

# Krankenhaufinanzierung und Patientenrechte

Stefan Wöhrmann

Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

APK-Tagung am 03. und 04. November 2015  
Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation

# Wertewandel

## Krankenhäuser

- Daseinsfürsorge
- ↳ Kommerzialisierung

## Krankenkassen

- Solidaritätsprinzip
- ↳ Wettbewerb, insbesondere durch einen nicht paritätisch finanzierten Zusatzbeitrag

# Ausgaben und Fördermittel für Krankenhäuser

- Die **Ausgaben** sind von **47,51 Milliarden** Euro in 2004 auf **67,39 Milliarden** in 2014 gestiegen.
- Das entspricht einem Ausgabenanstieg im genannten Zeitraum von rund **42 Prozent**.
- Das **BIP** ist im selben Zeitraum nur um **34 Prozent** gestiegen.
- Der **Anteil** der **Krankenhausausgaben** an den GKV-Gesamtausgaben betrug 2013 **35,1 Prozent**.
- Die **Investitionsförderquote** der Länder ist von rund **10 Prozent** in 1993 auf rund **3,5 Prozent** ( $\triangleq$  2,7 Milliarden Euro) in 2013 gesunken.
- ☞ Mehr als **drei Milliarden Euro** der **Investitionsausgaben** werden pro Jahr aus GKV-Mitteln verdeckt finanziert (**schleichende Monistik**).

# Internationale und nationale Unterschiede

- International sind wir Spitzenreiter in der Quantität, d. h. bei den Fallzahlen (OECD).
- International gesehen sind wir bei der Qualität kein Spitzenreiter, d. h. wir haben zwar ein gutes, aber kein herausragendes Qualitätsniveau (Health Consumer Powerhouse).
- Zwischen den Krankenhäusern bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede (AQUA-Institut).
- Über die Qualität der psychiatrischen Versorgung gibt es keine Erkenntnisse aus den gesetzlichen Verfahren.

# Patientenrechte I

- Das Recht auf **Selbstbestimmung**: Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme darf nur mit dem Willen des Patienten geschehen, bedarf folglich seiner Einwilligung, siehe informierte Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit.
- Das Recht auf **Information über die Diagnose**, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung und die Therapie
- Das Recht auf **Information über die voraussichtlichen Kosten** der Behandlung, die in Textform zu erteilen ist

## Patientenrechte II

- Das **Recht auf Aufklärung**: Das ist eine für den Laien verständliche Erklärung des medizinischen Eingriffs, siehe ärztliche Aufklärung. Dies beinhaltet eine richtige Darstellung des Nutzens und der Erfolgsaussichten sowie der Risiken und Nebenwirkungen der geplanten medizinischen Maßnahmen. Es muss über die wesentlichen Umstände aufgeklärt werden.
- Das Recht auf sorgfältige **Heilbehandlung gemäß dem sogenannten Facharztstandard** (nicht aber eine „Erfolgsgarantie“).

## Patientenrechte III

- Das Recht auf **Vertraulichkeit** der Behandlung, dass die behandelnden und pflegenden Personen die bei Behandlung und Pflege bekanntgewordenen Informationen und Daten vertraulich behandeln und nicht unbefugt Dritten gegenüber offenbaren (ärztliche Schweigepflicht, § 203 StGB).
- Das **Recht auf Dokumentation, insbesondere der Diagnose und der Therapie.**
- Das Recht auf **Akteneinsicht in die Patientenakte, *soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.***

## Patientenrechte IV

- Das Recht auf eine **Zweitmeinung** bei gesetzlicher Krankenversicherung (außer in besonderen Versorgungsformen).
- Das **Recht auf freie Arztwahl**, dazu gehört auch das Recht, den Arzt zu wechseln.
- Das Recht auf **freie Krankenhauswahl**.
- Das Recht auf **freie Krankenkassenwahl** innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.



# Teilhabe bzw. Partizipation

- Der Leitgedanke der **UN-Behindertenrechtskonvention** ist die Umsetzung von Inklusion.
- Inklusion bedeutet Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sozialraumorientierung.
- Leider lassen sich derzeit diese Ziele oftmals nicht auf psychiatrische Hilfen übertragen, denn
  - ↳ „das System gibt seine Kunden nicht mehr her!“

# Hemmnisse einer Sozialraumorientierung in der Krankenhausvergütung

- Die stationäre Versorgung vergütet und fördert damit Belegungstage!
  - Wenn Patienten anstelle einer stationären Behandlung im niedergelassenen Bereich ambulant behandelt werden, fehlen dem Krankenhaus Erlöse, um seine Kosten zu decken.
  - Wenn ein Krankenhaus Ressourcen umschichtet, werden die Leistungen nach anderen Grundsätzen vergütet.
  - Nicht für alle Behandlungsmöglichkeiten besteht eine Abrechnungsgrundlage.
- ↪ Ein Patient wird nach Abrechnungsmöglichkeiten und nicht nach Behandlungsnotwendigkeiten versorgt.

# Finanzierungsrahmen

Der Finanzierungsrahmen regelt

- das Entgeltverfahren (Selbstkostendeckung oder **(Fest-)**Preissystem),
- ob Personalanzahlzahlen als Qualitätsmerkmal eingesetzt werden sollen (*G-BA-Beratungen wurden aufgenommen*),
- die Finanzierung von Personal- und Sachkostensteigerungen,
- die Qualitätsanforderungen,
- den Umgang mit Leistungssteigerungen (Erlösausgleiche) und Morbidität,
- den Einsatz des Entgeltsystems.

# Entgeltsystem

- DRG oder PEPP sind Instrumente, bestehend aus einem **Katalog und Abrechnungsbestimmungen**.
- International gesehen werden DRG (leistungsbezogene Entgelte) im Rahmen von **Budgetverteilungssystemen** eingesetzt.
- In Deutschland werden die Entgelte in einem **Festpreissystem** eingesetzt.
- Entgeltsysteme bestehen aus einer **Leistungsbeschreibung** und einer **Abrechnungseinheit**.

# Vorgaben für das neue Entgeltsystem

- Vergütungssystem: Die Rahmenbedingungen eines Finanzierungssystems prägen die Versorgung.
- Pauschalierend: Durchschnittsbetrachtung, die nicht auf Einzelleistungen ausdifferenziert ist
- Durchgängigkeit: Das Entgeltsystem erfasst die vollstationären Leitungen vollständig; andere Behandlungsformen jedoch nur unvollständig.
- Leistungsgerechtigkeit: Vom Abteilungsbezug der Pflegesätze ist man zu einem Diagnosezustand gekommen. Der Zustand und die Zustandsverbesserung werden nicht berücksichtigt.

# Warum damals keine DRG für den Psych-Bereich?

- Diagnoseabhängigkeit, -stellung und -kontinuität nicht durchgängig
- Die Leistungen in der sprechenden Medizin sind schwer beschreibbar.
- Die Diagnose sagt wenig über den Aufwand einer Behandlung aus.
- Verweildauer und Wiederaufnahmequote sind unterschiedlich und hoch.
- Ein Personalabbau trifft den Psych-Bereich anders als operative Disziplinen.

## PEPP–Entgelte

- PEPP–Entgelte beziehen sich auf stationäre Leistungen.
- PEPP–Entgelte sind tagesbezogen mit Verweildauerbezug.
- PEPP–Entgelte haben einen Leistungsbezug, der diagnoselastig ist.
- PEPP–Zusatzentgelte vergütet die Gabe von Arzneimitteln oder Leistungskomplexen, z. B. Elektrokrampftherapie.
- PEPP–Entgelte sind pauschaliert, d. h. allgemein und nicht differenziert.
- Die Kosten müssen nicht im Einzelfall, sondern bezogen auf die Grundgesamtheit kostendeckend sein.
- Die Entgelte sind mengenunabhängig kalkuliert.

## PEPP-Entgelte – Anreizwirkung

- Die Entgeltvergütung hat keinen Qualitätsbezug.
- Es sind Entgelte, die nicht an einen Behandlungserfolg gekoppelt sind.
- Wenn Einzelleistungen nicht erbracht werden, hat dies keine Konsequenzen.
- Der Aspekt der Fixkostendegression (hoher Auslastungsgrad) bietet einen Anreiz zur Mengenausweitung.
- Es gibt keinen Anreiz, Patienten außerstationär zu behandeln, da die Entgelte oder Abrechnungsmöglichkeiten hierfür fehlen.
- PEPP-Entgelte sind Abrechnungseinheiten und kein Finanzierungssystem!



# Ökonomisierung der Psychiatrie?

- Der Ansatz, gewinnwirtschaftlich zu denken steht geradezu automatisch im Konflikt mit dem Ansatz des Sozialen.
- Das Finanzierungssystem impliziert einen Apell zur Übernahme einer ökonomischen Vorteilslogik.
- Der einzelne Helfer ist nicht mehr ausschließlich seiner (medizinischen) Entscheidung verpflichtet. Diesem wird über die Leitungsstrukturen eine Rolle zugeschrieben, die Unternehmensziele durchzusetzen.
- Es muss Rechenschaft abgelegt werden, ob Erlöse stimmen, aber nicht darüber, ob der Patient gut versorgt ist.

# Qualität

- Es gibt nur wenige valide Ergebnisqualitätsindikatoren.
- Deshalb muss kurz- bis mittelfristig auf Strukturanforderungen zurückgegriffen werden.
- Personal ist ein Strukturqualitätsmerkmal, insbesondere im Psychatriebereich!
- Gutes und ausreichend eingesetztes Personal spiegelt sich in der Struktur- und damit in der Ergebnisqualität eines Krankenhauses wieder.

# Personalanhaltzahlen

- Relikt aus der Zeit der Selbstkostendeckung
- Beziehen sich auf
  - ➔ Personalgruppen (Pflege-PR, Psych-PV)
  - ➔ Einzelleistungen (Labor, Röntgen etc.)
  - ➔ gesamte Krankenhaus (Hausmeister nach Zahl der Betten)
- Bislang gibt es keine Personalanhaltzahlen, die sich auf Leistungskomplexe (DRG oder PEPP) beziehen.

## Ziele der Modellvorhaben nach § 64b SGB V (I)

- Die Implementierung und Weiterentwicklung einer **sektorenübergreifenden Behandlung** in der Psychiatrie
- Eine stärkere Berücksichtigung **niedrigschwelliger Behandlungsmöglichkeiten**, um so Dauer und Intensität der Behandlung besser an den konkreten Behandlungsbedarf des Patienten anzupassen
- Eine **kontinuierliche Behandlung** und Stabilisierung des Patienten, sowohl auf der **Station** als auch im **Lebensumfeld des Patienten**

## Ziele der Modellvorhaben nach §64b SGB V (II)

- Eine stärkere Akzeptanz des Betroffenen im Hinblick auf seine Behandlung
- Die Herstellung von Leistungstransparenz (was geschieht überhaupt in der Behandlung?)
- Die effizientere Nutzung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Patienten



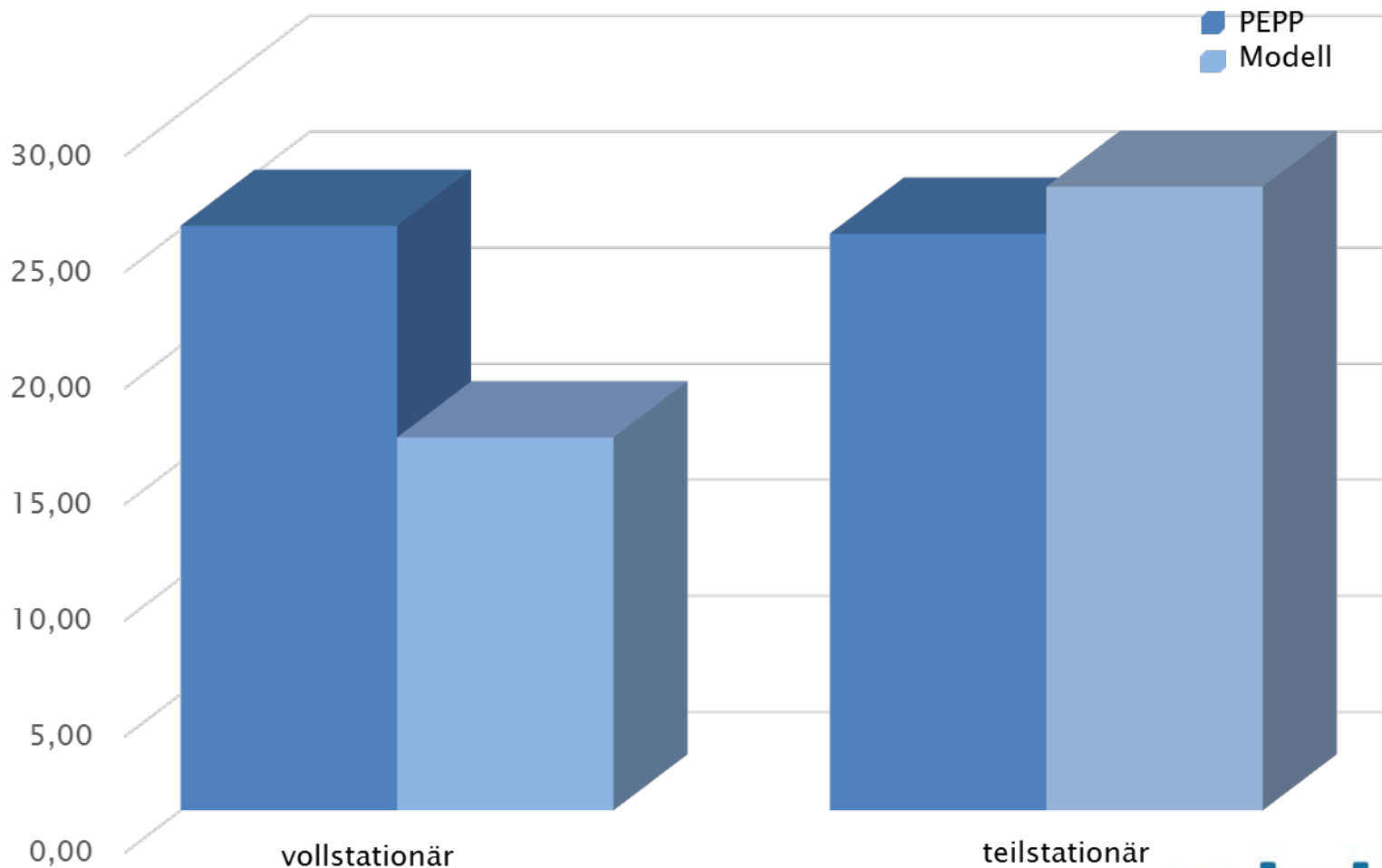
**Der Grad der Erreichung dieser Ziele soll im Rahmen einer gemeinsamen kassenübergreifenden Evaluation untersucht werden!**

# Modellvorhaben

Krankenhaus	Beginn	Laufzeit
Klinikum Hanau	1. September 2013	acht Jahre
Krankenhaus Glauchau	1. November 2013	vier Jahre mit Verlängerungsoption auf acht Jahre
Heinrich Braun Krankenhaus inkl. KJP	1. November 2013	vier Jahre mit Verlängerungsoption auf acht Jahre
St. Marien-Hospital Hamm	1. Januar 2014	acht Jahre
Klinikum Itzehoe – Zentrum für psychosoziale Medizin Fachkliniken Nordfriesland gGmbH als Träger	1. Januar 2014	sieben Jahre
der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik	1. Januar 2013	acht Jahre
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH für die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und der brücke Schleswig-Holstein gGmbH für die Tagesklinik Heide	1. Januar 2013	acht Jahre
imland gemeinnützige GmbH	1. Januar 2013	acht Jahre
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH	1. Januar 2013	acht Jahre
Nordhausen (ehemaliges Regionalbudget Thüringen) inkl. KJP	1. Januar 2014	acht Jahre
psychiatrische Klinik Lüneburg	1. Januar 2014	acht Jahre
Immanuel Klinik Rüdersorf	1. Januar 2014	acht Jahre
LWL-Universitätsklinikum Bochum	1. Dezember 2014	acht Jahre

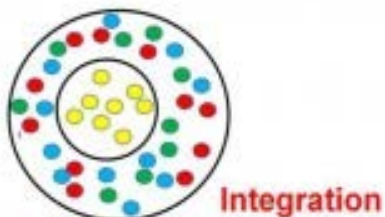
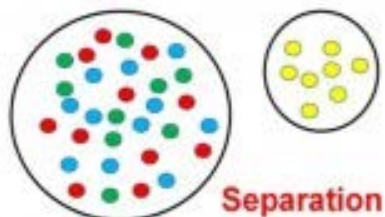
Bislang 13 Modellvorhaben wurden in sieben Bundesländern mit rund 25.000 Patienten vereinbart und in die Studie einbezogen. Fünf weitere geplant im nächsten Jahr (Bayern, Hessen, Berlin, zwei in B.-W.)

# Sektorenübergreifende Modellvorhaben zeigen bereits Wirkung



Quelle: Abrechnungsdaten Ersatzkassen 2014 (voll- und teilstationär)

# Von der Anstaltspflege hin zur Behandlung im Lebensumfeld der Patienten





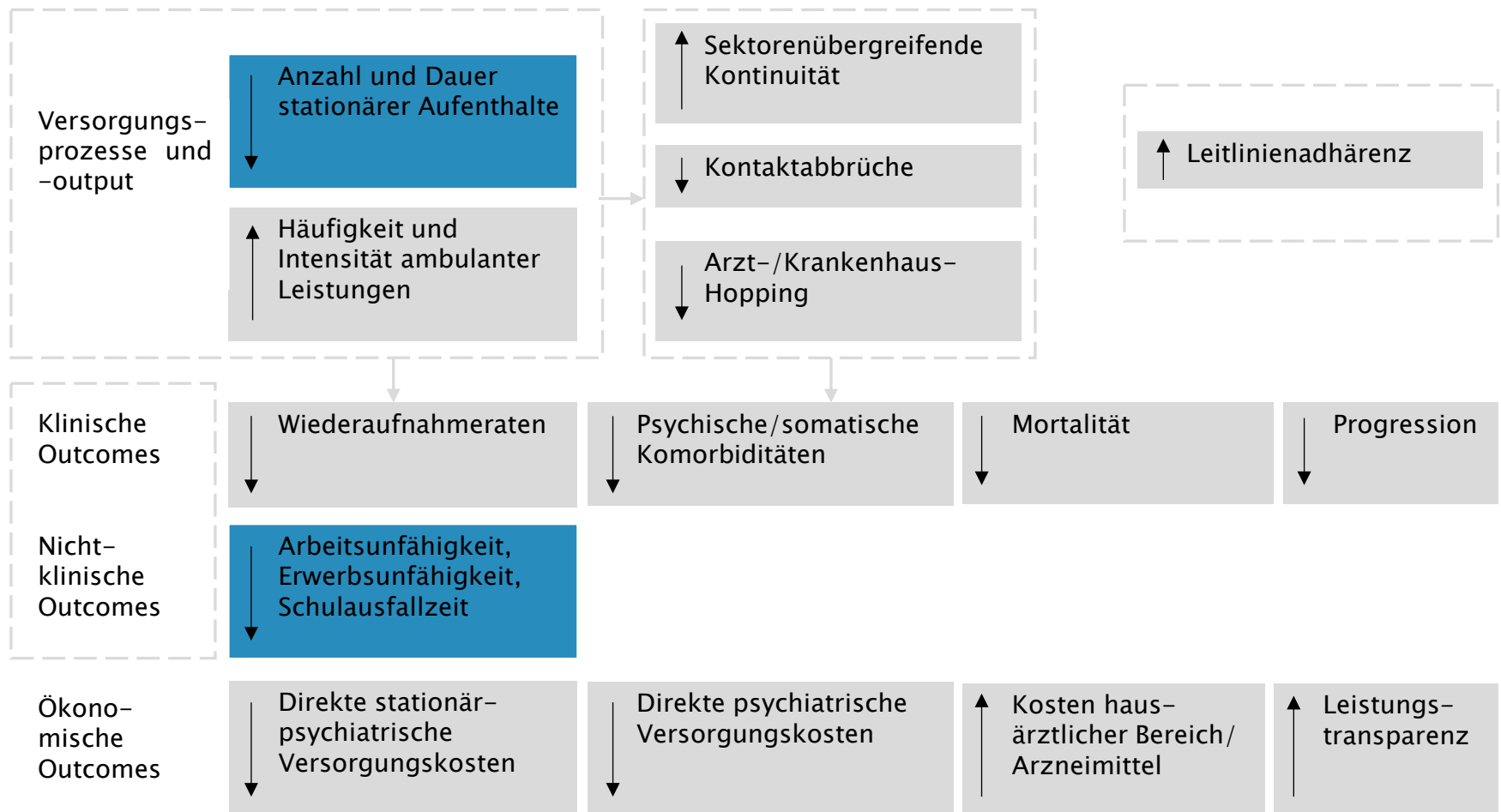
# Evaluation: Auswertung der GKV-Routinedaten

Im Wesentlichen werden die folgenden GKV-Kennzahlen bei der Evaluation berücksichtigt:

- voll- und teilstationäre Versorgung
  - ambulante Versorgung durch das Krankenhaus
  - ambulante Versorgung durch Fach- und Hausärzte
  - Arzneimittelkosten
  - Heilmittelkosten
- ☞ Der vdek hat einen Förderschwerpunkt „Psychische Erkrankungen“ in die Beratungen zum Innovationsfonds eingebracht.

# Outcomeparameter des Evaluationskonzepts

## Versorgung im Modell nach § 64b SGB V



Quelle: Evaluationskonzept des ZEGV und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (TU Dresden), der ISMG Universität Magdeburg und des WIG

## Fazit

- Ökonomisierung und Versorgungsqualität stehen nicht zwangsläufig im Widerspruch; in der Realität leider doch!
- Ein Krankenhaus wird bestraft, wenn es weniger stationär behandelt.
- Wenn Patienten verstärkt ambulant oder im Lebensumfeld behandelt werden sollen, müssen hierfür die Voraussetzungen geschaffen werden.
- Sektorengrenzen müssen ab- und nicht aufgebaut werden.
- Krankenhausträger müssen legitimiert werden, integrierte Versorgungsformen auch allein anzuwenden.

# Fazit

- Leistungstransparenz ist die Grundlage für Qualitätssicherung.
- Qualitätssicherungsverfahren greifen erst in einigen Jahren.
- Beschwerdestellen sollten eingerichtet werden.
- Patientenfürsprecher gibt es lediglich in sechs Bundesländern.



Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung  
Michael Wardenga, Sprecher der Berliner Patientenfürsprecher



Michael Wardenga, Jahrgang 1952  
Sprecher der Berliner Patientenfürsprecher,  
Patientenfürsprecher im Wichernkrankenhaus Spandau,  
Mediator,  
Trauerredner,  
Demenzlotse,  
Stv. Vorsitzender Bundesverband  
Patientenfürsprecher im  
Krankenhaus



**Kontakt:**  
[Wardenga@gesundheitbb.de](mailto:Wardenga@gesundheitbb.de)

**Vielen Dank für Ihr Interesse!**

Stefan Wöhrmann  
Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“  
Vdek, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin  
Tel.: 030 / 26 931-18 00, Fax: 030 / 26 931- 29 00, [stefan.woehrmann@vdek.com](mailto:stefan.woehrmann@vdek.com)