

Gesprächspartner Pressefrühstück/Presseworkshop:

„Krankenhausversorgung –
heute und morgen“
am 11. September 2015

beim
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e. V.

Stefan Wöhrmann

Abteilungsleiter
Stationäre Versorgung
Verband der Ersatzkassen e. V.

Michaela Gottfried

Pressesprecherin und
Abteilungsleiterin Kommunikation
Verband der Ersatzkassen e. V.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

presse@vdek.com

www.vdek.com

11. September 2015

vdek: Finanzierung der Krankenhausreform stärker in den Fokus rücken 10 Punkte zu den Anforderungen an die Krankenhausversorgung in der Zukunft

In Anbetracht des steigenden Finanzdrucks in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) muss bei der geplanten Klinikreform die Finanzierung stärker in den Fokus gerückt werden. „Bei den Reformplänen fehlt eine umfassende Finanzierungsstrategie“, erklärte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), auf einem Presseworkshop in Berlin. „In Anbetracht der zu erwartenden Kosten in Höhe von mehr als 8 Milliarden Euro bis 2020, muss dies dringend nachgeholt werden. Die Ausgaben der Reform müssen sonst über Zusatzbeitragssätze finanziert werden, die einseitig zulasten der Versicherten gehen.“ Darüber hinaus gebe es angesichts der Milliardenkosten der Reform keinen Spielraum für weitere Zugeständnisse an die Leistungserbringer, so Elsner. „Die Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gehen da erheblich zu weit.“

In einem 10-Punkte-Papier analysiert der vdek zudem die zentralen Probleme in der Krankenhausversorgung, bewertet die Lösungsvorschläge im Rahmen der geplanten Reform und stellt zusätzliche Forderungen auf, wie die Krankenhausversorgung zukunftssicher gestaltet werden kann:

Thesen zur Krankenhausversorgung heute und morgen

1. Seit der Einführung des DRG-Entgeltsystems im Jahr 2003 hat es in Deutschland keine Krankenhausreform mehr gegeben. Dadurch haben sich Probleme in der Krankenhausversorgung angestaut. Dies zeigt sich auch in der Ausgabenentwicklung der GKV. Die GKV-Krankenhausaufgaben sind in den letzten zehn Jahren um 42 Prozent

gestiegen, und zwar von 47,51 Milliarden Euro auf 67,39 Milliarden Euro von 2004 bis 2014. Trotz gemeinsamer Verantwortung der Krankenkassen und Länder für die Krankenhausversorgung („duale Krankenhausfinanzierung“) haben sich die Länder aus ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung zurückgezogen: Die Investitionsförderquote der Länder (prozentualer Anteil der Investitionsfördermittel an den Gesamtkosten) sank von rund 10 Prozent in 1993 auf rund 3,5 Prozent in 2013. Die Folge: Krankenhäuser finanzieren sich mehr und mehr über die GKV-Mittel zur Finanzierung der Betriebskosten – Geld, das eigentlich für die Versorgung der Patienten gedacht ist. Jährlich werden bereits jetzt mehr als drei Milliarden Euro der Investitionsausgaben aus GKV-Mitteln verdeckt finanziert („schleichende Monistik“).

2. Diese verdeckte Finanzierung erfolgt durch Mengensteigerungen, d. h. immer mehr Patienten werden in den Krankenhäusern behandelt. Möglich wurde dies durch eine deutliche Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer, welche von 14 Tagen (1991) auf 7,5 Tage (2013) sank. Gleichzeitig stiegen die Fallzahlen von 14,5 Millionen auf 18,7 Millionen Fälle. Diese Zunahme hat zu einer Leistungsverdichtung geführt, was sich auf die Qualität der Versorgung und der „Pflege am Bett“ ausgewirkt hat. Denn mit dem Anstieg der Fallzahlen wuchs zwar die Zahl der Ärzte deutlich - seit 1991 von 109.000 auf 165.000 in 2013 -, die Zahl der Pflegekräfte nahm aber im gleichen Zeitraum nur von 389.000 auf 419.000 zu. Die etwa gleiche Zahl an Pflegekräften muss also nun deutlich mehr Patienten versorgen.

3. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich viel Geld für die Gesundheitsleistungen (HCP-Studie 2015) ausgibt, haben wir international betrachtet „nur“ ein gutes, aber kein herausragendes Qualitätsniveau (OECD-Studie 2012). In den städtischen Regionen gibt es Überkapazitäten, die zur Überversorgung führen. Hier ist vor allem die fehlende Indikationsqualität („Ist die Behandlung notwendig bzw. medizinisch indiziert?“) das Problem. In dünn besiedelten, ländlichen Regionen hingegen können Versorgungsprobleme (Belegungsrückgänge, Personalmangel, Schließung von Krankenhausabteilungen) entstehen. Der Fallzahlrückgang führt in diesen Regionen zu Problemen bei der Ergebnisqualität („Wird das erwünschte Ergebnis erzielt?“). Auch zwischen den Krankenhäusern bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede. Außerdem werden Mindestmengenregelungen zum Teil nicht konsequent angewendet. Beispiel: komplexe Eingriffe an der Speiseröhre: 68 Prozent der Krankenhäuser, die eine Zulassung für diesen Eingriff haben, erreichen die Mindestmengen nicht. Große Unterschiede gibt es zwischen den Krankenhäusern auch bei der Strukturqualität („Sind die Rahmenbedingungen richtig?“), der Prozessqualität („Wird die Leistung richtig erbracht?“) und der Ergebnisqualität.

4. Die Krankenhausplanung auf Länderebene gibt keine Richtung vor, stattdessen werden gewachsene Strukturen bzw. unnötige Kapazitäten seit 1972 fortgeschrieben. Die bisherigen Planungskriterien sind zu abstrakt und werden zudem nicht bundeseinheitlich angewendet. Qualität wird als Planungskriterium nur vereinzelt und ansatzweise berücksichtigt. Zwar sind zahlreiche Zentren (wie z. B. Brust- oder Krebszentren) entstanden, doch die erwünschte *echte* Schwerpunktbildung hat nicht stattgefunden, da entsprechende Standardisierungen in der Krankenhausplanung fehlen. Zwölf Prozent der Krankenhäuser (231) rechneten 2014 mit den Ersatzkassen Zentrumszuschläge ab. Ähnliche Fehlentwicklungen gibt es im Bereich der Notfallversorgung. Die Krankenhausplanung gleicht deshalb einem Flickenteppich.

5. Weitere Herausforderungen sind durch den demografischen Wandel und regionale Veränderungen zu erwarten. Die Bevölkerung wird zunehmend älter, zudem werden sich die Binnenwanderungen vom Land in die Stadt verstärken. Junge Menschen bzw. Arbeitskräfte ziehen in die Städte, ältere Menschen bleiben in den ländlichen Gebieten und müssen dort medizinisch betreut werden. Dadurch verändern sich die Versorgungsbedarfe. Dieser Strukturwandel vollzieht sich auch auf dem Arbeitsmarkt. Durch geringe Geburtenraten können Stellen nicht immer nachbesetzt werden.

6. Das geplante Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) enthält einige gute Ansätze, insbesondere was die stärkere Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung sowie den Strukturfonds anbelangt. Auch das Ziel, mithilfe eines Pflegestellenförderprogramms die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern zu senken, ist aus Sicht der Ersatzkassen grundsätzlich richtig. Bei allen drei Punkten kommt es nun entscheidend auf die Umsetzung an. Nicht ausreichend angegangen werden das Problem der Investitionskostenfinanzierung und das der Mengenbegrenzung. Dadurch werden zentrale Probleme der Krankenhausversorgung verschleppt.

7. Erstmals soll mit dem KHSG auch Qualität als Kriterium für die Krankenhausplanung gesetzlich festgeschrieben werden. So soll u. a. schlechte Qualität zu Konsequenzen bei der Planung führen. Allerdings fehlt in dem aktuellen Gesetzentwurf eine Regelung, die den Ländern verbindlich vorschreibt, diese Vorgabe auch anzuwenden. Zur Schließung von Abteilungen oder gar ganzen Krankenhäusern durch die Länder wird es daher eher selten kommen. Den Krankenkassen fehlt zudem die Rechtsgrundlage, im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern bei mangelnder Qualität den Ausschluss von Leistungen durchzusetzen. Als sehr problematisch bewerten die Ersatzkassen die vorgesehenen Abschläge für schlechte Qualität. Qualitativ unzureichende Leistungen sollten nicht geringer vergütet,

sondern vielmehr aus der Versorgung ausgeschlossen werden.

8. Durch die Einrichtung eines Strukturfonds beim Bundesversicherungsamt (BVA) sollen Überkapazitäten abgebaut, stationäre Versorgungsangebote konzentriert und Umwidmungen von Krankenhäusern (z. B. in Medizinische Versorgungszentren) ermöglicht werden. Der Strukturfonds soll mit 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden, Länder und ggf. Krankenhausträger sollen sich in gleicher Höhe beteiligen. Wenn das Geld richtig eingesetzt wird und auch die Länder die vorgesehenen Mittel bereitstellen, kann der Strukturfonds aus Sicht der Ersatzkassen den notwendigen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft einleiten, zu einer Konzentration von Leistungen an ausgewählten Standorten und einer besseren Qualität führen. Ein Recht zur Antragstellung beim BVA haben allerdings nur die Länder. Für unentbehrlich halten die Ersatzkassen deshalb die vorgesehene Regelung, dass die Länder mit den Krankenkassen Einvernehmen über die Förderentscheidungen herstellen müssen. Hier sind auch die Krankenhäuser zu beteiligen. Außerdem sollten Konzentrationsprozesse und Umschichtungen (ambulant/stationär behandelnder Gesundheitszentren) im Fokus stehen. Die Fördermittel dürfen nach Auffassung der Ersatzkassen zudem nicht für bereits geplante bzw. beschlossene Schließungen bzw. Umwandlungen verwendet werden. Vor dem Hintergrund veränderter Bedarfe in der Zukunft werden durch den Strukturfonds allein die notwendigen Konzentrations- und Umstrukturierungsprozesse jedoch nicht umgesetzt werden können. Eine gemeinsame Krankenhausplanung der Länder, Krankenkassen und Krankenhausträger muss deshalb mit dem Strukturfonds Hand in Hand gehen, um die Probleme der Zukunft zu lösen.

9. Durch ein neues Pflegestellenförderprogramm (mit Wirkung ab 2018: jährlich kumulativ bis zu 300 Millionen Euro) soll die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern verringert werden. Damit können laut Berechnungen des vdek pro Krankenhaus im Durchschnitt etwa zwei bis drei Pflegekräfte eingestellt werden. Die Intention des Gesetzgebers ist aus Sicht der Ersatzkassen richtig, allerdings muss sichergestellt werden, dass das Programm nachhaltig zu mehr Pflegepersonal für die „Pflege am Bett“ in den Krankenhäusern führt. Erfahrungen aus dem Pflegesonderprogramm (2009 - 2011) zeigen, dass die Umsetzung in den Bundesländern unterschiedlich und nicht von Dauer war. Diese Fehler dürfen nun nicht wiederholt werden. Die Nachhaltigkeit kann nur mittels einer Nachweispflicht, Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und Sanktionsregelungen erreicht werden. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die Fördermittel auch nach Ablauf des Pflegestellenförderprogramms zurückzuzahlen sind, wenn das Krankenhaus die geförderten Stellen wieder abbaut. Zudem bedarf es dringend einer umfassenden Personalstrategie, inklusive Ausbildungs offensive und Imagekampagne, um die Attraktivität der

Pflegeberufe mittel- und langfristig zu stärken. Hoffnungen setzen die Ersatzkassen hier in die geplante Einsetzung einer Expertenkommission, denn die Fördermittel müssen dauerhaft zur „Pflege am Bett“ eingesetzt werden.

10. Die Finanzierung der Krankenhausreform muss wieder stärker in den Fokus gerückt werden. Laut Bundesministerium für Gesundheit soll die Reform 5,3 Milliarden Euro kosten, der GKV-Spitzenverband geht jedoch mittlerweile von 8,3 Milliarden Euro an Mehrkosten bis 2020 aus. Diese Zusatzausgaben gehen einseitig zulasten der Versicherten, da die Krankenkassen Kostensteigerungen seit der Einführung des neuen GKV-Finanzierungssystems durch die Politik zu Jahresbeginn 2015 nur noch über Zusatzbeitragssätze finanzieren können. Nach Berechnung des vdek werden die Zusatzbeitragssätze in der GKV um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte jährlich steigen; der Zusatzbeitragssatz – derzeit bei 0,9 Prozent – wird 2020 voraussichtlich bei 1,9 Prozent liegen. Die Ersatzkassen setzten sich daher für eine nachhaltige und faire Finanzierungsstrategie der Krankenhausreform ein. Diese muss beinhalten: (1) Die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung in der GKV durch eine Dynamisierung des allgemeinen Beitragssatzes von derzeit 14,6 Prozent. (2) Die Abschmelzung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 35 Prozent einer Monatsausgabe sowie die Festlegung einer Obergrenze bei diesem Wert. (3) Die Behebung von Wettbewerbsverzerrungen durch den Morbi-RSA, die zulasten der Ersatzkassengemeinschaft gehen.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 26 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

*** (sortiert nach Mitgliederstärke)**

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet wurde. In der vdek-Zentrale in Berlin sind rund 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 300 sowie weiteren 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Krankenhausversorgung – heute und morgen

Den Herausforderungen des Strukturwandels begegnen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Agenda

1. Krankenhausversorgung – Status quo
2. Herausforderungen für die Versorgung in der Zukunft
3. Ansätze aus der Krankenhausstrukturreform
4. Regelungslücken und Handlungsbedarf

Krankenhausversorgung – Status quo

Wo stehen wir jetzt – Gewachsene Strukturen durch Reformstau

- Seit der Einführung des DRG-Entgeltsystems 2003 hat es keine Krankenhausreform mehr gegeben.
- Die Krankenhausstrukturen haben sich seit der DRG-Einführung nach den ökonomischen Interessen der Krankentuäger entwickelt.
- Die Länderplanung gibt keine Richtungen vor, sondern schreibt seit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 ziellos die gewachsenen Strukturen fort.
- Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

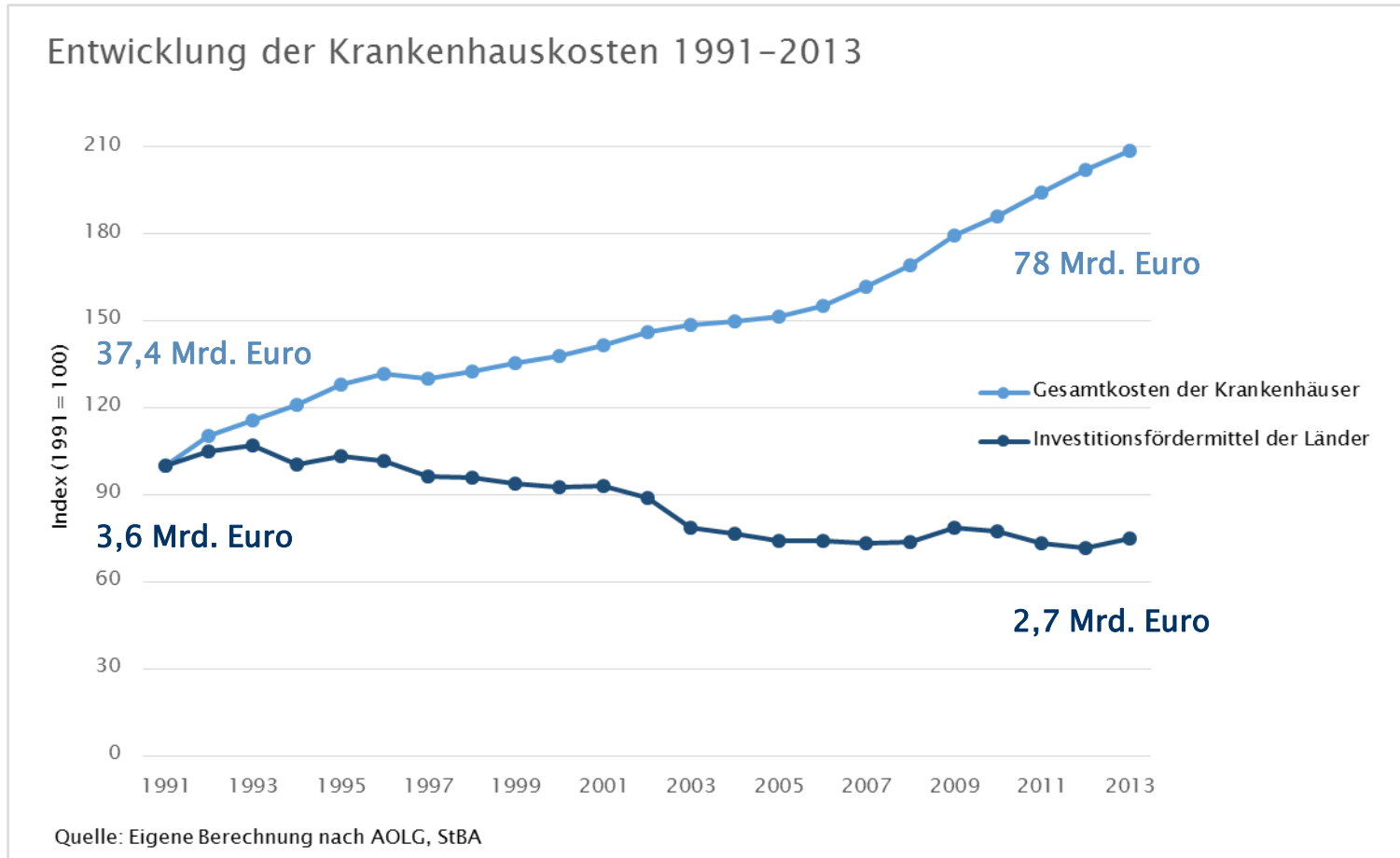
Internationale und nationale Unterschiede

- 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).

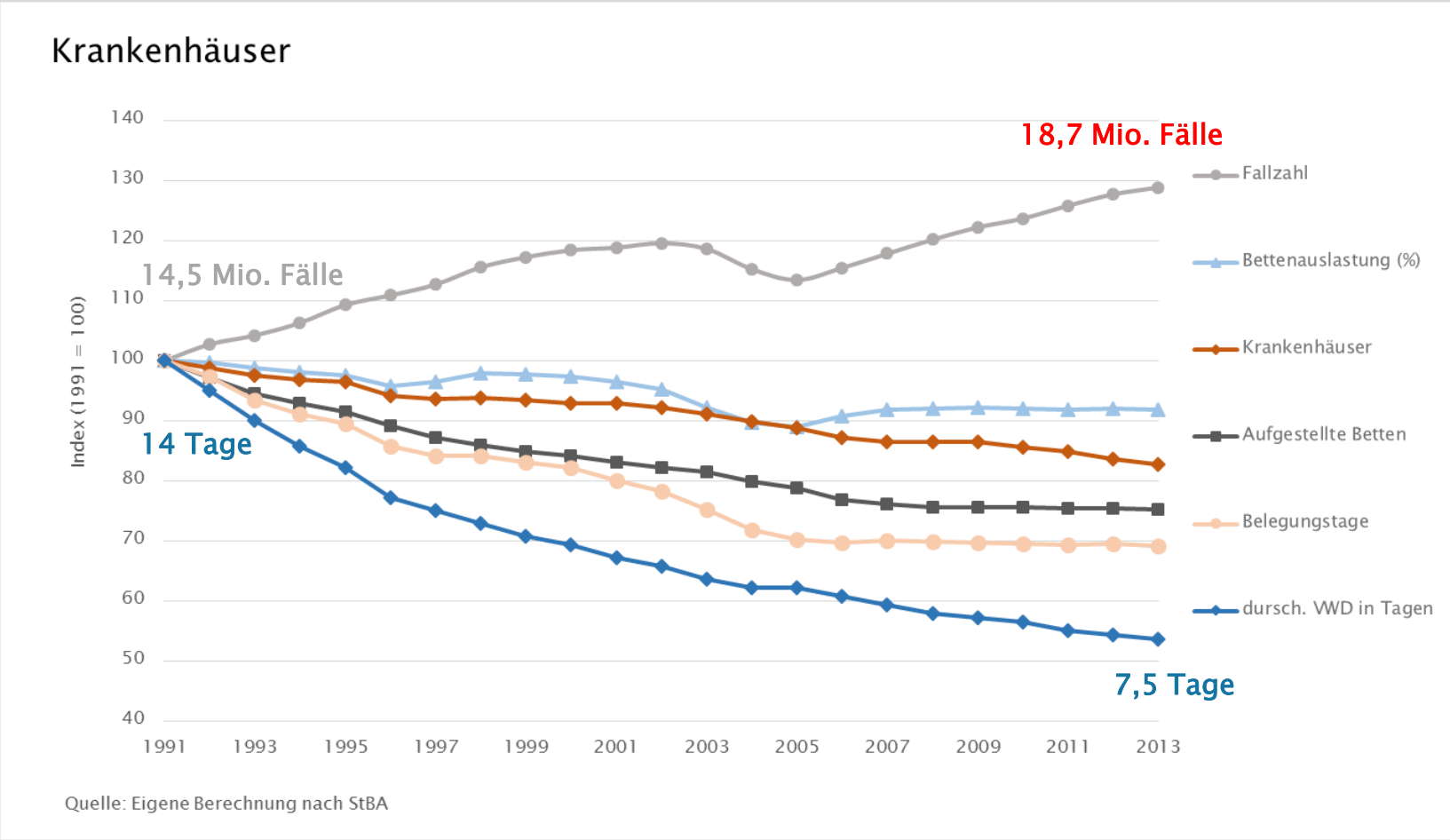
Ausgaben und Fördermittel für Krankenhäuser

- 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**.
 - 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**).

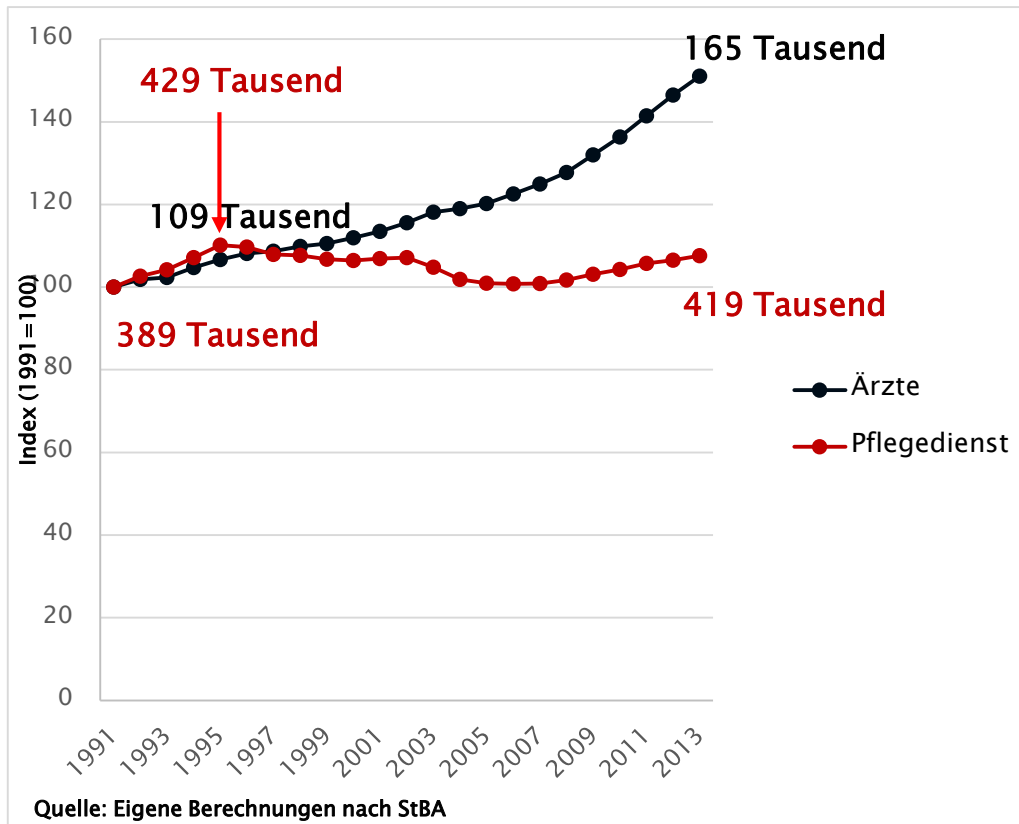
Entwicklung der Gesamtkosten und Fördermittel



Leistungsentwicklung



Personalentwicklung indexiert



- Seit dem Auslaufen der Pflegepersonalregelung findet ein Stellenabbau in der Pflege statt.

Krankenhausplanung – Status quo

- Die bisherigen Kriterien für die Krankenhausplanung sind zu abstrakt und werden nicht bundeseinheitlich angewendet.
- Für Spezialbereiche, wie Notfallstrukturen, Zentren und Schwerpunkte sowie Innovationszentren existieren keine Planungsstandards.
- Qualität wird nur vereinzelt und ansatzweise berücksichtigt.
- Beispiel für die Bedenken eines Landes, Qualitätsaspekte in die Planung einfließen zu lassen:
 - 👉 *Kriterien sind unklar, komplex und für Planung ggf. ungeeignet!*
 - 👉 *Planausschlüsse von Abteilungen oder Häusern sind gerichtlich so gut wie nicht haltbar (formale Fehler vorprogrammiert)!*
 - 👉 *Regionale Besonderheiten und Bedarfsnotwendigkeit sind höher zu bewerten!*

Krankenhausbetten

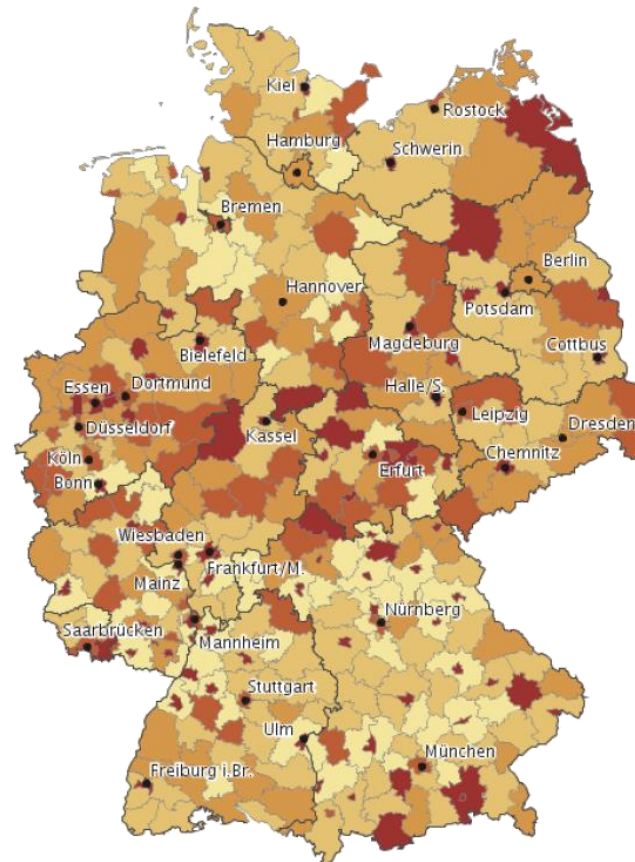
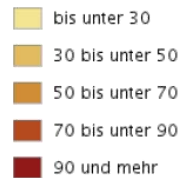


Krankenhausbetten

Name: keine Auswahl

Wert: keine Auswahl

Aufgestellte Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner 2012



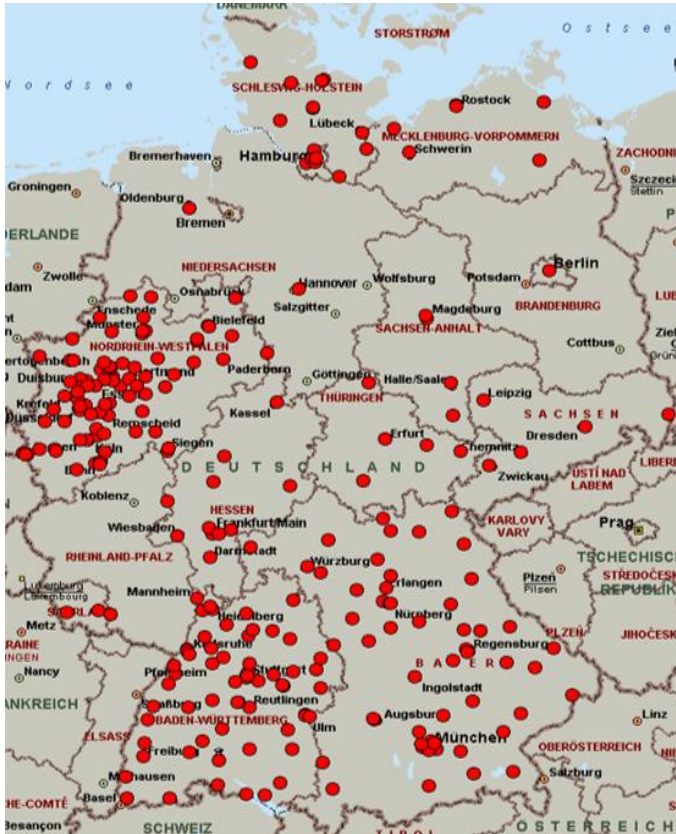
Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, Krankenhausstatistik des Bundes und der Länder

© BBSR Bonn 2015

- Es gibt keine bundesweiten Standards.
- ☞ Hinweis: Altersjustierung fehlt.

Geoinformationen © Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, eigene Generalisierung. Zentrale Orte: Pläne und Programme der Länder

„Unechte“ Schwerpunktbildung



- Eine inflationäre Entwicklung war möglich, da eine Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten nach bundeseinheitlichen Kriterien in den Krankenhausplänen bislang fehlt.
- Zwölf Prozent (231) der Krankenhäuser rechnen 2014 mit den Ersatzkassen Zentrumszuschläge ab.

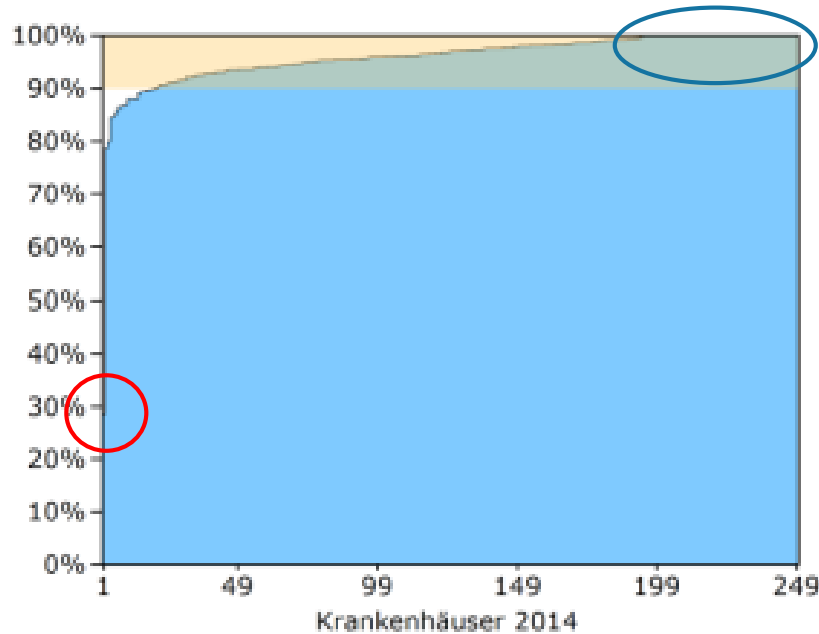
Qualität und Versorgung

- In den urbanen Regionen gibt es Überkapazitäten, die zu einer Überversorgung führen.
 - ↳ Dies führt zu ökonomisch motivierten Leistungs- und Fallzahlsteigerungen und bedeutet **fehlende Indikationsqualität**.
- Durch Binnenwanderungen können Versorgungsprobleme erwachsen. Diese können aus Belegungsrückgängen und Personalmangel entstehen.
 - ↳ Der damit verbundene Fallzahlrückgang birgt ein Risiko für die **Ergebnisqualität**.

Fehlende Qualitätsorientierung

- Wir messen Qualität in den Dimensionen
 - ➔ Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- 2013 wurden von den 434 erhobenen Qualitätsindikatoren maximal 295 je Krankenhaus veröffentlicht.
- Viel zu selten wird hingegen die Indikationsqualität gemessen.
- Wir haben sechs Mindestmengenregelungen; wenden diese aber nicht konsequent an.
- Ausnahmetatbestände verhindern häufig die Anwendung der Mindestmengenregelungen.

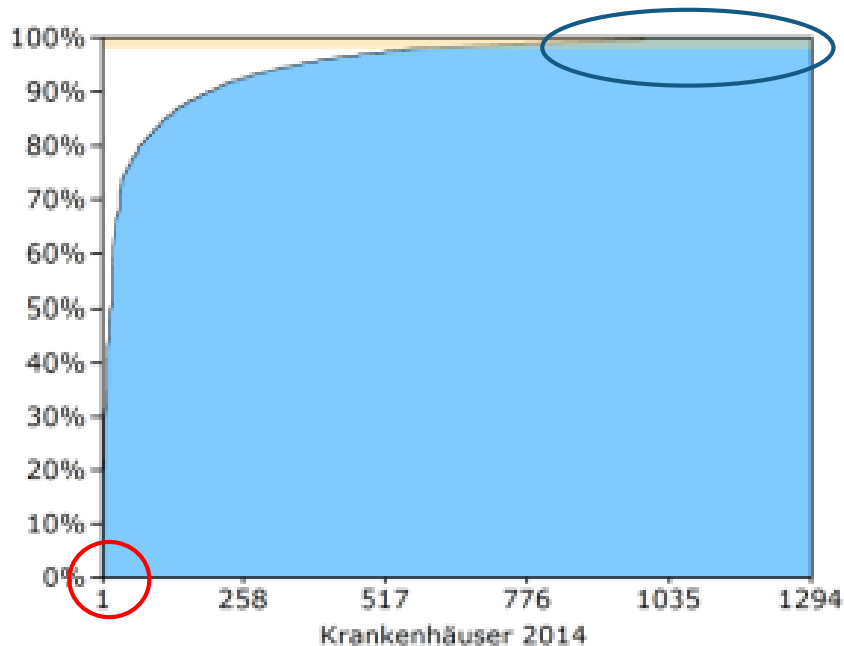
Große Qualitätsunterschiede bei der Strukturqualität im Bereich der Geburtshilfe



Quelle: Bundesauswertung 2014, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Ein Kinderarzt sollte möglichst immer bei einer Frühgeburt anwesend sein, um das Kind nach der Geburt spezialisiert zu versorgen.
- Raten über 90 Prozent gelten als unauffällig (gelber Bereich).
- Es gibt Krankenhäuser, die das nur in 29 Prozent ihrer Fälle schaffen (roter Kreis) und andere dagegen zu 100 Prozent (blaue Ellipse).

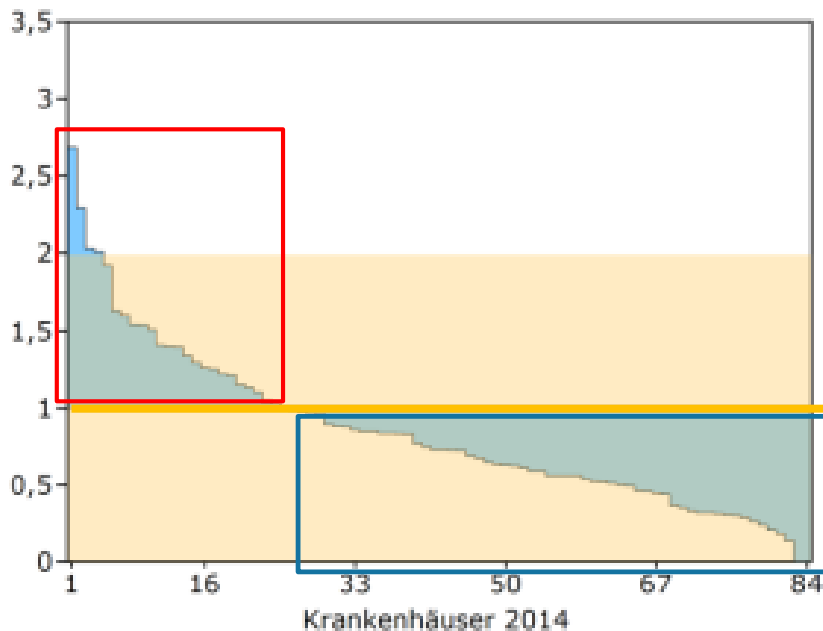
Große Qualitätsunterschiede bei der Prozessqualität im Bereich der Lungenentzündungen



Quelle: Bundesauswertung 2014, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Möglichst immer sollte bei Patienten mit einer Lungenentzündung die Atemfrequenz bei der Aufnahme in das Krankenhaus bestimmt werden (Prognose für die Sterblichkeit).
- Raten über 98 Prozent gelten als unauffällig (gelber Bereich).
- Es gibt Krankenhäuser, die das nie schaffen (roter Kreis) und andere dagegen zu 100 Prozent (blaue Ellipse).

Große Qualitätsunterschiede bei der Ergebnisqualität im Bereich der Herzmedizin

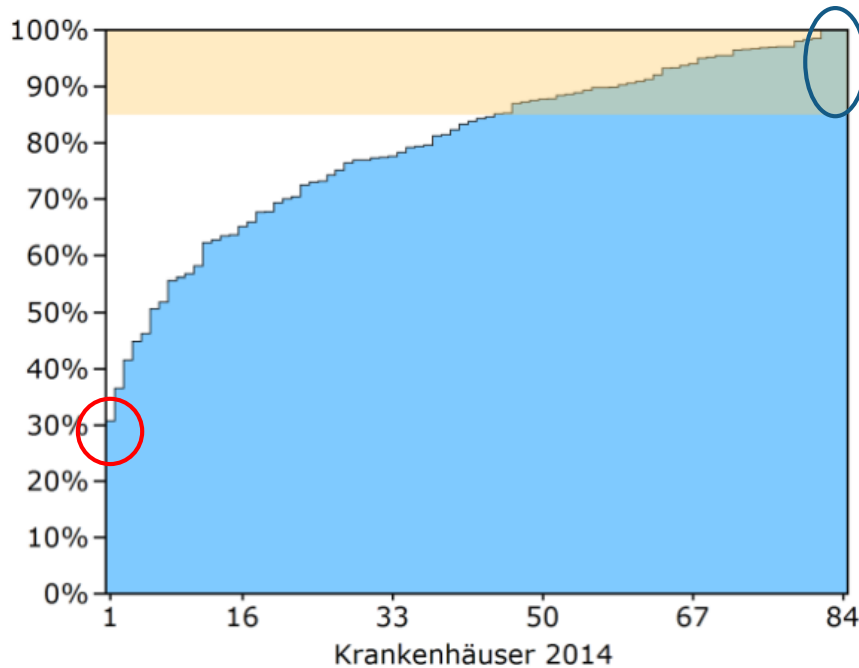


Quelle: Bundesauswertung 2014, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Möglichst selten sollte ein Patient nach einer TAVI sterben.
- Werte unter zwei gelten als unauffällig (gelber Bereich).
- Der Indikator ermittelt,
 - ➔ den risikoadjustierten Durchschnitt (gelbe Linie),
 - ➔ Krankenhäuser, die weniger Todesfälle als erwartet hatten (blauer Rahmen),
 - ➔ Krankenhäuser, die mehr Todesfälle als erwartet hatten (roter Rahmen).

- ➔ Die Spannweite der Krankenhausergebnisse liegt zwischen 0 und 2,7fach.

Große Qualitätsunterschiede bei der Indikationsqualität im Bereich der Herzmedizin



Quelle: Bundesauswertung 2014, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Eine TAVI* sollte möglichst nur bei Patienten durchgeführt werden, die zu alt und zu krank für eine offene Herzoperation sind.
- Raten über 85 Prozent gelten als unauffällig (gelber Bereich).
- Es gibt Krankenhäuser, die sich immer an diese Kriterien halten (blaue Ellipse) und es gibt solche, die es nur in 31 Prozent ihrer Fälle schaffen (roter Kreis).

*TAVI = transaortic valve implantation, △
kathetergestützte Aortenklappenimplantation

Mindestmengen

Anteil der Krankenhäuser, die die Mindestmenge 2011 nicht erreichten:

- Lebertransplantationen: 45 %
- Nierentransplantationen: 27 %
- Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre: 68 %
- Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse: 49 %
- Stammzelltransplantation: 35 %
- Kniegelenk–Totalendoprothese: 16 %
- Früh– und Reifgeborene: 56 %

Quelle: Peschke D, Nimptsch U, Mansky T: Achieving minimum caseload requirements: an analysis of hospital discharge data from 2005–2011. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 556–63.

Herausforderungen für die Versorgung in der Zukunft

Demografieentwicklung

- Binnenwanderungen vom Land in die Stadt verstärken Versorgungsprobleme.
- In der Alterspyramide rutscht der „Bauch“ nach oben; damit ändern sich die Versorgungsbedarfe.
- Die Zahl der Schul- und Studienabgänger wird zunehmend geringer.
- Branchen treten in einen Wettbewerb um Schul- und Studienabgänger.
- Die Stellen der Babyboomer-Ärzte und -Pfleger etc. können nicht immer nachbesetzt werden!

Bevölkerungsentwicklung proportional



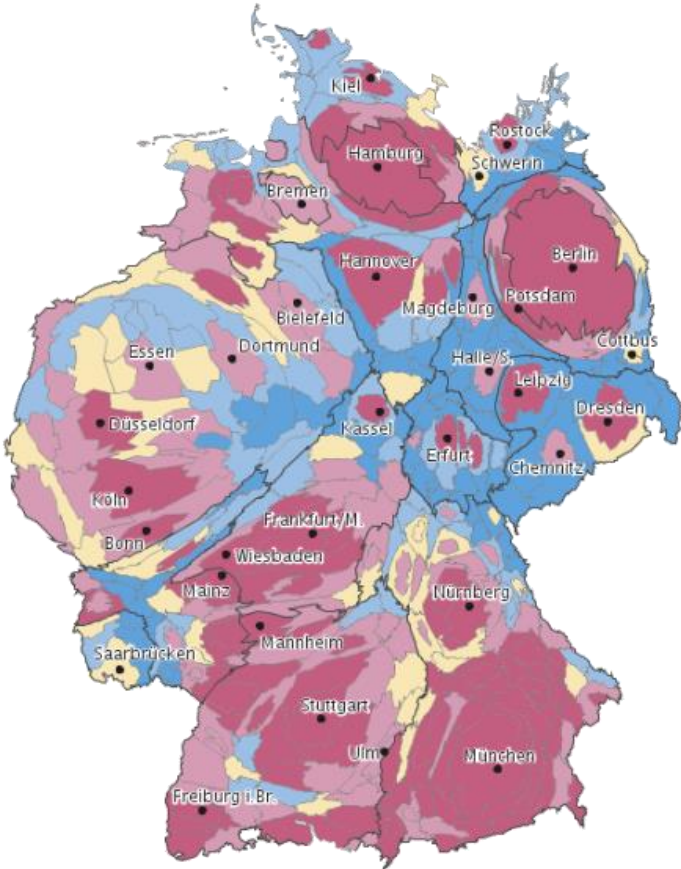
Bevölkerungsentwicklung

Name: keine Auswahl

Wert: keine Auswahl

Entwicklung der Bevölkerung 2011 bis 2012 in %

- bis unter -0,5
- -0,5 bis unter -0,1
- -0,1 bis unter 0,1
- 0,1 bis unter 0,5
- 0,5 und mehr



Datenbasis: Laufende Raubeobachtung des BBSR, Bevölkerungsfortschreibung des Bundes und der Länder

© BBSR Bonn 2015

- Sogwirkung der Ballungszentren
- Landflucht in strukturschwachen Gebieten (neue Bundesländer)

Geoinformationen © Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, eigene Generalisierung. Zentrale Orte: Pläne und Programme der Länder



Bevölkerungsanteil im Rentenalter proportional

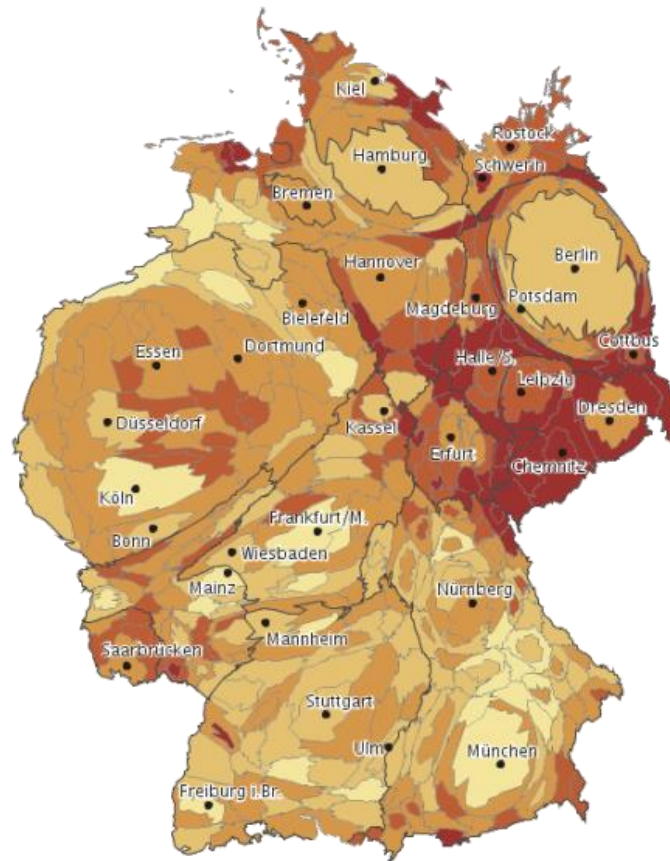


Einwohner 65 Jahre und älter

Name: Recklinghausen

Wert: 21,5

Einwohner mit 65 und mehr Jahren je 100 Einwohner 2012



- Dort wo die Abwanderung stattfindet, steigt das Rentenalter überproportional; es wandern die jungen Menschen ab.

Geoinformationen © Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, eigene Generalisierung. Zentrale Orte: Pläne und Programme der Länder

© BBSR Bonn 2015

Ansätze aus der Krankenhausstrukturreform

Reformpläne

- **Qualitätsorientierung**
- **Pflegestellenförderprogramm**
- **Strukturfonds**
- Betriebskostenfinanzierung versus Investitionsförderung
- Mengensteuerung
- bessere Rahmenbedingungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus

Qualität – Was ist geplant?

- Qualität wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz als (Planungs-)Kriterium festgeschrieben.
- Qualitätsverträge sollen in vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Leistungsbereichen ermöglicht werden.
- **Zu- und Abschläge für außerordentlich gute und unzureichende Qualität sind vorgesehen.**
- Überprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor Ort werden möglich.
- Mindestmengen werden rechtssicher ausgestaltet.
- Die Verständlichkeit der Qualitätsberichte soll verbessert werden.

Qualität – Wie bewerten es die Ersatzkassen? I

- Die Ersatzkassen begrüßen, dass Qualitätsmessung zu Konsequenzen in der Planung führen soll; es fehlt aber die Verbindlichkeit für die Länder.
- Abschläge für schlechte Qualität werden abgelehnt; Qualitativ unzureichende Leistungen müssen stattdessen ausgeschlossen werden.
- Die Schließung ganzer Krankenhäuser oder Abteilungen durch die Länder wird eher selten sein.
- Qualitativ unzureichende Leistungen müssen in den **Budgetverhandlungen** ausgeschlossen werden.

Qualität – Wie bewerten es die Ersatzkassen? II



Strukturfonds – Was ist geplant?

- Zur Verbesserung der Strukturen richtet das Bundesversicherungsamt (BVA) einen Strukturfonds ein.
- Die Länder treffen im Einvernehmen mit den Krankenkassen Förderentscheidungen.
- 500 Millionen Euro werden aus dem Gesundheitsfonds (Beitragsmittel) bereitgestellt.
- Die Länder **und ggf. die Krankenhausträger** beteiligen sich in gleicher Höhe.
- Zweck des Strukturfonds ist insbesondere
 - ➔ der Abbau von Überkapazitäten,
 - ➔ die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und
 - ➔ die Umwandlung in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen.

Strukturfonds – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

- Ein Strukturfonds kann den notwendigen Strukturwandel einleiten.
- Die Krankenkassen gestalten den Strukturwandel mit.
- Die Umsetzung muss differenziert nach den Regionstypen erfolgen:
 - ➔ Abbau von Überkapazitäten in urbanen Gebieten.
 - ➔ Konzentration und Umschichtung von Leistungsangeboten in ländlichen Regionen.
- Die Kofinanzierung der Krankenhausträger birgt das Risiko, dass diese sich mit der „Hälfte“ zufrieden geben.
- Die Schließung von Krankenhäusern darf nicht zum Geschäftsmodell gewinnorientierter Krankenhausträger werden.

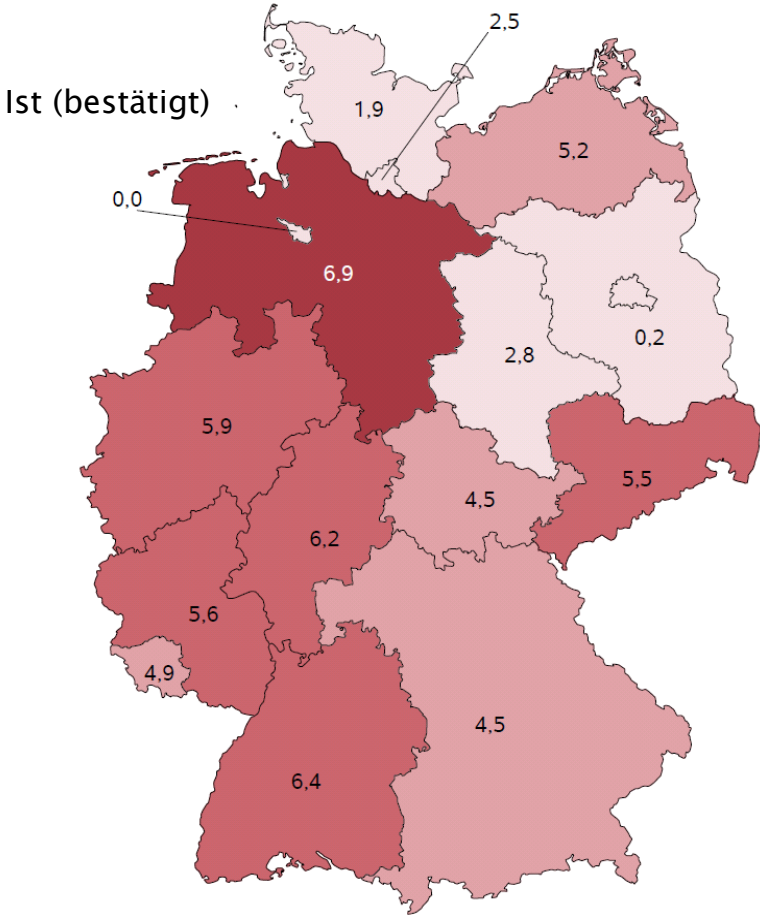
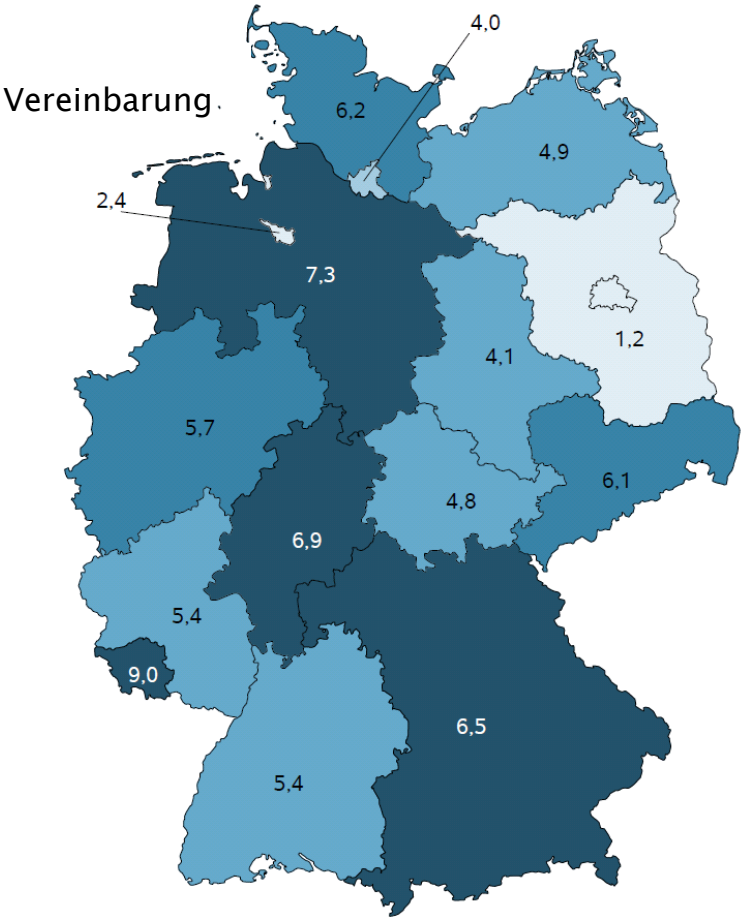
Pflegestellenförderprogramm – Was ist geplant?

- Jährlich werden kumulativ bis zu 300 Millionen Euro bereitgestellt (Wirkung ab 2018).
- Pro Krankenhaus können im Durchschnitt etwa zwei bis drei Pflegekräfte eingestellt werden.
- Der Eigenanteil der Krankenhäuser beträgt zehn Prozent.
- Die Nachweisführung erfolgt durch Testate der Wirtschaftsprüfer, die vom Krankenhaus bestellt werden.
- Die Nachhaltigkeit des Programms ist gesetzlich nicht vorgesehen, da das Programm zeitlich begrenzt ist.
- Eine Expertenkommission des Bundesministeriums für Gesundheit soll spätestens Ende 2017 Vorschläge unterbreiten, wie die Mittel des Programms dauerhaft zur Verfügung gestellt werden können.

Pflegestellenförderprogramm – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

- Ein Pflegestellenförderprogramm wird akzeptiert, wenn es dauerhaft zu mehr Pflegepersonal führt.
- Die Mittelverwendung muss durch Nachweise, MDK-Kontrollen und Sanktionsregelungen (Rückzahlung nichtbesetzter Stellen nach Auslaufen des Förderprogramms) gesichert werden.
- Der demografische Wandel am Arbeitsmarkt erfordert es, dass die Attraktivität der Pflegberufe steigt; junge Menschen müssen motiviert werden, den Pflegeberuf zu erlernen.
- Mehr „Pflege am Bett“ muss durch das Pflegestellenförderprogramm auch tatsächlich ankommen.

Vergleich der vereinbarten zu den tatsächlich besetzten Stellen nach dem Pflegesonderprogramm



0% - 3%
 > 3% - 4%
 > 4% - 5.5%
 > 5.5% - 6.4%
 > 6.4%
 0% - 3%
 > 4% - 5.5%
 > 5.5% - 6.4%
 > 6.4%

Quelle: GKV-Spitzenverband; Stichtag: 30.06.2008; Veränderung in Prozent



Kostenschätzung Krankenhausstrukturreform

Maßnahme	KHSG-Entwurf GKV-Schätzung nur GKV				
	Finanzwirkung (in Mio. Euro)				
	2016	2017	2018	2019	2020
Qualitätszu- und -abschläge	0	60	60	60	60
Sicherstellungszuschläge	0	90	90	90	90
Zentrumszuschläge	90	180	180	180	180
Mehrkosten von GBA-Beschlüssen	90	180	270	360	450
Landesbasisfallwert-Konvergenz	70	130	180	225	265
Mengenberücksichtigung: von Landes- auf die Hausebene		140	280	420	560
Pflegestellenförderprogramm	100	200	300	300	300
Hochschulambulanzen	265	265	265	265	265
Begrenzung Investkostenabschlag für KH-ambulanzen	40	40	40	40	40
Strukturfonds	100	200	200		
klinische Sektionen	0	18	18	18	18
Gesamt	755	1.503	1.883	1.958	2.228

☞ **Das Auslaufen des Versorgungszuschlages ist keine Änderung des KHSG!**

Regelungslücken und Handlungsbedarf

Ausgesparte Problemfelder

- Mangelnde Verpflichtung der Länder, die Planung nach bundesweit gültigen (Qualitäts-)Kriterien durchzuführen.
- Mangelnde Verpflichtung der Länder zur angemessenen Investitionsförderung.
- Fehlende Strategie zur Mengenbegrenzung.
- Fehlende Personalstrategie.

Personalstrategie

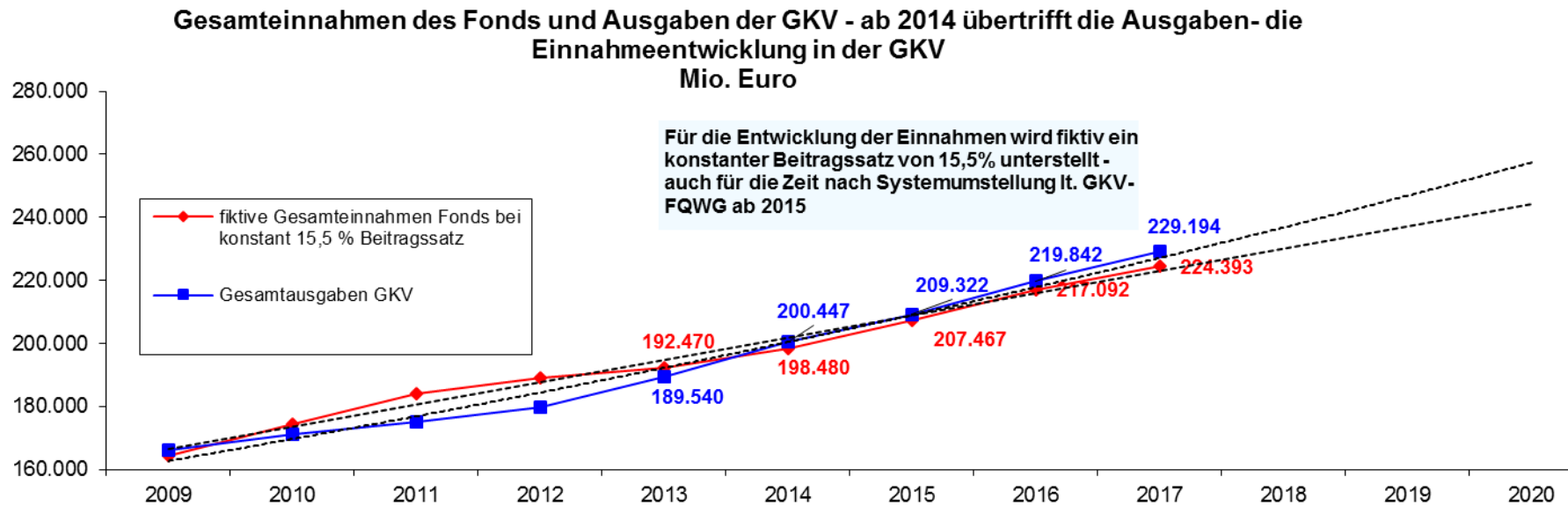
- Berufe müssen attraktiv gestaltet werden.
- Eine **Ausbildungsoffensive** muss rechtzeitig gestartet werden.
- Eine Personalrekrutierung muss nachhaltig sein; Negativbeispiel ist das Pflegesonderprogramm.
- Höhere Gehälter reichen künftig nicht aus, um vom Arbeitsmarkt die erforderlichen Stellen zu besetzen.
- Das **rückläufige Personal** muss auf **weniger Standorte** verteilt werden!

Wir müssen...

- die stationären **Ressourcen** von heute dorthin **umverteilen**, wo sie morgen benötigt werden.
- Krankenhausschließungen nutzen, um gezielte **Personalwanderungen** zu fördern.
- gezielte **Konzentrationsprozesse einleiten**, um regionalen und demografischen Veränderungen zu begegnen.
- diese **Umstrukturierungsprozesse** mit einer **qualitätsorientierten Planung** unterstützen.
- die **Pflege- und Therapeutenberufe** jetzt **attraktiv gestalten**, damit die künftige Personalrekrutierung im Branchenwettbewerb bestehen kann.

Und wir brauchen eine Finanzierungsstrategie!

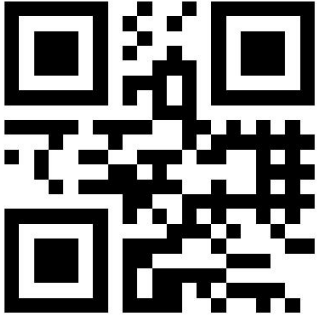
Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geht auseinander.



Gesetzlich induzierte Ausgabensteigerung = erhöht den ohnehin jährlichen Anpassungsdruck beim Zusatzbeitragssatz

Finanzierungsstrategie für die Krankenhausstrukturreform

- Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung in der GKV durch Dynamisierung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 Prozent.
- Abschmelzung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 35 Prozent einer Monatsausgabe und Mittelverwendung für Zuweisungen.
- Behebung von Wettbewerbsverzerrungen durch den Morbi-RSA zulasten der Ersatzkassengemeinschaft und zugunsten der AOK.



Vielen Dank für Ihr Interesse!

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Abteilung „Stationäre Versorgung“
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030 / 269 31-0

Quellenverzeichnis Presseworkshop 11.09.2015:

Folie 5:

OECD: *Managing Hospital Volumes*. Frankreich 2013.



Health Consumer Powerhouse: *Euro Health Consumer Index*. Schweden 2015.



AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: *Bundesauswertung 2014*. Deutschland 2015.



Folie 19:

Peschke et. al: *Umsetzung der Mindestmengenvorgaben*. Deutschland 2014.



Folie 40:

GKV-Spitzenverband: *Abschlussbericht zum Pflegesonderprogramm*. Deutschland 2013.

