

Statement

von

Ulrike Elsner

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

anlässlich

der Neujahrs–Pressekonferenz

**Gesundheitspolitik 2020:
Blickpunkt Krankenhausstrukturen: Der Wunsch nach hoher Qualität
und wohnortnaher Versorgung: Ein Widerspruch?**

am 16. Januar 2020

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben der Reform der Pflegeversicherung wird auch das Thema Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft auf der politischen Agenda stehen müssen. Dazu haben wir eine Forsa-Umfrage in Auftrag gegeben. Was erwarten die Versicherten von einer guten Versorgung? Wie wichtig ist ihnen Qualität und Erreichbarkeit? Wie kann man die Transparenz für die Versicherten in der Versorgung erhöhen?

Durchgeführt wurde die Umfrage im November/Dezember 2019. Befragt wurden 1.001 gesetzlich Krankenversicherte ab 18 Jahren. Die wesentlichen Ergebnisse stelle ich Ihnen nun vor und leite anschließend politische Schlussfolgerungen daraus ab.

1) Ganz allgemein betrachtet, schätzen die Menschen die **Qualität der Krankenhäuser** überwiegend positiv ein. 61 Prozent der Befragten sagen, die Versorgung sei qualitativ sehr gut oder eher gut, 30 Prozent dagegen sprechen von mittelmäßig, sechs Prozent von eher schlecht bzw. von sehr schlecht. Menschen, die schon einmal in den letzten zehn Jahren selbst zur „Behandlung im Krankenhaus“ waren, bewerteten diesen Aufenthalt überwiegend positiv. 56 Prozent waren sehr zufrieden, 38 Prozent eher zufrieden, fünf Prozent dagegen eher unzufrieden bzw. nur ein Prozent sehr unzufrieden. Die Menschen vertrauen also auf die gute qualitativ hochwertige Versorgung, und ich will ergänzen: Sie müssen auch darauf vertrauen dürfen! Zudem ist diese Beurteilung auch als Wertschätzung für unser Gesundheitssystem und für die dort arbeitenden Ärzte und Pflegekräfte zu verstehen.

2) Trotz der grundsätzlich positiven Bewertung nehmen die Patienten sehr wohl wahr, dass es **Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt**. Die qualitativen Unterschiede schätzen 26 Prozent als sehr groß, 43 Prozent als eher groß, 24 Prozent als eher gering und zwei Prozent als so gut wie nicht vorhanden ein. Auch stimmen die Menschen der Aussage zu, dass es vorkommt, dass aus medizinischer Sicht **unnötige Operationen** durchgeführt werden. So sagen hier 37 Prozent, dass so etwas häufig vorkommt, 36 Prozent sagen, dass es manchmal vorkommt, 19 Prozent sagen selten oder nie. Auch hier gibt es wieder deutliche Altersdifferenzen, insbesondere bei den ab 45-Jährigen. Die Fehlversorgung wird also in der Bevölkerung als Problem wahrgenommen. Allerdings weniger im Falle der eigenen Betroffenheit. 92 Prozent der Befragten, die schon einmal eine Operation erhalten haben, glauben nicht, dass ihre Operation unnötig war.

3) **Als Informationsquellen für die Wahl eines Krankenhauses** setzen Patienten vor allem auf das **persönliche Gespräch mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten**, in der Forsa-Befragung waren das 93 Prozent der Befragten, gefolgt von Gesprächen

mit Angehörigen, Freunden oder Bekannten (77 Prozent). 51 Prozent der Befragten würde sich auch über Informationen der Krankenkassen bzw. über andere Portale im Internet informieren. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte nehmen damit eine herausragende Stellung bei der Steuerung der Patientenströme und der Wahl eines Krankenhauses ein. Hier muss die gemeinsame Selbstverwaltung die Ärzte noch stärker unterstützen und sie in die Lage versetzen, ihre Patienten in Bezug auf die Notwendigkeit von Operationen und über Qualitätsaspekte bei der Wahl des Krankenhauses (Mindestmengen, Abschneiden der Krankenhäuser bei der externen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung etc.) umfassend zu informieren. Die Qualitätsberichte der Kliniken sind hier ein guter Ansatz. Sie stehen den Ärzten und Patienten auch zur Verfügung, aber sie sind für diesen Zweck noch nicht hinreichend indikationsbezogen aufbereitet und zu wenig verständlich. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat im Januar 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erhalten ein sogenanntes G-BA-Qualitätsportal zu entwickeln, das einrichtungsbezogene, vergleichende und indikationsbezogene Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung enthalten soll. Dies sollte nun rasch – zielgruppenbezogen – umgesetzt werden. Das Gleiche gilt natürlich auch für die Patienten selber, die sich informieren wollen. Für Nichtmediziner ist die komplexe Beurteilung von medizinischer Behandlung und Qualität nahezu unmöglich. Hier müssen die Patienten und deren Angehörige mehr Unterstützung und Hilfe bekommen.

4) Medizinische Behandlungsqualität wird als Entscheidungskriterium bei der Wahl eines Krankenhauses nur wenig differenziert in Betracht gezogen. Sehr wichtig bzw. wichtig sind den Menschen die Sauberkeit und Hygiene (98 Prozent), die allgemeine Empfehlung des Haus- und Facharztes (92 Prozent), und der Ruf des behandelnden Arztes oder Krankenhauses mit jeweils 84 Prozent. Die Größe des Krankenhauses spielt bei der Wahl der Krankenhäuser eine weniger wichtige oder gar keine Rolle (74 Prozent), ebenso wenig das Abschneiden in Bewertungsportalen (62 Prozent). Qualitätsberichte der Kliniken finden immerhin 65 Prozent sehr wichtig oder wichtig. Diese eher undifferenzierte Betrachtungsweise interpretieren wir so, dass die Menschen mit der Beurteilung bzw. Heranziehung wichtiger Qualitätskriterien mehr oder weniger überfordert sind, bzw. unterschiedliche Bedürfnisse miteinander konkurrieren.

5) Dies zeigt sich auch hinsichtlich der **Größe eines Krankenhauses**. Es wird zwar der Aussage eher zugestimmt, dass große Krankenhäuser eine bessere Geräteausstattung (78 Prozent) und mehr hochqualifiziertes Personal haben (51

Prozent); dies gilt auch für die Aussage, dass die Menge der durchgeführten Operationen die Qualität verbessert (76 Prozent der Befragten bestätigen dies). Diese Aussagen konkurrierten aber mit negativen Aussagen zu Großkliniken, wie zum Beispiel größere Anonymität (76 Prozent) und weniger Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten.

6) Es bestätigt sich erneut, dass die Menschen durchaus bereit sind, bei planbaren Operationen (zum Beispiel Hüft-Operationen) eine **längere Fahrzeit in Kauf zu nehmen**, um ein spezialisiertes Krankenhaus aufzusuchen und damit qualitativ besser versorgt zu sein. Hier ist ein Bewusstsein für bessere Qualität vorhanden. 88 Prozent würden bis zu einer Stunde oder mehr Fahrzeit einplanen. Dabei gibt es leichte Abweichungen bei der ländlichen und städtischen Bevölkerung und altersbedingte Unterschiede (Jüngere würden längere Fahrzeiten in Kauf nehmen als Ältere).

7) Die **ärztliche Zweitmeinung** kann für die Patienten bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Operation eine wertvolle Hilfe sein. Von 382 Befragten, bei denen in den letzten Jahren schon mal eine planbare Operation durchgeführt wurde, gaben 26 Prozent an, dass sie tatsächlich eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt haben. Davon gab der überwiegende Teil an (81 Prozent), dass dies hilfreich für die Entscheidungsfindung war. Durch das am 23. Juli 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der G-BA den gesetzlichen Auftrag, festzulegen, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht, und welche Qualitätsanforderungen die jeweiligen Ärzte erfüllen müssen. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch für die Versicherten besteht derzeit bei dem Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie) und bei der Gebärmutterentfernung (Hysterektomie). Das Zweitmeinungsverfahren bei der Schulterarthroskopie wird in Kürze starten, für weitere drei Indikationen laufen derzeit die Beratungen. Zusätzlich bieten viele Ersatzkassen eine Zweitmeinung bei weiteren Eingriffen als Satzungsleistung oder in Selektivverträgen an, zum Beispiel bei Eingriffen an Hüfte, Schulter oder Rücken.

Wir halten es daher für wichtig, das Zweitmeinungsverfahren weiter auszubauen. Unabhängig davon hat jeder Patient natürlich prinzipiell die Möglichkeit, sich bei einem anderen Arzt eine zweite Meinung einzuholen.

8) Im **Notfall** müssen sich die Bürger darauf verlassen können, gut, schnell und auf der richtigen Ebene versorgt zu werden. Kennen die Menschen die beiden bundeseinheitlichen Rufnummern 112 für akute Notfälle (Feuerwehr, Rettungsdienst) sowie die 116 117 für nicht lebensbedrohliche Erkrankungen (ärztlicher Bereitschaftsdienst)? Während dies bei der Rufnummer 112 bei 92

Prozent der Befragten der Fall ist, gilt dies für die 116 117 mit 29 Prozent noch nicht. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die 116 117 erst im Jahre 2012 eingeführt wurde, die 112 dagegen schon seit 1973 besteht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist derzeit sehr engagiert dabei, die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 in der Bevölkerung bekannter zu machen. Wir halten in diesem Kontext die Pläne von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für richtig, die beiden Rufnummern als gemeinsames Notfallsystem (GNL) zu erhalten, aber stärker digital zu vernetzen. Innerhalb des GNL sollte nach einheitlichen Vorgaben entschieden werden, ob eine Notfallversorgung vor Ort, eine Fahrt mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus, eine telemedizinische Behandlung oder ein Hausbesuch durch einen ärztlichen Bereitschaftsdienst sinnvoll ist. Auch die geplante Errichtung von gemeinsam von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten betriebenen Integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern für die Notfallversorgung halten wir für richtig. Denn die Menschen wünschen sich eine zentrale Anlaufstelle.

Meine Damen und Herren,

welche Schlüsse können wir jetzt daraus für die notwendigen strukturellen Veränderungen ableiten?

1) Wir brauchen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Spezialisierung der Medizin dringend einen **Konzentrations- und Spezialisierungsprozess in der Krankenhauslandschaft**. Dieser muss in den Ballungsgebieten zu größeren aber weniger Standorten durch Konzentration führen, und in ländlichen Regionen müssen kleinere Krankenhäuser zur ambulanten Basisversorgung umgewidmet werden. Denn es ist in Anbetracht knapper Personalressourcen und knapper finanzieller Mittel (unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder) nicht sinnvoll, an jedem der rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland hochspezialisierte Krankenhausstrukturen vorzuhalten. Diese sind dann entweder nicht ausgelastet, oder die Versorgung wird gefährdet durch unnötige Operationen, nicht ausreichende Qualität oder Fehlversorgung. Ein Blick auf unser Factsheet zeigt: Die Zahl des Pflegepersonals ist in den letzten zehn Jahren um fast 45.000 gestiegen! Das gilt auch für die Auszubildenden in der Pflege (Anstieg um fast 40.000 Ausbildungsplätze). Aber die Pflegekräfte verteilen sich auf zu viele Krankenhäuser. Im OECD-Vergleich (2017) liegt Deutschland bei den Betten, Pflegekräften und Fällen pro Einwohner deutlich an der Spitze im internationalen Vergleich. Pflegeförderungsprogramme alleine werden nicht ihre Wirkung entfalten, wenn man nichts an den Strukturen verändert. Das Problem der unnötigen Eingriffe zeigt sich bei planbaren Operationen. So ist beispielsweise ein Anstieg der Knie-TEP-Eingriffe laut Abrechnungsdaten der

Ersatzkassen von 2013 auf 2018 von insgesamt 21,9 Prozent zu verzeichnen. Noch dramatischer verläuft der Anstieg bei den unter 60-Jährigen, der 29,9 Prozent beträgt. Es stellt sich die Frage, ob in vielen Fällen die Krankengymnastik nicht die medizinisch sinnvollere und perspektivisch bessere Alternative gewesen wäre. Da wären wir wieder beim Thema Zweitmeinung!

2) Die **Krankenhausplanung** muss über die Grenzen der Bundesländer hinweg erfolgen und sich an dem tatsächlichen Bedarf in den Ballungsgebieten und in den ländlichen Regionen ausrichten. Zudem müssen bei der Krankenhausplanung die bestehenden Qualitätsinstrumente konsequenter angewendet und ausgebaut werden. Derzeit gibt es hauptsächlich für die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe planungsrelevante Qualitätsindikatoren und auch im Bereich der Mindestmengen ist noch viel Luft nach oben. Hier gibt es derzeit nur für 0,5 Prozent der Prozeduren entsprechende Regelungen.

Aber auch das DRG-Vergütungssystem muss den oben beschriebenen Strukturwandel befördern. Denn das System in seiner derzeitigen Ausrichtung hat maßgeblich zu dem Fallzahlanstieg beigetragen und dazu geführt, dass jedes Krankenhaus auf Spezialisierung gesetzt hat. Das DRG-System muss künftig mehr die unterschiedlichen Kosten der Versorgungsebenen (Basis, Schwerpunkt und Spezialversorgung) berücksichtigen. Zudem muss es um diese Fehlanreize zur Mengenausweitung bereinigt werden.

3) Wir glauben, dass die Bevölkerung diesen Strukturwandel akzeptieren wird. Das geht auch aus der Forsa-Umfrage hervor. Denn es geht nicht darum, den Menschen ihre Grundversorgung nehmen. Es geht darum, die Qualität der Versorgung durch Konzentration und Spezialisierung zu verbessern. In den Ballungsgebieten ist dieser Konzentrationsprozess möglich, ohne dass es zu Versorgungseinschnitten kommt. Wir müssen den Veränderungsprozess aber sehr transparent gestalten und die Bevölkerung umfassend informieren. Hier richten wir auch einen klaren Appell an die Politiker vor Ort, die den Prozess befördern sollten – und dabei helfen sollten, manchmal auch sehr diffuse Ängste in der Bevölkerung abzubauen. Dabei unterstützen wir sie gerne.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.