



Welche Krankenhäuser brauchen wir? Parameter für eine qualitäts- und erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung

AOK-Tag zum Thema „Qualität, Erreichbarkeit, Wirtschaftlichkeit –
Herausforderung Krankenhaus“ der AOK NordWest am 28. Oktober 2014

Dortmund, 28. Oktober 2014
Prof. Dr. Wolfgang Greiner



Gliederung

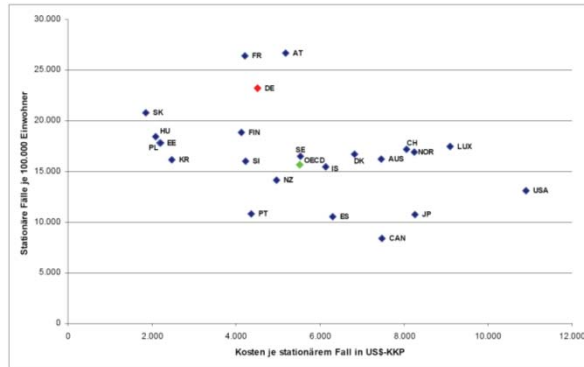


1. Das stationäre Versorgungsangebot und seine Inanspruchnahme
2. Herausforderungen der Krankenhaus- und Investitionsplanung
3. Qualitätsmessung im Krankenhaus
4. Finanzierung von Krankenhausleistungen im ländlichen Raum
5. Fazit und Ausblick

Internationaler Vergleich der Krankenhausausgaben (pro Fall) und Anzahl der Krankenhaufälle (pro 100.000 Einwohner)



- OECD: Kleine Anzahl der Krankenhaufälle korreliert mit hohen Durchschnittskosten pro Fall
- Deutschland: Hohe Anzahl von Krankenhaufällen, eher geringe Durchschnittskosten



Quelle: SVR auf Basis von OECD 2011 (Stand Juni 2011).



Weniger schwere Fälle in deutschen Krankenhäusern?

Inanspruchnahme stationärer Leistungen



Zunahme der Fälle, aber noch stärkerer Rückgang der Verweildauer

	1991	2013
Fälle	14,6 Mio.	18,8 Mio.
Verweildauer	14,0 Tage	7,5 Tage
Durchschnittliche Auslastung	84,1 %	77,4 %



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a)

Das stationäre Versorgungsangebot



Einzugsgebiete von Allgemeinkrankenhäusern in den Bundesländern (2012)



Von einem Allgemeinkrankenhaus durchschnittlich zu versorgende Einwohnerzahl (2012)

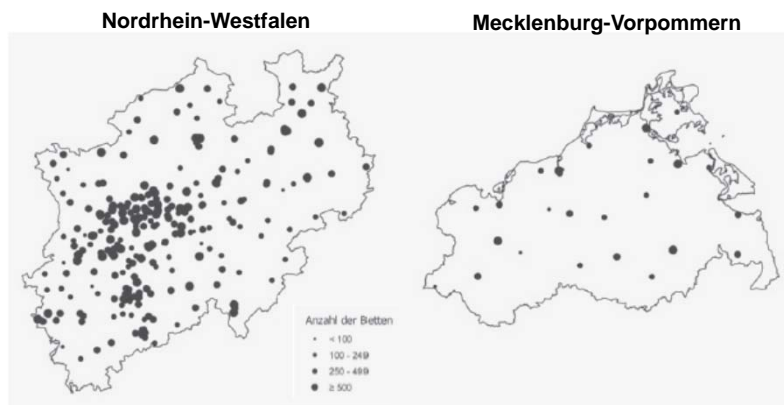


(Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a; 2013b; 2014; eigene Berechnung)

Das stationäre Versorgungsangebot



Krankenhausstandorte in den beiden Bundesländern mit der höchsten bzw. niedrigsten Krankenhausdichte (2012)



(Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014; eigene Darstellung)

Krankenhausfälle 2008 und 2030 nach Bundesländern und zwei Diagnosegruppen (Status-quo-Szenario)



Land	Insgesamt			Herz/Kreislauferkrankungen			Neubildungen		
	2008	2030	Veränderung 2030 ggü. 2008	2008	2030	Veränderung 2030 ggü. 2008	2008	2030	Veränderung 2030 ggü. 2008
	1 000	1 000	%	1 000	1 000	%	1 000	1 000	%
Baden-Württemberg	1 985	2 251	13,4	285	381	33,9	204	251	23,2
Bayern	2 693	3 070	14,0	381	505	32,8	267	330	23,5
Berlin	666	761	14,1	103	142	37,9	73	88	20,6
Brandenburg	613	672	9,7	99	133	34,1	70	87	23,4
Bremen	138	143	3,7	18	21	16,1	15	16	8,9
Hamburg	337	382	13,5	45	57	28,4	34	43	26,3
Hessen	1 286	1 410	9,7	188	241	28,3	133	157	18,3
Mecklenburg-Vorpommern	401	410	2,3	63	82	29,6	44	49	10,3
Niedersachsen	1 684	1 794	6,6	249	307	23,3	161	184	14,5
Nordrhein-Westfalen	4 159	4 408	6,0	633	771	21,8	427	486	13,9
Rheinland-Pfalz	935	1 005	7,5	142	175	23,8	96	111	16,1
Saarland	252	253	0,3	42	48	15,0	27	29	8,5
Sachsen	951	938	-1,3	143	168	18,0	113	118	4,8
Sachsen-Anhalt	608	564	-7,3	98	109	11,4	67	68	1,1
Schleswig-Holstein	599	648	8,3	88	112	27,4	60	69	15,5
Thüringen	564	549	-2,6	93	110	18,8	63	67	6,6
Deutschland	17 869	19 291	8,0	2 667	3 368	26,2	1 853	2 160	16,6

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland 2010

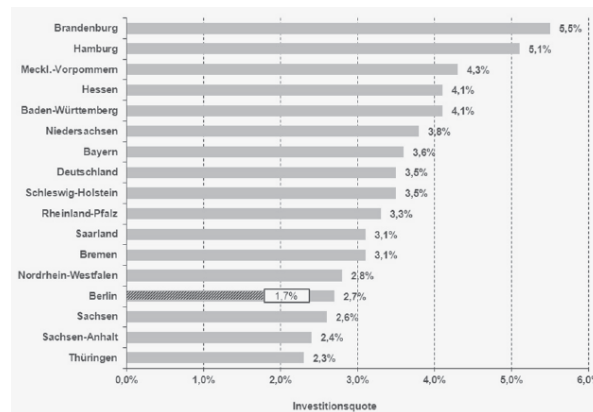
Gliederung



1. Das stationäre Versorgungsangebot und seine Inanspruchnahme
2. Herausforderungen der Krankenhaus- und Investitionsplanung
3. Qualitätsmessung im Krankenhaus
4. Finanzierung von Krankenhausleistungen im ländlichen Raum
5. Fazit und Ausblick

Die Investitionsquote (KHG-Fördermittel zu bereinigten Krankenhauskosten) ist im Bundesgebiet von 1992 bis 2012 von 9,3 % auf 3,5 % gesunken.

Krankenhaus-Investitionsquote nach Bundesländern (2012)



(Quelle: DKG 2014)

Herausforderungen

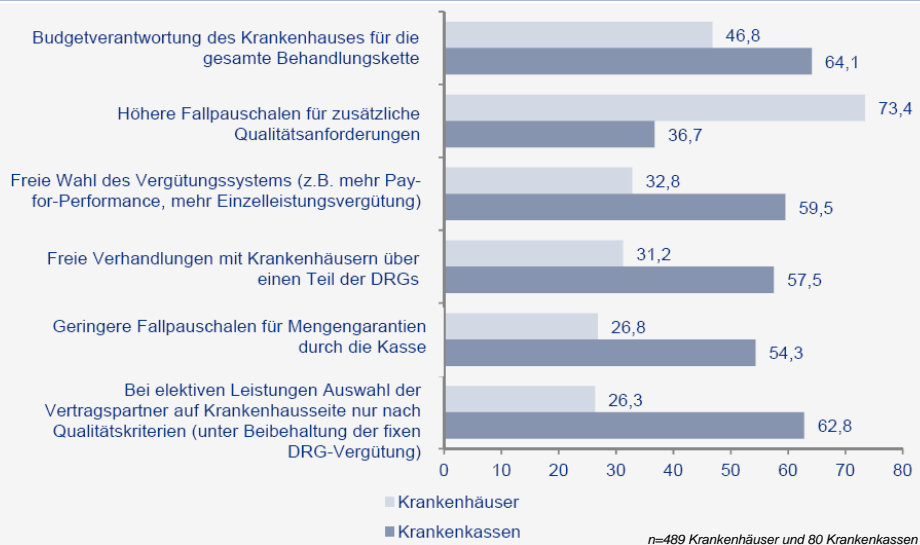
- Investitionsmittel durch die Länder unzureichend
- Im Krankenhaussektor sind aktuell Überkapazitäten das dominante Problem (nicht die Unterversorgung)
- Steuerungsmöglichkeiten der Länder bzgl. Abbau von Überkapazitäten gering → wenig echte Standortschließungen / kaum Marktberreinigung
- Qualitätsaspekte finden in der aktuellen Krankenhausplanung kaum Berücksichtigung (ausschließlich Strukturqualität)
- Derzeit angesichts ungenügender Studienlage keine rechtssichere Gestaltung von Mindestmengen möglich



Grundsätzliche Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Krankenhausplanung und -finanzierung

- Übergang zu einer monistischen Finanzierung mit Refinanzierung der Investitionskosten über die Leistungsentgelte
- Fonds zur Zahlung von Übergangsgeldern und somit Erleichterung der Schließung oder des Umbaus von nicht benötigten Krankenhauskapazitäten
- Krankenhäuser im ländlichen Raum sollten sich auf Grund- und Regelversorgung konzentrieren; Lenkung höher spezialisierter Leistungen in besser geeignete Einrichtungen mit entsprechender Infrastruktur
- Forschungsprogramm zu mengenabhängigen Qualitätspotenzialen

Zustimmung zu verschiedenen Varianten des selektiven Kontrahierens bei Krankenhäusern und Krankenkassen in Prozent





1. Das stationäre Versorgungsangebot und seine Inanspruchnahme
2. Herausforderungen der Krankenhaus- und Investitionsplanung
- 3. Qualitätsmessung im Krankenhaus**
4. Finanzierung von Krankenhausleistungen im ländlichen Raum
5. Fazit und Ausblick



- **Strukturindikatoren**
(z.B. Öffnungszeiten, technische Ausstattung, Ausbildung des Personals)
- **Prozessindikatoren**
(z.B. Leitlinientreue)
- **Ergebnisindikatoren**
(z.B. Sterbefälle, Komplikationsraten)

Grenzen der Qualitätsindikatoren



- **Positive Ausprägungen von Struktur- und Prozessindikatoren sind *nicht* gleichbedeutend mit besserer Ergebnisqualität**
(z.B. moderne Klinikausstattung, kurze Wartezeiten, geringe Komplikationsraten *versus* Indikationsstellung).
- **Zurechenbarkeit:** Ausprägung von Ergebnisindikatoren wird nicht nur durch einzelnen Arzt / einzelne Klinik beeinflusst (u.a. andere Ärzte, andere Kliniken, Patient)

Risikoadjustierung zum fairen Vergleich notwendig



- **Alter**
- **Geschlecht**
- **Fallschwere**
- **In Zukunft: auch nach sozioökonomischem Status**
 - Individualbezug datenschutzrechtlich schwierig
 - Deprivationsindex: eventuell nach Postleitzahlen

Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen



➤ Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. (§137a SGB V)

4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

Fallzahlproblematik



- Von 100 Knie-TEPs 2010 wurden 1,3 wegen Komplikationen **erneut operiert***. Um Qualitätsunterschiede (und nicht Zufallsverteilungen) zu erkennen, braucht ein Krankenhaus **mindestens 447 Knie-TEPs. Diese Fallzahl erreichen nur 2,5% aller Häuser.***
- Je geringer das Risiko, desto höher die statistisch erforderliche Mindestfallzahl: beim zentralen **Ergebnisindikator Sterblichkeit** erreichen **nur Herzoperationen ausreichende Fallzahlen****
- In der **niedergelassenen Praxis** sind die Fallzahlen für **Ergebnisindikatoren** nahezu generell **zu klein**.

* AQUA (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung; Anhang 3

** AQUA (2011): Qualitätsreport 2010

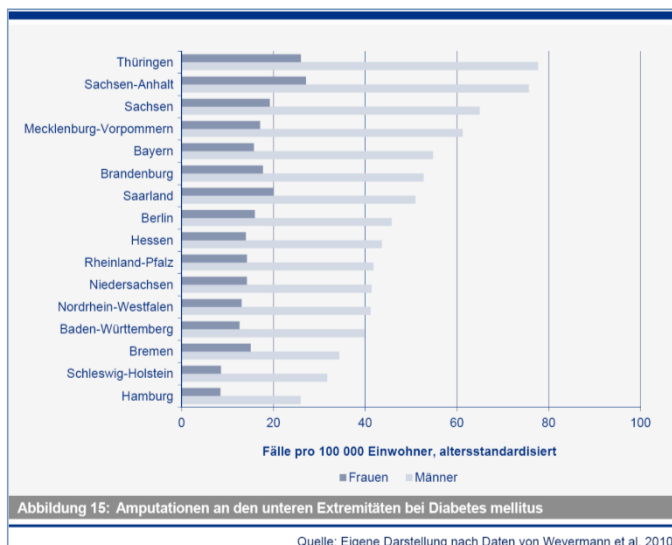
1. Qualitätsmessung

2. Qualitätstransparenz

3. Vergleich

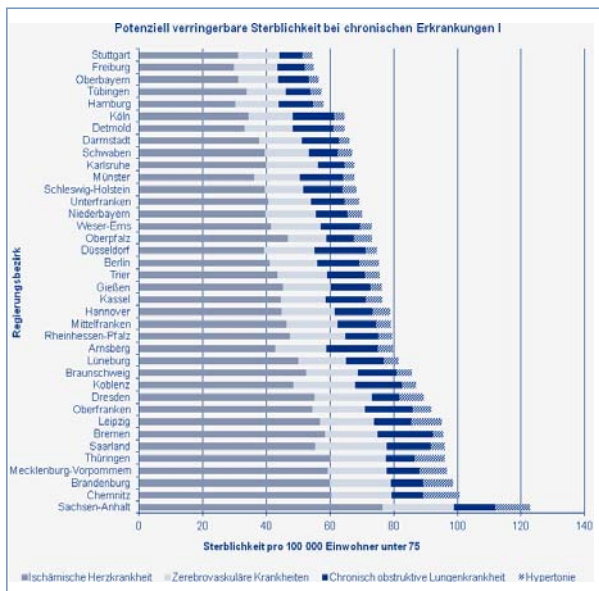
4. Qualitätsverbesserung

- a) Informiertere Entscheidungen (Selektion) durch Patienten, Einweiser oder Selektivvertragspartner
- b) Verbesserung durch gegenseitiges Lernen von den Besten („Benchmarking“)



Ursachen?
(Bundesländer)

Beispiel verringerbare Sterblichkeit



Ursachen:

Kodierung?
Sozioökon. Einflüsse?
Versorgungsstruktur?

(Regierungsbezirke)

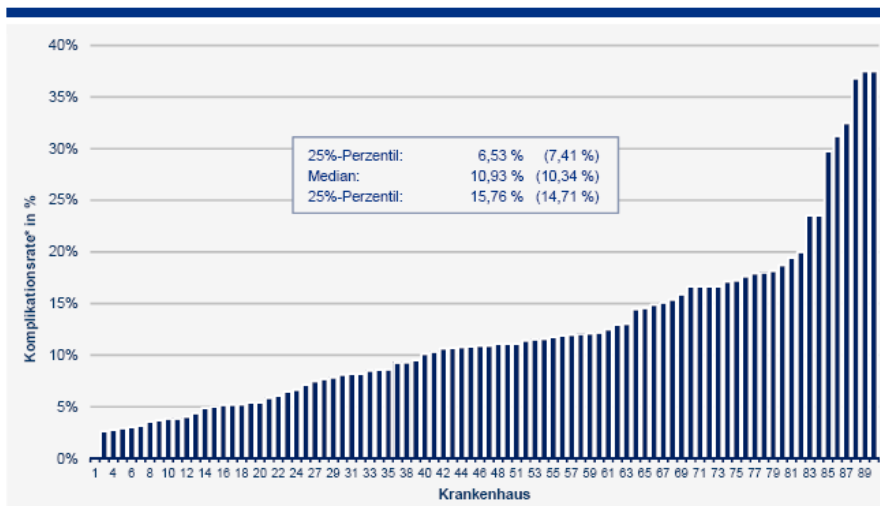
Quelle: eigene Berechnung nach
Statistisches Bundesamt 2010

Meldebürokratie versus Datensparsamkeit



- Qualitätssicherung soweit möglich mit Routine- bzw. Abrechnungsdaten
- Reduktion von Berichtspflichten: Vereinheitlichung von externer Qualitätssicherung und Krebsregistern
- Überlebensraten werden durch Krankenkassen erfasst

Auswertungen der AOK (Wido) zur Behandlungsqualität (hier: Komplikationen nach Knie-TEP)



Quelle: SVR 2012

Gliederung



1. Das stationäre Versorgungsangebot und seine Inanspruchnahme
2. Herausforderungen der Krankenhaus- und Investitionsplanung
3. Qualitätsmessung im Krankenhaus
- 4. Finanzierung von Krankenhausleistungen im ländlichen Raum**
5. Fazit und Ausblick



Wirtschaftliche Lage von ländlichen Krankenhäusern

- Größe eines Krankenhauses hat erheblichen Einfluss auf seine wirtschaftliche Situation:
 - kleine Häuser < 150 Betten → höhere wirtschaftliche Ausfallwahrscheinlichkeit
 - höherer Spezialisierungsgrad → niedrigere Ausfallwahrscheinlichkeit (in allen Größenklassen)
- Wirtschaftliche Lage der Kliniken in Ostdeutschland besser (durchschnittlich größer, relativ gute Bausubstanz)
- Wenig Daten speziell zu ländlichen Krankenhäusern; Grundversorger auch hier mit höherem Ausfallrisiko, aber niedriger als Grundversorger in der Stadt
- Rückgang der Bevölkerungsdichte kann wirtschaftliches Führen eines Krankenhauses erschweren

(Quelle: Augurzyk et al. 2013)



Das Instrument der Sicherstellungszuschläge

- Seit 2004; vereinbart zwischen Krankenhaus und Krankenkassen
- Zweck: Gewährleistung der Vorhaltung von Leistungen, die zur Sicherstellung notwendig, aber auf Grund von geringem Versorgungsbedarf mit Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind
- Voraussetzung: kein anderes Krankenhaus kann die Leistungen ohne Zuschlag erbringen
- Rechtsprechung: es ist abzustellen auf einzelne *Abteilungen*
- Erste Fälle auf den Ost- und Nordseeinseln (Fehmarn, Föhr, Sylt, Helgoland)
- Erstes Festlandkrankenhaus: Chirurgie des WKK Brunsbüttel (2012)

Herausforderungen

- Derzeit noch große Interpretationsbreite der Gesetzeslage
→ gerichtliche Auseinandersetzungen
- Konfliktpotenzial bei der Finanzierung: derzeit über Absenkung der Landesbasisfallwerte, Krankenhäuser fordern hingegen zusätzliche Mittel

Krankenhausfinanzierung im ländlichen Raum



Empfehlung: Sicherstellungszuschläge als sinnvolles Instrument weiterentwickeln:

- Rechtsicherheit schaffen
- Finanzierung über zusätzliche Steuermittel
- Festlegung der für eine flächendeckende Grundversorgung unabdingbaren Fachrichtungen (durch G-BA)
- Definition von **Mindestreichbarkeitskriterien** an Hand von Wegezeiten (durch G-BA)
- am DRG-Kalkulationsschema orientierte Vorgabe für eine abteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnung (durch InEK)
- *Alternativen:* - Ausschreibungen (Betreibermodelle)
- selektive Verträge um Krankenhausindividuelle Basisfallwerte
(*aber: Problem der dualen Finanzierung*)

Sektorenübergreifende Versorgung im ländlichen Raum



Zum Ausgleich von Über- und Unterversorgung ist eine sektorenübergreifende Planung erforderlich

Sinnvolle Allokation der Angebotsstrukturen:

- Wohnortnah: hausärztliche Primärversorgung sowie Notfallversorgung
- Zentralisierter: ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung

Konzept der „Lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung“ (LGZ)

- Ambulante und stationäre Versorgung in hoher Qualität unter einem Dach
- Koordinierte Versorgung im interdisziplinären Team
- Spezielle pflegerische und geriatrische Angebote → vorbereitet auf die Versorgung einer älter werdenden Landbevölkerung
- Attraktivität für Personal durch flexible Arbeitszeitmodelle und Angestelltenverhältnisse, ggf. auch zeitlich umschriebene Tätigkeit („Außeneinsatz“)

Sektorenübergreifende Versorgung im ländlichen Raum



Lokale Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)



(Quelle: Eigene Darstellung)

Fazit und Ausblick



- Sinkende Krankenhaus-**Anzahl**
- Trend zur **monistischen** Finanzierung
- **Selektive** Verträge weiter eher unwahrscheinlich.
- Erweiterung des DRG-Systems: Verfeinerung bei **Mehrleistungsabschlägen** und **Sicherstellungzuschlägen**
- **Qualitätsorientierung** geht zukünftig über reine Qualitätssicherung hinaus (Investitionskostenzuschüsse, Honorierungskriterium).
- Hoher **Forschungsbedarf** bei der Qualitätsmessung infolge Sektorgrenzen und Risikoadjustierung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitsmanagement (AG5)
Universität Bielefeld