C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

SONDERAUSGABE KRANKENHAUS

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. JULI 2015

STATIONÄRE VERSORGUNG

Zukunft der Krankenhäuser gestalten

ILLUSTRATION Paul

Zukunftsfeste Versorgungsstrukturen, Investitionsstau in Millionenhöhe, unnötige Operationen – der Krankenhausbereich muss dringend reformiert werden. Die Bundespolitik hat das erkannt und will handeln. Der Koalitionsvertrag von CDU und SPD entwarf Umrisse für Veränderungen bei den Kliniken, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe formulierte danach ein Eckpunktepapier. Auf dem basiert der vorliegende Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes der Bundesregierung. Auch die Ersatzkassen haben sich des Themas angenommen. Im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) erarbeitete das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Umsetzungsvorschläge für die künftige Krankenhausplanung. Die vorliegende Sonderausgabe des ersatzkasse reports Sachsen zeigt, worum es bei den Reformansätzen geht.

GESETZGEBUNG

Qualität wird wichtiges Steuerungsinstrument

Die Bundesregierung hat den Gesetzentwurf für eine Krankenhausreform vorgelegt. Qualitative Standards der Kliniken sollen fortentwickelt und Betriebskosten nachhaltig gesichert werden.

Die Berliner Koalition arbeitet zügig ihre Liste von gesundheitspolitischen Vorhaben ab. Mit dem Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes hat sie ein weiteres Regelungswerk erstellt. Der Gesetzentwurf sieht vor, Qualität als zusätzliches Kriterium der Krankenhausplanung einzuführen und die Qualitätssicherung durch eine Reihe von Maßnahmen zu stärken. Die Ersatzkassen begrüßen diese Qualitätsoffensive der Bundesregierung. Sie folgt vielen konzeptionellen Überlegungen der Ersatzkassen, insbesondere was die Grundausrichtung an bundesweit einheitlichen Qualitätsindikatoren und Planungskriterien betrifft. Dies schließt ein, dass Abteilungen oder Krankenhäuser aus der Versorgung ausgeschlossen werden können, wenn sie die erforderlichen Qualitätsstandards über einen längeren Zeitraum nicht einhalten. Untauglich ist hingegen der Weg, schlechte Qualität mit Versorgungsabschlägen bestrafen zu wollen.

Nach den Plänen der Bundesregierung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Ende 2016 einheitliche Qualitätsindikatoren und Planungskriterien festlegen. Allerdings bleibt es den Ländern in der Krankenhausplanung freigestellt, inwieweit sie den Qualitätsvorgaben folgen.

Höhere Klinikeinnahmen

Im Gesetzentwurf finden sich auch zahlreiche Ansätze zur Verbesserung der Einnahmen der Krankenhäuser, die durch die Krankenkassen zu finanzieren sind: Qualitätszuschläge, Zuschläge für die Notfallversorgung, Sicherstellungszuschläge, Zuschläge für klinische Sektionen, Zentrumszuschläge und krankenhausindividuelle Zuschläge zur Berücksichtigung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) resultieren. Daneben sind ausgabenintensive Maßnahmen im Bereich der Betriebskostenfinanzierung vorgesehen. So wird bei den Landesbasisfallwerten die untere Korridorgrenze angehoben und zur Beseitigung der sogenannten „Doppelten Degression“ werden die mengenbezogenen Kostenvorteile künftig ausschließlich bei den Budgetverhandlungen mit den jeweiligen Krankenhäusern berücksichtigt. Da diese Abschläge in ihrer Höhe nicht bestimmt werden, sind Zweifel an ihrer kostenneutralen Umsetzung angebracht.

→

KOMMENTAR

Kostenlawine für Versicherte

FOTO vdek

von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

Die Krankenhausreform wird teuer. Durch die Reform kommt auf die gesetzliche Krankenversicherung allein in den nächsten drei Jahren eine Kostenlawine in Höhe von 3,8 Milliarden Euro zu. Zwar soll es auch Spareffekte geben. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass durch andere gesetzgeberische Maßnahmen aus dem Bundesgesundheitsministerium zusätzliche Ausgaben entstehen. Erinnert sei nur an das Versorgungsstärkungsgesetz und das Präventionsgesetz. Das macht zusammen mit diesen beiden Gesetzen rund sechs Milliarden Euro. Jede Milliarde entspricht 0,1 Beitragssatzpunkten. Weil der allgemeine Beitragssatz eingefroren ist, bleibt nur der Weg über die Zusatzbeiträge. Dann hätten allein die gesetzlichen Krankenversicherten die Reformkosten zu tragen. Das kann den Versicherten nicht zugemutet werden. Die Politik muss dafür sorgen, dass die Reformpakete gerecht finanziert werden. Deshalb darf der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam finanzierte allgemeine Beitragssatz nicht dauerhaft auf Eis liegen. Er muss angepasst werden. Geschieht an der Stelle nichts, sind die reformbedingten Mehrausgaben aus den Rücklagen des Gesundheitsfonds gegenzufinanzieren. Der Fonds ist gut gefüllt. Die Finanzreserven im Fonds könnten schrittweise auf das Notwendige zurückgefahren werden.

Daneben bleibt beim Thema Mengensteuerung nach Ansicht der Ersatzkassen das geplante Krankenhausstrukturgesetz weit hinter den Erwartungen zurück. Und das, obwohl Deutschland im OECD-Vergleich am meisten operiert.

Pflegestellenförderprogramm

Ein weiteres kostenträchtiges Pflegestellenförderprogramm soll kommen und der „Pflege am Bett“ dienen. Wird hier nicht nachjustiert, können die zusätzlichen Finanzmittel verpuffen. Die Fehler des letzten Pflegestellenförderprogramms sollen sich nicht wiederholen. Krankenhäuser dürfen nicht mit Mitteln aus dem Förderprogramm belohnt werden, die im Ergebnis aber Personal abgebaut haben. Nur mit unangemeldeten Kontrollen, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), kann sichergestellt werden, dass das Geld tatsächlich und nachweisbar für eine bessere Pflege der Patienten im Krankenhaus verwendet wird. Sollten Krankenhäuser am Ende des Förderprogramms das Personal wieder abbauen, müssen sie die Fördermittel zurückzahlen.

Strukturfonds

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen werden die Länder verpflichtet, mindestens den Durchschnitt der in den Jahren 2012 bis 2014 aufgewendeten Mittel zur Investitionsfinanzierung beizubehalten. Das stellt die absolute Untergrenze dar und löst nicht das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder. Die Länder ziehen sich seit Jahren aus der Krankenhausfinanzierung zurück. Zumindest wird es aber einen Strukturfonds geben, der mit 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds gespeist wird. Bundesweit gesehen zeichnen sich die Versorgungsstrukturen durch ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung aus. Der Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten, Konzentrationsprozesse und Umwidmungen in strukturschwachen Regionen

»Mengensteuerung bleibt weit hinter Erwartungen zurück.«

sind künftig unvermeidlich. Daher begrüßen die Ersatzkassen den Strukturfonds. Den Ersatzkassen ist jedoch wichtig, dass der Strukturfonds nicht ausschließlich als „Abwrackprämie“ verstanden wird. Der Freistaat hat bereits die Krankenhauslandschaft in Teilen neu gestaltet. Gleichwohl stehen auch sächsische Kliniken vor Herausforderungen.

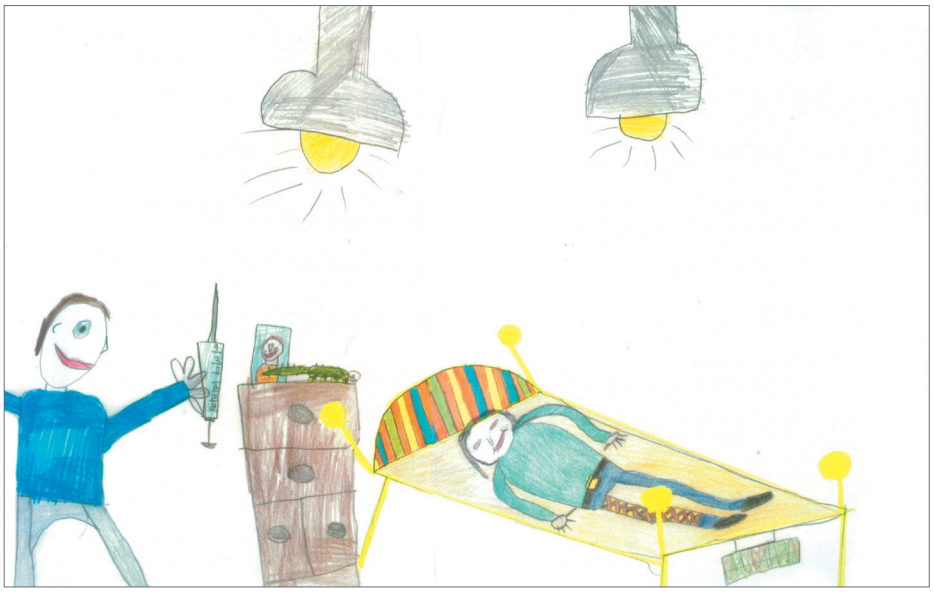

ILLUSTRATION Justus und Victor

GUTACHTEN

Reformbaustein „Krankenhausplanung 2.0“

Eine neu ausgerichtete Krankenhausplanung muss ein wesentliches Element der anstehenden Krankenhausreform sein. Ein Gutachten empfiehlt bundesweit einheitliche Standards für die Planung und deren systematische Überwachung.

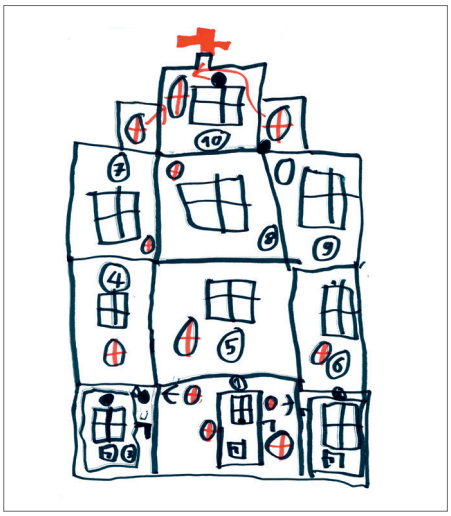

ILLUSTRATION Florian

Der Befund ist deutschlandweit gleich. Die Krankenhausplanung schreibt vorrangig eine Angebots- und Standortplanung fort, bei der Kapazitäten mittels Bettenzahlen reguliert werden. Nach wie vor wird der Krankenhausbereich losgelöst vom Bereich der niedergelassenen Ärzte geplant. Auch Fehlentwicklungen wie Unter- und Überversorgung können gedeihen. Dabei spitzt sich der Veränderungsbedarf weiter zu. Ein Teil der Kliniken schreibt rote Zahlen, kann notwendige Investitionen kaum tätigen. Die Investitionsbereitschaft der Länder geht zurück. Vielen Landkrankenhäusern fällt es schwer, ausreichend medizinische Fachkräfte zu finden. Zugleich soll der Patientennutzen gesteigert werden. Auf diese Gegebenheiten muss sich die künftige Krankenhausplanung einstellen. Wie die Planung neu gestaltet werden kann, das beschreiben die Vorschläge des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftforschung (RWI). Sie wurden im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) erarbeitet.

Einheitliche Mindeststandards

Angelehnt an das Prinzip des bundesweit einheitlichen Leistungskatalogs für gesetzlich Krankenversicherte empfehlen die Autoren der Studie „Krankenhausplanung 2.0“ bundesweit einheitliche Vorgaben für eine flächendeckende, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Diese sollen als Mindeststandards in der Krankenhausplanung verbindlich berücksichtigt werden. Auf vier Feldern soll es einheitliche Vorgaben geben – für die Grund- und Regelversorgung, die Notfallversorgung, die Erreichbarkeit sowie für die Qualität.

Damit Basisleistungen wohnortnah bereitgestellt werden können, schlägt die RWI-Studie noch festzulegende Erreichbarkeitsvorgaben für die Grund- und Regelversorgung vor. Diese Basisleistungen müssen klar definiert, von den Spezialleistungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung abgegrenzt werden. Für die kurzfristige Umsetzung reicht es nach Ansicht der Autoren zunächst aus, Kliniken mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Medizin“ als Häuser der Grund- und Regelversorgung einzustufen.

Auch für die Notfallversorgung sind eigene Standards vorgesehen. Diese sollen verbindlich festgelegt und der Notfall einheitlich definiert werden. Das verlangt, die Zuständigkeiten der drei beteiligten Bereiche (ambulanter Sektor,

→

SACHSEN

Tiefgreifende Neuorganisation endete vor zehn Jahren

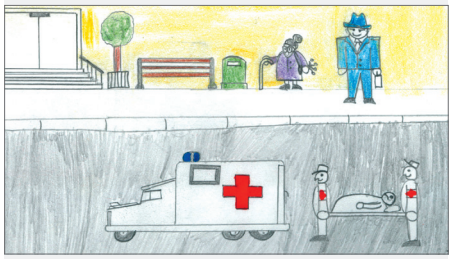

ILLUSTRATION Till

In Sachsen bestehen 80 Krankenhäuser mit insgesamt 25.120 Betten: 44 Häuser sichern die Grundversorgung, haben Abteilungen für das Innere, die Chirurgie und die Gynäkologie. Auf jeweils eine Krankheit spezialisiert sind 24 Fachkrankenhäuser. Neun Schwerpunktkrankenhäuser versorgen mehrere Krankheiten. Um das große Spektrum des medizinisch Möglichen kümmern sich drei Maximalversorger. Im Unterschied zu anderen Ländern hat Sachsen seine Krankenhauslandschaft in der jüngeren Vergangenheit tiefgreifend neu organisiert. Ausgehend von 112 Kliniken (1991) wurde bis vor etwa zehn Jahren die Heranführung an westeuropäische Versorgungsstandards genutzt, um Häuser zu schließen und Aufgaben neu zu verteilen. Die Zahl der Krankenhäuser sank seitdem weiter.
Doch wurden Standorte nicht mehr aufgegeben, sondern umgewidmet oder mit anderen Einrichtungen zusammengeschlossen.
Als das Fallpauschalen-Vergütungssystem eingeführt wurde, verschwand die fachgebietsbezogene Planung der Bettenzahl. Sachsen zog sich auf eine Rahmenplanung zurück. Deutlich verringert wurden Detailplanungen von Teilgebieten und Schwerpunkten. Nur noch Gesamtbettenzahl, Fachgebiete und spezielle Fachprogramme werden festgelegt.

ILLUSTRATION Georg

Rettungsdienst und Krankenhäuser) klar zu regeln. Auch die Einbindung des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist nach der Studie voranzutreiben. Für Krankenhäuser bedarf es verbindlicher Strukturanforderungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Vorhaltekosten müssen gegebenenfalls durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden.

Bundesweit sollen die erwähnten einheitlichen Erreichbarkeit-Standards gelten. Das Gutachten gibt für drei Gruppen zeitliche Maximal-Vorgaben vor: Kliniken der Grund- und Regelversorgung, Häuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, Notfallversorgung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes.

Verbindliche Qualitätsvorgaben

Die Studienautoren sprechen sich dafür aus, Qualität als verbindliches Kriterium mit in die Krankenhausplanung aufzunehmen. Als Maße sollen langfristig die Indikationsqualität („Wird das Richtige getan?“) und Ergebnisqualität („Wird das richtige Ergebnis erzielt?“) dienen. Weil beide Qualitätsmaße momentan nicht ausreichend gut gemessen und überprüft werden können, sollen die Strukturqualität („Sind die Rahmenbedingungen richtig?“) und die Prozessqualität („Wird die Leistung richtig erbracht?“) herangezogen werden. Auch hier sollen bundesweite Mindeststandards vorgegeben werden. Krankenhäuser, die dauerhaft diese Kriterien nicht erfüllen, sollen in der Konsequenz von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Systematische Überwachung

Um die Krankenhausplanung am zu erwartenden Bedarf auszurichten sowie die Versorgungsstrukturen systematisch überprüfen zu können, hält es die RWI-Studie für zwingend notwendig, eine geeignete Datengrundlage zu schaffen. Insbesondere die Fallpauschalen-Statistiken und die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik sollen nach einheitlichen Kriterien ausgewertet werden. Die Autoren plädieren dafür, langfristig für eine sektorübergreifende Ausrichtung der Bedarfsplanung die ambulanten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen hinzuzuziehen. Bundesweit soll es einheitliche Vorgaben zur Auswertung und Aufbereitung der vorliegenden Daten geben.

Die systematische Überprüfung des Versorgungsangebots – das sogenannte Monitoring – legen die Autoren auf Landesebene an. Sie empfehlen, den Krankenkassen ein Mitspracherecht einzuräumen, da diese die finanziellen Konsequenzen der Prüfungsergebnisse – beispielsweise durch Sicherstellungszuschläge – zu tragen haben.

VORBILD DÄNEMARK?

Paramediziner und Telemedizin

Die Notfallversorgung in Dänemark kann nach Ansicht der RWI-Autoren Ansätze für eine Umstrukturierung in Deutschland liefern. Viele kleine Krankenhäuser mussten schließen, weil die Vorhaltekosten zu hoch waren und das steigende notfallmedizinische Kompetenzniveau nicht mehr gehalten werden konnte. Aus dieser Situation heraus bauten die Dänen Notfallabteilungen an kleineren Standorten ab und investierten in größere mit einheitlichen Strukturvorgaben. Diese Veränderungen führten zu längeren Anfahrtswegen bis zur nächsten Notaufnahme. In der Folge wuchs die Bedeutung des Rettungsdienstes. Ergänzend zum Notarztwesen wurde deshalb unter anderem die Qualifikation des „Paramediziners“ geschaffen. Dem Paramediziner werden erweiterte Kompetenzen bei medizinischen Leistungen und Medikamentengaben übertragen. Zudem setzt Dänemark verstärkt auf Telemedizin.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Sachsen des vdek
Glacisstraße 4, 01099 Dresden
Telefon 03 51 / 8 76 55-37
Telefax 03 51 / 8 76 55-43
E-Mail LV-Sachsen@vdek.com
Redaktion Dirk Bunzel
Verantwortlich Silke Heinke
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-214X

Wir danken Paul, Georg, Till, Florian, Justus und Victor, die mit ihren Bildern die Sonderausgabe des ersatzkasse reports illustriert haben.