

Statement

von

Ulrike Elsner

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

anlässlich

der Pressekonferenz

**Krankenhausplanung 2.0 –
Planen nach Qualität und Erreichbarkeit**

am 21. Oktober 2014

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der vdek befasst sich schon seit längerem mit der Frage, wie man die Krankenhäuser stärker auf Qualität verpflichten kann. Qualitätsunterschiede in den deutschen Kliniken, regionale Unterschiede bei der Häufigkeit von Operationen wie Mandel-OPs oder Blinddarmentzündungen werden seit langem in der Öffentlichkeit diskutiert. Die Zahl der Krankenhausfälle stieg seit 2005 um fast 13 Prozent auf über 18,5 Millionen an, was sich auch in den Ausgaben bei den Krankenkassen bemerkbar machte. Diese stiegen seit 2005 um 32 Prozent auf 64,7 Milliarden Euro in 2012. Nur etwa ein Drittel des Anstiegs ist dadurch zu erklären, dass die Menschen älter und kränker geworden sind. Unnötige Krankenhausaufenthalte und unnötige Operationen sind die Folge dieser Entwicklung. Das wollen wir unseren Versicherten nicht mehr zumuten.

Aber auch die demografischen Veränderungen zwingen zu einem Umdenken. Die Geburtenrate sinkt, immer mehr Menschen zieht es in die Städte, auch das hat Konsequenzen für die Krankenhausversorgung. Zugleich stehen die Kliniken selber unter einem erheblichen wirtschaftlichen Druck. 35 Prozent der Krankenhäuser machten 2012 einen Jahresverlust, 16 Prozent der Krankenhäuser sind von Insolvenz bedroht. Gleichzeitig ist die Versorgungsdichte in Deutschland im Verhältnis zu anderen europäischen Ländern hoch. Insgesamt gibt es in Deutschland 1996 Krankenhäuser. Auf eine Million Einwohner kommen in Deutschland 40 Krankenhäuser. Damit liegt Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt, der 2012 bei 30 Krankenhäusern lag. Die Notwendigkeit, die Krankenhausstrukturen zu reformieren, ist offensichtlich.

1. Krankenhausplanung gemeinsam gestalten

Dreh- und Angelpunkt für Strukturveränderungen ist für uns die Krankenhausplanung, die derzeit allein in den Händen der Länder liegt. Um das gleich vorwegzunehmen: Um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen und den Versicherten die freie Krankenhauswahl zu ermöglichen, sollte die Krankenhausplanung auch in Zukunft weiterhin Sache der Länder sein. Die Krankenhausversorgung allein dem Wettbewerb zu überlassen, ist für die Ersatzkassen keine Alternative. Dennoch muss sich an der Planung etwas ändern: Denn die Krankenhaus-Kapazitäten werden häufig am Bedarf der Bevölkerung

vorbeigeplant, der Plan jedes Jahr einfach fortgeschrieben, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und die Qualität eines Krankenhauses sowie die ambulante Versorgung zu wenig berücksichtigt. Die Planung endet zudem an den Ländergrenzen, ein Problem ist vor allem die Hochleistungsmedizin. Universitätskliniken und andere Schwerpunktversorger behandeln oftmals Patienten aus angrenzenden Bundesländern mit, werden aber landesindividuell beplant. Und es gibt keine bundesweit einheitlichen Planungskriterien – weder für die Basis- und Schwerpunkt- und erst recht nicht für die Notfallversorgung. So gibt zum Beispiel die Krankenhausplanung in Hessen sehr detailliert vor, welche Krankenhäuser wie an der Notfallversorgung teilnehmen müssen. In Niedersachsen wird dieses Thema in der Planung überhaupt nicht berücksichtigt. Deswegen möchten wir, dass Bund und Länder künftig bei der Planung besser zusammenarbeiten und die Krankenkassen als Hauptfinanziers mehr Mitspracherechte bekommen. Dafür brauchen wir bundesweit einheitliche Standards. Das hilft den Beteiligten bei der konkreten Planung vor Ort und bei den Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern. Und es sorgt dafür, dass sich das Versorgungsniveau in den Bundesländern gleichermaßen entwickelt.

2. Planung nach Qualität

Wir wollen, dass Qualität zukünftig ein verbindliches Kriterium bei der Krankenhausplanung ist. Deshalb sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Basis der Daten aus den diversen Qualitätssicherungsverfahren Schritt für Schritt planungstaugliche Kriterien für eine gute Qualität definieren. Das können zum Beispiel Mindestmengenregelungen, aber auch Personalvorgaben sein. So hat der G-BA zum Beispiel festgelegt, wie viele Kinderkrankenpfleger Frühchen auf der Neugeborenenstation betreuen sollen. Derartige Mindeststandards sollten für weitere Behandlungen festgelegt werden. Darüber hinaus brauchen wir eine einheitliche Definition von Leistungen der Grund- und Regelversorgung (wie zum Beispiel Entbindungsstation, allgemeine Chirurgie, innere Medizin) sowie der Schwerpunkt- und Maximalversorgung (zum Beispiel Orthopädie, Pädiatrie) und von Innovationszentren (zum Beispiel onkologische Zentren). Kriterien zur Erreichbarkeit, Sicherstellung und Notfallversorgung sind ebenfalls zwingend erforderlich. Diese Standards sollten die Basis für die Planung in den Ländern sein.

Heute können die Krankenhäuser auch dann Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, wenn die Qualität schlecht war. Unserer Meinung nach sollten Krankenhäuser, die längerfristig – zum Beispiel über zwei Jahre hinweg – schlechte Qualität erbringen oder die besonders „in die Menge gehen“, von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Deshalb müssen die Krankenkassen künftig das Recht bekommen, den Versorgungsauftrag für bestimmte Leistungsbereiche zu kündigen. Statt – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – Krankenhäuser bei geringer Qualität nur mit Abschlägen zu bedanken, sollte mangelnde Qualität zum Ausschluss der Leistungen führen. Schlechte Qualität sollte nicht schlechter vergütet werden, sie sollte gar nicht mehr erbracht werden! Auf der anderen Seite möchten wir besondere gute Leistungen zum Beispiel auch durch Zusatzvereinbarungen (Add-on-Selektivverträge) belohnen. Somit fördern wir einen Qualitätswettbewerb. Das gilt auch für die Mengenerwicklung. Um Überversorgung und Fehlversorgung zu verhindern, sollten die Vertragspartner künftig die Möglichkeit bekommen, das Leistungsangebot von Krankenhäusern vertraglich zu reduzieren. Bei Unterversorgung kann durch Sicherstellungszuschläge und einer Öffnung zur ambulanten Versorgung gegengesteuert werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang ein systematisches Monitoring des Versorgungsangebots auf der Ebene der Bundesländer (Angebotsmonitoring). In dieses Steuerungsgremium müssen die Selbstverwaltungspartner – Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser – mit einbezogen werden. Sie überwachen die Einhaltung der Standards und steuern Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegen.

3. Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Grundsätzlich hat sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, was die Betriebskostenfinanzierung (also die laufenden Betriebskosten, die von den Krankenkassen finanziert werden) anbelangt, seit Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) verbessert. Gleichzeitig ist jedoch die Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer seit 1972 von Jahr zu Jahr schlechter geworden. Die Investitionsfördermittel betragen in 2012 nur noch 3,6 Prozent des Krankenhausumsatzes, 2000 waren es noch 6,8 Prozent. Das zwingt die Krankenhäuser, diese Lücken durch Einsparungen im Betriebskostenbereich oder durch Mengenausweitung zu finanzieren. Damit zahlen letztendlich die Krankenkassen die fehlenden Investitionskosten über die Beiträge ihrer Versicherten. Deswegen sollten die Bundesländer künftig verpflichtet werden, die Förderung auf Investitionspauschalen umzustellen

und die Investitionsfinanzierung zu vereinheitlichen. Eine Investitionsquote sollte als Untergrenze gesetzlich festgeschrieben werden. Da sich die Haushaltslage der Bundesländer vermutlich nicht verbessern wird, sollte sich der Bund an der Investitionsfinanzierung beteiligen. Im Gegenzug erhält der Bund dann auch mehr Mitspracherechte bei der Gestaltung der bundesweiten einheitlichen Vorgaben.

Meine Damen und Herren,

um unsere Positionen zu operationalisieren, haben wir das RWI damit beauftragt, praktische Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten. Diese wird Ihnen jetzt Herr Dr. Boris Augurzky vorstellen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.