

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 Krankenhausträger 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.

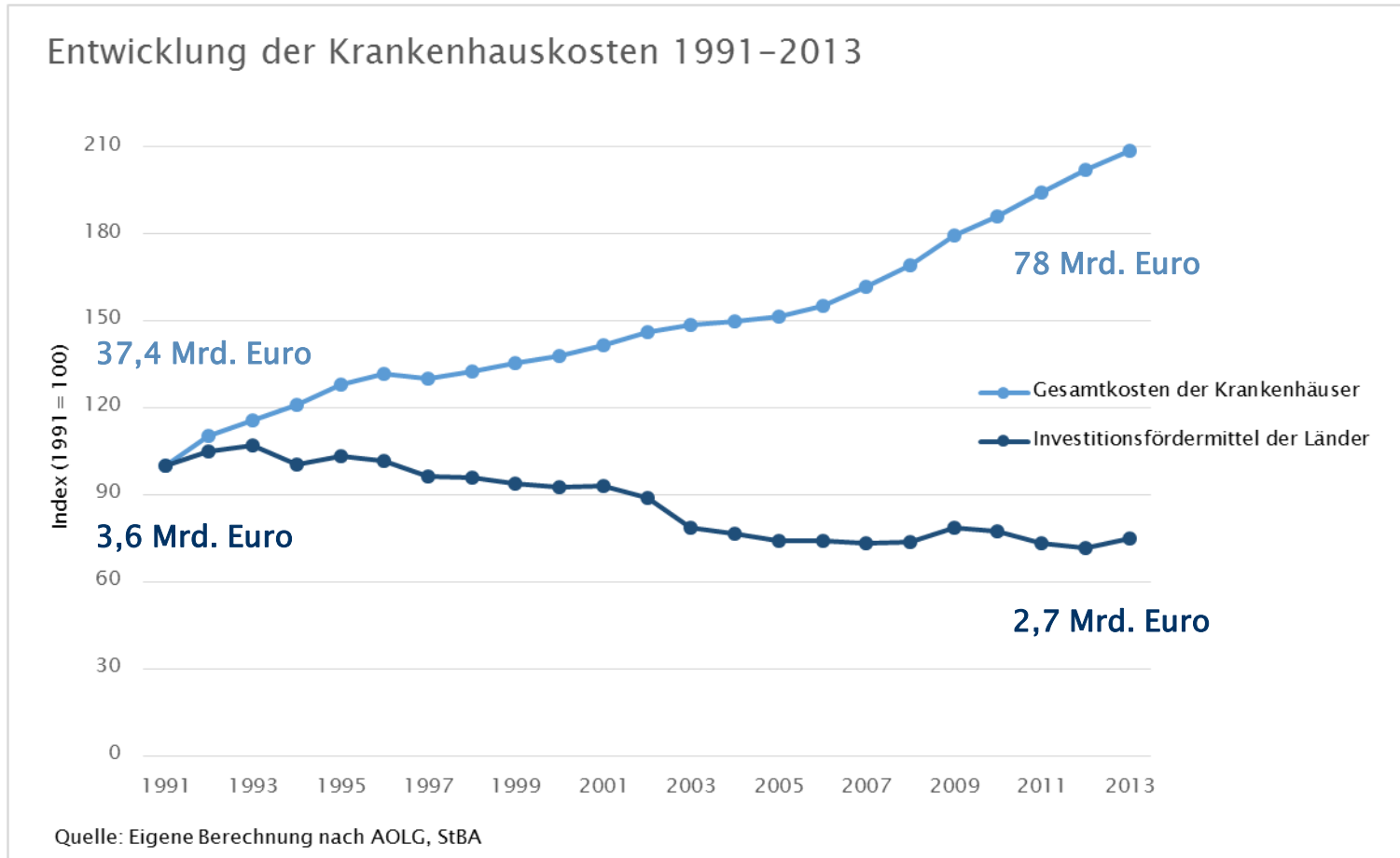
Internationale und nationale Unterschiede

- 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).

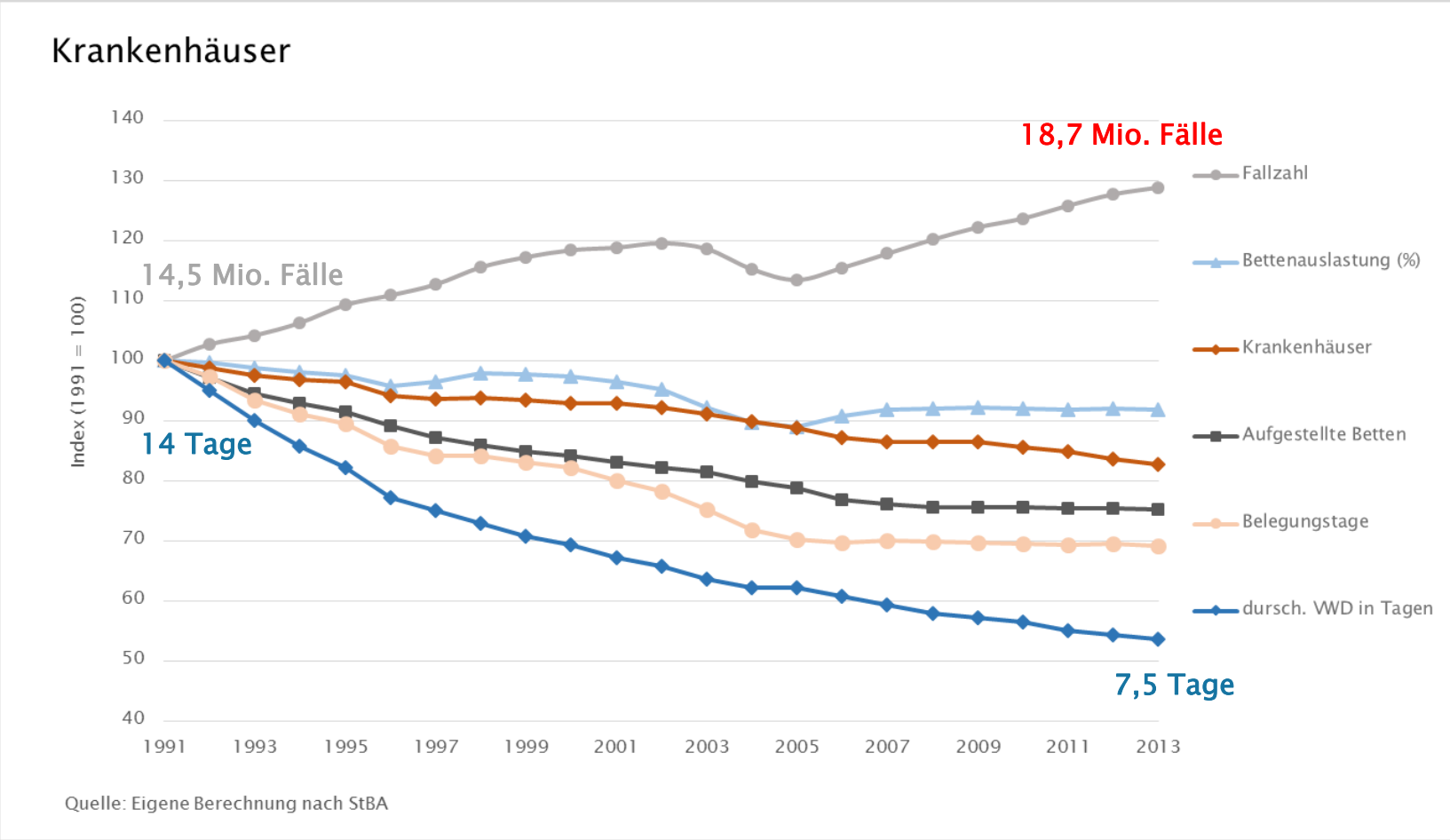
Ausgaben und Fördermittel für Krankenhäuser

- 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**).

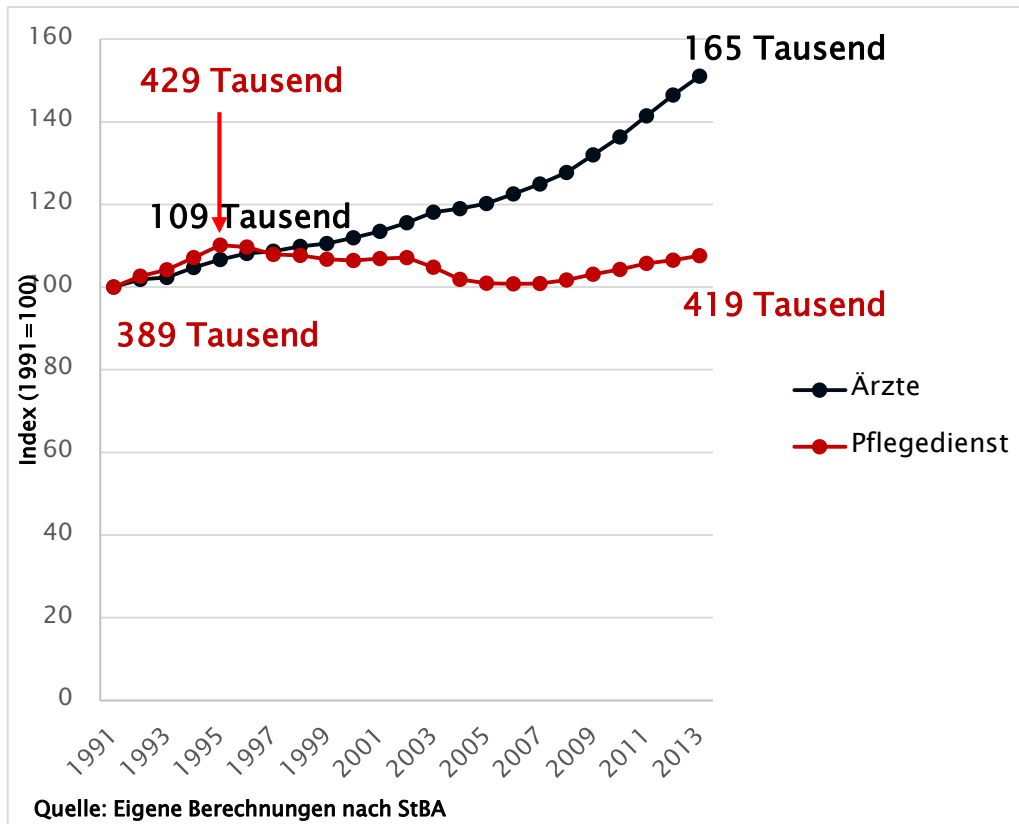
Entwicklung der Gesamtkosten und Fördermittel



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

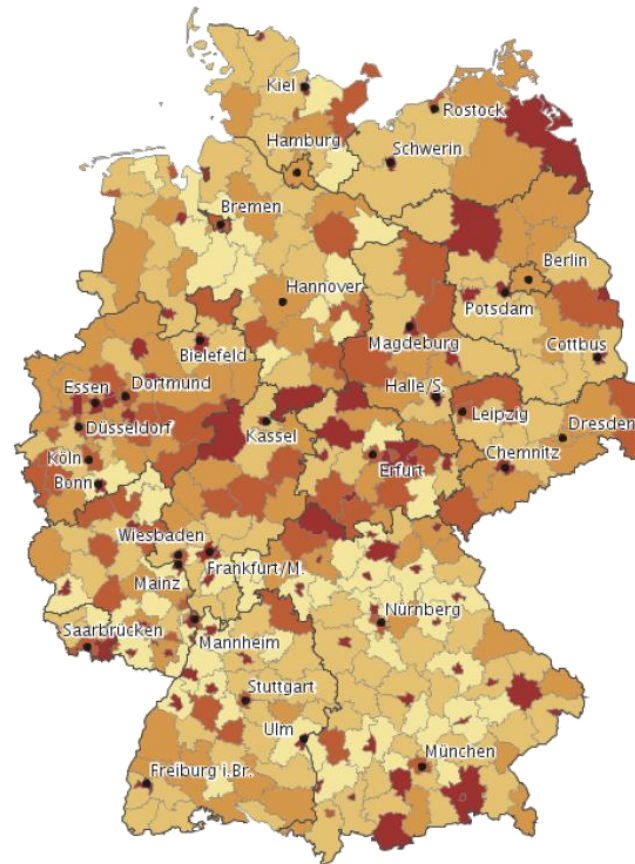
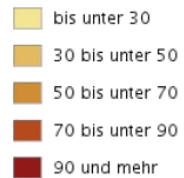


Krankenhausbetten

Name: keine Auswahl

Wert: keine Auswahl

Aufgestellte Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner 2012



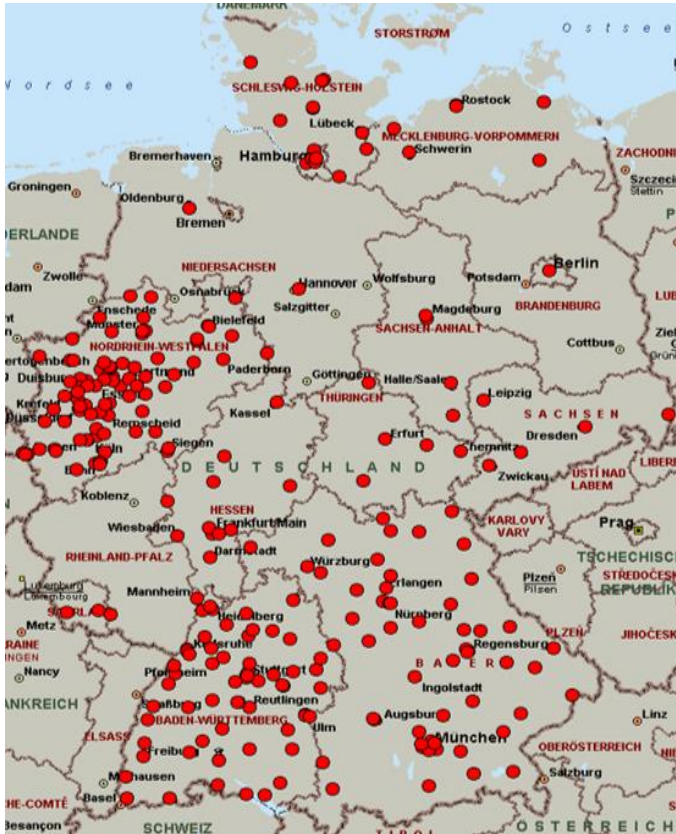
Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, Krankenhausstatistik des Bundes und der Länder

© 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.

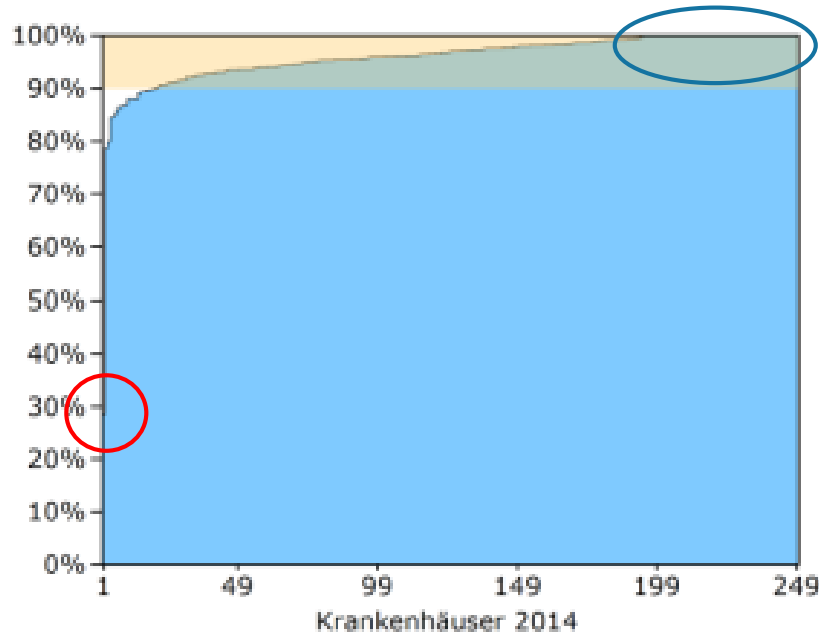
Qualität und Versorgung

- 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.

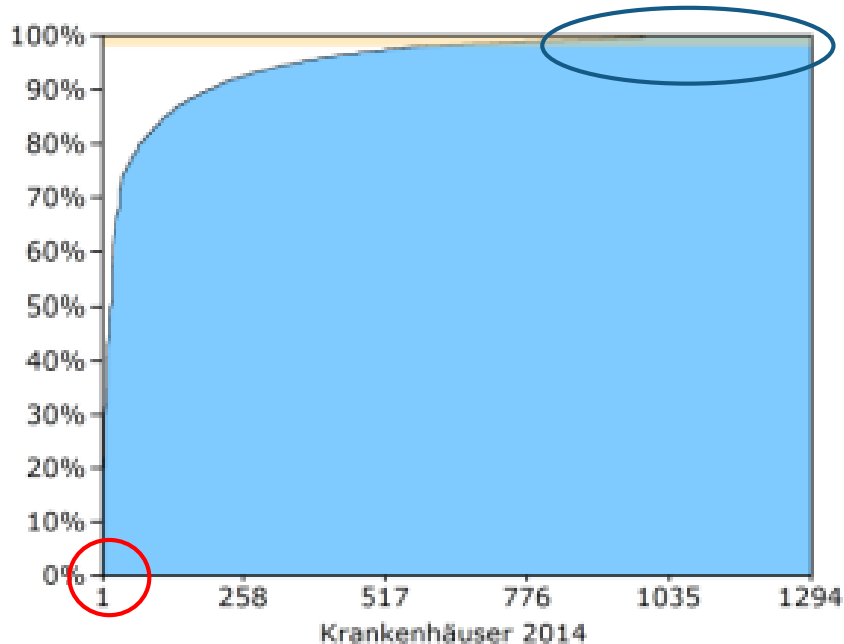
Große Qualitätsunterschiede bei der Strukturqualität im Bereich der Geburtshilfe



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).

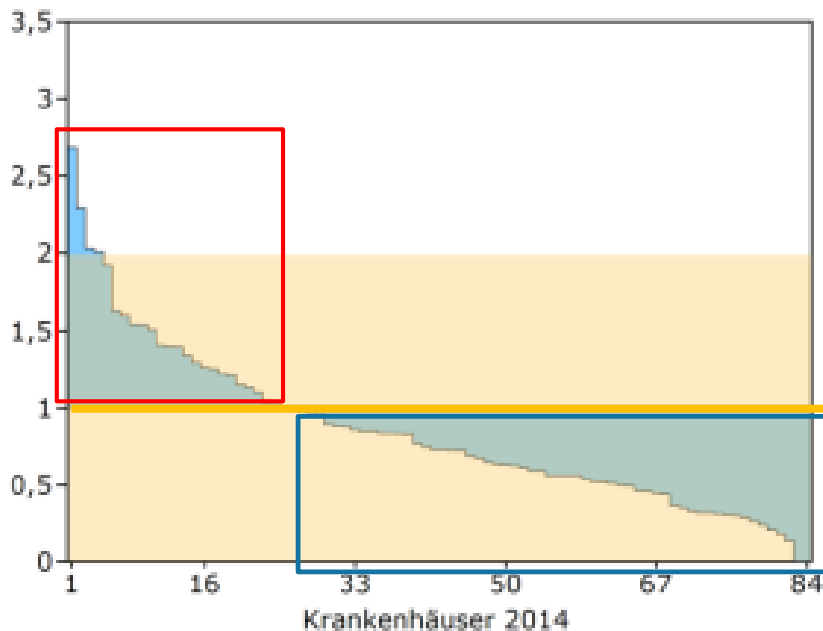
Große Qualitätsunterschiede bei der Prozessqualität im Bereich der Lungenentzündungen



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

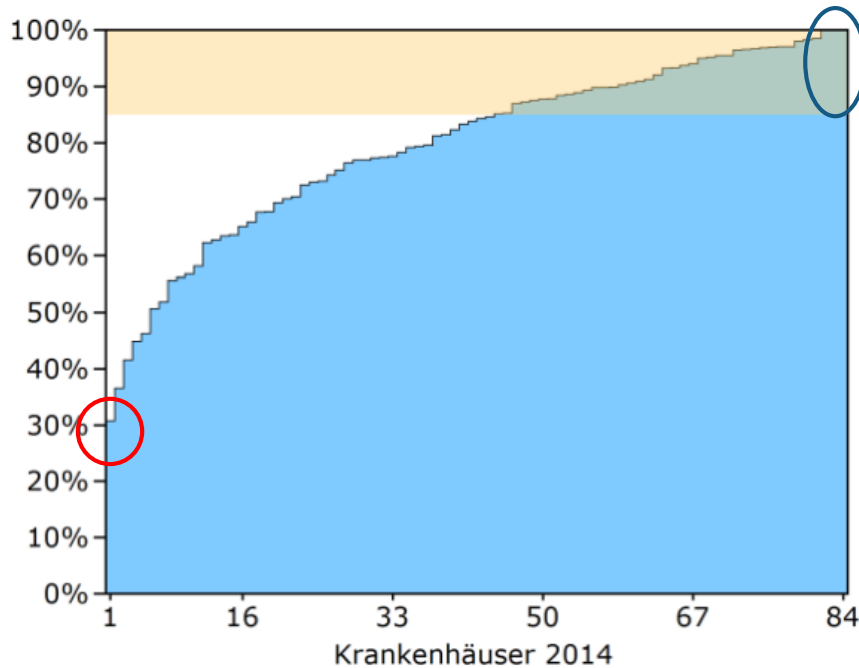


Quelle: Bundesauswertung 2014, AQUA-Institut

- 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



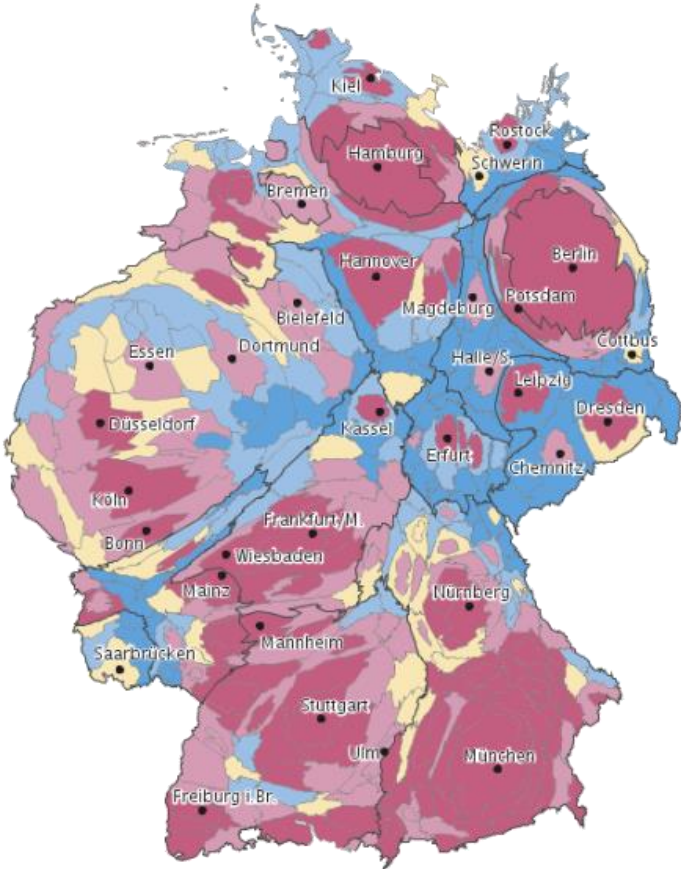
Bevölkerungsentwicklung

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

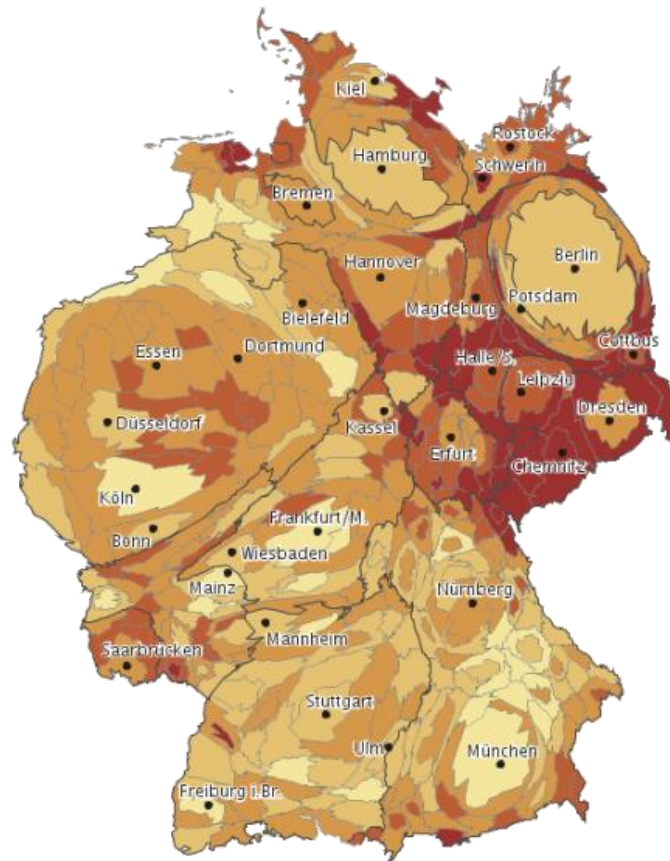


Einwohner 65 Jahre und älter

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.

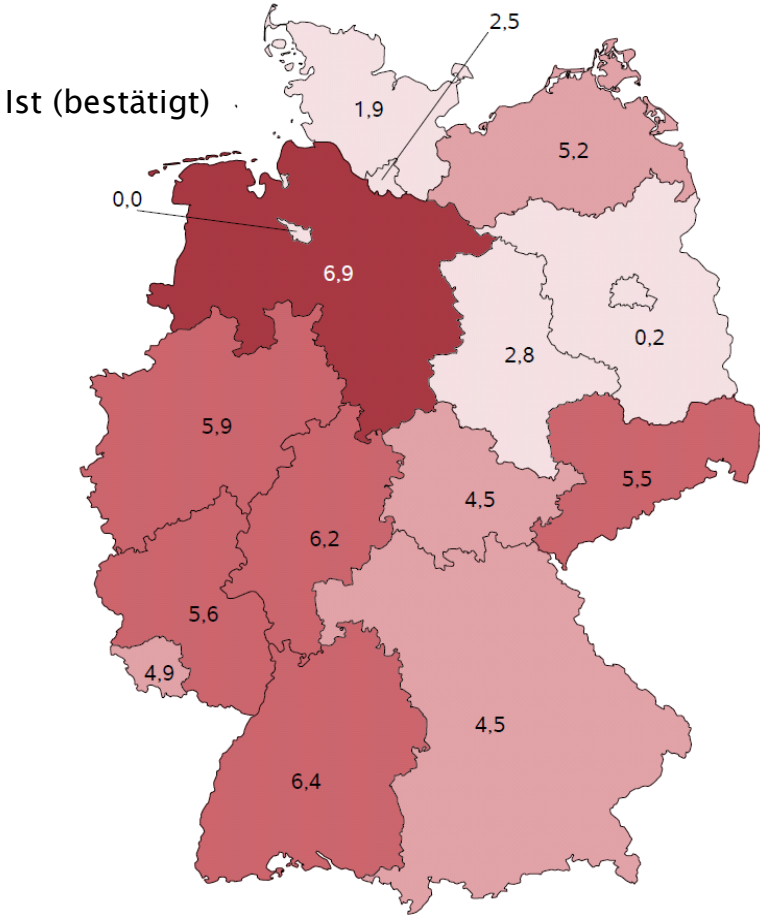
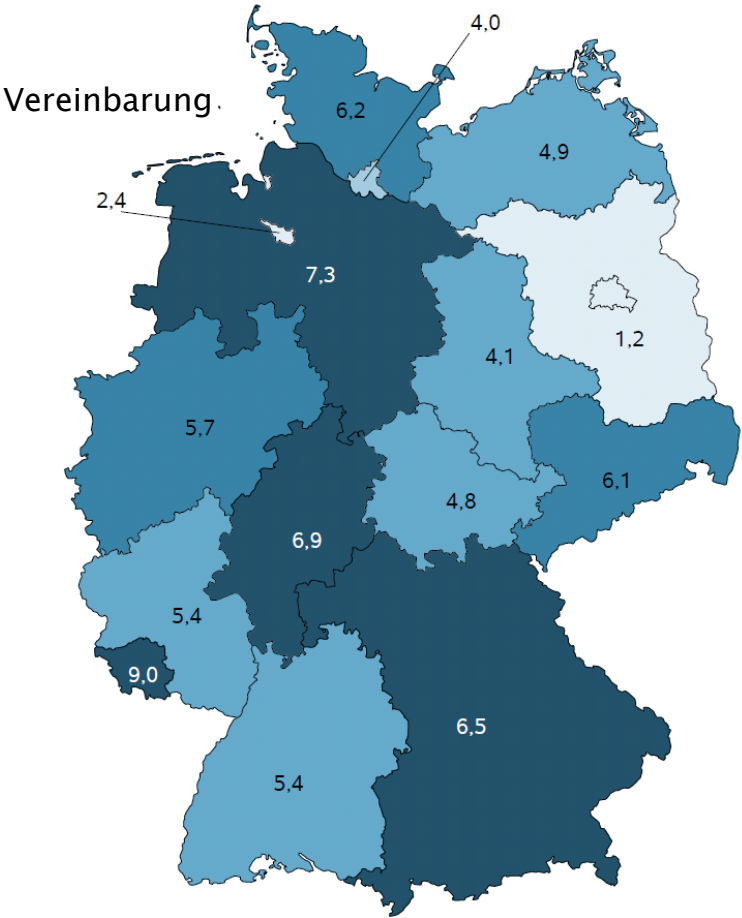
Pflegestellenförderprogramm – Was ist geplant?

- 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

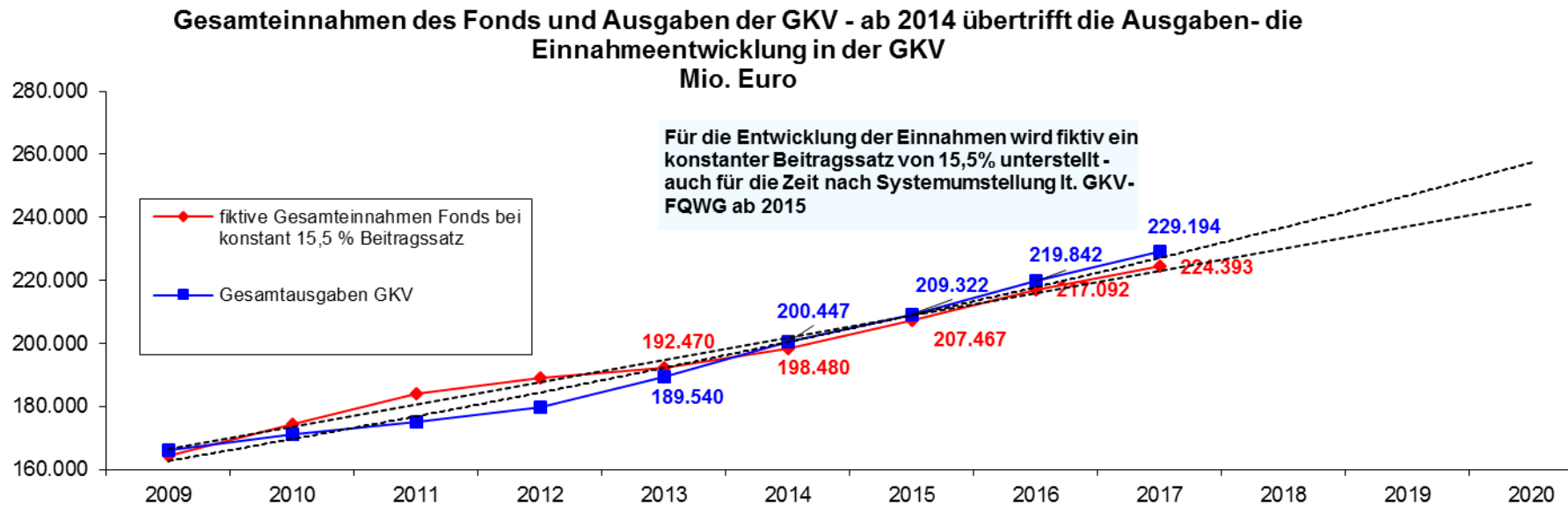
- Berufe müssen attraktiv gestaltet werden.
- Eine **Ausbildungsoffensive** muss rechtzeitig gestartet werden.
- Eine Personalrekrutierung muss nachhaltig sein; Negativbeispiel ist das Pflegesonderprogramm.
- Höhere Gehälter reichen künftig nicht aus, um vom Arbeitsmarkt die erforderlichen Stellen zu 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