



## Krankenhausplanung 2.0

Armin Tank

Leiter der vdek Landesvertretung Schleswig-Holstein



6K-Klausurtagung 6. November 2014



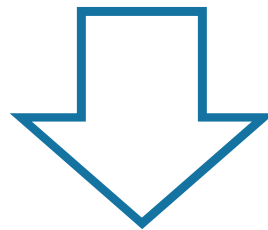
## Agenda

- **Vorbemerkungen**
- Hauptprobleme
- Positionen der Ersatzkassen
- Fazit



## Vorbemerkungen

Seit Einführung der DRGs 2003 keine umfassende Krankenhausreform!



Reformstau



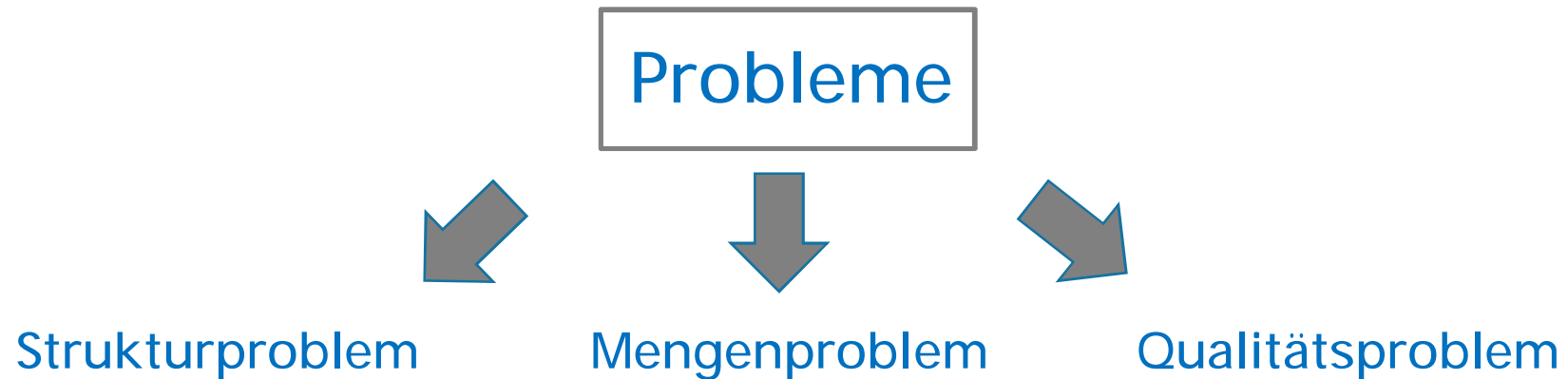
# Vorbemerkungen

## RWI-Krankenhaus-Rating-Report 2014

(Analyse von ca. 1.000 Jahresabschlüssen)

- 40 % der Kliniken schreiben rote Zahlen
- 16 % der Kliniken sind insolvenzgefährdet
- 23 % der Krankenhausbetten sind nicht belegt (Bundesschnitt)

## Vorbemerkungen



Die Ersatzkassen begrüßen eine umfassende Krankenhausreform



## Agenda

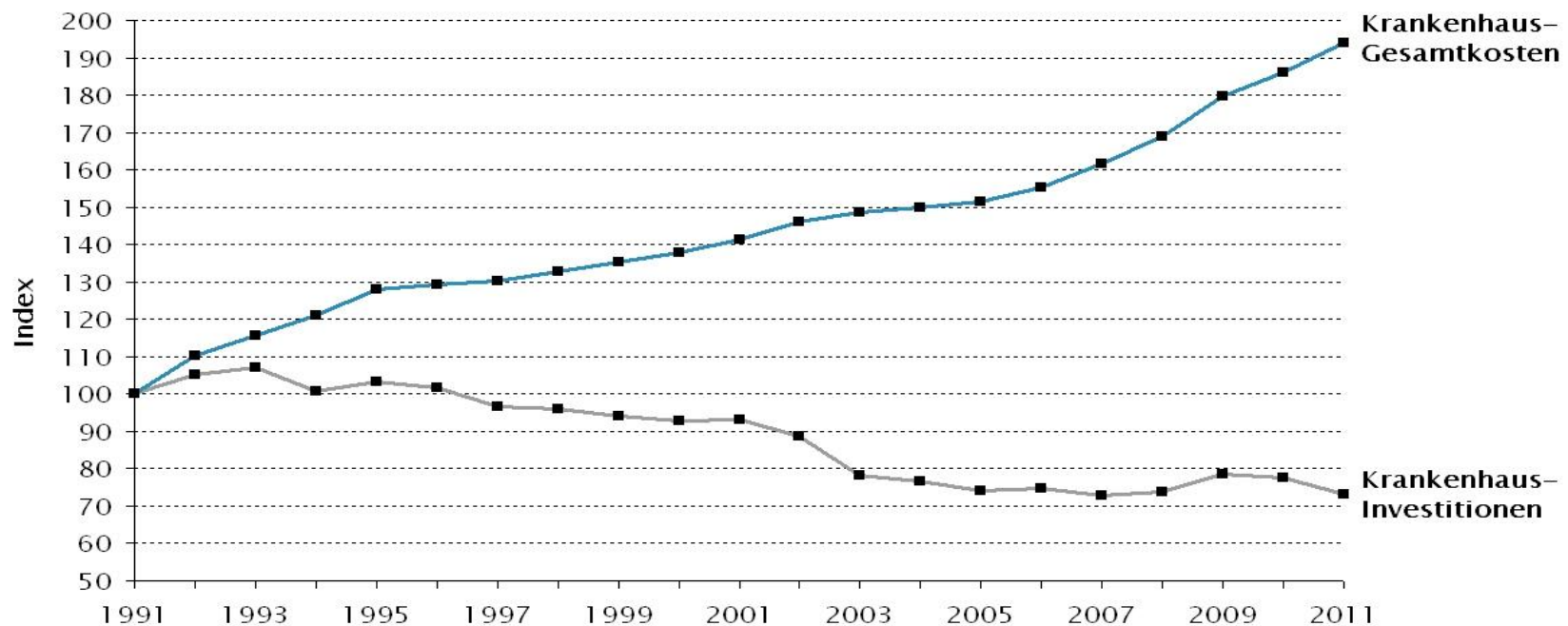
- Vorbemerkungen
- **Hauptprobleme**
- Positionen der Ersatzkassen
- Fazit

# Hauptproblem: Investitionsförderung

## Entwicklung der Krankenhausinvestitionen und –gesamtkosten

Index (1991 = 100)

1991 – 2011 – Bundesgebiet



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG und StBA.





## Hauptproblem: Investitionsförderung

- Investitionsstau: 15 Mrd. Euro (RWI)
- Investitionsstau SH: 500 Mio. Euro (KGSH)
- Rückgang des Anteils an den Gesamtkosten von 8,9 % in 1991 auf 3,3 % in 2010

**2021** ist die Nulllinie erreicht,  
wenn sich der Rückgang so fortsetzt

Feste Investitionsquote unter Beteiligung des Bundes



... damit das nicht passiert!





## Mengenproblem

- Krankenhäuser weiten ihre Leistungen aus, um die Investitionskosten über Betriebsmittel zu refinanzieren
- **Im internationalen Vergleich** (OECD-Studie Gesundheit auf einen Blick 2013):
  - 2 mal so viele Hüft- und Knie-TEPs
  - 4 mal so viele Herzkatheter

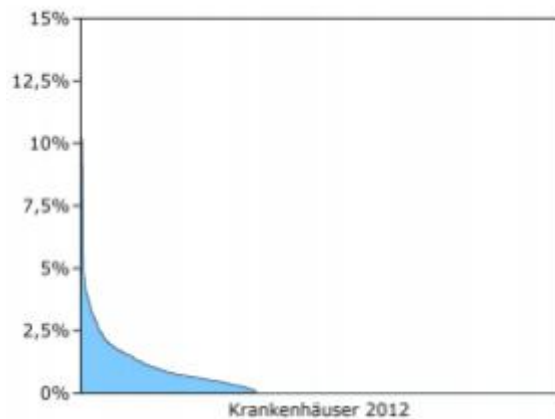


## Hauptproblem: Qualitätsgefälle

- Qualitätsreport des G-BA: durchschnittlich gute Qualität
- Zwischen den Kliniken aber erhebliches Gefälle
- Beispiele
  - Eingriffe an den Eierstöcken
    - Die besten: 100 % Organerhalt
    - Die schlechtesten: 60 % Organerhalt
  - Wundinfektionen bei Knie-Endoprothesen
    - Die besten: Nie
    - Die schlechtesten: 10 %

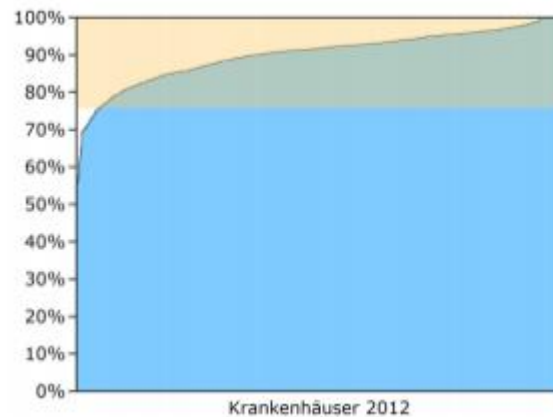
# Hauptproblem: Qualitätsgefälle

Postoperative Wundinfektionen nach Hüft-Endoprothesen



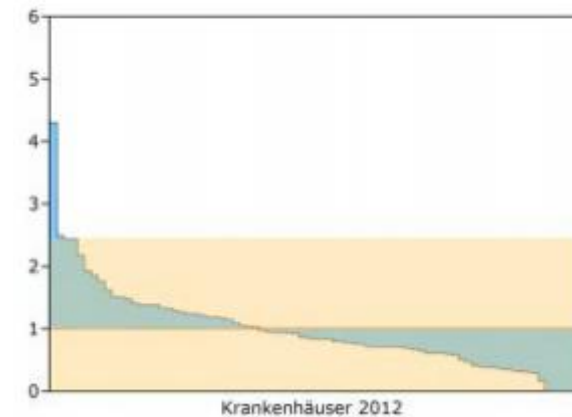
Unnötige Infektionen

Organerhaltung bei Ovareingriffen



Organverlust über 4-mal so häufig \*

Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestützter Operation an der Aortenklappe (SMR)



Mehrfach so hohe Sterblichkeit\*

\* Im Verhältnis vom schlechtesten zum besten Quartil

Quelle: AQUA 2013, Referenzbereich aus Strukturiertem Dialog



## IGES Studie 2013

- Gute Instrumente für Messung von Qualität vorhanden
- Problem: Keine konkreten Konsequenzen
- **Dauerhaft schlechte Behandlungsqualität** wird in Deutschland nicht sanktioniert

Schlechte Qualität sollte nicht schlechter vergütet werden, sie sollte gar nicht mehr erbracht werden!

# Konzeptvorschlag



Quelle: IGES Studie 2013



## Konsequenzen aus der IGES-Studie

- Qualitätsergebnisse sollen Patientenströme lenken
- Qualitätsergebnisse müssen einrichtungsbezogen veröffentlicht werden
- Für die Versicherten müssen die Ergebnisse laienverständlich aufbereitet werden
- Krankenhäuser mit schlechter Behandlungsqualität werden nach einer Karenzzeit von der Behandlung ausgeschlossen, und müssen aus dem Markt ausscheiden

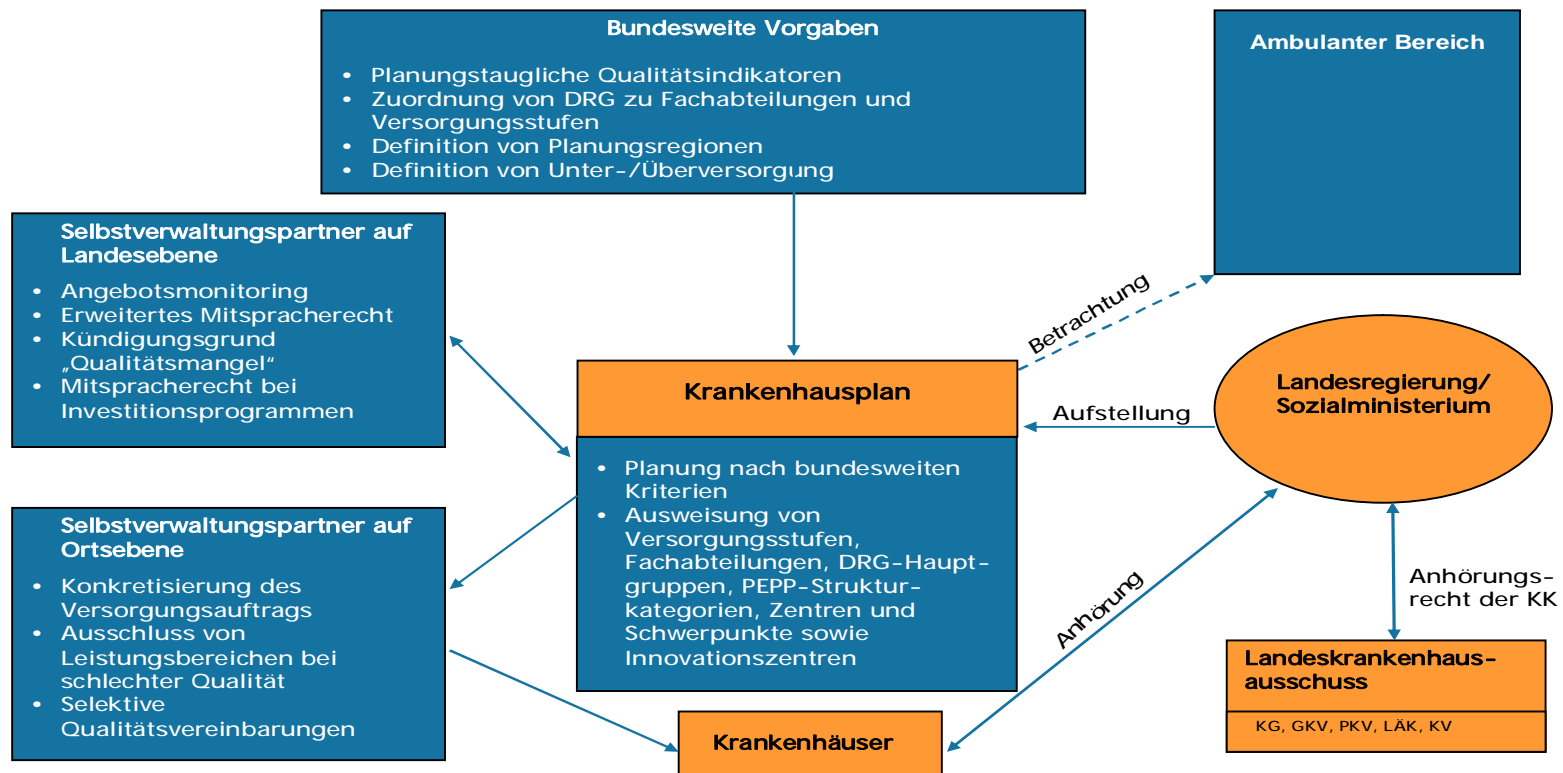


## Agenda

- Vorbemerkungen
- Hauptprobleme
- **Positionen der Ersatzkassen**
- Fazit



# Neue Krankenhausplanung



Legende ■ bisherige Planung  
■ bisherige Planung, ergänzt um neue Elemente



## Kernthesen I

- Krankenhausplanung soll künftig **einheitlich** nach **bundesweit definierten Planungskriterien** gestaltet werden
- **Qualität** muss im Fokus stehen
  - Eigenständiges Planungskriterium
  - Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren vom G-BA planungstauglich aufbereiten

... damit das nicht passiert!





## Kernthesen II

- **Kompetenzen der Selbstverwaltungspartner auf Orts- und Landesebene stärken**
- **Selbstverwaltungspartnern auf Ortsebene Konkretisierungskompetenz einräumen zur Festlegung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses**
- **Damit die Auswirkungen der Krankenhausplanung transparent gemacht werden können, sollten die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene ein Angebotsmonitoring durchführen**



## Kernthesen III

- **Innovationen müssen sicher eingeführt werden**
  - Nur in Innovationszentren, die im Krankenhausplan ausgewiesen sind
  - Evaluationen müssen Pflicht werden
- **Sektorenübergreifende Betrachtung**
- **Bund an Investitionsfinanzierung beteiligen**



## Richtlinien/Vorgaben der Bundesebene

- Die Probleme der Mengenausweitung und der Einsparungen lassen sich nicht durch reine Wettbewerbsmodelle lösen
- Sicherstellungsauftrag und Planungskompetenz sollen bei den Ländern verbleiben
- Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung
- Im Gegenzug: Bundesebene (G-BA) erhält bestimmte Kompetenzen, etwa die Definition einheitlicher Planungskriterien



## Reform der Länderplanung

Heute: Kapazitätsplanung der Länder folgt keinen Vorgaben

- Kliniken mit nicht notwendiger Leistungsausweitung erfahren im Rahmen der Planung keine Konsequenzen
- Auch bei schlechter Qualität über längere Zeit im QS-verfahren
- Leistungs- und Mengenentwicklung weicht seit der DRG-Einführung von den Planvorgaben der Länder ab
  - Da die Verweildauer gesunken ist, werden freie Bettenkapazitäten für Fallzahlsteigerungen genutzt

## Reform der Länderplanung

- Planungsrelevante Qualitätskriterien bei der Planung bzw. Zulassung anwenden und regelmäßig überprüfen
- Zentren und Schwerpunkte und neu zu definierende Innovationszentren nach G-BA-Richtlinien im Plan ausweisen

Ziel: Standortorientierte, reaktive Planung überwinden!  
Prospektive, verbindliche und die  
„Versorgung optimierende“ Planungsinstrumente einführen!





## Konkretisierungskompetenz auf örtlicher Ebene

Heute:

- Krankenkassen können das Leistungsspektrum eines Krankenhauses, das sich am Bedarf orientieren sollte, nicht mitbestimmen
- Der Ausschluss einzelner Leistungen scheitert in der Praxis spätestens in der Schiedsstelle, da hier eindeutige Rechtsgrundlagen fehlen

Folge: Wildwuchs

Der hier ist kerngesund aber gut versichert

Okay, dann machen wir irgendwas am Knie





## Konkretisierungskompetenz auf örtlicher Ebene

Folgende Maßnahmen erforderlich

- Konkretisierungskompetenz zur Bestimmung des Leistungsspektrums und zum Ausschluss von Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages einräumen
- Für planbare Leistungen Selektivverträge bei überdurchschnittlicher Qualität
- Bei Überversorgung Möglichkeiten zur Angebots- bzw. Leistungsreduktion schaffen
- Unterversorgung durch Sicherstellungszuschläge und einer Öffnung zur ambulanten Versorgung entgegenwirken



## Selbstverwaltungskompetenz auf Landesebene

- Planung heute: lediglich Anhörungsrecht
- Keine systematische Beobachtung, wie Planvorgaben wirken oder ob Strukturvoraussetzungen in den Kliniken dauerhaft vorliegen
- Keine Rechtsgrundlage für die Nutzung der Daten aus den Abrechnungs- und Qualitätssicherungsverfahren
- Landesebene stehen keine Interventionsmöglichkeiten zu, um Umsetzungsdefizite der Länder auszugleichen, wenn Planungskriterien nicht angewandt werden



## Selbstverwaltungskompetenz auf Landesebene

Folgende Maßnahmen erforderlich

- Angebotsmonitoring auf der Basis der QS-Daten sowie der Daten des InEK
- Erweitertes Mitspracherecht, wenn die Länder bei ihren Planungsaufgaben bundesweite Richtlinien nicht anwenden
- Kündigungsrecht von Versorgungsverträgen, wenn
  - Qualität nachhaltig nicht gegeben
  - Überversorgung vorliegt
- Einhaltung der Qualitätsvorgaben durch Strukturprüfungen und Qualitätsergebnisse durch Auffälligkeitsprüfungen kontrollieren



## Sektorenübergreifende Betrachtung

Heute:

- Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung im ambulanten und stationären Bereich  
(Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)
- Aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten, Datengrundlagen und Planungsansätzen heute lediglich rein sektorale Planung der ambulanten und stationären Versorgung



## Sektorenübergreifende Betrachtung

Folgende Maßnahmen erforderlich:

- Krankenhausplanung muss den ambulanten Sektor in die Betrachtung mit einbeziehen
- Schaffung einheitlicher sektorenübergreifender Datengrundlagen gesetzlich regeln
- Perspektivisch: sektorenübergreifende Planung



## Investitionsfinanzierung/-programme

- Investitionsprogramme werden derzeit auf Basis des Krankenhausplans erstellt
- Länder ziehen sich immer mehr aus der Investitionsfinanzierung zurück
- Kassen kommen für die Investitionsfinanzierung über Betriebsmittel auf
- Folgekosten für nicht bedarfsnotwendige Kapazitäten davon umfasst
- Gesamtkostenfinanzierungsanteil der Kassen steigt stetig, ohne Mitspracherecht bei der Investitionsverteilung





## Investitionsfinanzierung/-programme

Folgende Maßnahmen erforderlich

- Umstellung der Pauschalförderung auf **Investitionsbewertungsrelationen**
- Verbindliches Mitspracherecht der Kassen bei der Einzelbauförderung
- Bund an der Investitionsfinanzierung beteiligen
- Investitionsquote gesetzlich als Untergrenze verankern



## Agenda

- Vorbemerkungen
- Hauptprobleme
- Positionen der Ersatzkassen
- **Fazit**



## Fazit

- Bereinigung von Angebotskapazitäten
- Mengenproblem stoppen
- Qualität als verbindliches Planungskriterium etablieren
- Bund soll den Rahmen setzen und sich an der Investitionsfinanzierung beteiligen
- Krankenhausplanung und Investitionsförderung transparenter machen



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Armin Tank

Leiter der vdek Landesvertretung Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)

24103 Kiel

Tel 0431/ 97 44 1 - 11

[armin.tank@vdek.com](mailto:armin.tank@vdek.com)