

Bericht zum 24. Neubiberger Krankenhausforum

Thema:

**Krankenhausreform 2016 –
Was ist geplant? Was ist nötig?**

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Petra Thienel, M.P.H.



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

München

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Juli 2015

Bericht zum 24. Neubiberger Krankenhausforum

Veranstaltungsprogramm

Freitag, den 10. Juli 2015

09:30	Eröffnung und Einführung in die Thematik	<i>Prof. Dr. Günter Neubauer</i> Universität der Bundeswehr München
09:40	Grußworte	<i>Prof. Dr. Merith Niehuss</i> Präsidentin der Universität der Bundeswehr München
09:50	Grußworte	<i>Prof. Dr. Thomas Hartung</i> Dekan der Fakultät WOW Universität der Bundeswehr München
10:00	Eckpunkte der Krankenhausreform 2016: Einschätzung aus bundespolitischer Sicht	<i>Stephan Stracke</i> MdB, gesundheitspolitischer Sprecher der CSU Landesgruppe im Dt. Bundestag
10:40	Eckpunkte der Krankenhausreform 2016: Einschätzung aus bayerischer Sicht	<i>Kathrin Sonnenholzner</i> Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Pflege, Landtagsabgeordnete der LK Fürstenfeldbruck, und Starnberg
11:10	Einschätzung aus Sicht des Krankenhausmanagements	<i>Dr. rer. soc. Josef Düllings</i> Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.
11:40	Einschätzung aus Sicht der Ersatzkassen	<i>Stefan Wöhrmann</i> Abteilungsleiter stationäre Versorgung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
12:10	Mittagspause mit Ausstellung	
12:40	Gast aus Japan: Das Krankenhaussystem in Japan	<i>Hirotaaka Furukawa</i> Gesundheits- und Sozialattaché Botschaft von Japan
13:10	Erwartungen an die Krankenhausreform aus der Sicht eines Krankenhauses	<i>Nicolas von Oppen</i> Geschäftsführer des Klinikums Landshut
13:40	Diskussion und Verabschiedung	<i>Prof. Dr. Günter Neubauer</i> Universität der Bundeswehr München
14:00	Imbiss und Ausklang	

Thema: Krankenhausreform 2016 – Was ist geplant? Was ist nötig?

Auch in diesem Jahr wurde das 24. Neubiberger Krankenhausforum am Freitag, den 10.07.2015 von ca. 200 Teilnehmern gut besucht. In der Lobby des Audimax der Universität der Bundeswehr Neubiberg konnten sich die Teilnehmer in eine Besucherliste eintragen. Am Empfang wurden die kostenfreien Zeitschriften der f&w, die Gesundheitswirtschaft und diverse Veröffentlichungen von Prof. G. Neubauer ausgelegt und den Teilnehmern zum Mitnehmen angeboten. Dieses Angebot wurde mit großer Nachfrage rege angenommen. Die Veranstaltung begann pünktlich um 9.30 Uhr.

Nach einer kurzen Begrüßung aller Anwesenden durch Prof. Dr. Neubauer begrüßte Frau **Prof. Dr. Merith Niehuss**, Präsidentin der Universität der Bundeswehr München, das Auditorium. Sie berichtete über die Entwicklung der Universität der Bundeswehr. Anschließend hatte **Prof. Dr. Thomas Hartung**, Dekan der Fakultät Wirtschafts- und Organisationswissenschaften (WOW) der Universität der Bundeswehr München, das Wort und begrüßte alle Teilnehmer. Er ging kurz auf den Lehrstuhl der Universität ein. Danach hatten die Referenten das Wort. In den vorgesehenen Pausen kam es zu reger Diskussion unter den Teilnehmern. Die Tagung endete bei schönem Wetter mit einer kleinen Verspätung um 14.40 Uhr.

Beiträge der Referenten zum 24. Krankenhausforum in Neubiberg

Stephan Stracke

Bundestagsabgeordneter, gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe im Deutschen Bundestag

Thema: Eckpunkte der Krankenhausreform 2016: Einschätzung aus bundespolitischer Sicht

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ist eines der zentralen gesundheitspolitischen Anliegen der Großen Koalition im Deutschen Bundestag. Mit dem Krankenhausstärkungsgesetz werde das Qualitätsniveau in den Krankenhäusern weiter gestärkt. Der Patient soll sich in Zukunft noch besser über die Qualität von Krankenhäusern informieren können. Qualitätsaspekte haben zukünftig auch Auswirkungen auf die Krankenhausvergütung. Vorgesehen sind dabei Zu- oder Abschläge. Hiervon seien nach Einschätzung von Stracke deutschlandweit aber nur rund fünf Prozent der Krankenhäuser betroffen. Deshalb müsse der Bürokratieaufwand angemessen bleiben. Die Sicherstellung einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung ist ein Kernelement der Daseinsversorgung. Das Instrument der Sicherstellungszuschläge werde reformiert und dabei die absenkende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert aufgehoben. Durch eine Vielzahl an Einzelmaßnahmen sollen die finanziellen Grundlagen der Krankenhäuser gestärkt werden. Die doppelte Degression werde abgeschafft, der Investitionskostenabschlag halbiert. Die Krankenhäuser seien laut Stracke bei der ambulanten Notfallversorgung deutlich

unterfinanziert. Deshalb enthalte der Gesetzesentwurf hier bereits Verbesserungen. In den parlamentarischen Beratungen müsse geprüft werden, inwieweit eine nochmalige Erhöhung der Vergütung realisiert werden könne. Ebenso müsse bei den vorgesehenen Instrumenten der Mengensteuerung nachjustiert werden, da diese in ihrer kumulativen Wirkung zu starke finanzielle Belastungen für die Krankenhäuser darstellten. Insbesondere sprach Stracke sich dafür aus, den Versorgungszuschlag teilweise weiterzuführen und den Fixkostendegressionsabschlag in Dauer und Höhe zu begrenzen.

Kathrin Sonnenholzner

Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Pflege, Landtagsabgeordnete der LK Fürstfeldbruck und Starnberg

Thema: Eckpunkte der Krankenhausreform 2016: Einschätzung aus bayerischer Sicht

Mit den Worten „Krankenversicherung ist eine Risikoversicherung“ leitete Frau Sonnenholzner ihren Vortrag ein. Grundsätzlich hatte Frau Sonnenholzner mehrere Fragen, die in Bezug auf die Krankenhausversorgung geklärt werden müssen.

Wo haben wir Überversorgung?

Wo brauchen wir Krankenhäuser und wo nicht?

Wie ist die Erreichbarkeit von Krankenhäusern?

So stellt der Strukturfond durch den Gesetzgeber ein wichtiges und gutes Instrument dar. Jedes Krankenhaus sollte nach der Meinung von Frau Sonnenholzner Notfallversorgung, Innere Medizin, Chirurgie sowie Geburtshilfe und eine gynäkologische Abteilung anbieten. Dabei ist es unbedingt wichtig, die Notfallversorgung zu verbessern. Es zeigt sich, dass sich 80 % der Selbstweiser im Krankenhaus besser behandelt fühlten. Grundsätzlich sollte sich die ambulante Versorgung in Krankenhäusern nicht zum Hauptgeschäft entwickeln.

Es ist nach ihrer Ansicht erforderlich, einen Sicherstellungszuschlag zu haben, um die derzeitige Krankenhausstruktur erhalten zu können. Dabei sollten die Zuschläge gegeben werden, wenn das Krankenhaus insgesamt defizitär ist.

Das Pflegestellenförderprogramm wäre nach der Meinung der SPD und Bundesfraktion der SPD wünschenswert, denn es besteht das Risiko, nicht genügend Personal für die Krankenhäuser gewinnen zu können. Sollten sich die Arbeitsbedingungen verbessern, könnte auch mehr Personal gefunden werden. In Bezug auf die Qualitätsbeurteilung von Krankenhäusern sollten besonders die messbaren Instrumente wie Struktur-, Prozess- und Indikationsqualität genutzt werden. Bei der Einführung der Ergebnisqualität ist Vorsicht geboten, da Angst bei Krankenhäusern besteht, wenn Qualitätsparameter sinken. Aus der Sicht von Frau Sonnenholzner wird die Zweitmeinung als sinnvolles Instrument gesehen.

Zusammenfassend sagte sie, dass das Gesetz insgesamt kein großer Wurf und manches noch verbesserungswürdig ist .

Dr. Josef Düllings

Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.

Thema: Einschätzung aus Sicht des Krankenhausmanagements

Als Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) stellte Dr. Josef Düllings die Struktur und die Aufgaben des Verbandes vor. Als Hauptgeschäftsführer der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH in der Region Paderborn ging er kurz auf die Krankenhausstandorte ein. Mit der geplanten Krankenhausreform 2016 wird eine Qualitätsoffensive erwartet, die sich durch die Einführung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und externe Überprüfung (Vorort-Begehung durch MDK) auszeichnet. Man erwartet die Einführung von Zuschlägen für außerordentlich gute Qualität und Abschläge für unzureichende Qualität (planerische Konsequenzen). Qualitätsberichte sollen mehr Patientenorientierung ermöglichen. Das Pflegeförderprogramm mit einer derzeit diskutierten Erhöhung auf 660 Mio. € pro Jahr ab 2018 soll den wachsenden Bedarf an Pflegekräften sicherstellen. Als erster Brennpunkt des Gesetzes wird die Einschränkung des Finanzrahmens ab 2017 gesehen. Durch diverse Veränderungen wird dem System insgesamt ca. 1 Mrd. € weniger zur Verfügung stehen. Als zweiter Brennpunkt ist die Preis-Tarif-Schere zu sehen, die wahrscheinlich ungelöst bleibt und mit einer Unterfinanzierung von ca. 2,5 Mrd. € pro Jahr zu bewerten ist. Durch die Unterfinanzierung der Krankenhäuser und die Tarifsteigerung im öffentlichen Dienst geht die Preis-Tarif-Schere im Laufe der Zeit immer weiter auseinander. Der dritte und vierte Brennpunkt beschreibt, dass die Unterfinanzierung der ambulanten Notfälle im Krankenhaus und die Unterfinanzierung der Investitionen nicht gelöst sind. Abschließend führt das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zu mehr Bürokratisierung. Daraus leiten sich laut Dr. Düllings diverse Forderungen des Managements ab, die unter Berücksichtigung das Gesetz verbessern würden. Er appelliert an die anwesenden Krankenhausdirektoren und Geschäftsführer, vor Ort Gespräche mit den jeweiligen Bundestagsabgeordneten zu führen, um vor der Anhörung im Bundestagsgesundheitsausschuss am 7. September noch Änderungen zu erreichen.

Stefan Wöhrmann

Abteilungsleiter stationäre Versorgung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Thema: Einschätzung aus Sicht der Ersatzkassen

Seit der DRG-Einführung hat es in Deutschland keine Krankenhausreform mehr gegeben, so dass der Reformstau zu einem Nebeneinander von Über-, Unter- und

Fehlversorgung geführt hat. So gibt es nach Ansicht von Stefan Wöhrmann drei Kernprobleme:

Es gibt kein Problem der Betriebskostenfinanzierung, sondern ein Problem der Investitionskostenfinanzierung.

Es besteht ein Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen.

Es fehlt bislang eine Qualitätsorientierung in der Planung und in den Budgetverhandlungen.

Die Pläne der Bundesregierung zur Krankenhausreform sehen eine Qualitätsorientierung vor, die auch in die Krankenhausplanung Einzug halten soll. An der Länderplanung soll somit festgehalten werden. Damit erhalten gleichzeitig stringenter Markt- und Wettbewerbsmechanismen eine Absage. Einer großzügig ausgelegten Betriebskostenfinanzierung steht eine mangelnde Investitionsförderung gegenüber. So soll es Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte zur Sicherstellung der Versorgung und zur stationären Notfallversorgung geben. Für die Notfallversorgung soll ein gestuftes System vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegeben werden. Dieses ist Voraussetzung für eine gerechtere Finanzierung im DRG-System von planbaren Fällen und Notfallpatienten. Weiterhin enthält das Gesetz Regelungen zur Mengensteuerung, für bessere Rahmenbedingungen ambulanter Behandlungen im Krankenhaus, für ein Pflegestellenförderprogramm und einen Strukturfonds. Die Ersatzkassen sehen Zu- und Abschläge bei guter oder unzureichender Qualität äußerst kritisch. Letztendlich akzeptiert man mit Preisunterschieden auch in Form von Zuschlägen schlechtere Qualität. Dies gefährdet die Patientensicherheit. Dauerhaft schlechte Qualität muss von der Versorgung ausgeschlossen werden. Effektiv geschieht dies auf der Ebene einzelner Leistungen in den Budgetverhandlungen. Hierfür fehlt es jedoch auch künftig an rechtssicheren Rahmenbedingungen. Der Strukturfond wird von den Ersatzkassen als theoretisch richtiger Ansatz angesehen, da man auf die demografische Entwicklung und die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt so bald als möglich eingehen muss. Ob der Fonds praktisch gesehen Erfolg haben wird, wird die vorgesehene Evaluation zeigen. Als Fazit wird gefolgert, dass durch das Gesetz die Länder mehr Kompetenzen erhalten, aber keine Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung bekommen. Der G-BA erfährt einen Kompetenzzuwachs, die Qualitätsoffensive wird erst nach fünf bis sechs Jahren greifen und die Mehrkosten des KHSG werden allein die Versicherten tragen (festgeschriebener Zusatzbeitrag).

Hirota Furukawa

Gesundheits- und Sozialattaché, Botschaft von Japan

Thema: Das Krankenhaussystem in Japan

Der demografische Wandel wird im Jahr 2060 in Japan einen Anteil von 40 % der älteren Bevölkerung mit sich bringen. Bei einer Gegenüberstellung im Vergleich von Zahlen im Gesundheitswesen von Deutschland und Japan gibt es große

Gemeinsamkeiten, wenn man die Bevölkerungszahlen, den Anteil der über 65-Jährigen, die Lebenserwartung und der Geburtenrate vergleicht. Zurzeit liegt der Anteil der älteren Bevölkerung in Japan bei ca. 26 %. Betrachtet man die demographische Entwicklung in Japan bis zum Jahr 2090 erfolgt eine theoretische Einteilung in 3 Stufen. Dabei vollzieht sich durchschnittlich gesehen die erste Stufe in den Jahren 2010 bis 2040, die zweite Stufe von 2040 bis 2060 und die dritte Stufe von 2060 – 2090. In jeder Stufe und damit in jedem Zeitabschnitt wird das Verhältnis zwischen älterer und jüngerer Bevölkerung ermittelt. In der ersten Stufe steigt die Zahl der Älteren an und die Zahl der Jüngeren nimmt ab. Die zweite Stufe ist erreicht, wenn die Zahl der Älteren konstant bleibt, die Zahl der Jüngeren aber abnimmt. Die dritte Stufe fängt an, wenn sowohl die Zahl der Älteren als auch die Zahl der Jüngeren abnimmt. An einer Modelrechnung wurde gezeigt, dass sich große Metropolen in Japan in Stufe 1 befinden, jedoch kleiner Städte bereits vorzeigt die Stufe 2 erreicht haben. In Gemeinden ist man heute schon in Stufe 3 angekommen. Diese Einteilung dient dazu, die maximalen Kosten für die Zukunft abschätzen zu können.

Jeder japanische Staatsbürger muss einer gesetzlichen Krankenversicherung beitreten und darf sich in allen medizinischen Einrichtungen behandeln lassen. Wie auch in Deutschland gibt es eine Gebührenordnung, die alle zwei Jahre angepasst wird. Es gibt auch eine Praxisgebühr für alle Versicherten, die nur in den Jahren 1973 bis 1983 für Patienten über 70 Jahre ausgesetzt wurde. Wesentliche Unterschiede zwischen Deutschland und Japan liegen in der Anzahl der Betten pro 1000 Einwohner in Krankenhäusern und dem durchschnittliche Krankenhausaufenthalt in Tagen gerechnet. Während Versicherte in Deutschland einen durchschnittlichen Krankenhausaufenthalt von 7,3 Tagen haben, liegt dieser in Japan bei 18,2 Tagen.

Japan steht in Zukunft durch steigende Kosten im Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen.

Nicolas von Oppen

Geschäftsführer des Klinikums Landshut

Thema: Erwartungen an die Krankenhausreform aus der Sicht eines Krankenhauses

Nicolas von Oppen begann seine Präsentation mit einer Reihe wichtiger Fragen zum KHSG. Das Gesetz wurde im Juni 2015 vom Bundeskabinett verabschiedet und tritt voraussichtlich am 01.01.2016 in Kraft. Der Status Quo für Krankenhäuser im Jahr 2014 ist, dass 35 % der Allgemeinkrankenhäuser, 50 % der Grundversorger und 43 % der Maximalversorger rote Zahlen schreiben. Dabei wird die Umsetzung der Qualitätskriterien als Veränderungen durch das Gesetz aus Sicht der Krankenhäuser

als bedeutendster Ansatzpunkt gesehen. Priorisiert wurden danach der Fixkostendregressionsabschlag und die Investitionen. Für eine Reihe der finanziellen Regelungen des Gesetzesentwurfs werden große Wirkungen erwartet. Als 1. Brennpunkt wurde auf die Finanzlage der Krankenhäuser eingegangen. Durch das KHSG kommt es ab 2017 durch das Absenken des Landespreises (LBFW) zur Einschränkung des Finanzrahmens. Dazu sind noch folgende Neuerungen durch das Gesetz geplant. Der Mehrleistungsabschlag wird von 3 auf 5 Jahre verlängert und die Abschlagshöhe soll über 25 % liegen. Der Wegfall des Ausnahmetatbestands und des sogenannten Versorgungszuschlags führt dazu, dass laut Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ca. 1 Mrd. € weniger zur Verfügung stehen. Das Gesetz enthält diverse Maßnahmen zur Mengensteuerung.

Den 2. Brennpunkt stellt nach Meinung von Nicolas von Oppen die divergierende Entwicklung der Tariflöhne im Vergleich zum LBFW dar. Als 3. Brennpunkt wurde die Unterfinanzierung der ambulanten Notfälle aufgezeigt. Pro Fall fallen Kosten im Durchschnitt von 120 € an. Nach Verrechnung mit einem Erlös von durchschnittlich 32 € verbleibt ein Fehlbetrag von -88 €. Als 4. Brennpunkt wurde von Nicolas von Oppen die Unterfinanzierung der Investitionen näher erläutert. Der 5. erwähnte Brennpunkt ist und bleibt die wuchernde Bürokratie durch das KHSG. Anschließend wurden diverse Folgen und Szenarien für die Krankenhäuser durch das neue Gesetzes dargestellt, wobei die Gefahr besteht, dass Wartelisten entstehen und der Einsatz von Innovationen vermieden wird.

Grundsätzlich richtet sich das Gesetz gegen Patienten, gegen Krankenhausmitarbeiter und gegen Krankenhäuser.