflV-vergüteten Bereiches in das DRG-System</p>	<p>Sachverständigenrat: Immanente Weiterentwicklung des bisherigen Fallpauschalensystems auf der Grundlage einer unabhängigen Begleitforschung (Ziffer 97); pauschalierender Charakter des DRG-Systems soll erhalten bleiben und somit die Anreize einer Einzelvergütung begrenzt bleiben (Ziffer 100).</p>	<p>BVMed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts in Betracht demografischer Entwicklung - Beibehaltung von Zusatzentgelten - Innovationsklausel entbürokratisieren <p>BMG Das DRG-System wird weiterhin bundeseinheitlich definiert und kalkuliert. Möglichkeit für Einzelverträge für planbare Leistungen.</p> <p>Fortsetzung siehe unten !!</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Die pauschalierten DRG-Vergütungen bedürfen weiterhin der Ergänzung durch bundeseinheitliche Zusatzentgelte und durch krankenhausesindividuelle bzw. fallbezogene Entgelte. Zur Kompensation systematischer Unterfinanzierung von Krankenhäusern, die unabwendbare überdurchschnittliche Vorhaltekosten aufweisen, sollten anstelle von Zuschlägen zu den Vergütungen einzelner Leistungen feste Struktur- oder Vorhaltepauschalen gezahlt werden.</p> <p>Die bisherigen Erlösausgleichsregelungen sollten weitgehend entfallen bzw. wesentlich vereinfacht werden. Die erzielten Erlöse sollen dem Krankenhaus ungeschmälert, zumindest aber zum überwiegenden Teil verbleiben. Auf Mindererlösausgleiche kann zur Finanzierung notwendiger Vorhaltekosten nicht verzichtet werden, wenn deren Finanzierung nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann.</p> <p>Refinanzierung der Personalkostensteigerungen in den Psychiatrischen Kliniken und Berücksichtigung eines zusätzlichen Personalbedarfs zur Umsetzung der Psych-PV.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Siehe oben Antwort auf Frage 1</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Das Zusammenwirken der Systemkomponenten bestehend aus der bundeseinheitlichen Leistungsdefinition mit bundeseinheitlicher Bewertung, den landesspezifischen Basisfallwerten für die Preisbildung und den für ein Pauschalierungssystem zwingend notwendigen Öffnungsklauseln hat sich bislang bewährt. Nach Ablauf der Konvergenzphase muss das System in ein Festpreissystem überführt werden, die gesetzliche Deckelung der Landesbasisfallwerte ist aufzuheben.</p> <p>Am Prinzip prospektiver Budgetvereinbarungen mit allen Kostenträgern gemeinsam und deren Schiedsstellenfähigkeit und der Möglichkeit von Mehr- und Mindererlösausgleichen ist festzuhalten.</p> <p>Im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung müssen die Personalkostensteigerungen infolge von Tariflohnsteigerungen refinanziert und die Vereinbarung von Mehrleistungen schiedsstellenfähig ausgestaltet werden.</p>			

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>BPtK: Diagnosebezogene Fallpauschalen sind kein geeignetes Entgeltsystem für psychiatrische Krankenhausbehandlung. Ein Landesbasisfallwert, orientiert an einer weiter entwickelten PsychPV, ist diskussionswürdig.</p> <p>Bundesärztekammer: Absage an den Preiswettbewerb, der zu Fehlentwicklungen im Krankenhaussektor führt. Stichworte: industrielle Massenproduktion gesundheitlicher Dienstleistungen, entpersonalisierte Prozesse.</p> <p>Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Loslösung von der Anbindung an die Veränderungsrate. Anbindung an das allg. Preisniveau. Einführung sektorübergreifender Vergütungskomplexe.</p> <p>Uniklinika: Absicherung NUB´s Landesbasisfallwert über Veränderungsrate hinaus erhöhen, wenn besondere Kostensteigerungen Notfallversorgung besser abbilden Einbeziehung der ambulanten spezialisierten Versorgung in das Vergütungssystem</p>			
<p>Soll das DRG-System ein Festpreissystem bleiben oder soll auch Preiswettbewerb unter den Krankenhäusern stattfinden? Sollen Höchst-, Richt- und/oder Festpreise vereinbart werden?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die schrittweise Einführung von DRG-abweichenden Verhandlungspreisen ist möglich, bedarf aber zuvor der Schaffung fairer und verbindlicher Wettbewerbsregeln zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen (gleiches Wettbewerbsrecht und Regelungen zur Fusionskontrolle für Krankenhäuser und Krankenkassen). Es muss verhindert werden, dass Krankenkassen im jetzigen, ungleich ausgestalteten System ausschließlich am Preis orientierte Verträge abschließen und dadurch die Qualität der Leistungen und die flächendeckende Versorgung in Gefahr gerät. Von den DRG-Preisen losgelöste Preisvereinbarungen bedürfen fol-</p>	<p>ErsatzKK: - Einführung eines Höchstpreissystem - Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - Preis- und Qualitätswettbewerb für definierte Leis-</p>	<p>Sachverständigenrat: Das DRG-System zunächst als Festpreissystem weiterentwickeln; jedoch partielle Öffnung für den Preiswettbewerb mit partiellen Höchstpreislösungen (Ziffer 94).</p>	<p>BVMed: tendenziell gegen Preiswettbewerb</p> <p>BMG Möglichkeit für Einzelverträge der Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern bei geeigneten planbaren und hochstandardisierten Leis-</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>gender Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhalt der freien Krankenhauswahl für Patienten (ohne Einführung „lenkender“ Krankenkassentarife); - Sicherstellungsverpflichtung schließt "freie" Preisverhandlungen aus; - Keine Notfallversorgung ohne "normalen" Krankenhausbetrieb möglich; - Wettbewerb kennt keine Höchstpreise. <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Wettbewerb muss als fairer Qualitäts- und Leistungswettbewerb ausgestaltet werden, ein Preiswettbewerb gefährdet die Versorgungsqualität. Bestimmte, eng begrenzte und von der Selbstverwaltung festgelegte elektive Leistungen (bspw. integrierte Versorgung oder hochspezialisierte ambulante Leistungen) könnten eventuell vom Festpreissystem ausgenommen werden und preislich im Wettbewerb stehen.</p> <p>Beibehaltung des Recht des Patienten zur freien Krankenhauswahl und Vermeidung eines Unterlaufens der Krankenhausplanung der Länder. Einkaufsmodelle müssen zudem kartellrechtlichen Belangen und (europaweiten) Ausschreibungspflichten genügen, was einen überdimensionierten Verwaltungsaufwand hervorruft.</p> <p>Diakonie / DEKV: Die DRG-Vergütungen sollten weiterhin als für alle Krankenhäuser und Krankenkassen geltende Festpreise ausgestaltet werden. Höchst- und Richtpreise eröffnen einen Preiswettbewerb und setzen die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens der Kostenträger voraus. Beide Optionen gefährden unter den gegebenen Rahmenbedingungen sowohl die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung als auch die Qualität der erbrachten Leistungen und bergen die Gefahr einer schleichenden Rationierung. Festpreise sind am besten geeignet, einen Qualitäts- und Leistungswettbewerb der Krankenhäuser zu unterstützen.</p>	<p>tungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufhebung Kontrahierungszwang - für Notfalleleistungen Festpreise möglich - (s. Elektiv wird Selektiv) <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Preiswettbewerb muss möglich sein Unterscheidung der Krankenhausfälle (Notfall oder Auswahl der Krankenhauses möglich)</p> <p>IKK: Bundeseinheitlicher BFW als Höchstpreis</p>		<p>tungen (z.B. Blinddarm, Galle, Leistenbruch, Hüfte, Knie).</p> <p>Gesonderter Katalog auf Bundesebene gesetzl. vorgegeben und von den DRG-Selbstverwaltungspartnern weiterentwickelt.</p> <p>Der Landesbasisfallwert kann unterschritten werden (Höchstpreissystem). Das einzelne KH u. die einzelnen Krankenkassen entscheiden eigenständig, ob sie eine derartige Vereinbarung treffen (nicht schiedsstellenfähig).</p> <p>Wenn kein Gebrauch gemacht wird von der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens werden die Leistungen zum Landesbasisfallwert vergütet. Für diese Leistungen wird keine Budgetvereinbarung geschlossen, es gibt keine Mehr- oder Mindererlöse.</p> <p>Für alle nicht in diesem Katalog erfassten Leistungen, wie die Notfallversorgung und für nicht planbare Leistungen verhandeln Krankenkassen weiterhin gemeinsam u. einheitl. ein Erlösbudget mit prosp. Mengenvereinbarungen.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Deutscher Landkreistag: Preiswettbewerb oder Höchst- und Richtpreise für ganze Leistungsbe- reiche wird abgelehnt. Dt. Landkreistag spricht sich dafür aus, dass auch nach Ende der Konvergenzphase vorerst die kollektivvertragli- chen Verhandlungsstrukturen u.der Kontrahierungszwang aufrechter- halten wird. Es ist es kaum mögl., Leistungen u. Leistungsbereiche so eindeutig zu definieren, dass Krankenhäuser darauf Planungs-, Organisations- u. Investitionsentscheidungen stützen können, so dass eine solche Auf- spaltung der KHversorgung kaum umsetzbar sein dürfte. Gegensätzl. Gesetzl. Festlegung von Rahmenbedingungen f. Leistungserbringung würde zu einer Zweiteilung der KHversorgung führen. <u>Leistungsbereich 1:</u> Zuordnung Daseinsvorsorge u. Sicherstellungs- auftrag, für Kommunen mit Pflicht zum Defizitausgleich <u>Leistungsbereich 2:</u> Erzielung von erhebl. Überschüssen trotz Preis- wettbewerb. Gefährdung der Existenz kleinerer u. mittlerer bedarfsnotw. Kran- kenhäuser im ländl. Raum, Unterversorgung droht. Krankenhäuser sind auf hohe Auslastung angewiesen. Verträge sind unabdingbar erforderlich. Wirtschaftl. Risiko der Krankenhäuser steigt. Schließung von Leis- tungsbereichen droht, wenn Rahmen-/Vertragsbedingungen nicht stimmen. Das Wirtschaftsrisiko wird dadurch verstärkt, dass mit dem Preis- wettbewerb für best. Leistungsbereiche die Krankenkassen die Steuer- ung der Pat.Ströme in die Hand gelegt würde. Rein monetär ausgerichtete Pat.Steuerung würde Wahlfreiheit der Pat. ersetzen. Schwankungen der Kapazitätsauslastung der KH droht, ggf. Schließungen von Fachabt. oder ganzer Krankenhäuser. Konzentrationsprozesse würden Ausdünnung KHversorgung in der Fläche bedeuten. Bedarfsnotw. Krankenhausstruktur in ländl. Regionen kann nur auf- rechterhalten werden, wenn alle Leistungsbereiche denselben Rah- menbed. unterliegen. Aufspaltung d. Leistungsbereiche würde zu unverhältnism. Vorhalte- kosten führen.</p>			<p>Patientinnen und Patienten haben bei der Auswahl eines Krankenhauses grundsätzlich Wahlfreiheit. Die Möglichkeiten der Kran- kenkassen, Patienten durch Informationen und Anreize zur Wahl bestimmter KH zu bewegen, werden gestärkt. Zur Verbesserung der Trans- parenz und der Wahlmög- lichkeiten der Patienten wird krankenhausbezogen die Qualität der Leistungen an- hand von Indikatoren, soweit möglich risikoadjustiert, bewertet und diese Ergebnis- se vergleichbar u. allgemein- verständlich veröffentlicht, Schwerpunkt Ergebnisquali- tät.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Einkaufs- u. Preiswettbewerb stellt die Wirtschaftlichkeit u. Existenz von KH im ländlichen Raum infrage.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: 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. 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. Preiswettbewerb ist kein geeignetes Steuerungsinstrument, da hierdurch die fiskalischen Aspekte zwangsläufig in den Vordergrund treten. Preiswettbewerb geht zu Lasten der Qualität. Zur Stärkung der Patientorientierung muss der Wettbewerb daher auch zukünftig als Wettbewerb um die beste Qualität und nicht als Preiswettbewerb ausgestaltet sein.</p> <p>Marburger Bund: kein Preiswettbewerb mit einer zunehmenden Dominanz ökonomischer Steuerungsmechanismen und Aushöhlung des humanitären Kerns der Krankenhausversorgung</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Für Festpreissystem. Höchst- oder Richtpreise führen zu Qualitätsabbau.</p> <p>Uniklinika: Festpreissystem, da Unikliniken Planungssicherheit brauchen Wenn Preiswettbewerb, dann mit völliger Qualitätstransparenz und Möglichkeit der Abweichung nach oben</p>			

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
<p>Unter welchen Bedingungen ist eine Fortentwicklung des DRG-Systems von landeseinheitlichen Preisen zu bundeseinheitlichen Preisen möglich?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Zunächst ist es erforderlich, die Erfahrungen mit den landesweit geltenden Basisfallwerten zu sammeln und auszuwerten. Der Vorteil differenzierter Landesbasisfallwerte liegt vor allem darin, dass diese den bestehenden strukturellen Unterschieden der einzelnen Bundesländer besser gerecht werden als ein bundeseinheitliches Preisniveau. Deshalb wird diese Lösung einem durchaus sinnvollen und zu rechtfertigenden Bundesbasisfallwert vorgezogen. Bei der Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts wäre es unverzichtbar, Angleichungsmechanismen zu entwickeln, die regionale Unterschiede in den Versorgungs- und Kostenstrukturen berücksichtigen. Solche länderspezifischen Zu- und Abschläge würden jedoch im Ergebnis wieder zu Landesbasisfallwerten führen - allerdings mit dem Nachteil eines erhöhten Ermittlungs- bzw. Verhandlungsaufwands.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Voraussetzung ist eine 2009 vorzunehmende Evaluation. Erst wenn die Ursachen für die erheblichen Unterschiede der landesweiten Basisfallwerte bekannt sind und sich die Ursachen in einem bestimmten Zeitraum beheben lassen, könnte ein bundeseinheitliches Preisniveau in einer noch festzulegenden Konvergenzphase angestrebt werden. Als Voraussetzung muss gelten, dass ein bundesweiter Basisfallwert dann aber auch einen verbindlichen Festpreis darstellt.</p> <p>Diakonie / DEKV: Erwartung, dass in den nächsten Jahren eine weitere Annäherung der derzeit divergierenden Landesbasisfallwerte erfolgen wird. Sollten in 2009 weiterhin Differenzen bestehen, sind diese sachgerecht zu analysieren. Auf Dauer regional unterschiedliche Basisfallwerte und Preise können nur durch nachgewiesene unterschiedliche Kostenstrukturen gerechtfertigt werden.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Siehe oben</p>	<p>ErsatzKK: k.A.</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - unter Bedingung Gesundheitsfond logische Konsequenz - ggf. spez. Länderregelungen bei Ausgabenneutralität - Ausgestaltung als Höchstpreis</p> <p>IKK: Zusätzliche krankenhaushausindividuelle Vergütungen sind auf ein Mindestmaß zu beschränken. Keine Differenzierung bis hin zu Einzelleistungsvergütungen</p>	<p>Sachverständigenrat: Für den Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser soll es zunächst bei einem Festpreissystem auf Basis des Landesbasisfallwertes bleiben (Ziffer 95).</p>	<p>BVMed: k.A.</p> <p>BMG Siehe oben</p> <p>Die Landes-Basisfallwerte werden in einem Zeitraum von 10 Jahren durch einen Bundesbasisfallwert ersetzt. Die dazu erforderlichen Konvergenzschritte und eine spätere Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes werden gesetzlich vorgegeben.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Über eine Veränderung zu einem Vergütungssystem mit bundeseinheitlichem Preisniveau sollte erst nach Analysen im Jahr 2009 entschieden werden. Aus den Analysen sollte hervorgehen, ob und gegebenenfalls aufgrund welcher Tatbestände auch nach Abschluss der Konvergenzphase noch landespezifische Basisfallwerte erforderlich sein werden.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Bundeseinheitliches Preissystem führt zum Entzug von Finanzierungsmitteln aus dem Gesamtsystem. Erst müssen Kosten- und Versorgungsstrukturen der Bundesländer angeglichen werden.</p> <p>Uniklinika: Bei einheitlichen Ausgangsbedingungen in den Ländern</p>			
<p>Sollen zukünftig auch weiterhin die Budgetverhandlungen gemeinsam und einheitlich geführt werden oder soll die Möglichkeit der Verhandlung zwischen Krankenhäusern und einzelnen Krankenkassen über Einzelverträge geschaffen werden? Wenn ja, für welche Leistungen?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die prospektive Budgetierung der Krankenhausleistungen (inkl. Mehr- und Mindererlösausgleiche) behindert eine marktgerechte Entwicklung der Versorgungsstrukturen und sollte unter der Maßgabe der freien Krankenhauswahl der Patienten und der Behandlungspflicht der Krankenhäuser aufgehoben werden. Bei Einzelverträgen sind negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungen und auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu befürchten. Individuelle Verträge mit den heute 240 verschiedenen Krankenkassen würden zu einem enormen administrativen Aufwand für Kassen und Krankenhäuser und vor allem zu einer Intransparenz des Versorgungsgeschehens für den Patienten führen. Grundsätzlich muss gelten, dass jedes zur Krankenversorgung zugelassene Krankenhaus, das die geforderte Versorgungsqualität sicherstellt, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und zum DRG-Festpreis abrechnen darf. Einer weiteren Zulassungshürde wie kassenspezifische Versorgungsverträge bedarf es nicht.</p>	<p>ErsatzKK: - Kontrahierungszwang insb. für Grund- und Notfallversorgung beibehalten - Kassen sollten aber die Möglichkeit haben, ergänzendes Leistungsangebot im Rahmen individueller Versorgungsverträge zu vereinbaren - Bundesebene soll hierzu Leistungskomplexe definieren, die individualvertraglich geregelt werden können</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - jetziges System veraltet - Übergang zum selektiven</p>	<p>Sachverständigenrat: Für den Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser soll es bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang bleiben; ein Höchstpreissystem, das auf selektiven Verträgen basiert soll zunächst lediglich für Bereiche der elektiven Krankenhausleistungen implementiert werden; Ausdehnung auf weitere Leistungsbereiche denkbar (Ziffer 95).</p>	<p>BVMed: k.A.</p> <p>BMG Siehe oben</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Beibehaltung des Kontrahierungszwanges und Prinzips der gemeinsamen und einheitlichen Verhandlung mit den Kostenträgern aus ordnungspolitischen Gründen. Diese Prinzipien leiten sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Länder und der Verpflichtung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung her. Einzelvertragliche Regelungen müssen beschränkt bleiben auf bestimmte festgelegte Leistungen (s.o.).</p> <p>Diakonie / DEKV: Ablehnung eines selektiven Kontrahierens auf Grundlage der Unterscheidung von elektiven und Notfall-Leistungen und von dadurch begründeten Einzelverträgen. Einzelvertragliche Regelungen sollten sich lediglich auf neue Versorgungsformen wie Integrierte Versorgung und Modellvorhaben beschränken. Beibehalt gemeinsamer, prospektiver Budgetverhandlungen zur Vereinbarung von Leistungsmengen, aber auch zur Vereinbarung hausindividueller Vergütungen mit den Kostenträgern.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Votum des Dt. Landkreistages: keine gesetzl. Regelungen vor Ende der Konvergenzphase zur Einführung eines bundeseinheitl. Basisfallwertes. Zunächst Erfahrungen mit landesw. Basisfallwerten abwarten und auswerten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Notwendigkeit für voreilige, sachl. nicht fundierte gesetzl. Festlegung erforderlich. Zuvor finanzielle Absicherung der unterschiedl. länderspez. Versorgungsstrukturen auch bei bundeseinheitl. Basisfallwert.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Das Prinzip prospektiver Budgetvereinbarungen über die Leistungen des Krankenhauses mit allen Kostenträgern gemeinsam ist beizubehalten. Die DKG spricht sich mit Nachdruck gegen Einkaufsmodelle und Preiswettbewerb aus.</p>	<p>Vertragsabschluss auf Basis bundeseinh. Leistungskataloges</p> <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen Qualität muss auch Gegenstand der Ausschreibung sein Nur möglich bei Aufhebung des Kontrahierungszwanges Basisfallwert z.B. als Höchstpreis bei elektiven Leistungen</p> <p>IKK: Einheitlicher und gemeinsamer Abschluss von Versorgungsverträgen mit Ausnahme von planbaren Leistungen (Basis: abgestimmter Katalog planbarer Leistungen der Vertragsparteien auf Bundesebene)</p>		

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Auch zukünftig gemeinsame und einheitliche Verhandlungen, sonst Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung. Machtverlagerung zugunsten einzelner, großer Kassen.</p> <p>Uniklinika: Einheitlich und gemeinsam</p>			
	<p>II. <u>Sicherstellungsauftrag / Krankenhausplanung</u></p>			
<p>Soll die Sicherstellung der stationären Versorgung auch künftig eine öffentliche Aufgabe der Länder sein?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt als gesetzliche Daseinsvorsorge den Ländern und sollte Länderkompetenz bleiben. Das heißt aber nicht, dass eine Notwendigkeit dafür besteht, dass der Staat selbst als Anbieter von Krankenhausleistungen auftritt (Subsidiaritätsprinzip). Wo der Staat selbst Anbieter von Krankenhausleistungen wird, sind Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der unterschiedlichen Trägerstrukturen von Krankenhäusern vorprogrammiert (Beispiel: Defizitfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser).</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Aufgrund des Sicherstellungsauftrags für die öffentliche Daseinsvorsorge und Gewährleistung einer flächendeckenden bzw. wohnortnahen Versorgung muss die Krankenhauplanung als hoheitliche Aufgabe weiterhin Aufgabe der Bundesländer bleiben. Dem Gesichtspunkt der Gewährleistung der Trägervielfalt, der auch die Wahlfreiheit der Patienten stärkt, ist bei der Krankenhausplanung und Finanzierung, bei der Gestaltung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern und bei der Eröffnung neuer Spielräume für den Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Rechnung zu tragen.</p> <p>Diakonie / DEKV: Die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages für die Krankenhausversorgung muss als wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge weiterhin öffentliche Aufgabe der Länder bleiben. Untereinander im</p>	<p>ErsatzKK: - Sicherstellungsauftrag der Länder weiterhin für Grund- und Notfallversorgung</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - grundsätzlich ja in Form der Aufsicht über Vertragseinhaltung auf der Grundlage von Rahmenvorgaben</p> <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Beschränkung auf Notfallplanung Investitionen auf diesen Bereich beschränken</p> <p>IKK: Ja, aber gemeinsame Planung der stationären Kapazitäten</p>	<p>Sachverständigenrat: Die Gewährleistungsverantwortung des Staates soll nicht mehr in einer Angebotsplanung sondern in einem Angebotsmonitoring bestehen, das primär darauf abzielt, Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu vermeiden (Ziffer 78). Länder sollten im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Krankenhäuser verpflichten können, bestimmte Leistungen wie die Notfallversorgung vorzuhalten; auch das Rettungswesen muss in Zukunft zentral koordiniert werden (Ziffer 89, 92).</p>	<p>BVMed: k.A.</p> <p>BMG Der Sicherstellungsauftrag der Länder für die stat. Daseinsvorsorge bleibt unberührt.</p>

Synopsis der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Wettbewerb befindliche Krankenkassen, deren Unternehmenspolitik primär auf Kostenminimierung zielt, sind dafür weder geeignet noch legitimiert. Die Vermeidung von Unterversorgung im ambulanten Bereich ist durch entsprechende Beauftragungen und Zulassungen von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung zu gewährleisten. Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen ist anzupassen, um zu verhindern, dass kapitalstarke, überregional im Krankenhausbereich agierende Unternehmen regionale Träger verdrängen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Dt. Landkreistag teilt Rechtsauffassung des Sachverständigenrates. Sozialstaatsprinzip Art. 20 GG unverrückbare Verantwortung des Staates. Am öffentl. Sicherstellungsauftrag an sich soll nicht gerüttelt werden. Zur Disposition steht, welcher Körperschaft des öffentl. Rechts die Verantwortung f. d. Sicherstellung der Versorgung übertragen wird: Neben den Ländern nur noch die gesetzl. Krankenkassen. Landkreistag tritt dafür ein, dass auch nach Ende der Konvergenzphase der Sicherstellungsauftrag bei den Ländern verbleibt. Der Sicherstellungsauftrag gewinnt unter dem zunehmend schärferen Wettbewerb an Bedeutung. Nur so haben Länder u. Kommunen Einfluss auf Aufrechterhaltung notwendiger Krankenhausstrukturen.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist eine öffentliche Aufgabe, die den einzelnen Bundesländern obliegt. Die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge können nicht an Dritte (Krankenkassen) delegiert werden. Die im Wettbewerb stehenden und hinsichtlich regionaler Aspekte unterschiedliche Ziele und Interessen verfolgenden Kassenarten verfügen nicht über die ausreichende demokratische Legitimation und allgemeinwohlorientierte Versorgungsverantwortung, um die flächendeckende Versorgung im Kernbereich der medizinischen Daseinsversorgung sicherzustellen.</p>			

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Marburger Bund: Ja</p> <p>BPtK: Ja</p> <p>Bundesärztekammer: Ja</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Ja, unverzichtbar im Sozialstaatsprinzip</p> <p>Uniklinika: Politische Letztverantwortung bleibt bei den Ländern, alleinige Planungskompetenz hat sich aber nicht bewährt. Daher wird Planungspartnerschaft von Land und Kassen vorgeschlagen.</p>			
<p>Wie soll sich künftig die Krankenhausplanung der Länder darstellen? Welche Parameter sollen in jedem Fall durch die Planungsbehörde mittels Feststellungsbescheid bestimmt werden?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. – BDPK -: Eine ausdifferenzierte Detailplanung der Länder ist mit einem DRG-Preissystem und einer monistischen Finanzierung der Krankenhausleistungen nicht vereinbar und wettbewerbshemmend. Deshalb sollten die Planungskompetenzen der Länder auf eine Rahmenplanung mit Bezug auf Versorgungsregionen (ohne Bettenzahl- und Leistungsmengenbeschränkungen) reduziert werden.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. – KKVD -: Die Rahmenplanung der Länder soll weiterhin Versorgungsregionen und –schwerpunkte sowie medizinische Fachgebiete festlegen, um Unterversorgung in Regionen zu verhindern. Dem Land obliegt dabei die Planung der Standorte der einzelnen Krankenhäuser und Hauptfachrichtungen. Leistungsmengen sollen nicht Gegenstand staatlicher Planungen sein. Ergebnisqualität und Zertifizierung sollten festgeschrieben werden, Strukturqualität hingegen nicht vorgegeben werden.</p>	<p>ErsatzKK: - Umwandlung der betten- und fachabteilungsbezogenen Planvorgaben der Länder auf Orientierungsgrößen für die örtlichen Vertragsparteien - keine Standortplanung - Spezifizierung im Rahmen der Budgetverhandlungen auf die Standorte</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - keine Planung im tradierten Verfahren - nur noch Rahmenvorgaben - bundeseinheitl. Mindest-</p>	<p>Sachverständigenrat: Keine Detailplanung mehr, sondern Rahmenplanung der Länder; 3 zentrale Elemente sollte die Krankenhaus-Rahmenplanung umfassen: - Zulassung von Krankenhäusern (keine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit mehr) - Monitoring der Versorgungsstrukturen bezüglich Kapazität, Zugang und Qualität - Regulation und Sicherung der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Falle einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung (Ziffer 79</p>	<p>BVMed: k.A.</p> <p>BMG In der Krankenhausplanung sollte eine detaillierte Planungs- und Regelungstiefe zurückgeführt werden in Richtung auf eine zugleich verschiedene Leistungssektoren übergreifende und an Kenndaten ausgerichtete Rahmenplanung. Die Zulassung aller Plankrankenhäuser zur Leistungserbringung in der gesetzl. Krankenversicherung</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
-----------------------------	--------------------	--------------	-----------------	----------

	<p>Diakonie / DEKV: Staatliche Krankenhausplanung muss sich in Zukunft darauf beschränken, in Form einer Rahmenplanung Versorgungsregionen und –schwerpunkte sowie vorzuhaltenden Fachabteilungen einschließlich Krankenhausstandorten festzulegen. Krankenhäuser sollen aber selbst entscheiden können, welche Infrastruktur sie zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages vorhalten und in welchen Bereichen sie ggf. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern eingehen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Hinweis auf Aussagen Sachverständigenrat. Beschränkung der Landesplanung auf eine Rahmenplanung durch den Bundesgesetzgeber weder sinnvoll noch notwendig. Landesgesetzgeber sollte Planungstiefe u. Parameter selbst festlegen.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Die Krankenhausplanung sollte sich auf die Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten sowie auf die Vermeidung von Unterversorgung beschränken. Detaillierte Leistungsvorgaben und zusätzliche, über die bestehenden Qualitätssicherungsvorgaben der Bundesebene hinausgehende Qualitätsanforderungen durch die Planungsbehörden der Länder müssen strikt abgelehnt werden.</p> <p>Marburger Bund: Ablehnung der Trennung von elektiven / planbaren Leistungen, die im Einkaufsmodell einzelvertraglich mit den Kassen zu vereinbaren sind, sowie notfallmässigen Leistungen, für die der Sicherstellungsauftrag der Länder gilt. Negative Auswirkungen auf die Weiterbildung.</p> <p>BPtK: Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist erforderlich unter Berücksichtigung insb. der Morbiditätsentwicklung, von Patientenpräferenzen, sektor- und kostenträgerübergreifender Versorgungsplanung und Substitutionsmöglichkeiten.</p>	<p>standards</p> <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Flächendeckende Notfallversorgung, diese entspricht aber nicht der heutigen Grundversorgung für elektive Leistungen Festlegung von Versorgungsbezirken und Aufsicht über Verträge</p> <p>IKK: Heutige Krankenhauspläne werden innerhalb der nächsten 10 Jahre durch fachabteilungs-/leistungsbezogene Rahmenplanung abgelöst. Sie enthält standortbezogen nur noch Vorgaben für Notfallversorgung und Rahmengrößen (notwendige Leistungen oder Kapazitäten für fest definierte Regionen) für den Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.</p>	<p>ff.).</p>	<p>bleibt ebenfalls unberührt.</p>
--	--	---	--------------	------------------------------------

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Bundesärztekammer: Rahmenplanung mit Option zur Detailplanung, um Fehlentwicklungen entgegensteuern zu können.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Rahmenplanung mit Ausweisung von Standorten und Fachgebieten (ohne Subspezialisierungen)</p> <p>Uniklinika: Planung von Standorten, Fachgebieten und Vermeidung von Unterversorgung Strukturqualitätsparameter sollten verstärkt eingeführt werden (Bsp. Österreich)</p>			
	<p>III. <u>Kontrahierungszwang/ Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“</u></p>			
<p>Soll es auch zukünftig den Kontrahierungszwang gemäß § 108 SGB V geben, der die Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit den Krankenhäusern verpflichtet? Oder ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, diesen Kontrahierungszwang aufzuheben oder auf bestimmte Leistungskomplexe einzuschränken? Wenn ja, wie kann bei einem öffentlichen Sicherstellungsauftrag die Landesbehörde die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ist es unabdingbar, dass alle Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für eine leistungsfähige und qualitätsgesicherte Krankenhausbehandlung erfüllen, ihre Leistungen auch zu Lasten aller gesetzlichen Krankenversicherungen erbringen und nach den DRG-Festpreisen abrechnen dürfen. Einzelverträge sollten speziellen Versorgungsformen wie etwa der integrierten Versorgung vorbehalten bleiben.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Die Länder sichern durch ihre Krankenhausplanung die flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung. Zur Umsetzung dieser Krankenhausplanung müssen die Krankenkassen zum Abschluss der Versorgungsverträge gezwungen sein (Kontrahierungszwang). Möglichkeiten des Abschlusses von Einzelverträgen und selektiven Kontrahierens gefährden die flächendeckende Versorgungssicherheit. Auf die Krankenhäuser würde dadurch nicht nur ein erheblicher zu-</p>	<p>ErsatzKK: - Kontrahierungszwang weiterhin für Grund- und Notfallversorgung - Bundesebene soll hierzu Leistungskomplexe definieren, die individualvertraglich geregelt werden können</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - grundsätzlich aufheben - Aufsichtsfunktion des Landes - Sicherung der Leistungen durch Verträge der Krankenkassen</p>	<p>Sachverständigenrat: Für einen Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser soll es bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang bleiben; zunächst sollen nur für elektive Krankenhausleistungen selektive Verträge zwischen Finanzierungsträgern und Krankenhäusern abgeschlossen werden (Ziffer 95).</p>	<p>BVMed: k.A.</p> <p>BMG Der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit allen Plankrankenhäusern wird für die katalogisierten planbaren und hochstandardisierten Leistungen aufgehoben. Leistungen, die von Patienten bei Krankenhäusern in Anspruch genommen werden, mit denen Qualitäts- und Entgeltvereinbarung getroffen sind, werden zum Landes-Basisfallwert vergütet. Der Versorgungssicherheit</p>

Synopsis der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
<p>mit Leistungen außerhalb des Kontrahierungszwanges gewährleisten?</p>	<p>sätzlicher administrativer Aufwand zukommen, ihnen würde auch die Basis für längerfristige unternehmerische Entscheidungen entzogen. Einzelverträge stehen zudem im krassen Widerspruch zum Ziel, die Patientensouveränität zu stärken, die Wahlmöglichkeiten der Patienten würden massiv eingeschränkt.</p> <p>Diakonie / DEKV: Eine niedrighschwellige, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung mit Wahlfreiheit für die Patienten setzt einen Kontrahierungszwang für alle Kostenträger sowohl für die Notfallversorgung als auch für die Erbringung selektiver Leistungen voraus. Der Entfall des Kontrahierungszwangs würde für die Krankenhäuser einen erheblichen zusätzlichen administrativen Aufwand und entsprechende zusätzliche Kosten mit sich bringen. Zugleich würde ihnen die Basis für längerfristige unternehmerische Entscheidungen entzogen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Hinweis auf Aussagen Sachverständigenrat. Kontrahierungszwang und kollektivvertragliche Verhandlungsstrukturen müssen sich auch auf das weit überwiegende Leistungsvolumen des KH erstrecken. Preiswettbewerb für klar definierte Leistungsbereiche liefe auf Zerteilung der Gesundheitsversorgung hinaus mit einer staatl, finanzierten, teuren u. unwirtschaftl. (Notfall.) Versorgung. Durch den Sicherstellungsauftrag wären Länder u. Kommunen gehalten, zur Finanz. Der Notfallversorgung beizutragen, damit sie erhalten werden kann.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Die Zulassung der Krankenhäuser sollte weiterhin über die Aufnahme in den Krankenhausplan und nach den Regelungen des § 108 SGB V erfolgen. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses sollte sich auch in Zukunft aus dem Versorgungsauftrag gemäß § 109 SGB V ergeben. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder dessen Einschränkung auf bestimmte Leistungskomplexe ist abzulehnen.</p>	<p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Aufhebung mindestens für elektive Leistungen</p> <p>IKK: Ja, wenn Krankenhäuser durch Kapazitäts- und Notfallversorgungsplanung der Länder bestimmt sind oder bei im Rahmen einer Ersatzvornahme bestimmten Einrichtungen. Ansonsten dürfen nur noch Vertragskrankenhäuser die Leistung erbringen. Vertragliche Qualitätsanforderungen, damit eine auf dem Stand der medizinischen Erkenntnisse erzielte Ergebnisqualität erreicht wird. Keine Ausschlusskriterien für Versicherte anderer Krankenkassen in Versicherungsverträgen Vertragsgestaltung derart, dass die Behandlungen in einem für die Versicherten akzeptablen Zeitraum und je nach Erkrankung in zumutbarer Entfernung durchgeführt werden.</p>		<p>bleibt trotz des gestärkten Wettbewerbs gewahrt.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Marburger Bund: Ja</p> <p>BPtK: Unter der Voraussetzung einer integrierten Versorgungsplanung ist eine Differenzierung in kollektivvertragliche Regelungen zur Notfall- und Grundversorgung und kassenspezifische selektivvertragliche Regelungen denkbar.</p> <p>Bundesärztekammer: Wird kritisch gesehen, weil keine Qualitätsverbesserung für den Patienten daraus resultieren.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Pro Kontrahierungszwang für alle Leistungsbereiche, da sonst Unterlaufen der Krankenhausplanung möglich.</p> <p>Uniklinika: auch zukünftig Kontrahierungszwang</p>			
<p>Soll das Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“ sein Leistungsspektrum weiter ausweiten und wie soll dies ggfs. erfolgen? Oder soll sich das Krankenhaus auch weiterhin auf seine seitherigen Kernaufgaben beschränken? Wie ist Ihre Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung des Leistungsangebotes in den Krankenhäusern insbesondere hinsichtlich der zunehmenden Spezia-</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die Entwicklung des Leistungsspektrums des Krankenhauses wird sich zwangsläufig verstärkt in Richtung ambulanter Tätigkeit und Gesundheitszentrum entwickeln. Einerseits erlaubt es der medizinische Fortschritt, dass Patienten schneller aus der stationären Behandlung entlassen werden, dann aber häufig noch einer hochqualifizierten teilstationären oder ambulanten Vor- und Nachbehandlung bedürfen. Weiterhin wollen die Patienten auch im Falle einer ambulanten oder teilstationären Behandlung auf die medizinisch leistungsfähige Ausstattung eines Krankenhauses vertrauen. Der Verlagerungsfähigkeit der heute noch stationären Leistungen in den ambulanten Bereich sind zumindest in der Akzeptanz bei den Patienten Grenzen gesetzt. Zu erwarten ist daher eine Zunahme von Kooperationen mit im und am Krankenhaus niedergelassenen Ärzten. Neue gemeinschaftliche Versorgungsformen, die ambulante, stationäre, aber auch präventive und rehabilitative Leistungen beinhalten, werden sich zunehmend</p>	<p>ErsatzKK:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit, individuellvertragliche Regelungen zwischen Kassen und KH abschließen zu können - soll Etablierung ergänzender bzw. substituierender Leistungsangebote Vorschub leisten, um an KH integrierende Versorgungsangebote verstärkt einzuführen (d.h. Entwicklung hin zu Gesundheitszentren auch mit ambulanten Angeboten) - Forderung: Sektorenüber- 	<p>Sachverständigenrat: Die zielorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist notwendig; der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich einen deutlich verbesserten Rechtsrahmen für die integrierte Versorgung und damit für einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen (Ziffer 38 ff.). Eine sektorübergreifende Optimierung erfordert an den Schnittstellen einheitliche Leis-</p>	<p>BVMed: k.A.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
<p>lisierung und Einbindung ambulanter Versorgungsstrukturen?</p>	<p>rund um das Krankenhaus, das als Versorgungszentrum im Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens steht, etablieren. Ein erster Anfang ist bereits mit den Strukturen von MVZs und Integrationsverträgen getan. Weitere innovative Konzepte, wie z. B. Low Care Einheiten und Patientenhotels, werden diese Entwicklung stützen. Besonders in ländlichen Gebieten wird sich das Krankenhaus zu einem Versorgungszentrum in der Region erweitern müssen, um die zunehmenden Versorgungsdefizite im niedergelassenen Bereich auffangen zu können und die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die vielfältigen Krankheitsbilder und seltenen Erkrankungen lassen eine Spezialisierung der Krankenhäuser medizinisch und ökonomisch sinnvoll erscheinen.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Der vom Gesetzgeber eingeleitete Prozess der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen muss konsequent fortgesetzt werden. Krankenhäuser bieten auf Grund ihrer Ausstattung und der dort konzentrierten medizinischen und pflegerischen Kompetenz die besten Voraussetzungen, Patienten qualitativ hochwertig versorgen zu können. Wo Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich bestehen, sollten Krankenhäuser einspringen und die notwendigen Leistungen erbringen können. Die bessere Verzahnung der Versorgungssektoren wie im Rahmen integrierter Versorgungsstrukturen, wird erhebliche Ressourcen zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Patientenversorgung erschließen.</p> <p>Diakonie / DEKV: Der vom Gesetzgeber bereits eingeleitete Prozess der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgungsleistungen muss gerade aus Patientensicht konsequent fortgesetzt werden. Krankenhäuser können eine umfassende medizinische Versorgung "aus einer Hand" auf hohem Niveau nach sicherstellen. Dies führt auch zu erheblichen Kosteneinsparungen, da z.B. Mehrfachuntersuchungen entfallen. Wo Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich bestehen, sollen Krankenhäuser, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, unkompliziert einspringen und notwendige ambulante Leistungen</p>	<p>greifendes fachärztliches Gesundheitszentrum mit dem KH als integrativem Ort der Leistungserbringung und unter optimaler Vernetzung amb. und stat. Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung: Harmonisierung der Vergütungen (amb./stat.) und Abbau sektoraler Budgetgrenzen <p>AOK Baden-Württemberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - begrüßenswert - weiterer Schnittstellenabbau - Abstimmung mit amb. Bereich erforderlich - zwingend erforderlich dafür ist Anpassung der Finanzströme <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Auch für amb. Leistungen Trennung von kollektiv und selektiv Handlungsnotwendigkeiten sind entstanden, auch teilstationär nach EBM</p> <p>IKK: Vertragsmöglichkeiten außerhalb des stationären Budgets, insbesondere nach §</p>	<p>tungsdefinitionen, gleiche (Mindest-) Qualitätsstandards und dieselbe Vergütung (Ziffer 54).</p> <p>GBA: Hinweis auf Regelungen zur Ausweitung des Leistungsspektrums und den Übergang in den ambulanten Sektor in den § 116, 116 a und 116 b SGB V. § 116 SGB V und § 116 a SGB V; diese wurden im Rahmen des GKV WSG nicht geändert. Auf § 116 b SGB V wird eingegangen. Krankenhäuser können nicht nur seltene Erkrankungen, sondern auch hoch spezialisierte Leistungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant behandeln.</p> <p>Eingeschlossen ist auch die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Sie soll einbezogen werden, soweit dies aufgrund ihrer Spezialisierung sinnvoll ist, um nicht jeden Patienten zur Diagnostik und Therapie stationär aufnehmen zu müssen. Die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation sollte dadurch erfolgen,</p>	

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>erbringen können. Die zunehmende Überwindung der Versorgungsgrenzen könnte erhebliche Ressourcen zur Verbesserung der Qualität, Effizienz und Sicherheit einer wohnortnahen Patientenversorgung erschließen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Landkreistag setzt sich für weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung ein. Bisherige sektorale Abschottung stationär und ambulant könnte aufgelöst werden. Möglichkeiten nach § 116 b SGB V sollten konsequent weitergeführt werden. Bürokratische Hindernisse müssen beseitigt werden.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Als integriertes Dienstleistungszentrum kann das Krankenhaus selbst oder mit anderen Leistungsanbietern eine patientengerechte Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. Dazu muss die sektorale Trennung der ambulanten und stationären Versorgung weiter abgebaut werden. Daher sind entweder eigenständige Regelungen für die Krankenhäuser oder zumindest die Einbindung der Krankenseite bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen (z. B. Zulassungsverfahren, Vergütung) für die ambulante Versorgung dringend erforderlich, die Einbindung der Krankenseite bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und der Vergütungsregelungen für die ambulante Notfallversorgung ist überfällig. Die DKG hatte vorgeschlagen, das Belegarztwesen in ein Kooperationsarztmodell zu überführen.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Krankenhäuser sollten als „Generalunternehmer“ die Möglichkeit haben, sektorenübergreifende Leistungskomplexe (Ambulant bis Reha und Nachsorge) anzubieten. Gleichzeitig Schaffung eines sektorenübergreifenden Vergütungskomplexes mit Festpreissystem.</p> <p>Uniklinika: Grundsätzliche Ausweitung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser um ambulante Leistungen.</p>	<p>140a SGBV, sind durch gezielte finanzielle Anreize weiter auszubauen. Im Falle einer monistischen Krankenhausfinanzierung müssen die vertraglichen Möglichkeiten zur Erbringung von ambulanten Leistungen ausgeweitet werden, um Doppelfinanzierungen zu verhindern und Versorgung aus einer Hand zu gewährleisten. Allerdings müssten parallel entsprechende Budgetbereinigungsmöglichkeiten im vertragsärztlichen Bereich geschaffen werden.</p>	<p>dass wie bereits in dem vom G-BA empfohlenen DMP Brustkrebs geschehen, eine enge Kooperation zwischen den zur Krebsbehandlung auch ambulant geöffneten stationären Krebszentren und vertragsärztlichen onkologischen Schwerpunktpraxen eine enge Zusammenarbeit in der Langzeitbetreuung von Krebskranken erfolgt.</p>	

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
-----------------------------	--------------------	--------------	-----------------	----------

	Forderung nach einer integrierten Planung für den „dritten Sektor“, in dem Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte tätig sein können, und für den stationären Sektor			
	IV. <u>Finanzierung der Investitionskosten</u>			
Wie soll der ordnungspolitische Rahmen der Finanzierung der Krankenhausinvestition künftig ausgestaltet werden?	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die einzig ökonomisch sachgerechte und ordnungspolitisch konsequente Lösung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen besteht in der Zusammenführung der derzeitigen dualen Finanzierung in eine einheitliche monistische Leistungsvergütung. Da die bisher bestehende Praxis der Aufteilung der Fördermittel in Mittel zur Pauschal- und Einzelförderung nicht sachgerecht ist, sollten diese Mittel künftig in einer Investitionsfördersumme der Bundesländer für Krankenhäuser zusammengefasst werden. Es wird ein zweistufiges Verfahren vorgeschlagen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zunächst Festlegung der Investitionsmittel pauschal je Krankenhausfall (" Investitionsbedarfs- Landesbasisfallwert") 2. später aufwandsbezogene Kalkulation der Investitionskostenanteile je DRG zum Beispiel durch das InEK <p>Die Verteilung der aufzubringenden Investitionsmittel erfolgt annähernd hälftig zwischen den Bundesländern und den Nutzern beziehungsweise deren Krankenversicherungen. Die Zusammenführung der Förderbeträge der einzelnen Bundesländer und deren Weiterleitung an die einzelnen Krankenkassen entsprechend der von den einzelnen Krankenkassen zu finanzierenden Krankenhausfälle könnte der Gesundheitsfonds in einer besonderen Organisationseinheit ("Clearingstelle Investitionskosten im Krankenhaus") übernehmen. Die Höhe des an die einzelne Krankenkasse weiterzuleitenden Förderzuschusses je Krankenhausfall könnte sich nach dem Fördervolumen und der Fallzahl des Bundeslandes, in dem das be-</p>	<p>ErsatzKK: - Beibehaltung der dualen Finanzierung - Abschaffung des Art. 14 GSG (Investitionskostenzuschlag für die neuen Bundesländer)</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - Finanzierung aus einer Hand - Monistik bringt Schwerpunktsetzung im DRG- Bereich und Investition in systematischen Gleichklang</p> <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Nur noch für Notfallversorgung Keine Förderung, die sich an Investitionsvorhaben bindet</p> <p>IKK: Die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung wird befürwortet, <u>sofern</u> die Krankenhausplanung in die Verantwortung der Kassen übergeht. Da die Bedin-</p>	<p>Sachverständigenrat: Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung (Ziffer 91).</p>	<p>BVMed: k.A.</p> <p>BMG Der in der dualen Finanzierung entstandene Investitionsstau muss abgebaut werden.</p> <p>Die Investitionsfinanzierung wird ab 2009 in einem Übergangszeitraum von 10 bis 15 Jahren auf eine monistische Finanzierung überführt.</p> <p>Über die DRG-Fallpauschalen erhalten die Krankenhäuser auf leistungsbezogener Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen.</p> <p>Die mit der Einführung der monistischen Finanzierung verbundene finanzielle Entlastung der Länder muss durch eine Kompensation ausgeglichen werden. Hierfür bieten sich die Ver-</p>

Synopsis der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>handelnde Krankenhaus seinen Sitz hat, bemessen.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Beibehaltung einer dualen Finanzierung, d.h. eine Finanzierung der Investitionskosten durch Steuermittel. Die Finanzierung muss verlässlich und in ausreichendem Maße erfolgen (regelmäßige Zuweisungen pauschaler Investitionsmittel). Der Investitionsstau muss innerhalb eines festen, überschaubaren Zeitraums abgebaut werden. Die Förderpraxis muss den Krankenhäusern Finanzierungssicherheit und unternehmerische Handlungsfreiheit verschaffen. Vorstellbar sind Kombinationen von Einzelförderung und Pauschalförderungen. Investitionspauschalen sind allerdings nicht als Zuschläge auf die DRG-Vergütungen zu zahlen, weil die DRGs den Investitionsbedarf der Krankenhäuser nicht abbilden. Sie sind nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu kalkulieren.</p> <p>Diakonie / DEKV: Beibehaltung der dualen Finanzierung durch Bund und Länder, solange unterschiedliche Ausgangssituationen in den Krankenhäusern bestehen und erforderliche sozialpolitische Rahmenbedingungen für eine Monistik nicht gegeben sind. Die Investitionsfinanzierung muss verlässlich und in ausreichendem Maße erfolgen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Landkreistag setzt sich für eine Beibehaltung der dualen Finanzierung auch nach Ende der Konvergenzphase ein. Forderung, dass Pauschalförderung mit deutlich weniger Bürokratie und mit einer Ausrichtung an den Erfordernissen der DRG-Fallpauschalenfinanzierung erfolgt. Aufforderung an die Länder die notwendigen Investitionsmittel bereitzustellen. Duale Finanzierung ist der monistischen Finanzierung deutlich überlegen. Die bei der dualen Finanzierung benannten Mängel sind relativ einfach zu beseitigen. Ankoppelung von Investitionszuschlägen an die DRG-Fallpauschalen</p>	<p>gungen aber derzeit unklar sind, wird für die Beibehaltung der dualen Finanzierung für die nächsten 10 Jahre bei gleichzeitiger deutlicher Erhöhung der Fördermittel plädiert.</p>		<p>handlungen der von Bundestag und Bundesrat eingesetzte Kommission zur Minderung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen (Föderalismuskommission II) an.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>würde zu einer Fehlallokation von öffentl. Finanzmitteln führen. Mit den Invest.Zuschlägen wäre nicht gesichert, dass die Finanzmittel tatsächl. dort vorhanden sind, wo sie benötigt werden. Krankenhausträger entscheiden über Investitionen nach ihren Gewinnaussichten. Der Investitionszuschlag zu den DRG-Fallpauschalen würde eine Verteilung von Fördermitteln mit der Gießkanne über alle Krankenhäuser hinweg gleichkommen und kleinere Krankenhäuser benachteiligen.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Ein Umstieg auf eine monistische Finanzierung setzt den Abbau des Investitionsstaus sowie eine vollständige Überleitung der bisher von den Ländern zur Investitionsförderung gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bereitgestellten Mittel in das GKV-System voraus. Die Investitionskostenanteile sind im DRG-System transparent auszuweisen. Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser zukünftig frei über die Verwendungsart und den -zeitpunkt der Investitionsmittel entscheiden können. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, spricht sich die DKG für die Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung aus.</p> <p>BPtK: Eine fallbezogene Zuschlagsfinanzierung von Investitionen ist zu prüfen. Im Sinne der integrierten Versorgungsplanung sind die Plandaten für Investitionsanträge anzupassen. Abbau des Investitionsstaus ist Voraussetzung für Monistik.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Monistische Finanzierung zwingend, aber erst, wenn die Fragen des Überganges geklärt sind.</p> <p>Uniklinika: monistische Finanzierung über Investitionskostenzuschlag bei den DRG's</p>			

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
-----------------------------	--------------------	--------------	-----------------	----------

<p>Gibt es Gründe, die für einen Systemwechsel auf den Monismus sprechen, und falls ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie soll dann ein Übergang konkret ausgestaltet werden? - welcher Finanzrahmen wird dann für die Krankenhaus-versorgung für notwendig erachtet? - wie sollen dann die Mittel für die Krankenhaus-versorgung aufgebracht und verteilt werden? 	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten immer weniger nach, ein gravierender Investitionsstau in den Krankenhäusern ist die Folge. Die duale Finanzierung führt auch zu einer Abhängigkeit der Krankenhäuser von der jeweiligen Haushaltslage der Länder. Weitere Schwachstellen des derzeitigen Systems der dualistischen Krankenhausfinanzierung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlagerung unternehmerischer Investitionsentscheidungen auf eine öffentliche Behörde - Fehlende Transparenz bei der Mittelvergabe - Gefahr informeller/unbewusst unterschiedlicher Förderung einzelner Krankenhäuser - Gefahr der Unwirtschaftlichkeit bei der Planung und Ausführung bei mit Fördermitteln subventionierten Investitionen - hoher Zeit- und Verwaltungsaufwand von Beantragung bis Ausschüttung der Fördermittel - die Zuteilung von Fördermitteln ist vom tatsächlichen Leistungsgeschehen und der Leistungsentwicklung in der Region weitgehend unabhängig. <p>Daher ist die so genannte Monistik - die einzige Variante, die ökonomisch sinnvoll ist.</p> <p>Der Investitionsbedarf ist die entscheidende Größe für die Feststellung der nötigen Investitionsmittel. Der Investitionsbedarf ergibt sich aus einer aufwands- und leistungsbezogenen Kalkulation je DRG.</p>	<p>ErsatzKK: - Nein</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - Systemwechsel unvermeidlich - Finanzierungsquote < 5% - Voraussetzung für funktionierende Wettbewerbsmechanismen, befristeter Fond, günstige Zinskonditionen Gesundheitsfond(§ 271 SGB V) bietet Weg, Zuführung der bisherigen Landesmittel in Fond</p> <p>IKK: Sollte es zur Monistik kommen, muss es einen ausreichenden langfristigen Übergangszeitraum geben, bei dem die Länder und die Krankenkassen gemeinsam und einvernehmlich die notwendige Kapazitätsplanung vornehmen und die Länder ausreichend Fördermittel bereitstellen, damit die bedarfsnotwendigen Einrichtungen auch die gleichen Startchancen erhalten, es einen geregelten, abgestuften Übergang vom Investitionsfonds auf die Leistungs-</p>	<p>Sachverständigenrat: Monistische Finanzierung stellt eine verlässliche Investitionskosten-förderung sicher und entfaltet zielgerichtete Anreize (Ziffer 91). Vergabe der Investitionsmittel soll direkt an die DRGs gekoppelt werden (eventuell mit funktionalem oder prozentualem Zuschlag und ergänzend im Einzelfall mit zusätzlichen Aufschlägen) (Ziffer 92). Zusätzliche finanzielle Lasten werden gemischt von Ländern, Bund, Krankenkassen und Krankenhäusern finanziert; in der Übergangsphase finanzieren die Länder ihre Investitionsprogramme voll mit dem Ziel der Gleichstellung aller Häuser; nach Übergangsphase verwenden die Länder einen angemessenen Teil der Mittel zur Sicherung der Notfallversorgung und zur Abwehr von Unterversorgung (Ziffer 93).</p>	<p>BVMed: k.A.</p>
--	--	---	--	-------------------------------

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
-----------------------------	--------------------	--------------	-----------------	----------

	<p>Diese Kalkulation sollte sinnvollerweise vom InEK vorgenommen werden. Bis dahin kann im Übergang auch eine politisch administrierte Festsetzung des Investitionsbedarfs festgelegt werden. Die einzelnen Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes haben durch die unterschiedliche Zuteilung von Investitionsmitteln als Einzelförderung (Zeitpunkt und Höhe) unterschiedliche Ausgangssituationen zu Beginn der monetarischen Finanzierung. Diese könnten über eine zehnjährige Konvergenzphase ausgeglichen werden.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Entscheidend ist die Gewährleistung einer steuerfinanzierten, verlässlichen und ausreichenden Finanzierung ihres Investitionsbedarfs. Dies würde erreicht, wenn den Krankenhäusern verlässlich und regelmäßig Investitionsmittel in entsprechender Höhe zur Verfügung gestellt würden.</p> <p>Diakonie / DEKV: (keine Stellungnahme)</p> <p>Deutscher Landkreistag:</p> <p>Fortsetzung von oben Eine solche Gestaltung der Invest.förderung würde den Konzentrationsprozess bei den Leistungsanbietern beschleunigen, da nur große KH entspr. Investitionsmittel für neue Technologien und Modernisierungen zusammenbrächten. Für Krankenhäuser notwendige Überschüsse können nur durch eine Ausweitung der Behandlungsmengen erzielt werden. Ruft die Gefahr einer med. nicht indizierten Leistungsausweitung hervor.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Vor dem Hintergrund der rückläufigen Entwicklung der Förderbereitschaft der Länder und angesichts der nach wie vor angespannten Situation der Länderhaushalte könnte durch eine Umstellung auf eine monetarische Krankenhausfinanzierung eine Verbesserung der Investitionsmöglichkeiten der Krankenhäuser erreicht werden. Darüber</p>	<p>entgelte geben. die Einführung kostenneutral für die Krankenkassen ausgestaltet werden.</p>		
--	--	--	--	--

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>hinaus könnte mit einem Umstieg auf eine monistische Finanzierung ein Abbau bürokratischer Vorgaben einhergehen und den Krankenhäusern ein größerer Entscheidungsspielraum über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel eingeräumt werden.</p> <p>Marburger Bund: Monistik ist dann eine Alternative, wenn sie überzeugende Lösungen bezüglich der Fragen nach Dauerhaftigkeit, Sicherheit, Geschwindigkeit, Größenordnung der Finanzmittel bietet.</p> <p>Bundesärztekammer: der Übergang ist insgesamt ungeklärt.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Monismus: ja. Aber Beibehaltung der zwei Finanzierungsquellen. Bildung eines „Landesinvestitionsfond“, der nach Leistungskriterien auf DRG-Basis verteilt wird. Beibehaltung der Einzelförderung für Notfall- und Unterversorgung</p> <p>Uniklinika: es gibt zahlreiche Gründe, die für die Monistik sprechen (genannt werden im Wesentlichen diejenigen, die auch in den Berichten der AG Krankenhauswesen aufgeführt sind). Übergangslösung: gemeinsame Finanzierung der Investitionen durch Länder und Kassen. Erhöhung der Investitionsquote von 5 % auf 12 %</p>			

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
<p>Welche Möglichkeiten werden gesehen, das seitherige duale Finanzierungssystem zu verbessern?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Das duale Finanzierungssystem müsste die Verpflichtung enthalten, dass die Länder ihre heutige Investitionsfinanzierung verdoppeln und auf diesem Niveau dauerhaft garantieren. Die Entscheidungs- und Vergabeverfahren im Rahmen der Investitionsförderprogramme der Länder müssten grundlegend überarbeitet und erneuert werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Entscheidungspraxis nicht durch politisch motivierte Erwägungen dominiert wird und der wettbewerblichen Entwicklung nicht entgegensteht. Es erscheint eher zweifelhaft ob diese Zielsetzung erreicht werden kann.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Eine stärkere und verlässliche Pauschalförderung würde zu einer Entbürokratisierung beitragen. Die Krankenhäuser sollten frei entscheiden dürfen, wann und für welche Investitionen sie die zweckgebundenen Mittel verwenden.</p> <p>Diakonie / DEKV: Es muss sichergestellt werden, dass die Bundesländer Mittel in ausreichendem Maße zur Finanzierung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser bereitstellen - unabhängig von der Auszahlung dieser Mittel über den Gesundheitsfonds oder im Rahmen traditioneller Wege der Pauschal- oder Einzelförderung. Vorgeschlagen wird eine verpflichtende Vorgabe einer bundeseinheitlich zu vereinbarenden Mindestinvestitionsquote. Darüber könnte im Rahmen der Gespräche zur Fortführung der Föderalismusreform verhandelt werden.</p> <p>Deutscher Landkreistag:</p> <p>Fortsetzung von oben Die Einzahlung der heutigen Investitionsfördermittel von Ländern und Kommunen i.d. künftigen Gesundheitsfonds würde bewirken, dass Länder und Kommunen den Zentralisierungsprozess u.d. Kettenbildung der KH mitfinanzieren, ohne dass sie einer Unterversorgung in ihren Regionen mit eigenen Finanzmitteln begegnen könnten und für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung zusätzl. neue Fi-</p>	<p>ErsatzKK: Abschaffung des Art. 14 GSG (Investitionskostenzuschlag für die neuen Bundesländer)</p> <p>AOK Baden-Württemberg: s.o.</p> <p>IKK: Keine Angabe</p>	<p>Sachverständigenrat: Keine, die Länder stellen nicht mehr ausreichend Investitionskapital zur Verfügung (Ziffer 91).</p>	<p>BVMed: k.A.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>nanzmittel einsetzen müssten.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Die Durchführung öffentlich geförderter Investitionsvorhaben muss insbesondere durch einen gezielten Abbau bürokratischer Vorgaben vereinfacht werden. So sollte den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, Investitionen nach § 9 Abs. 1 KHG (Einzelförderung) auch über Pauschalbeträge zu fördern, mit denen die Krankenhäuser unter Beachtung der Zweckbindung der Mittel frei wirtschaften können, zum Beispiel zur Finanzierung von ÖPP-Projekten.</p> <p>Marburger Bund: Ausreichende Finanzausstattung durch die Länder</p> <p>Bundesärztekammer: Aufhebung der Deckelung des Krankenhausbudgets, Rückgängigmachung der Krankenhaussonderopfer (GKV-WSG-, Festhalten an der Daseinsvorsorge in der Krankenhausplanung</p> <p>Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Anpassung des Fördervolumens an den Bedarf. Mehr Freiheit der Mittelverwendung.</p> <p>Uniklinika: weniger Einzelförderung, mehr Pauschalförderung</p>			
Sollte bei Beibehaltung der seitherigen dualen Investitionsförderung durch die Länder eher eine Stärkung der Einzel- oder Pauschalförderung angestrebt werden?	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die Einzel- und Pauschalförderung sollten zu einer einheitlichen Fördersumme zusammengefasst werden, die den Krankenhäusern leistungsorientiert als differenzierter Zuschlag auf die DRGs ausbezahlt werden. Die Krankenhäuser müssen über die Förderung frei verfügen und ihre Investitionsentscheidungen eigenständig nach unternehmerischen Grundsätzen treffen können.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Kombination von Einzelförderung für Neu- und Erweiterungsbauten</p>	<p>ErsatzKK: k.A.</p> <p>AOK Baden-Württemberg: s.o.</p> <p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Keine Orientierung am Bett, Keine Bindung an Investiti-</p>	<p>Sachverständigenrat: -</p>	<p>BVMed: k.A.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>(Großprojekte auf der Basis der Krankenhausplanung) und Pauschal- förderung für alle anderen Maßnahmen (ohne Einzelanträge und Verwendungsnachweise). Großinvestitionen sollten über die Länder finanziert werden, der Rest pauschal über einen Fonds, an dem Län- der, Krankenkassen und Krankenhausträger beteiligt sind, abzude- cken. Der vorliegende Investitionsstau in Höhe von 50 Mrd. Euro soll aus Steuermitteln finanziert und über eine Laufzeit von 10 Jahren abgebaut werden. Die Abwicklung und Umsetzung soll zweckgebun- den über den Gesundheitsfonds erfolgen.</p> <p>Diakonie / DEKV: Forderung nach Abbau des derzeitigen Investitionsstaus und einer Investitionsfinanzierung, die langfristige Finanzierungssicherheit und unternehmerische Entscheidungsfreiheit ermöglicht. Dazu wird ein weiterer Ausbau der Pauschalförderung vorgeschlagen. Vorstellbar ist die Realisierung der Pauschalförderung über Zuschläge zu den DRG- Fallpauschalen. Hierzu bedarf es jedoch einer differenzierten Kalku- lation der Pauschalen nach betriebswirtschaftlichen Kriterien.</p> <p>Deutscher Landkreistag: <u>Fortsetzung von oben</u> Erfahrung a.d. Zeit vor 1972 und vor dem KHG lehrt, dass allein die Betriebskostenfinanz. Die Krankenkassen stellen nicht die Invest- Mittel zur Verfügung, die notwendig sind, um einen KHBetrieb auf dem akt. Stand des med.-techn. Fortschritt zu halten.</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Bei einer Beibehaltung der Investitionsförderung durch die Länder sollte den Krankenhäusern zukünftig die Möglichkeit eingeräumt werden, unter Beachtung der Zweckbindung frei über die Verwen- dungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel ent- scheiden zu können. Insofern sollte grundsätzlich eine Stärkung der Pauschalförderung angestrebt werden.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Stärkere Priorisierung der Pauschalförderung</p>	<p>onsvorhaben, (Pauschale, z.B. gebunden an CMI)</p> <p>IKK: Keine Angabe</p>		

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
-----------------------------	--------------------	--------------	-----------------	----------

	<p>Uniklinika: mehr Pauschalförderung</p>			
<p>Welche alternativen Finanzierungsformen sind zur Steigerung der Finanzkraft der Krankenhäuser denkbar?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Private Public Partnership Modelle (PPP/ÖPP) sind auch im Gesundheitswesen eine ausbaufähige Option, die eine Stärkung der Finanzkraft der in öffentlicher Hand geführten Krankenhäuser und Universitätsklinika ermöglichen. Eine weitere Option bieten Private Equity Gesellschaften (PEG). Eine Fremdfinanzierung würde in einem monistischen System betriebswirtschaftlich planbarer und damit für die Krankenhäuser leichter zugänglich sein zu machen. Private Krankenhausträger sind, was den Zugang zum Kapitalmarkt betrifft, im Vorteil.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Zielführend sind eine Reduzierung der steuerlichen Belastungen (z.B. Reduzierung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel), Verbesserung von Erlösmöglichkeiten und Erleichterung des Zugangs zum Kapitalmarkt.</p> <p>Diakonie / DEKV: Gemeinwohlorientierten Krankenhäusern müssten neue Möglichkeiten der Kapitalbeschaffung eröffnet werden, um bestehende Nachteile im Wettbewerb mit gewinnorientierten Trägern auszugleichen. Das betrifft z. B. die Auslegung des Kriteriums der zeitnahen Mittelverwendung oder die begrenzte Aufnahme privaten Kapitals, das zu bankenvergleichbaren Konditionen verzinst werden müsste.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Fortsetzung von oben Diese bei tagesgleichen Pflegesätzen gemachte Erfahrung gilt im gleichen Maße für die DRG-Fallpauschalenfinanzierung.</p>	<p>ErsatzKK: k.A.</p> <p>AOK Baden-Württemberg: PPP</p> <p>IKK: Keine Angabe</p>	<p>Sachverständigenrat: Es wird allein der Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung für sinnvoll erachtet (Ziffer 91).</p>	<p>BVMed: k.A.</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Finanzierung ihrer Investitionen aus Eigenmitteln könnten durch Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Erlösmöglichkeiten sowie durch eine Reduzierung ihrer steuerlichen Belastungen verbessert werden.</p> <p>Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Alternative Finanzierungsformen werden bereits genutzt. Sie dürfen nicht zur Reduzierung der sonstigen Fördermittel führen.</p> <p>Uniklinika: ausschließlich staatliche Investitionskostenförderung</p>			
	<p>V. <u>Qualität</u></p>			
<p>Können Qualitätskriterien zur Zulassung und Bewertung von Krankenhausleistungen entwickelt und als Leitkriterium für einen Preiswettbewerb genutzt werden?</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. - BDPK -: Die bisher verfügbaren Daten zur Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung in Deutschland (BQS-Daten) sind nicht geeignet, über die Zulassung von Krankenhausleistungen zu entscheiden. Qualitätsergebnisse stellen sich für ein Krankenhaus mit seinen verschiedenen Abteilungen und Leistungen nie einheitlich und konstant dar. Insofern würde sich die Aussagekraft der Qualitätsergebnisse hinsichtlich der Zulassung nur auf Teile des Krankenhauses beziehen. Eine Möglichkeit bei schlechten Ergebnissen wieder zugelassen zu werden, gäbe es nicht, weil ja keine Leistungen mehr erbracht werden können. Für einen Preiswettbewerb eignen sich Qualitätsergebnisse derzeit ebenfalls nicht. Gerade schwierige Fälle mit problematischem und ungewissem Ergebnis würden von den Krankenhäusern möglichst nicht angenommen werden. Aus Sicht des Patienten hingegen haben Angaben zur Ergebnisqualität eine hohe Bedeutung und Aussagekraft. Transparenz über Qualität der Leistungen der Krankenhäuser sind die Entscheidungsgrundlage für Patienten und einweisende Ärzte bei der Auswahl des Krankenhauses. Hierdurch werden ein Qualitätswettbewerb und Spezialisierungen befördert. Neben den BQS-Daten und den Informationen aus den Qualitätsberichten stehen dafür auch die Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntG zur Verfügung, die</p>	<p>ErsatzKK: - Weiterentwicklung der QS-Systeme durch Kombination von Routine- und Erhebungsdaten - QS sektorenübergreifend entwickeln - Ausbau des Instruments des Qualitätsberichtes für Kostenträger und Patienten/-innen</p> <p>AOK Baden-Württemberg: - Bedarfsplanung ist zu Gunsten bundesweit zu erfüllender Qualitätsstandards abzuschaffen - Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren mit Abbildung von Ergebnisqualität</p>	<p>Sachverständigenrat: Da Höchstpreissystem auch weit reichende negative Wirkungen u.a. auf die Qualität der Leistungserbringung haben kann, wird parallel zur graduellen Einführung eines Höchstpreissystems die Stärkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen empfohlen (Ziffer 96). Patientensicherheitsindikatoren (PSI) müssen in Qualitätsindikatoren-Sets integriert werden. Um die Qualität zu steigern, sollten vermehrt externe Anreize diskutiert werden (von Rankinglisten bis zu zusätzlichen, leistungsbezogenen Vergütungsbestandteilen)(Ziffer 102 ff).</p>	<p>BVMed: Forderung nach definierten Qualitätsstandards für Qualitätswettbewerb</p>

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>nicht nur einen Vergleich der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sondern auch zur Qualitätssicherung genutzt werden können. Mindestmenvorgaben für die Erbringung bestimmter Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss stehen im Widerspruch zu einer wettbewerblich ausgestalteten Krankenhausversorgung.</p> <p>Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. - KKVD -: Die Festlegung einheitlicher Qualitätskriterien und eines standardisierten Zertifizierungsverfahrens sind anzustreben. Dabei ist der Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität und standardisierte, evidenzbasierte Qualitätskriterien zu legen. Ein Qualitätswettbewerb wird im Gegensatz zu einem Preiswettbewerb, der Qualitätsverluste bewirken könnte, befürwortet. Mindestmengenregelungen sollten nur in Ausnahmefällen bei eindeutiger Relation zwischen Qualität und Menge zur Geltung kommen.</p> <p>Diakonie / DEKV: Befürwortung eines Qualitätswettbewerbes, in dem nachweisbare medizinische und pflegerische Ergebnisqualität im Vordergrund steht. Forderung nach Festlegung einheitlicher Qualitätskriterien und einem standardisierten Zertifizierungsverfahren. Mindestmengenregelungen, die einen Qualitätswettbewerb eher behindern als dass sie ihn stützen, nur in begründeten Ausnahmefällen.</p> <p>Deutscher Landkreistag: Keine Angaben</p> <p>Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG: Jedes Krankenhaus ist zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung verpflichtet, die bundesweit fast 20 Prozent des gesamten stationären Leistungsspektrums umfasst; die gesetzlichen Qualitätsberichte 2007 stellen einrichtungsbezogen die Behandlungsergebnisse der Krankenhäuser dar und sind für jeden Bürger zugänglich; weit mehr als 500 Krankenhäuser haben erfolgreich das freiwillige Zertifizierungsverfahren KTQ durchlaufen. Die Notwendigkeit weiterer Qualitätskriterien für Krankenhäuser - ob zur Zulassung oder als Leitkrite-</p>	<p>AOK Baden- Württemberg (elektiv-selektiv): Teil der Verträge für elektive Leistungen, aber die Strukturen der kassenspez. Vereinbarungen sollten nicht näher geregelt werden</p> <p>IKK: Verknüpfung vom Ergebnis Qualität und Preis im Rahmen gesonderter vertraglicher Vereinbarungen</p>	<p>GBA: Regional und überregional zu definierender spezialisierter Versorgungsbedarf, abgestuft nach definierten Versorgungsstufen, muss Grundlage der Krankenhausplanung bleiben. Innerhalb der Versorgungsstufen ergänzender Einsatz von Qualitätsindikatoren auch im Rahmen der Krankenhausplanung. Externe stationäre Qualitätssicherung mit über 189 Qualitätsindikatoren (BQS Verfahren) deckt bisher allerdings nur etwa 20% des Leistungsspektrums der Krankenhäuser ab. Aus den QI könnte für Krankenhausplaner z.B. der Indikator „Operationszeitpunkt nach einer Oberschenkelfraktur“ von Interesse sein. Derzeit gibt der Indikator einen Zeitraum von 48 Stunden vor, der im Ausland als ein Indikator zur Qualitätsbeurteilung eingesetzt wird. Dieser Indikator kann jedoch nicht von allen KH eingehalten werden. Auch der Sachverständigenrat empfiehlt diesen Qualitätsindikator unter dem Stichwort „Zugang zur Versorgung“ (area-Indikatoren). Länder haben die Möglichkeit, das</p>	

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
	<p>rium für einen Preiswettbewerb – ist nicht gegeben. Stattdessen sollte die sektorübergreifende Qualitätssicherung weiter ausgebaut werden, um eine patientenorientierte Verlaufsbeobachtung über die Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen. Hierfür muss jedoch auch der niedergelassene Bereich Transparenz über die dortige Ergebnisqualität zulassen.</p> <p>BPtK: Vorbild könnte der Bereich für Rehabilitation psychiatrischer Patienten sein. Kritisiert wird, dass es derzeit keine verpflichtende Zertifizierung in Zusammenhang mit dem Versorgungsauftrag gibt.</p> <p>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD: Qualitätswettbewerb und -transparenz durch Nutzung weitestgehend vorhandener Routinedaten. Auf die Validität u. Vergleichbarkeit entsprechender Daten ist größter Wert zu legen. Das Vergütungssystem darf keine Anreize zur Absenkung der Qualität bieten.</p> <p>Uniklinika: Ablehnung von Preiswettbewerb. Differenzierung der Vergütung anhand von Qualitätskriterien.</p>		<p>Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu beauftragen oder anzufragen, ob schon QI bestehen und diese von den Ländern genutzt werden können. Qualitätsindikatoren könnten auch für die Zulassungen nach § 116b herangezogen werden, das Qualitätsinstitut nach § 137a soll auch für diesen Bereich Qualitätsindikatoren entwickeln. Der Einsatz solcher im jährlichen Abstand erhobener Indikatoren für die Krankenhausplanung setzt eine hinreichend verfügbare Breite des KH-Leistungsspektrums und die Evaluation ihrer Eignung als Kriterien für eine längerfristige Krankenhausplanung voraus. Einheitliche Entwicklung von QI zur Vermeidung von doppelten Dokumentationen. Länder sollten zur Entwicklung von QI das Qualitätsinstitut nach § 137a beauftragen und die Entwicklung von QI an eine zentrale Stelle melden (Auskunft auch für interessierte andere Bundesländer). Der G-BA könnte im Rahmen seiner Aufgabe nach § 137 b SGB V den Stand der Qualitätssicherung ermitteln und den entsprechenden Wei-</p>	

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart

Interessengruppen Fragen	Leistungserbringer	Kostenträger	Sachverständige	Sonstige
			<p>terentwicklungsbedarf benennen. Nutzung von Qualitätsindikatoren für Preiswettbewerb stößt auf Bedenken. Es gibt QI, die sich in den einzelnen Krankenhäusern von Jahr zu Jahr ändern (KH in einem Jahr „statistisch“ besonders gut, in nächsten Jahr eher im Mittelfeld); andere QI sind jedoch stabil und zeigen über die Jahre gute Ergebnisse für Qualitätsindikatoren. Ziel sollte es sein, die Qualität der KHleistungen allgemein zu steigern. Bei Notfällen ist KHauswahl für Patienten nicht möglich. Daher sollte das Ziel sein, das Vertrauen der Patienten in ihr nächstes Krankenhaus zu erhalten und die Qualität insgesamt systematisch auf ein höheres Niveau zu heben. Dafür scheint eine Veröffentlichung von Indikation-, Prozess- und Ergebnisqualität als Wettbewerbsinstrument besser geeignet als differenzierte Vergütungen. Dazu kommen noch die einzubeziehenden Aspekte der Risikoadjustierung und der Datenvalidität.</p>	

Synopse der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG für die Expertenanhörung der AOLG zur "Zukunft der Krankenhausversorgung" am 20.09.2007 in Stuttgart