

Rede

von

Ulrike Elsner

**Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V.
(vdek)**

zur

Fachveranstaltung der vdek-Landesvertretung Hessen

„Quo vadis, Krankenhausversorgung?“

am 9. Mai 2014

im

Haus am Dom in Frankfurt am Main

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,
in Vorbereitung des heutigen Termins habe ich unsere Landesvertretung gefragt, wie viele Krankenhausbetten es in Hessen gibt.

Fr. Ackermann gab mir die Auskunft: Wir wissen das nicht genau.

Ich habe das als positive Nachricht aufgenommen. Denn hier in Hessen hat man sich bereits aufgemacht, die überkommene kapazitätsorientierte Krankenhausplanung der Krankenhausversorgung zu verlassen. Bettenzahlen interessieren nicht mehr.

Ich verstehe das als einen ersten Schritt in Richtung Leistungsplanung.

Ab 2016 soll zudem die Investitionsförderung auf Pauschalen umgestellt werden. Das wird den Krankenhausträgern mehr Planungssicherheit geben.

Und

Künftig sollen auch verstärkt Qualitätsaspekte in krankenhauserplanerische Entscheidungen einfließen. Das alles zeigt mir: Hessen will vorn stehen.

Noch im Mai wird die Bund-Länder AG zur Vorbereitung der Krankenhausreform sich konstituieren und bis Ende 2014 die Grundzüge der Reform vereinbaren.

Bei all den unterschiedlichen Interessenlagen eine höchst anspruchsvolle Operation.

Ich werte es deshalb als gutes Zeichen, dass Minister Grüttner mit der Koordination der B-Länder in der Arbeitsgruppe eine führende Rolle einnehmen wird.

Wir haben in Deutschland gegenwärtig 1.804 Plankrankenhäuser an 2.200 Standorten.

In über einer halben Millionen Betten werden 19 Millionen Behandlungen durchgeführt.

Auf 10.000 Einwohner kommen 65 Betten.

Zum Vergleich: In Italien sind es 37, in den USA 31 und im gesamten OECD Raum 49 Betten.

Daneben haben wir zu viele kleine Häuser in den Ballungsgebieten. Und ein Standort kostet nun mal für sich.

Wir haben ein **Kapazitäts- und Struktur-** und damit einhergehend ein **Mengenproblem.**

2013 haben die Krankenkassen etwa 65 Mrd. Euro für die Krankenhausbehandlung ausgegeben. Das sind 35 Prozent der gesamten Leistungsausgaben in der GKV.

Der stationäre Bereich ist – um es mal mit einer positiven Vokabel zu beschreiben „extrem dynamisch“.

Der Blick auf die letzten 20 Jahre zeigt: Die Krankenhausausgaben und auch die Fallzahlen sind gestiegen und gestiegen.

Allein in den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Operationen um mehr als 25 Prozent gewachsen.

Es liegt der Verdacht nahe, dass die Qualität der Indikationsstellung nicht stimmt und Menschen operiert werden, ohne zuvor mildere Behandlungsalternativen genutzt zu haben.

Für diese Fehlentwicklungen gibt es Erklärungen:

Wegen der rückläufigen Investitionsfinanzierung zwingt Krankenhäuser dazu über, notwendige Investitionen aus den Vergütungen zu finanzieren. Dabei sind diese Entgelte – also die DRGs – allein für die medizinische Behandlung gedacht und auch so kalkuliert.

Die Finanzierung von Mehrleistungen verführt in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung zum Gang in die Menge.

Nur ein Drittel der Mengenentwicklung lässt sich durch die Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung erklären.

Bei genauerer Betrachtung sehen wir:

Der Mengenanstieg konzentriert sich auf drei operative Bereiche:

Rücken- und Gelenk-OPs,

Herz-OPs,

Intensivleistungen mit Beatmung.

Im letzten Jahr wurden beispielsweise fast 25 Prozent mehr Knie operiert als noch vor zehn Jahren.

Hier ist Deutschland Spitzenreiter in Europa.

Wir müssen es schaffen, diese Fehlentwicklungen abzustellen.

Auch aus einer Schutzpflicht gegenüber den Patienten – denn schließlich birgt jede OP ein Risiko.

S.g. D+H,

ich bin überzeugt, dass wir die Qualitätsdebatte ins Zentrum der Reformen stellen müssen.

Herr Dr. Neumann und sein IGES–Institut haben hierfür gute und wichtige Vorschläge gemacht.

Wir haben schon heute viele Informationen über Qualität – aber wir müssen diese auch transparent machen die Konsequenzen aus der Qualitätsmessung ziehen.



Unsere wichtigste Forderung für die Krankenhausreform ist daher: Die Qualität muss ins Zentrum der Krankenhausreform gestellt werden: bei der Krankenhausplanung, bei der Behandlung, in der Hygiene.

Krankenhausversorgung neu denken,
heißt, Leistungsplanung statt Bettenplanung
heißt, Grenzen zwischen stationär und ambulant abbauen
heißt, Versorgung über Qualität definieren.

Die Allgemeine Zeitung Mainz titulierte am 20. April „Patienten akzeptieren lange Wege“

Berichtet wurde über eine Befragung der Beratungsgesellschaft PwC zum Thema Krankenhaus. Ergebnis: Sauberkeit und Hygiene sowie ein Team von TOPärzten sind die wichtigsten Kriterien,

wenn es um die Auswahl eines Krankenhauses geht. 70 % der Deutschen würden dafür 30 km und mehr fahren.

Ich bin der Überzeugung, dass wir auch zukünftig eine Krankenhausplanung der Länder brauchen werden – gut wäre es, wenn die Planung zwischen den Bundesländern harmonisiert wird. Ich meine, wir brauchen einheitliche Kriterien darüber, wann z. B. Überversorgung und wann Unterversorgung gegeben ist.

Die Verständigung auf bundesweite **Planungskriterien** wird helfen, gute Planungsentscheidungen zu treffen und zu vermitteln. Natürlich muss auch bei der Verwendung bundesweiter Maßstäbe sichergestellt sein, dass die Grund- und Notversorgung in akzeptabler Erreichbarkeit sichergestellt ist.

Bundesweite **Qualitätsindikatoren und Mindeststandards** können die Debatte versachlichen. Herr Dr. Neumann hat es ja anschaulich dargestellt: Wir müssen hier nicht von Null anfangen. Aber wir brauchen auch den Mut, tatsächlich Konsequenzen zu ziehen.

Häuser, die die Qualitätsvorgaben für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, sollen aber diese auch nicht mehr erbringen. Wir sollten

nicht für schlechte Qualität zahlen müssen. Deshalb sind Vergütungsabschläge kein taugliches Instrument. Wir sollten aber jedem Krankenhaus die Möglichkeit geben, die Herausforderung anzunehmen und nachzubessern.

Ich finde den Vorschlag des IGES, hierfür 2 Jahre Zeit einzuräumen, gut und praktikabel. Wird die Leistung aber nicht besser, muss sie ausgeschlossen werden. Entweder im Rahmen der Budgetverhandlungen oder über die Krankenhausplanung.

Sie merken schon – in unseren Augen muss sich das Planungs-, Versorgungs- und Vergütungsgeschehen konsequent an der guten Leistung aufhängen.

Künftig sollte geplant werden, welche Leistung in welcher Qualität an welchem Standort erbracht werden kann.

Die Ersatzkassen sind bereit, sich hier konstruktiv einzubringen Verantwortung und an der **konkreten Ausgestaltung des Leistungsspektrums** und der Leistungsmengen der Häuser mitzuarbeiten.

Auf der Landesebene genauso wie in den Vergütungsverhandlungen vor Ort.

Ich bin der Überzeugung, wenn es gelingt, die Krankenhausplanung qualitäts- und leistungsorientiert auszugestalten, dann haben wir eine gute Grundlage geschaffen, auch die Mengenprobleme in den Griff zu bekommen.

An dieser Stelle möchte ich das leidige – aber doch wichtige Thema **Investitionskostenfinanzierung** ansprechen. Die Länder und Kommunen haben die gemeinsame Aufgabe, die stationäre Versorgung sicherzustellen.

Eine Krankenhausreform ohne Gewährleistung einer ausreichenden Investitionsfinanzierung wird es nicht geben.

Ich weiß, dass sich die Länder ihrer diesbezüglichen Verpflichtung in unterschiedlichem Maße stellen – und dass die Investquote in Hessen sich oberhalb des Bundesschnitts bewegt.

Die Vorgabe einer verbindlichen Mindestinvestitionsquote durch den Bundesgesetzgeber könnte ein Weg sein, dieses Dilemma zu heilen. Im Zweifel muss sich der Bund selbst aktiv an der Investitionsfinanzierung beteiligen.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch meine Sympathie für die Forderung der Länder äußern, den Bund im Rahmen eines Umstrukturierungsfonds stärker einzubinden.

Meine Damen, meine Herren,

die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat im Frühjahr eine Kampagne gestartet: „Wann immer das Leben uns braucht“.

Mit ihrer Kampagne wirbt sie für verlässliche Rahmenbedingungen und eine faire Finanzierung.

Beides findet meine Unterstützung – über das „WIE“ werden wir uns unterhalten müssen.

Und wahrscheinlich auch nicht immer einer Meinung sein.

Unter anderem heißt es dort: „Wir alle sind das Krankenhaus“.

Dem stimme ich zu.

Und meine damit nicht nur das ärztliche und nicht-ärztliche Personal in den Krankenhäusern, um deren vielfach gute Arbeit ich weiß.

Sondern auch uns, die wir die Rahmenbedingungen gestalten:

Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen – aber auch die Krankenhausgesellschaft und die Träger.

Im Rahmen der kommenden Krankenhausreform werden wir uns alle bewegen müssen, um eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Menschen in Hessen wie im restlichen Deutschland zu sichern.