

Konzentration und Qualitätsoffensive – wie sich das Verhältnis zwischen Krankenversicherung und Krankenhaus verändert

BBDK – 33. FRÜHJAHRSKOLLOQUIUM 2017
Meschede, 31.03.2017

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausfinanzierung
GKV–Spitzenverband

Sozialpartner in der Zukunft?

1. Zukunftssichere Strukturen finanzieren

- I. Krankenhausplanerische Ansätze
- II. Reine Finanzierungsansätze
- III. Marktregulatorische Ansätze

2. Fazit

Sozialpartner in der Zukunft?

- ▶ Das kooperative Verhältnis der Sozialpartner hat das Ziel, Interessengegensätze durch Konsenspolitik zu lösen.
- ▶ Die Zukunft der Sozialpartnerschaftentscheidet sich an den zukünftigen Krankenhausstrukturen.
- ▶ Den allermeisten ist klar: Die bestehenden Krankenhausstrukturen sind suboptimal.

„Überangebot bei Art und Menge, Indikationsausweitung, Qualitätsdefizite, Kostendruck, Personalmangel, Investitionsdefizite, Ausgabenschub, Planungsversagen“

Leopoldina-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Auszug:

„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark [...], wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT [...] und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind.“



Ausgangslage: Krankenhausstrukturen im holzschnittartigen Vergleich

Dänemark



5,6 Mio. Einwohner
Fläche: 43.000 Quadratkilometer

Niedersachsen



7,8 Mio. Einwohner
Fläche: 47.600 Quadratkilometer

Strukturwandel durch Konzentration

Abbau von Überkapazitäten, um ...

- ▶ die Gefahr von Angebotsinduktion zu reduzieren,
 - ▶ begrenzte Personalressourcen sinnvoll einzusetzen,
 - ▶ Betriebsmittel und Investitionen zielgerichtet finanzieren,
 - ▶ Behandlungsqualität durch Zentrenbildung zu erhöhen.
-
- ▶ Sozialpartnerschaftliche Umsetzung von Schließungen und Konzentration ist Illusion!

Umsetzung der Krankenhausreform Bilanz 2016

- ▶ **Ohne Schiedsstellen bei DRG-Systemrelevanz**
 - Sachkosten- und gezielte Absenkung von DRGs
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Repräsentativität der Kalkulation (deutlich vor Frist geeint)
- ▶ **Mit Schiedsstellen bei Verteidigung von Grundsatzpositionen**
 - Hochschulambulanzen (3-seitiger und 2-seitiger Vertrag)
 - Entlassmanagement (KHNr und Einigung in Aussicht)
 - Zentrumsvereinbarung
- ▶ **G-BA-Entscheidungen bei Sicherstellung und QS-Indikatoren**

Sozialpartner in der Zukunft?

1. Zukunftssichere Strukturen finanzieren

I. Krankenhausplanerische Ansätze

II. Reine Finanzierungsansätze

III. Marktregulatorische Ansätze

2. Fazit

Krankenhausplanung „alter Schule“

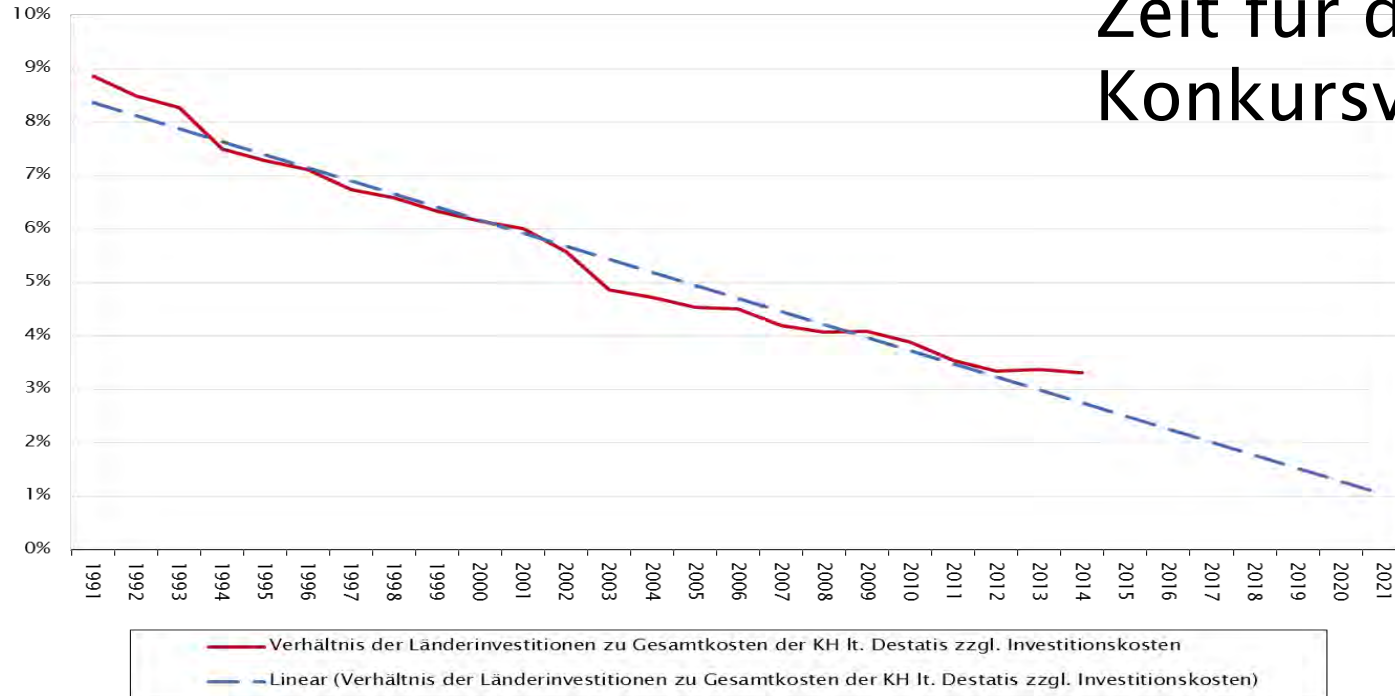
► Ideal:

- Ein fürsorglicher Landesvater finanziert überall dort den Bau von Krankenhäusern, wo Landeskinder stationärer Behandlung bedürfen.
- Er achtet auf Trägervielfalt und passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

► Ist:

- Kapazitäten werden geplant, die Investition aber nur unzureichend finanziert – fehlende „Gestaltungskraft“.
- Fehlinvestitionen externalisiert. Wirtschaftsförderung statt Gesundheitsversorgung
- Qualität spielte über 40 Jahre lang keine Rolle (KHG).

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



Leistungsorientierte Investitionspauschalen (KHRG 2009)

► Idee:

- Leistungsgerechte Verteilung via Investitionsbewertungsrelationen
- Höhe abhängig von Investitionsbasisfallwert des Landes (Transparenz).

► Resultat:

- Mäßige Beteiligung, mäßige Nutzung, mäßige Transparenz (zwei Länder)
- Pauschalfinanzierung ist Offenbarungseid der gestalterischen Krankenhausplanung!

► Perspektive:

- Krankenkassen zahlen Investitionen über DRG-Erlöse (und Invest.-BWR) (aktuell Überbewertung der Personal-Komponente).

Drei aktuelle Momente der Wiederbelebung der Krankenhausplanung

► Strukturfonds

- 500 Mio. Euro aus Gesundheitsfonds, 500 Mio. Euro Kofinanzierung
- Ersatz für Einigung bei Investitionsförderung,
Länderanträge im Einvernehmen mit Krankenkassen

► Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- Qualität als Teil der Krankenhausplanung („Marktausschluss“)
- Maßstäbe und Kriterien der Indikatoren müssen [in erheblichem Maße] geeignet sein, unzureichende Qualitätsergebnisse zu identifizieren („verfassungs- und haftungsrechtlich bedenklich“).

► Zentren

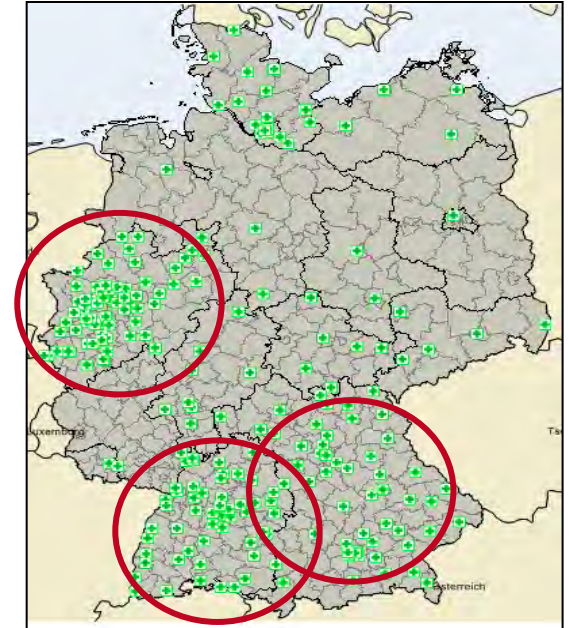
- Länder planen „besondere Aufgabe“, GKV zahlt „besondere Aufgabe“.

Zentren (besondere Aufgaben) Bundesuneinheitliche Entwicklung

- ▶ Status quo nicht zielführend:
 - Versorgungsstruktur: Flickenteppich zwischen den Ländern mit unklarer Versorgungsfunktion
 - Unzählige Konflikte auf der Ortsebene
- ▶ Ziele des GKV-Spitzenverbandes:
 - Operationalisierung der gesetzlichen Kriterien
 - Konzentration auf „große“ Krankenhäuser



KH mit Zentrumszuschlag



250 Krankenhäuser (Datenjahr 2014)

Sozialpartner in der Zukunft?

1. Zukunftssichere Strukturen finanzieren

I. Krankenhausplanerische Ansätze

II. Reine Finanzierungsansätze

III. Marktregulatorische Ansätze

2. Fazit

Krankenhauslandschaft „in Form pressen“

► Idee:

- Die unsichtbare Hand des Marktes plant.
- Alle sind durch DRGs gerecht finanziert („Mangel gerecht verwaltet“).
- Krankenhäuser spezialisieren sich im Wettbewerb.
Die Patienten wandern zu den Krankenhäusern, die am besten sind.
- Der wirtschaftliche Druck wird die Krankenhäuser treffen,
die am wenigsten gebraucht werden.
- Strukturwandel und Ausgabenkontrolle stellen sich ein.

► Resultat:

- Unbedarf, unverantwortlich, inkonsequent („Politik“).

Marktliberalisierung: Krankenhausmarkt nach DRG und KHRG

1. Abschaffung der gestaltenden Krankenhausplanung
 - Ende der „Sicherstellung“ durch Anwendung der DRGs
2. Abschaffung der trad. Krankenhausbudgetverhandlung
 - „Geld folgt der Leistung“: Freie Entscheidung über Ressourceneinsatz
 - keine Begründungspflicht in Verhandlungen (Kosten und Strukturen)
3. Abschaffung der Budgetierung
 - Ende der hausindividuellen Preissteuerung der Menge
 - Ende der Grundlohnsummenanbindung der Preise (O-Wert)
4. Fehlen einer DRG-adaptierten Qualitätssicherung
 - Wahl der Krankenhäuser anhand von „Erfahrungswissen“

Begründungsfreiheit: „Jeder macht alles.“

„Eine **generelle Leistungsspezialisierung** der Krankenhäuser ist im gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems **nicht zu beobachten**.

Allerdings wirkt die **Fallzahlsteigerung** insbesondere ab dem Jahr 2005 einer deutlichen Spezialisierung entgegen.

In der Regel gehen **Ausweitungen des Leistungsportfolios** der Krankenhäuser mit entsprechenden Fallzahlzunahmen einher, sodass korrespondierend die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus bei einem Großteil der G-DRGs zugenommen hat.“*

* IGES, DRG-Begleitforschung, 3. Forschungszyklus, S. 12

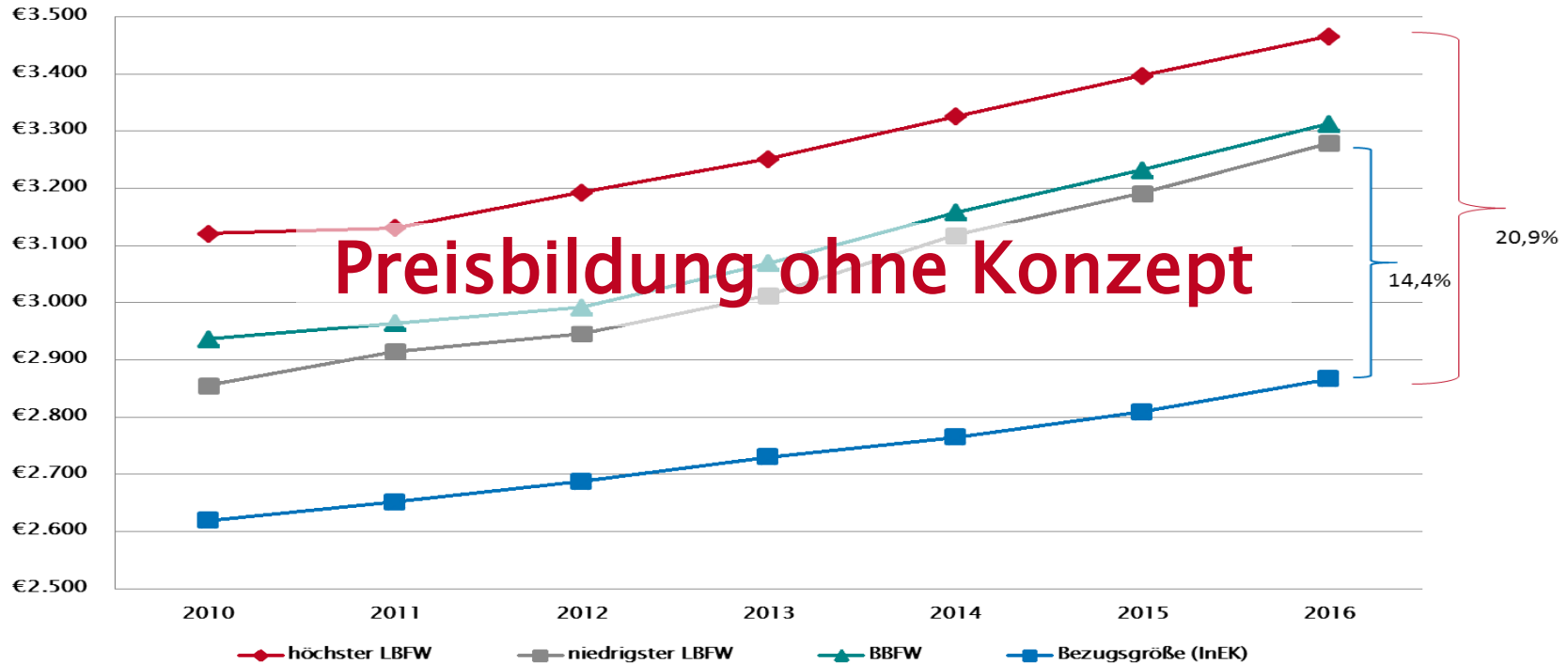
Der Preis macht die Menge!

„Betrachtet man Veränderungen des Angebots von Krankenhäusern, so zeigt sich, dass Krankenhäuser ihre **Fallzahlen kausal als Antwort auf Veränderungen der Deckungsbeiträge verändern.**“*

* hche, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung 2014, S. 12, 4. Absatz

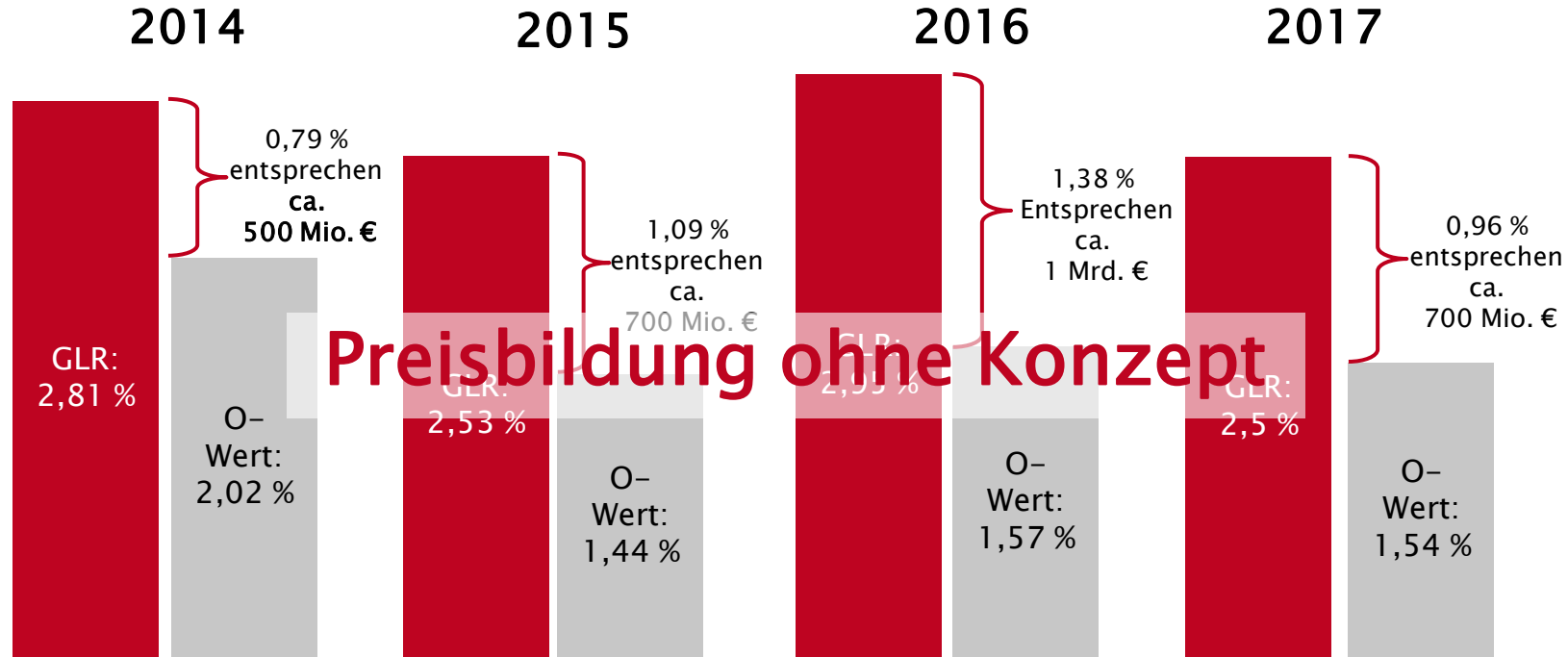
- ▶ Höhe des Landesbasisfallwertes (absolut)
- ▶ Höhe des Relativgewichts (relativ)

LBFW-Hebel



Quelle: InEK- Abschlussberichte zu den DRG-Systemen 2010 - 2016 (www.g-drg.de), vereinbarte LBFW

Preisobergrenze: Überzahlung durch Meistbegünstigungsklausel



Die Überzahlung wirkt in der Basis und dauerhaft!

Grundlohnrate = GLR
Orientierungswert = O-Wert

2015

2016

2017

Preisbildung ohne Konzept



Preisentwicklung: (Z-Bax) 01/2006 bis 09/2015



Gießkanne mit
„freien Mitteln“

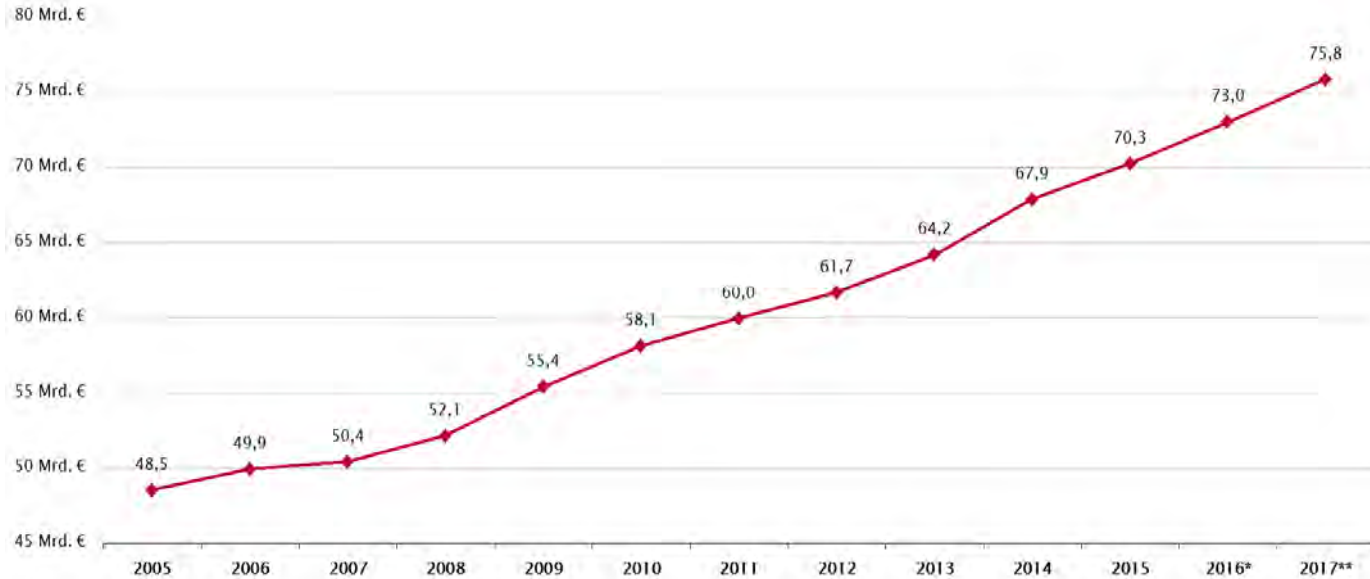
- ▶ **LBFW**
- ▶ **Tarifraten**
- ▶ **BBFW**
- ▶ **O-Wert**

Quelle: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>

Förderung guter, Sanktionierung schlechter Mengen

Gute Mengen	Böse Mengen
Qualitätszuschläge	Qualitätsabschläge
Qualitätsverträge	Absenkung von Bewertungsrelationen
Zentrumszuschläge	Sachkostenvergütung
Mehrkosten G-BA	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Katalog nicht-mengenanfälliger Leistungen	Fixkostendegressionsabschlag
Notfallversorgung	Menge unter Mindestmenge
Sicherstellungszuschläge	

GKV-Krankenhausausgaben 2005 bis 2017



„Stabilisierung
der Ausgaben“

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *vorläufige Zahlen, **eigene Schätzung

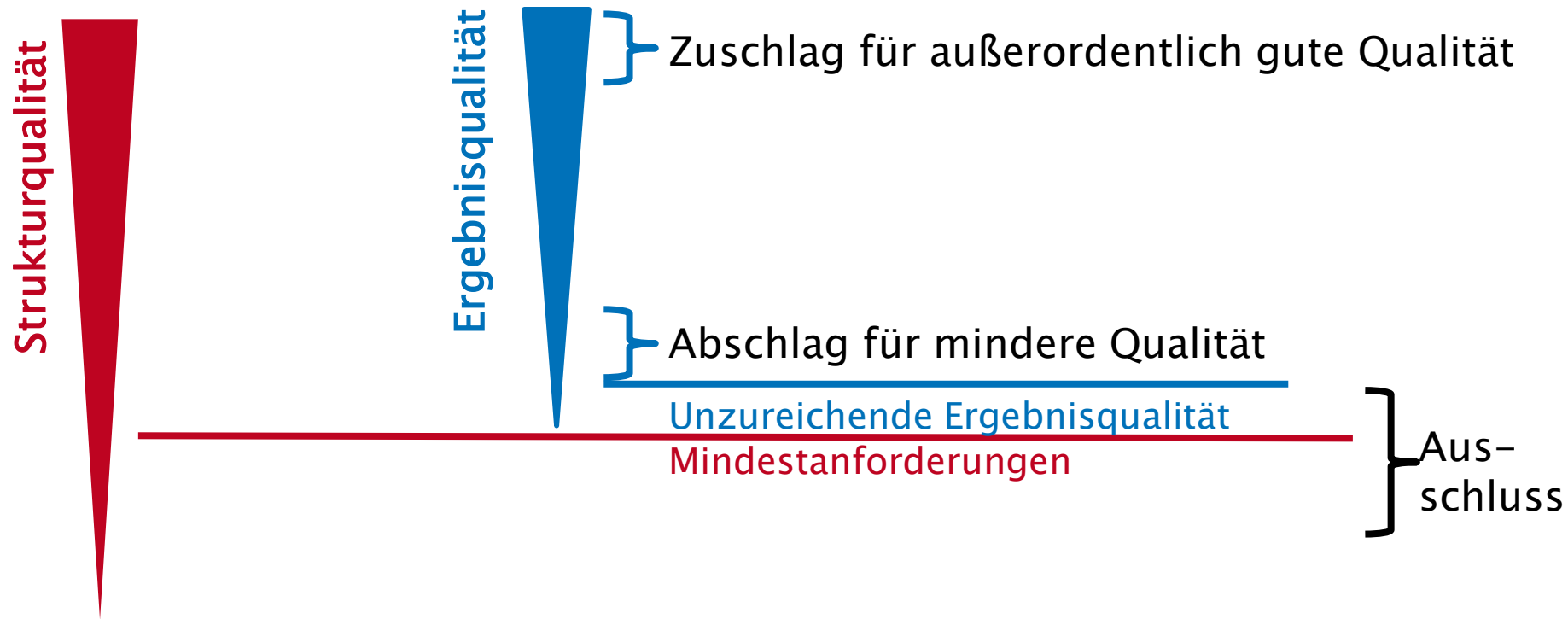
Aktuelle Korrekturen – Strukturwandel durch Finanzierung

- ▶ Paradoxes Moment
 - Fixkostendegressionsabschlag statt Degression im LBFW
 - **Strukturkonservierung** auf Zeit
- ▶ DRG–Feinsteuerung – Korrektur der Mengenanfälligkeit
 - Sachostenabwertung (Deckungsbeiträge auf Personal umverteilen)
 - Abwertung von Leistungen (Deckungsbeiträge umverteilen)
 - Repräsentative Kalkulation (Deckungsbeiträge umverteilen)
- ▶ **Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ und empirische Doktrin werden stückweise aufgegeben.**

Hilfsweise Konstrukte: Strukturwandel durch Finanzierung

- ▶ Sonderprogramme
 - Pflegesonderprogramm/Hygienesonderprogramm
 - Mindestbesetzungen: Pflegeexpertenkommission
- ▶ Komplex-OPS
 - Strukturvorgaben und patientenbezogene Qualitätsstandards
 - **Retaxierung**: Qualitätssicherung mit Folgen („Ausschluss“) MDK
- ▶ Qualität durch Finanzierung
 - Qualitätszu- und -abschläge,
 - Qualitätsverträge

Qualität und Finanzierung: Krankenkassenmodell



Sozialpartner in der Zukunft?

1. Zukunftssichere Strukturen finanzieren

- I. Krankenhausplanerische Ansätze
- II. Reine Finanzierungsansätze
- III. Marktregulatorische Ansätze

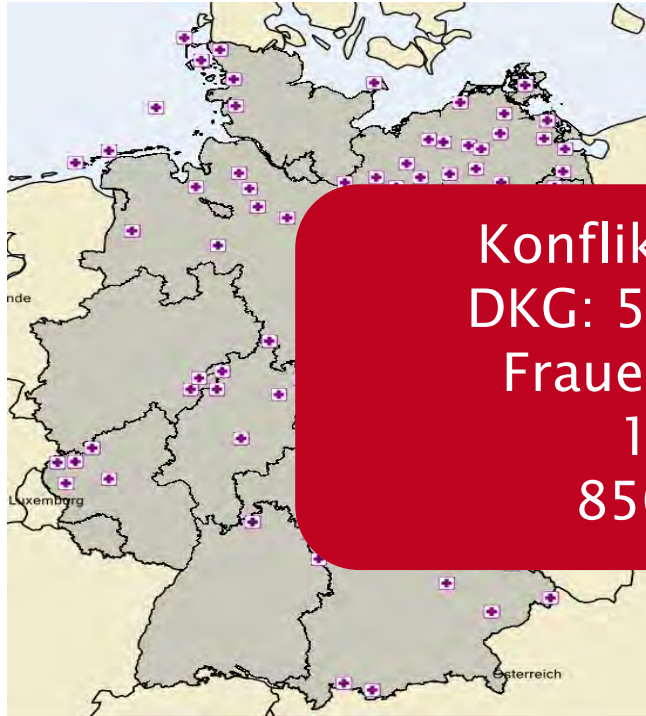
2. Fazit

Marktregulatorische Ansätze

Idee:

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Notwendigkeiten der Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und das IQTIG regeln als Regulierungsbehörden die Strukturen und Prozesse.
- ▶ Der MD(K)G prüft die Einhaltung der qualitativen Vorgaben.

G-BA-Beschluss: Sicherstellungszuschläge



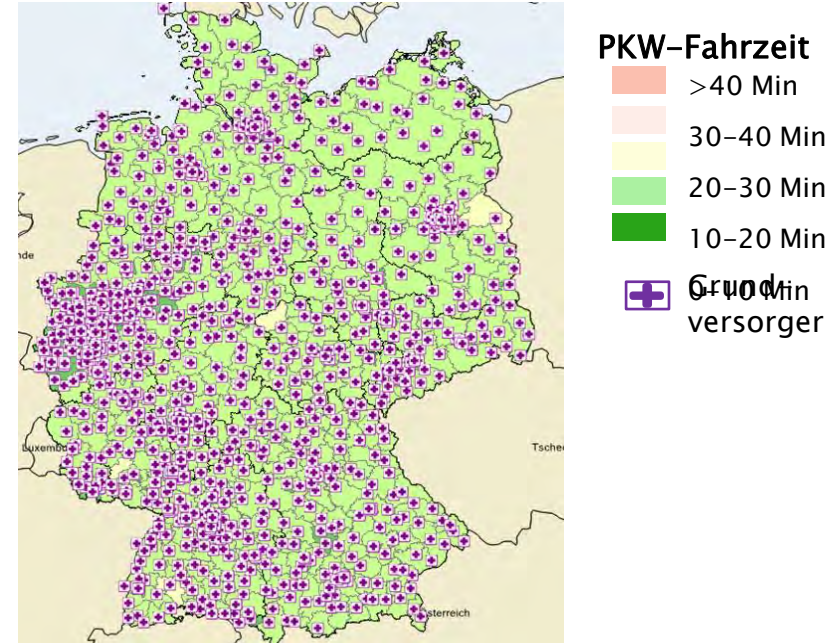
Pkw-Fahrzeit	30 Minuten
Betroffenheitsnorm	5.000 Einwohner
Einwohner-dichte	≤ 100 Einwohner/km ²
	teilungen Innere Medizin und Chirurgie
	Öffnungsklausel
	ungskandidaten

Konflikt Geburtshilfe!
DKG: 500 „Betroffene“
Frauen von 15 – 49
1,7 Kinder
 $850/34 = 25!$

...eine Sicherstellungsfunktion
geschlossen wird, können neue Sicherstellungs-
kandidaten entstehen.

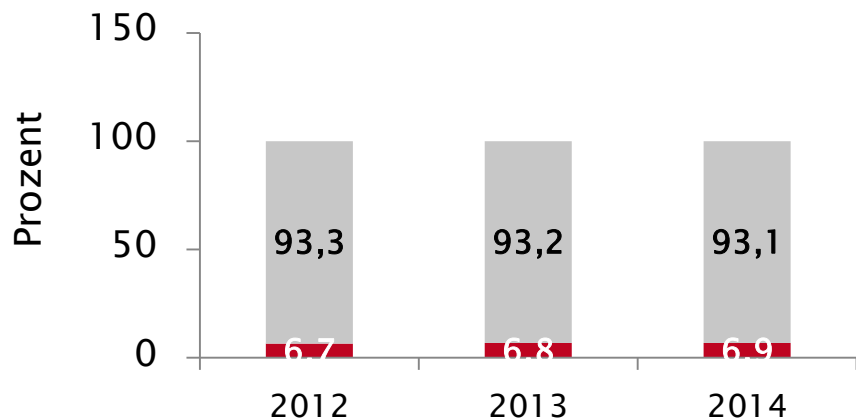
Erreichbarkeit von Grundversorgern innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten

- ▶ 99 % der Bevölkerung erreichen einen Grundversorger in weniger als 30 Minuten.
- ▶ Sicherstellung:
 - Wer ist notwendig?
 - Wer ist verzichtbar?
- ▶ Überversorgung als größeres Problem!

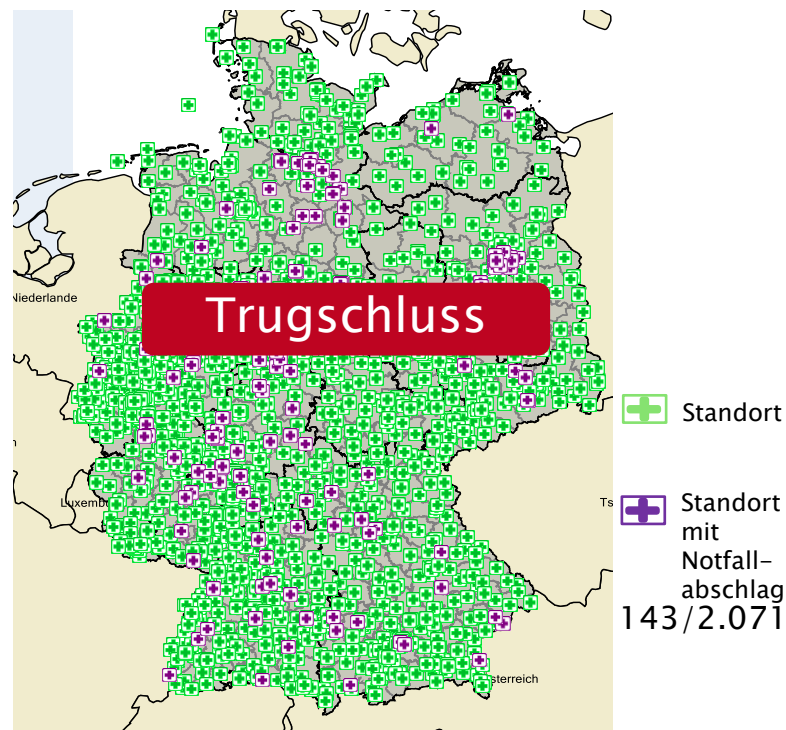


Quelle: GKV-Spitzenverband, 2016

Standorte mit Notfallabschlag 2014



- Notfallabschlagsvolumen 2014
(50 Euro pro Fall): 11,4 Mio. Euro,
143 KHs



Systematik der Mindestanforderungen im GKV-Stufenmodell

- ▶ Es werden Mindeststandards für die Notfallversorgung festgelegt:
 1. Art und Anzahl der Fachabteilungen
 2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals
 3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten
 4. Medizinisch-technische Ausstattung
 5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme

- ▶ **Alle Anforderungen sind 24/7 am Standort zu erfüllen!**
- ▶ **Jeweils alle Anforderungen der niedrigeren Stufe sind zu erfüllen.**

Stationäres Notfallstufenkonzept

GKV-Stufenmodell inkl. Module



Spitzenverband

Module

Grundmodell

Kindernotfall- versorgung

Schwerverletzten- versorgung

Umfassende Notfallversorgung

Umfassende Notfall-
versorgung < 18 Jahre

Erweiterte Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung
< 18 Jahre

Überregionale
Traumazentren

Basisnotfallversorgung

Basisnotfall-
versorgung
< 18 Jahre

Spezialversorgung (Kein Zu- und Abschlag!)

- Psychiatrische Krankenhäuser
- Besondere Einrichtungen

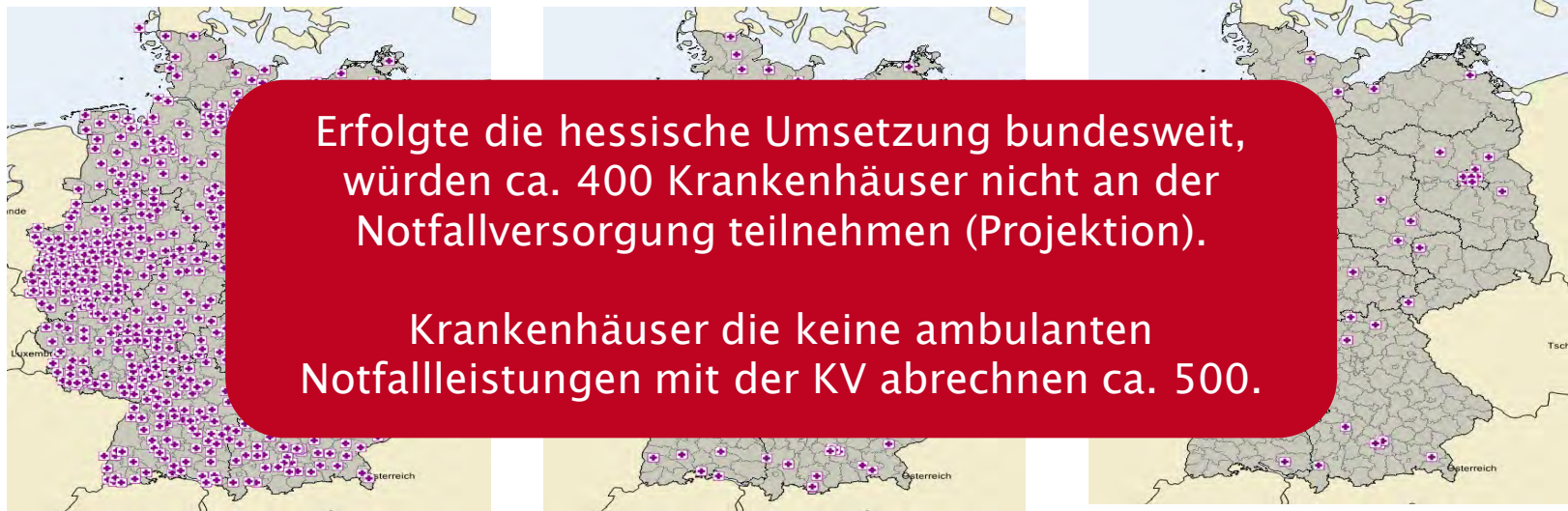
Keine Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

Stationäres Notfallstufenkonzept: GKV FA und Großgeräte

**Basis-notfallversorgung
(774 Standorte)**

**Erweiterte
Notfallversorgung
(219 Standorte)**

**Umfassende
Notfallversorgung
(77 Standorte)**



655 Standorte nehmen nicht an der Notfallversorgung teil.

Folgeabschätzung des GKV-Modells auf Basis von Daten zu insg. 1.724 Standorten (nur somatische Krankenhäuser ohne Belegkliniken)

Allgemeine Anforderungen Prozess der Notfallaufnahme

- ▶ Der Patient muss im Notfall wissen,
 - wo (Zentrale Notaufnahme),
 - wann (rund um die Uhr) und
 - von wem (Facharzt am Patienten in max. 30 min) er behandelt wird!
- ▶ **Struktur dem Patienten anpassen!**



Spitzenverband



Quelle: <http://www.uniklinik-ulm.de>

Sozialpartner in der Zukunft?

1. Zukunftssichere Strukturen finanzieren

- I. Krankenhausplanerische Ansätze
- II. Reine Finanzierungsansätze
- III. Marktregulatorische Ansätze

2. Fazit

Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen (in %)



Spitzenverband

2011

Karte 6
Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen
2011; Anteil in %



2012

Karte 7
Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen
2012; Anteil in %

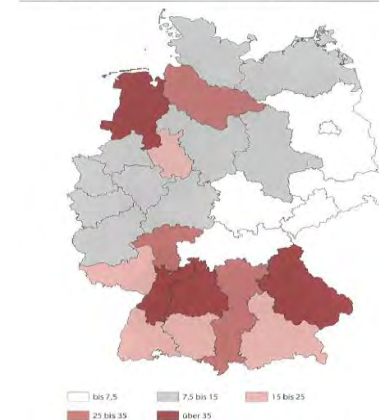


2013



2014

Karte 7
Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen
2014; Anteil in %



- Eine „gesunde Krankenhausstruktur“ ist entscheidend für
 - die Qualität der Versorgung (Konzentration, Strukturen),
 - die wirtschaftliche Lage,
 - sozialpartnerschaftlichen Umgang.

Voraussetzungen: Gutachten zu Marktaustritten

**Darstellung und Typologie
der Marktaustritte von Krankenhäusern
Deutschland 2003 - 2013**

Dr. Uwe K. Preusker, Dr. Markus Mütchenich, Sven Preusker

Mai 2014

Preusker Health Care OY

Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

- ▶ Insgesamt weniger Marktaustritte als statistisch ausgewiesen
- ▶ Gescheiterte Marktaustritte
- ▶ Wichtige Marktaustrittsbarrieren:
 1. Hohe Kosten eines Marktaustritts
 2. Fehlen einer Norm, die bedarfsnotwendige Krankenhäuser identifiziert
 3. Mangel an Transparenz über Marktaustrittsfolgen

Das Krankenhaus der Zukunft

- ▶ Ist etabliert und akzeptiert.
- ▶ Wird auskömmlich finanziert.
- ▶ Ist personell gut ausgestattet.
- ▶ Ist baulich und technisch auf dem neuesten Stand.
- ▶ Übernimmt sektorenübergreifende Aufgaben.
- ▶ Sieht in den Krankenkassen einen Sozialpartner.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.