

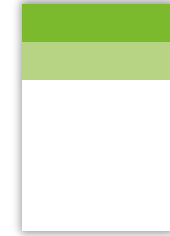
Biersdorfer Krankenausgespräche

Marktbereinigung tut not - zu viele
Krankenhäuser, zu viele Leistungen?

Dr. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

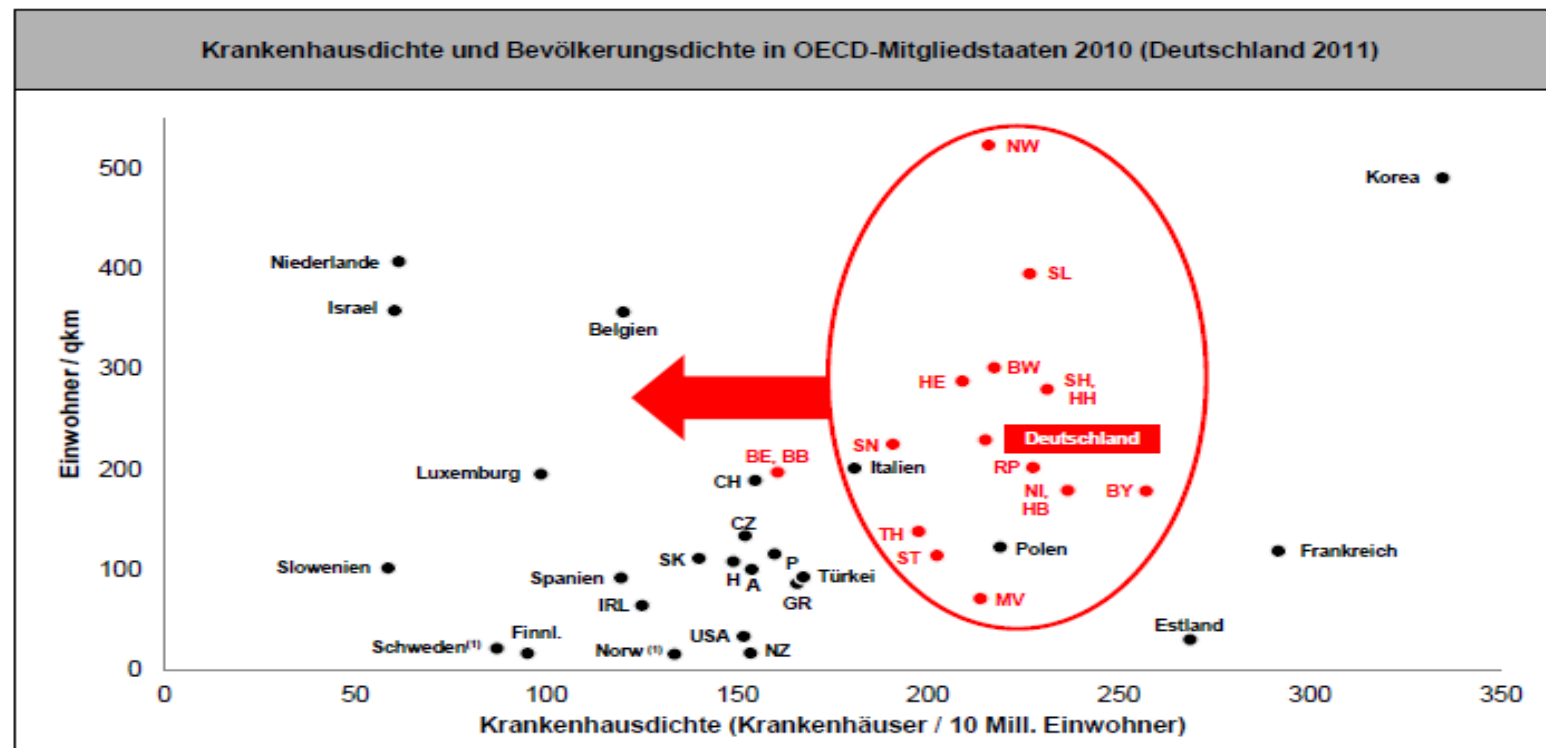




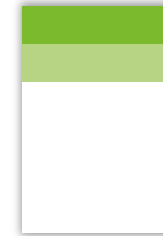
Status quo der KH-Versorgung

(1) Hohe Krankenhausdichte in Deutschland

RWI: Krankenhaus Rating Report 2013 – relevante Unterschiede im internationalen, aber auch im innerdeutschen Vergleich



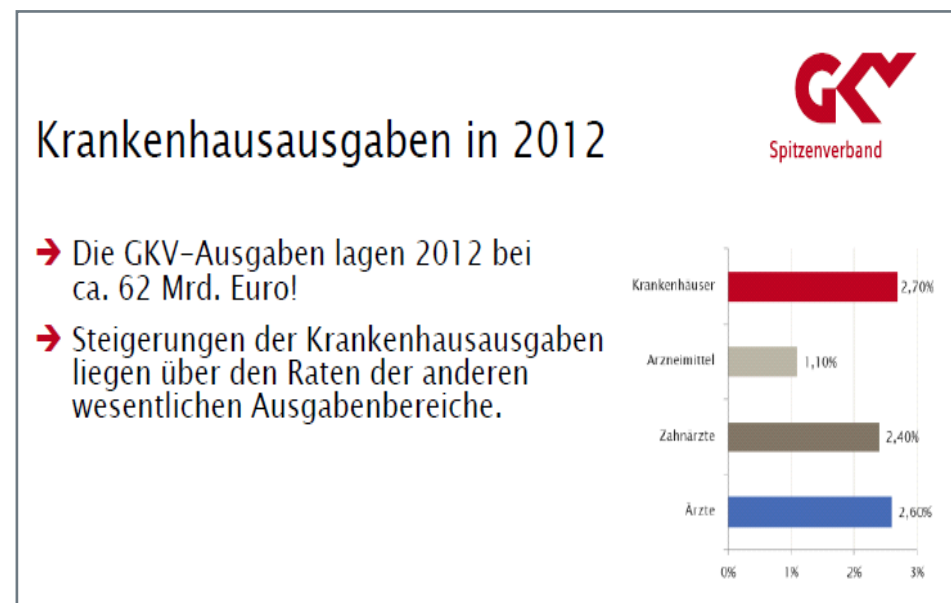
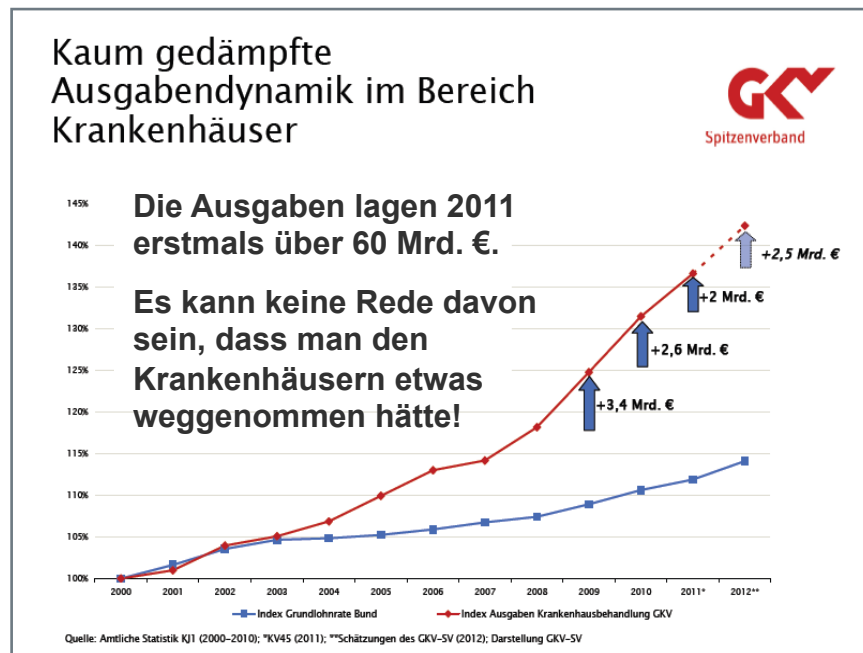
(1) Daten zu Schweden aus 2003 und zu Norwegen aus 2000
Anmerkung: Grundlage sind „general hospitals“; Australien (Dichte = 460) und Japan (Dichte = 600) ausgeblendet, weil weit außerhalb des Diagrammbereichs
Quelle: Accenture / hcb / RWI; OECD (2011, 2013); Statistisches Bundesamt (2012a, 2013a); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013)



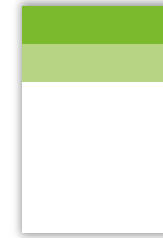
(2) Ausgabensteigerungen

„Jammerfolklore“ oder berechtigte Forderung?

- Krankenhaus-Ausgaben sind so hoch wie nie
- Krankenhäuser argumentieren mit Unterfinanzierung und fordern kontinuierlich mehr Geld



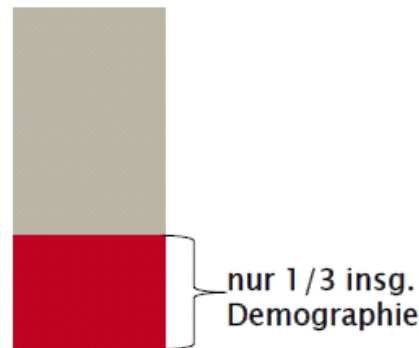
(3) Mengenexplosion: „Deutschland ist weltweit Spitze“



Zahl der OPs ist in Deutschland seit 2005 um mehr als ein Viertel gestiegen

Mengensteigerungen im Krankenhaus

- Begleitforschung dritter Zyklus
 - CM-Zuwachs 2008 bis 2010 im Durchschnitt: 2,6 %
 - Erwarteter CM-Zuwachs durch Alterung: 0,9 %
- RWI-Mengengutachten bestätigt spezielle Problembereiche (Muskel-Skelettsystem, Herz-Kreislaufsystem)
- **Ökonomische Anreize steigern die Menge!**
- **Auch das Leistungsniveau muss durchleuchtet werden!**

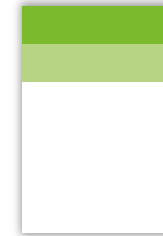


Aussage von BM Bahr beim DKG-Symposium (am 27.02.12):

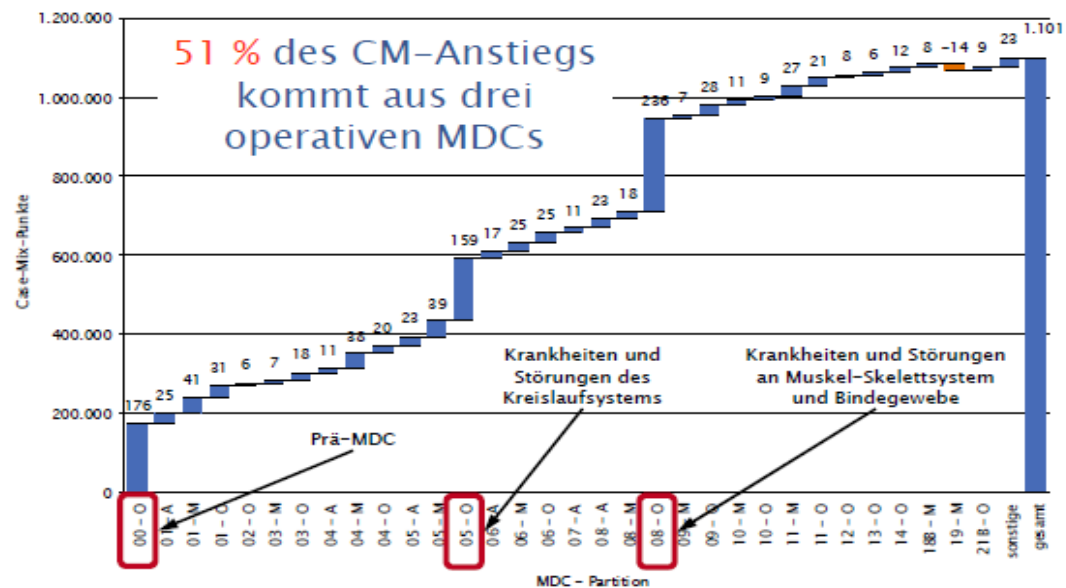
- “auf dem Rücken der Patienten und Beschäftigten wird [im KH] Menge gekloppt!”
- “[...] dafür brauchen wir Lösungen“

- **Der Gesetzgeber reagiert im PsychEntgG:**
 - Mehrleistungsabschläge für 2013 und 2014
 - Forschungsauftrag der Selbstverwaltung für Lösung ab 2015

Stärkste Mengenausweitung bei planbaren Leistungen: Orthopädie und Kardiologie

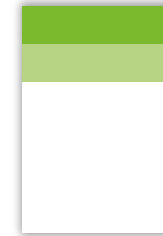


CM-Veränderung im Zeitraum 2006–2008 nach MDC & Partition

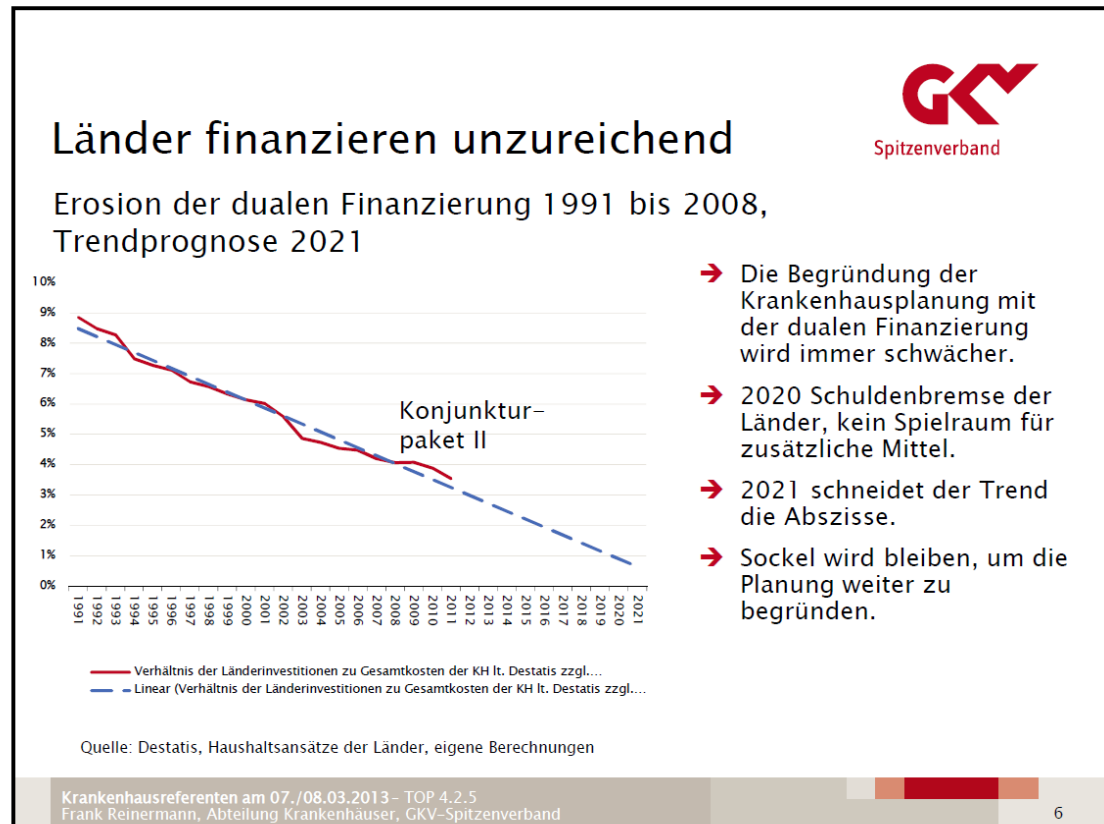


Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband

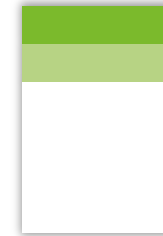
(4) Schleichende Monistik durch Investitionsstau



- Investitionskosten sinken in den letzten 20 Jahren von rund 9% auf weniger als 4%
- aus betriebswirtschaftlicher Sicht wäre eine Investitionsquote von 8 bis 10% notwendig




Investitionen werden in erheblichem Umfang aus den GKV/PKV-Vergütungen finanziert



(5) „Pflegenotstand“ – Ärzte „rauf“, Pflege „runter“?

- Trend 1995 bis 2010: „Raubbau“ an der Pflege – lieber wurden Ärzte eingestellt,...
- seit 2010 wirkt das Pflege-Sonderprogramm – aber wie lange noch?

„Pflegenotstand“ – eine (selbstgemachte) Folge der Personalpolitik?

**KGNW**
Krankenhausgesellschaft
Kardium Westfalen e. V.

Rationalisierung im Personalbereich seit 1995

	1995	2011	1995 / 2010
Beschäftigte insgesamt*	256.044	244.790	-11.254
<i>davon:</i>			
Ärztl. Dienst	28.008	36.265	8.257
Pflegedienst	109.120	98.244	-10.876
Med-tech. Dienst	35.392	39.373	3.981
Funktionsdienst	21.417	26.571	5.154
Wirtschaftsdienst**	37.126	20.298	-16.828
Verwaltungsdienst	16.787	17.668	881

im Vorjahresvergleich

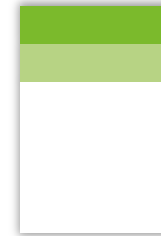
	2010	2011	2010 / 2011
Beschäftigte insgesamt*	240.766	244.790	4.024
<i>davon:</i>			
Ärztl. Dienst	34.919	36.265	1.346
Pflegedienst	96.444	98.244	1.800
Med-tech. Dienst	38.200	39.373	1.173
Funktionsdienst	25.784	26.571	787
Wirtschaftsdienst**	20.072	20.298	226
Verwaltungsdienst	17.173	17.668	495

* Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Belegärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten, ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden

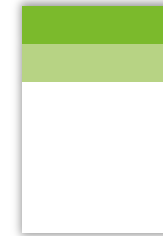
** inkl. Klinisches Hauspersonal, Technischer Dienst

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2011

... die Folge sind: „Verteilungskämpfe“

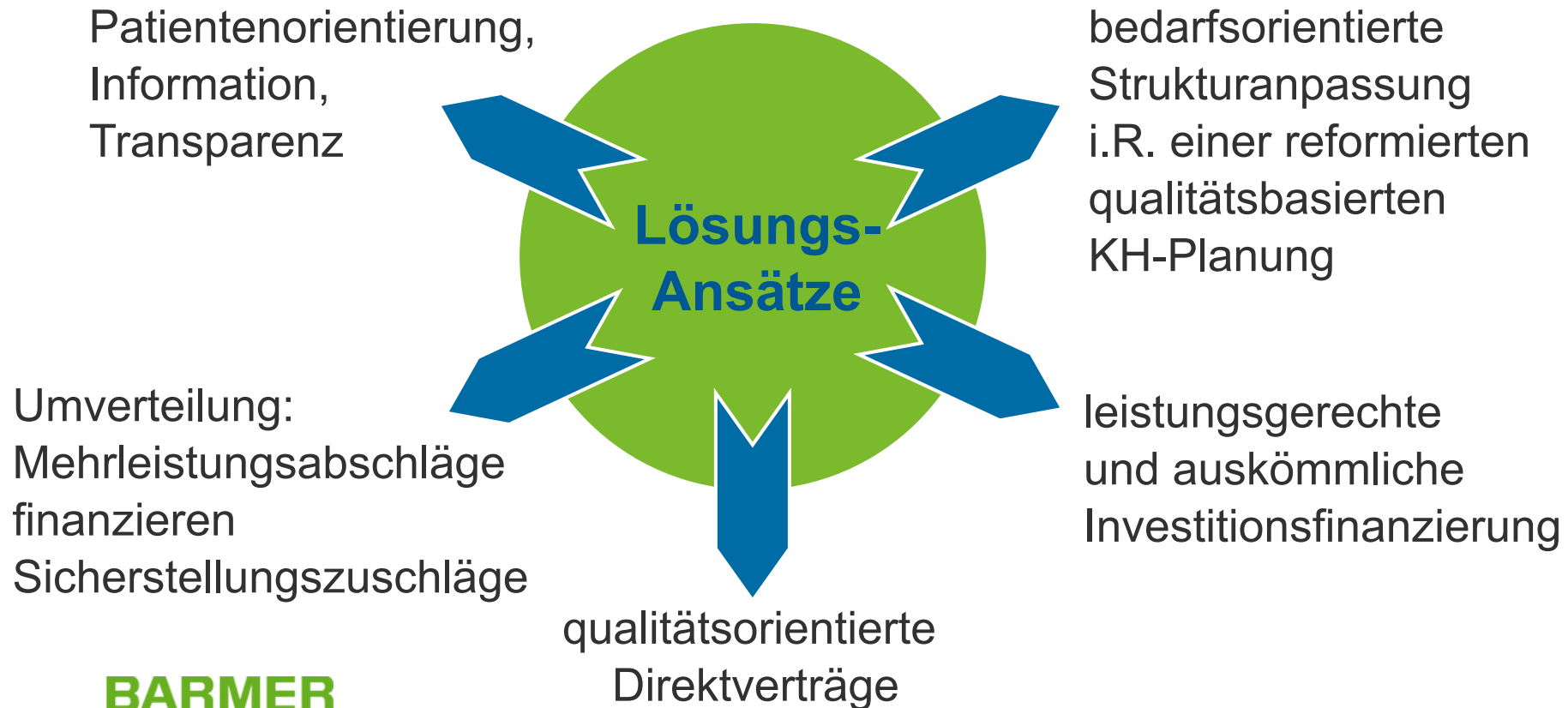


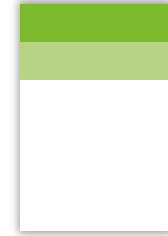
KH in Ballungszentren „stehen sich auf den Füßen“	KH in der Fläche „laufen leer“
<ul style="list-style-type: none">■ harter Wettbewerb um den Patienten■ Erläsoptimierung vs. medizinische Erforderlichkeit der Leistung■ Mengenausweitung im Kampf um Erläsoptimierung	<p>KH in der Fläche ohne Spezialisierung...</p> <ul style="list-style-type: none">■ werden nicht optimal ausgelastet■ haben Schwierigkeiten, Personal zu finden■ geraten z.T. unter Druck, Defizite in der ambulanten Versorgung auszugleichen



Lösungsansätze müssen ineinander greifen

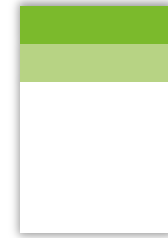
Keine Maßnahme wirkt als „Allheilmittel“: notwendig ist ein Bündel von Maßnahmen





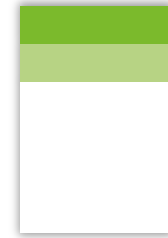
1. Modernisierung der KH-Planung - Eckpunkte

- Verbindliche Berücksichtigung von Qualitätskriterien (G-BA-Richtlinien) durch die Planungsbehörden; regelmäßige Kontrollen und Sanktionen
- Strukturveränderung aktiv steuern
 - Spezialisierung im Rahmen von Versorgungsnetzen
 - Konzentration – z.B. Innovationen an Zentren bündeln
 - Umwidmung bzw. Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Abteilungen
 - Gewährung von Sicherstellungszuschlägen bei bedarfsgerechten KH der Grundversorgung
- Versorgung sektorübergreifend betrachten und planen
- Mitspracherechte der Kassen stärken – KH-Planung, Investitionsfinanzierung und Budgetverhandlung müssen effektiv ineinander



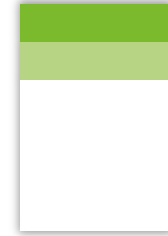
2. Auskömmliche, leistungsrechte Investitionsfinanzierung

- Länder müssen ihrer Pflicht zur Investitionsfinanzierung verlässlich und in ausreichender Höhe nachkommen
- Investitionsmittel müssen leistungsgerecht verteilt werden – guter Ansatz: Investitionsbewertungsrelationen
- (Mindest-)Investitionsquote sollte verbindlich festgelegt werden
- Wirtschaftliche Investitionen z.B. für energetische Sanierungen sollten gezielt gefördert werden
- Kassen sollten Mitspracherechte erhalten – Investitions- und Betriebsmittelfinanzierung müssen aufeinander abgestimmt werden



3. Qualitätsorientierte Direktverträge

- für einen Katalog planbarer Leistungen sollte den Kassen die Möglichkeit eingeräumt werden, mit Krankenhäusern Direktverträge schließen zu können.
- Kassen erhalten damit die Möglichkeit, sich über qualitativ hochwertige Versorgungsprogramme im Wettbewerb zu profilieren.
- Qualifizierte KH werden ausgewählt, weniger qualifizierte KH gehen leer aus.
- Der Fokus im Wettbewerb wird auf die Qualität gelenkt
- Qualitäts- statt Preiswettbewerb



3.1. Konsequenzen aus Qualitätssicherung...

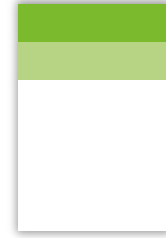
■ Bei überdurchschnittlichen Qualitätsergebnissen



- „Steuerung“ der Patienten in gute und geeignete Kliniken
- Engere Partnerschaften mit TOP-Kliniken in Qualität, Service und Vergütung

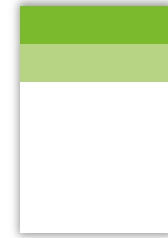
■ Bei nachhaltigem Qualitätsdefizit

- ↓ Abwenden von Schaden für den Versicherten: „Qualitätsdialog“
- ↓ Überprüfung der Belegung und Vergütung
- ↓ Anpassung der Verträge

4. Umverteilung - Mehrleistungsabschläge finanzieren Sicherstellungszuschläge

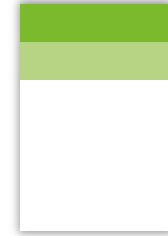


- 
- 
- Mehrleistungsabschläge verhindern Strategien zur gezielten Mengenexpansion zwar nicht völlig, sie dämpfen sie aber. Sie sollten deshalb weitergeführt werden.
 - KH in der Fläche, die zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und trotz wirtschaftlicher Betriebsführung regelmäßig „rote Zahlen“ schreiben, sollten unter klar definierten Voraussetzungen mit Sicherstellungszuschlägen unterstützt werden



5. Patientenorientierung

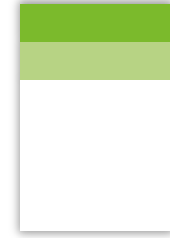
- KH-Strukturen müssen den Bedarf der Versicherten/Patienten decken → die Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt.
- Patienten sind mündig und stimmen mit den Füßen ab. Strukturen, die nicht angenommen werden, sind ggf. überflüssig.
- Dafür muss der Patient nutzerorientiert informiert werden
 - z.B. durch das **BARMER GEK** Krankenhausnavi inkl. Patientenbefragung mit PEQ-Fragebogen (Weisse Liste)
 - oder durch ärztliche Zweitmeinung → **BARMER GEK**-Programm „Pro Rücken“
- aktuelle Qualitätstransparenz reicht aber noch nicht aus - Qualitätssicherung muss Patientenperspektive stärker berücksichtigen



Fazit: Strukturanpassung tut Not

- Die KH-Versorgung ist geprägt von einer enormen KH-Dichte, hohen KH-Ausgaben, eklatanten Mengensteigerungen und einer mangelhaften Investitionsfinanzierung.
- KH in Ballungsgebieten „stehen sich auf den Füßen“; KH in der Fläche sind nicht ausgelastet und schreiben z.T. rote Zahlen.

- Ziel muss es sein, die Strukturen an den aktuellen Versorgungsbedarf anzupassen
- Lösungsansätze haben ein zentrales Thema: Qualität
- Im Zentrum muss die Versorgung der Patienten stehen



Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

