



# **Krankenhauspolitik und Reformbedarf aus Sicht der AOK Bayern**

**AOK – Die Gesundheitskasse**

**Peter Krase  
Ressort-Direktor AOK Bayern**

**Juli 2010**

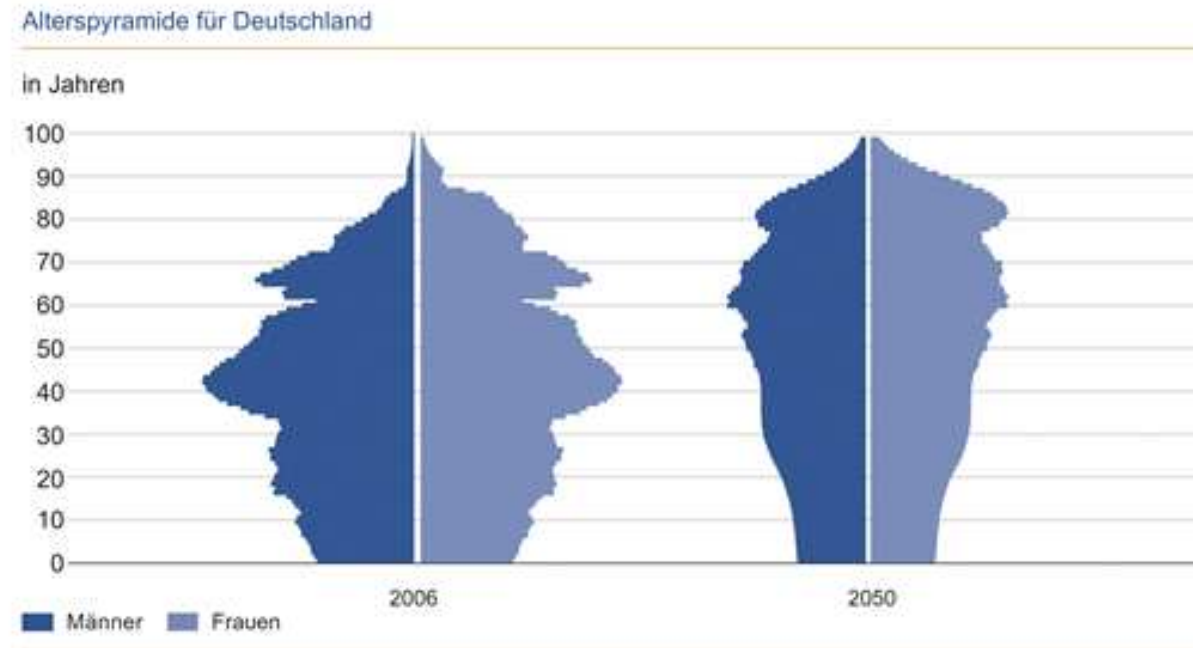
# Inhalt



- ◆ **Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen/  
Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
- ◆ **Veränderung der Wettbewerbsgrundlage:  
Die Schwerpunkte verschieben sich**
- ◆ **Auswirkungen auf die Krankenhauspolitik**
- ◆ **Fazit**

# Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen

**Enorme Herausforderungen für das Gesundheitswesen, allein vor dem Hintergrund des demographischen Wandels**



Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland

In 40 Jahren werden wir **statt 82 Mio. nur noch rund 69 Mio.** Einwohner in Deutschland haben. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen wird von derzeit rund 17 Mio. auf rund 10 Mio. zurückgehen, gleichzeitig die Zahl der **über 65-jährigen von jetzt 14 Mio. auf 23 Mio. zunehmen**. Allein diese demographische Entwicklung der älter werdenden Bevölkerung würde zu doppelt so vielen Herzinfarkten, rund 86 % mehr Schlaganfällen und ca. 30 % mehr Diabetes und Tumorerkrankungen führen.

**Weniger Beitragszahlern stehen mehr Kranke gegenüber!**

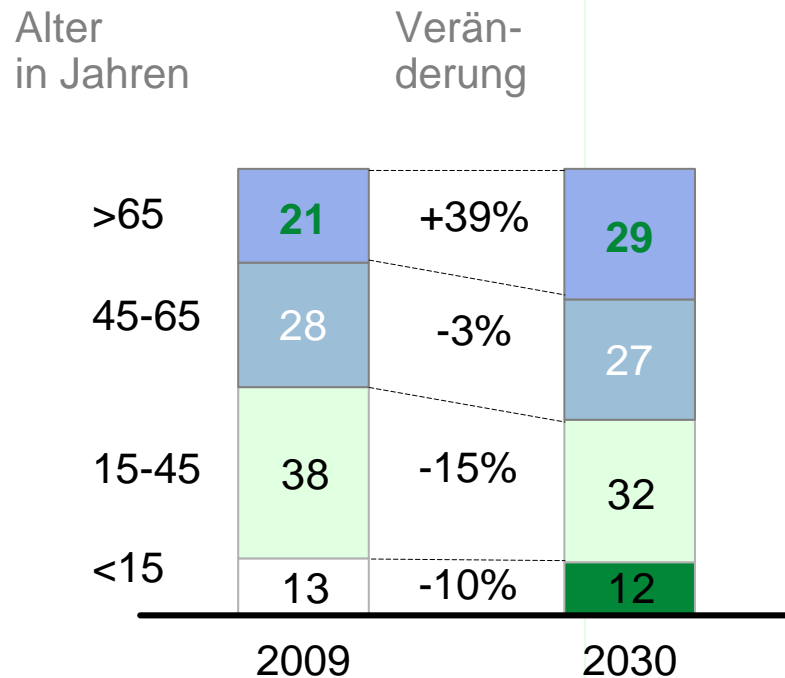
# Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen

Ein großer Teil der Krankheitskosten wird von der wachsenden Gruppe der über 65-jährigen verursacht

Altersentwicklung und altersabhängige Krankheitskosten am Beispiel der BRD

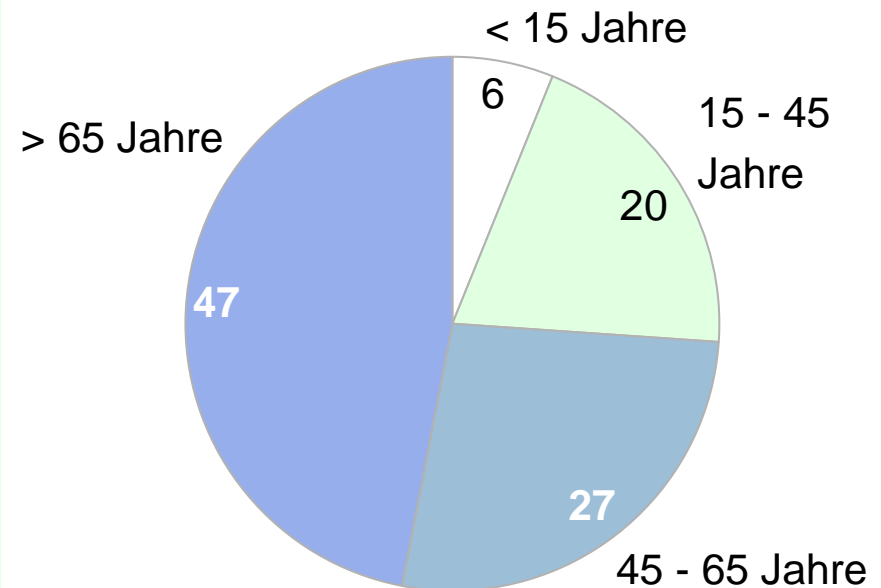
## Anteil Älterer nimmt rasch zu

Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung, Deutschland, in Prozent



## Ältere verursachen Großteil der Kosten

Anteil der Altersgruppen an den Krankheitskosten, Deutschland, 2006, in Prozent



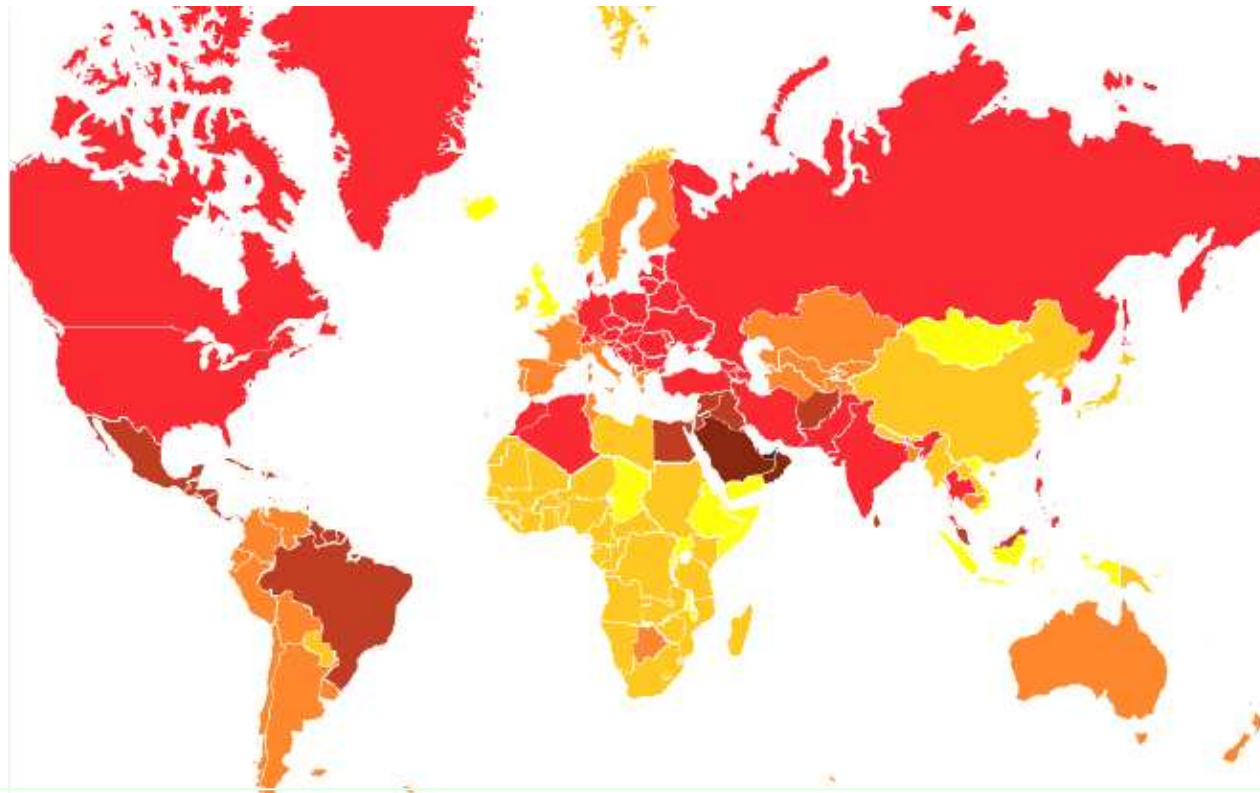
QUELLE: DESTATIS: Krankenhaus Grunddaten, FS 12, R 6.1.1, 2007; DESTATIS: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1 - W1: Untergrenze der "mittleren" Bevölkerung);

# Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen

Jährlich erkranken 7 Mio. Menschen neu, so dass die Prävalenz bis 2035 noch weiter dramatisch zunehmen wird

## Weltweit 380 Mio. Diabetiker (Typ 2) bis 2035

Anteil der Betroffenen im Alter von 20 bis 79 Jahren, in Prozent



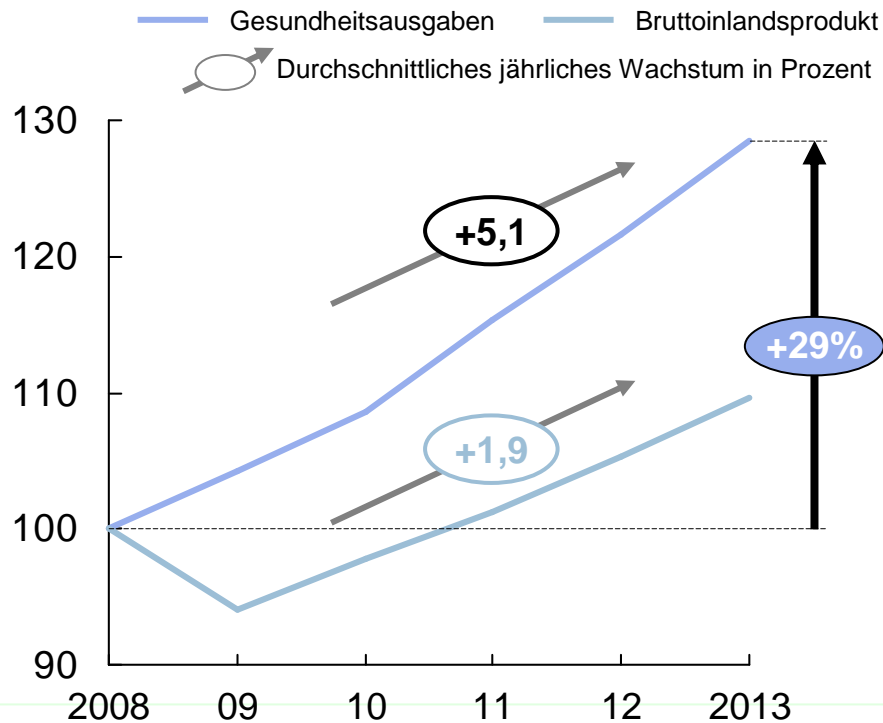
QUELLE: International Diabetes Federation: Diabetes Atlas

# Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen

Ohne Paradigmenwechsel in der Versorgung steigen die Krankheitskosten kurz- und langfristig kritisch an

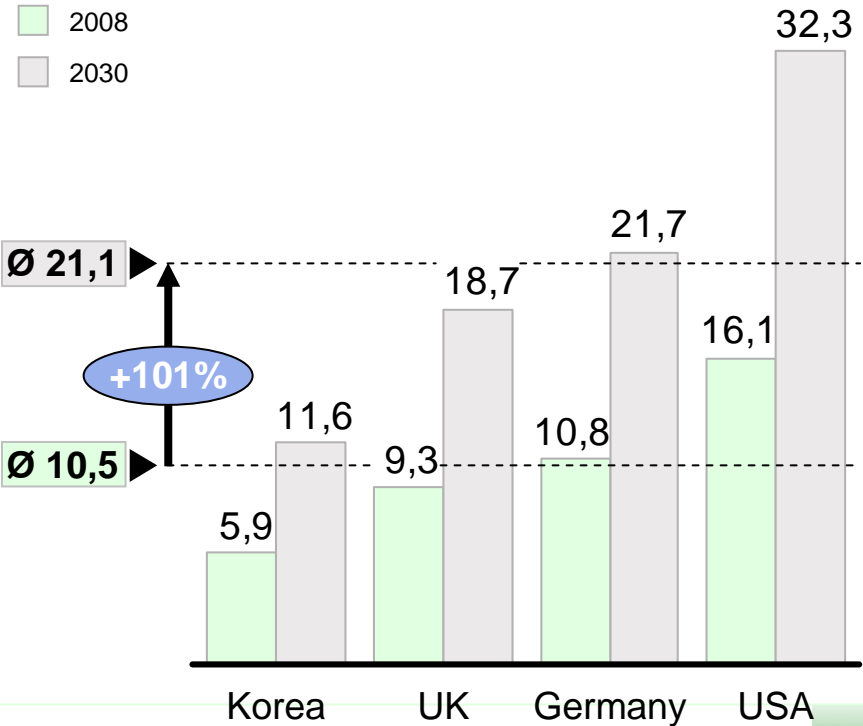
Die Gesundheitsausgaben werden in den kommenden Jahren deutlich stärker steigen als das allgemeine Wirtschaftswachstum

Indexierte Entwicklung (Basisjahr 2008), G8-Länder



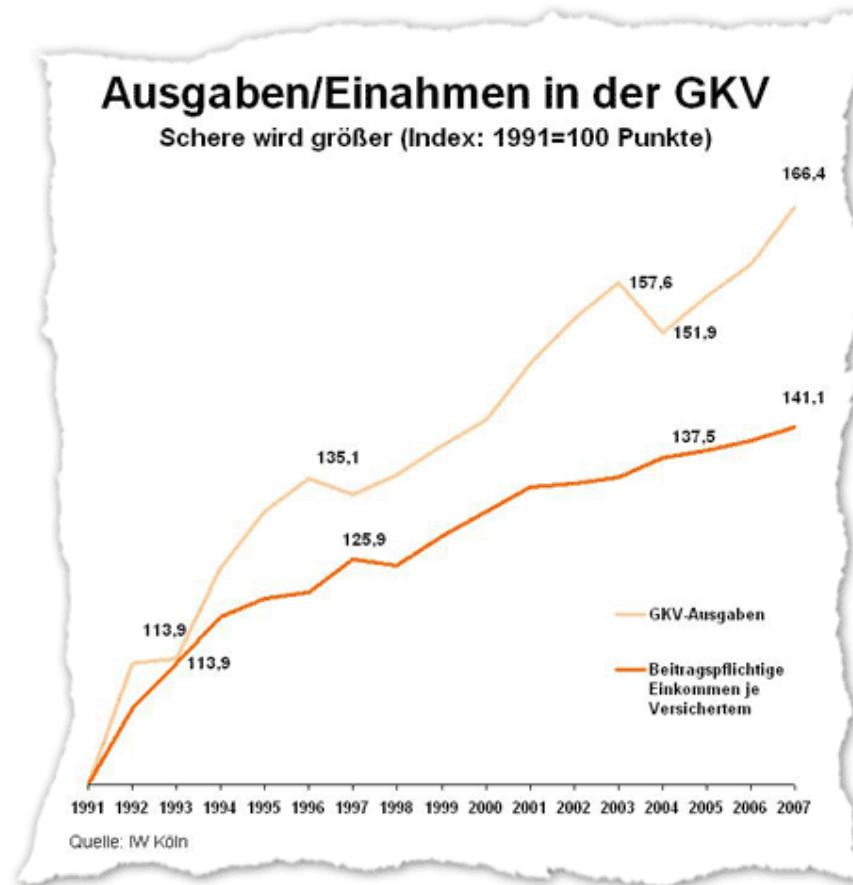
Bei ungebremstem Wachstum erreichen die Gesundheitsausgaben langfristig mehr als ein Fünftel unseres Bruttoinlandsprodukts

Anteil Gesundheitsausgaben am BIP, in Prozent



QUELLE: IMF (Oktober 2009): GDP forecast, 2005-2014; Espicom: World Pharmaceutical Fact Book 2008

# Es besteht Handlungsbedarf im Gesundheitswesen



Seit Anfang der 1990er Jahre „klafft“ die Schere auseinander

# Was passiert 2011, wenn 2010 nichts passiert?

Wenn nichts passiert,

1. bleibt der allgemeine Beitragssatz zum 1.1.2011 unverändert
2. beträgt die Bundesbeteiligung im Jahr 2011 13,3 Mrd. Euro\*
3. bleibt das neue Finanzierungsinstrument „Zusatzbeitrag inkl. Überforderungsklausel“ unverändert

..., dann beträgt das im Jahr 2011 über Zusatzbeiträge zu finanzierende Defizit der Krankenkassen 9 –11 Mrd. Euro.

\* ohne den im Sparpaket der Bundesregierung zugesicherten zusätzlichen Steuerzuschuss von 2,0 Mrd. Euro für das Jahr 2011

Quelle: GKV Spitzenverband

## Eckpunkte Koalitionsvereinbarung

- ◆ die Ausgaben stabilisieren
- ◆ die Finanzgrundlage stärken
- ◆ den Sozialausgleich gerecht gestalten

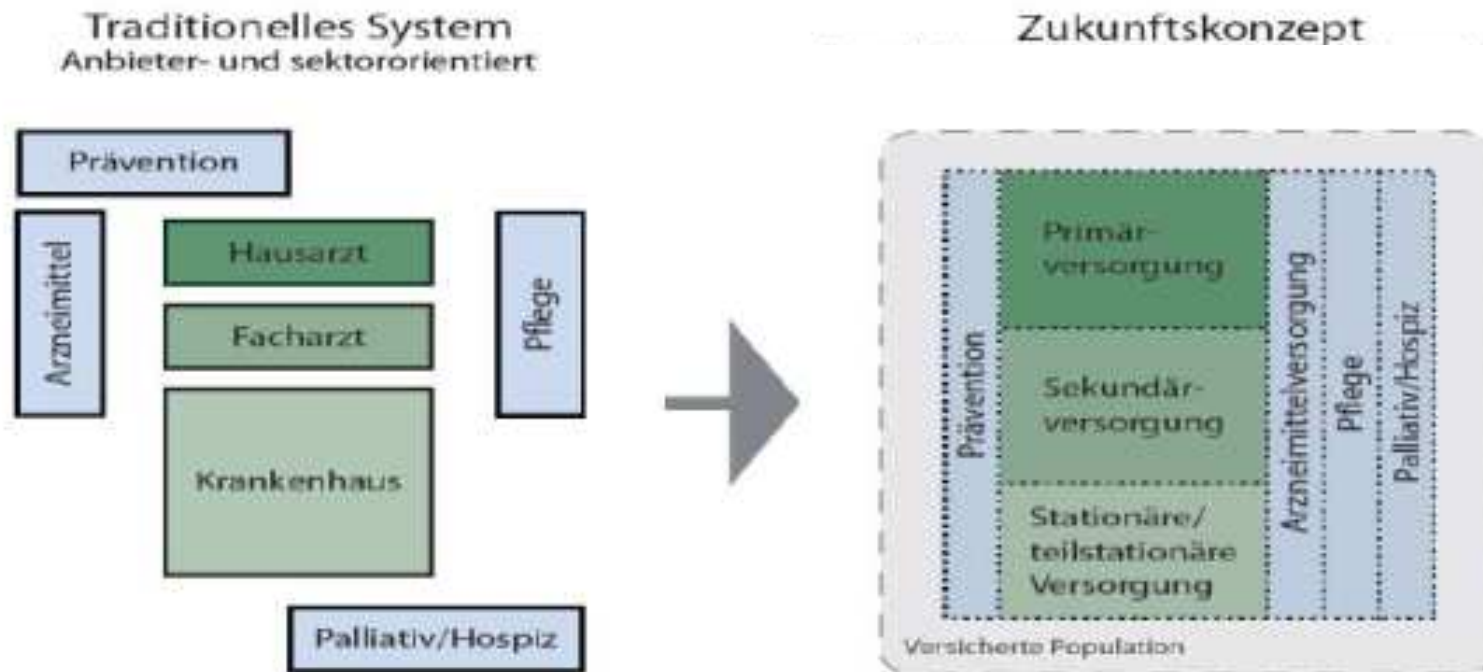
- Verwaltungskostendeckel für Krankenkassen
- Mehrleistungen der Krankenhäuser führen zu einem Effizienzabschlag von 30 %
- Krankenhausausgaben dürfen lediglich in Höhe der halben Grundlohnsummensteigerung wachsen
- Zuwachs bei Zahnärzten soll auf die halbe Grundlohnsummensteigerung begrenzt werden
- ...
- Paritätisch finanzierter Beitragssatz 14,6 % + 0,9 % AN-Anteil = 15,5 %  
(AG Beitrag wird festgeschrieben, unvermeidbare Ausgabensteigerungen werden durch Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert)
- Aufhebung der 8 € Zusatzbeitragsgrenze

# Inhalt



- ◆ Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen/  
Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- ◆ Veränderung der Wettbewerbsgrundlage:  
Die Schwerpunkte verschieben sich
- ◆ Auswirkungen auf die Krankenhauspolitik
- ◆ Fazit

# Veränderung der Wettbewerbsgrundlage – die Schwerpunkte verschieben sich

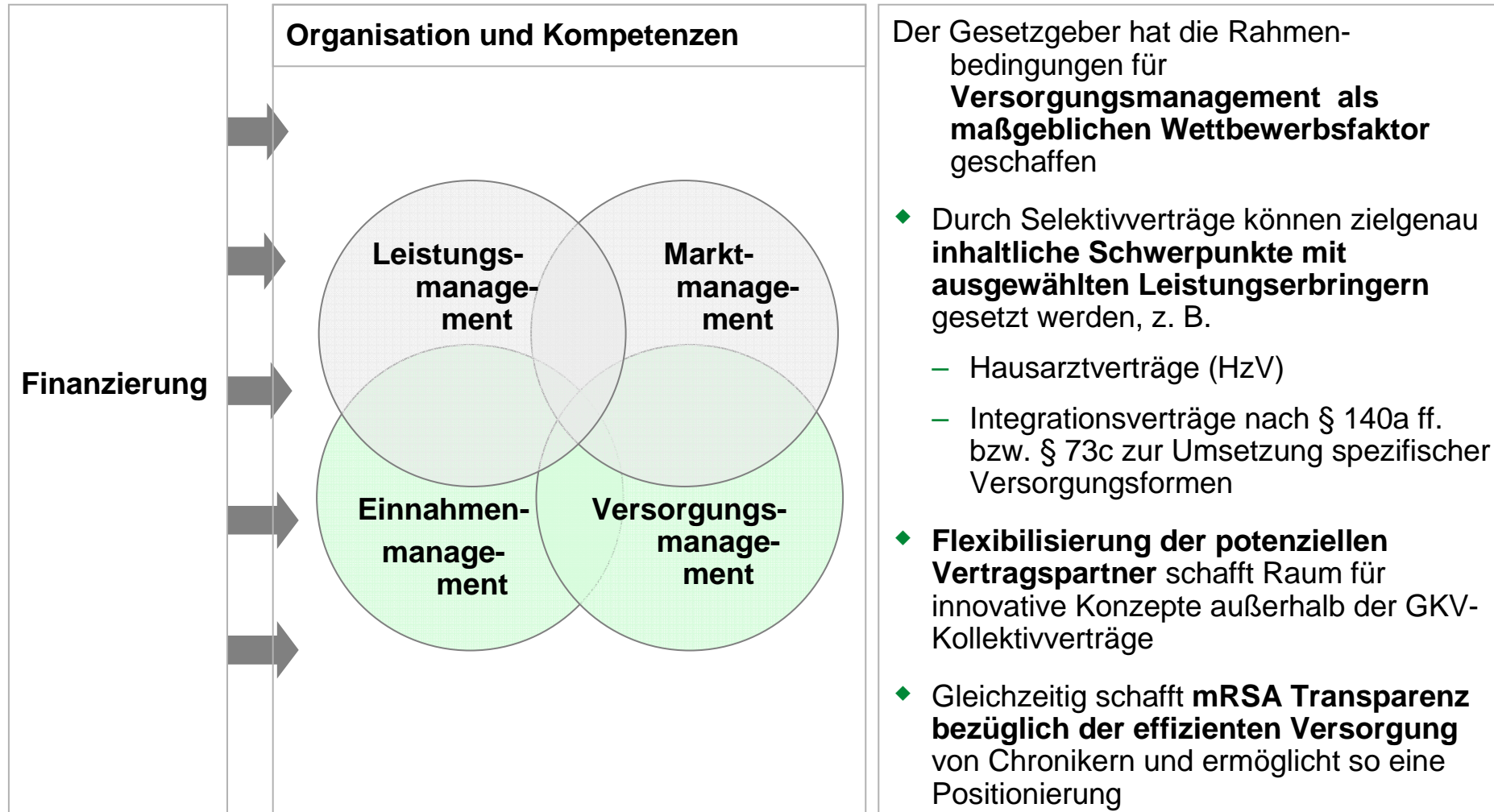


Quelle: Prof. Wille, Universität Mannheim

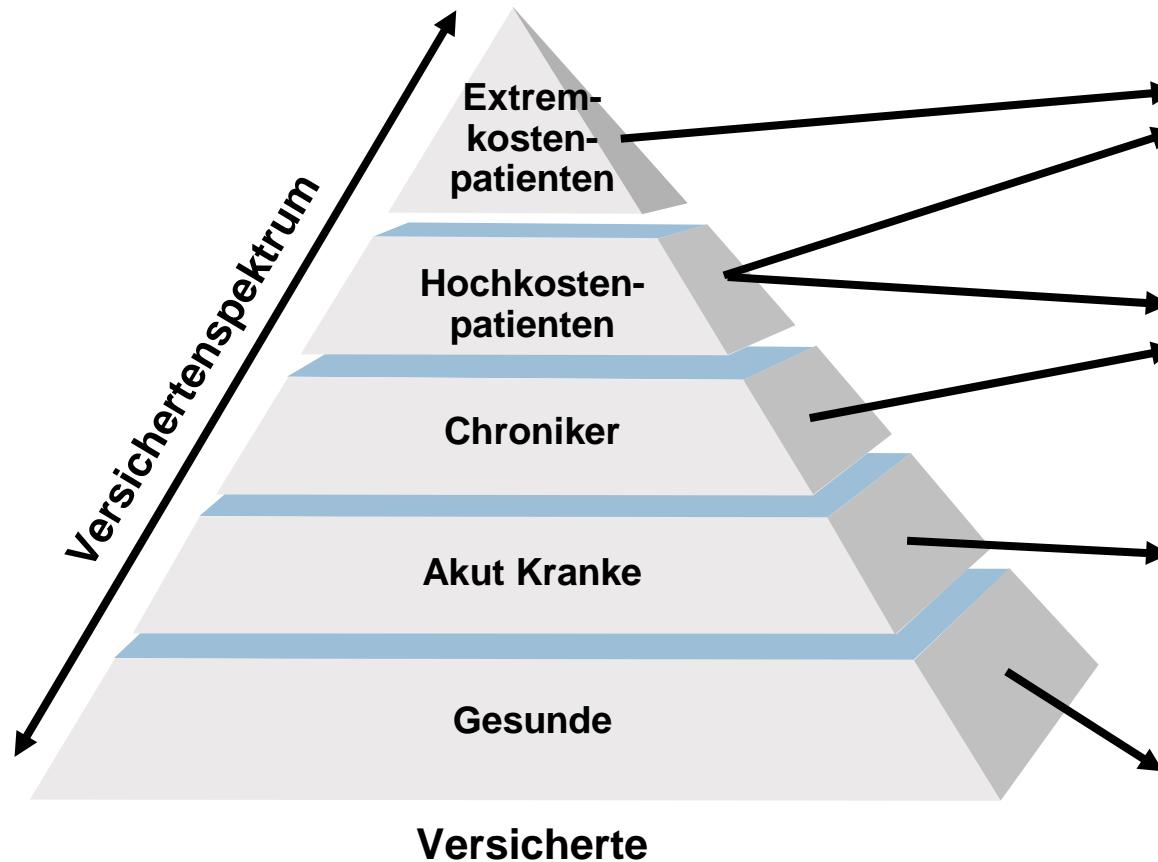
# Durch Reformen hat der Gesetzgeber die Wettbewerbsgrundlage weg vom sektoralen Denken in Richtung Versorgung verlagert

## Kernthemen im GKV-Wettbewerb

□ Fokus bisher  
□ Neuer Fokus



# Differenzierte Angebote für alle Versicherten



## ◆ Fallmanagement

- Komplexe Fälle
- Transplantationen

## ◆ Disease Management (DM)

- Herzinsuffizienz
- COPD
- KHK / Diabetes

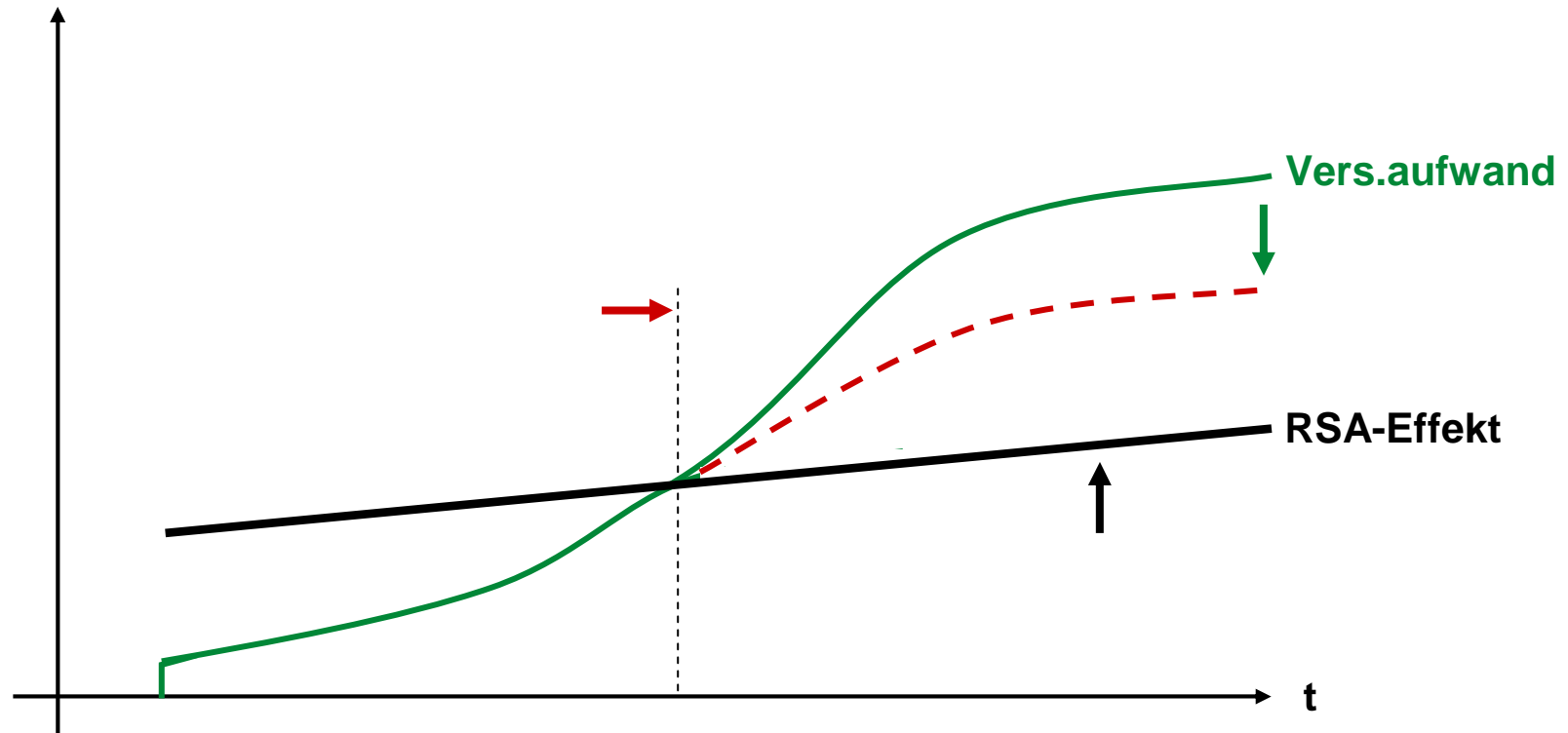
## ◆ Fallkoordination




- Arztnetze
- Überleitungsmanagement
- Zweitmeinung

## ◆ Präventionsmanagement

- Bewegung, Ernährung
- Krebsscreening
- Raucherentwöhnung

# Morbi-RSA und Versorgungsmanagement



-  **Versorgungsaufwand durch VM-Maßnahmen senken**
-  **RSA-Effekte durch Identifizierung steigern (bisher nicht kodierte oder nicht richtig kodierte Krankheitsbilder)**
-  **Scheitelpunkt verschieben**

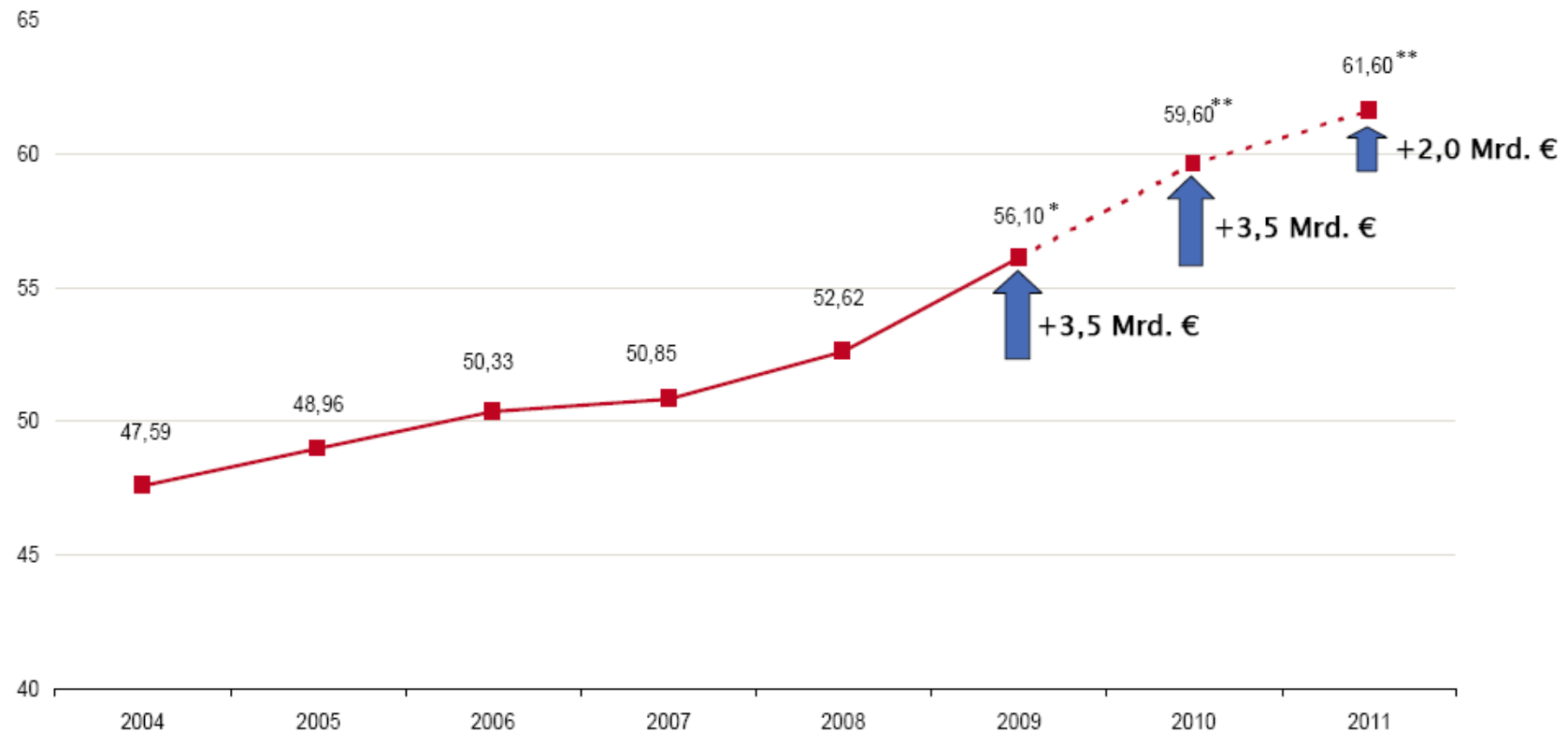
# Inhalt



- ◆ **Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen/  
Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
- ◆ **Veränderung der Wettbewerbsgrundlage:  
Die Schwerpunkte verschieben sich**
- ◆ **Auswirkungen auf die Krankenhauspolitik**
- ◆ **Fazit**

# GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung (insgesamt)

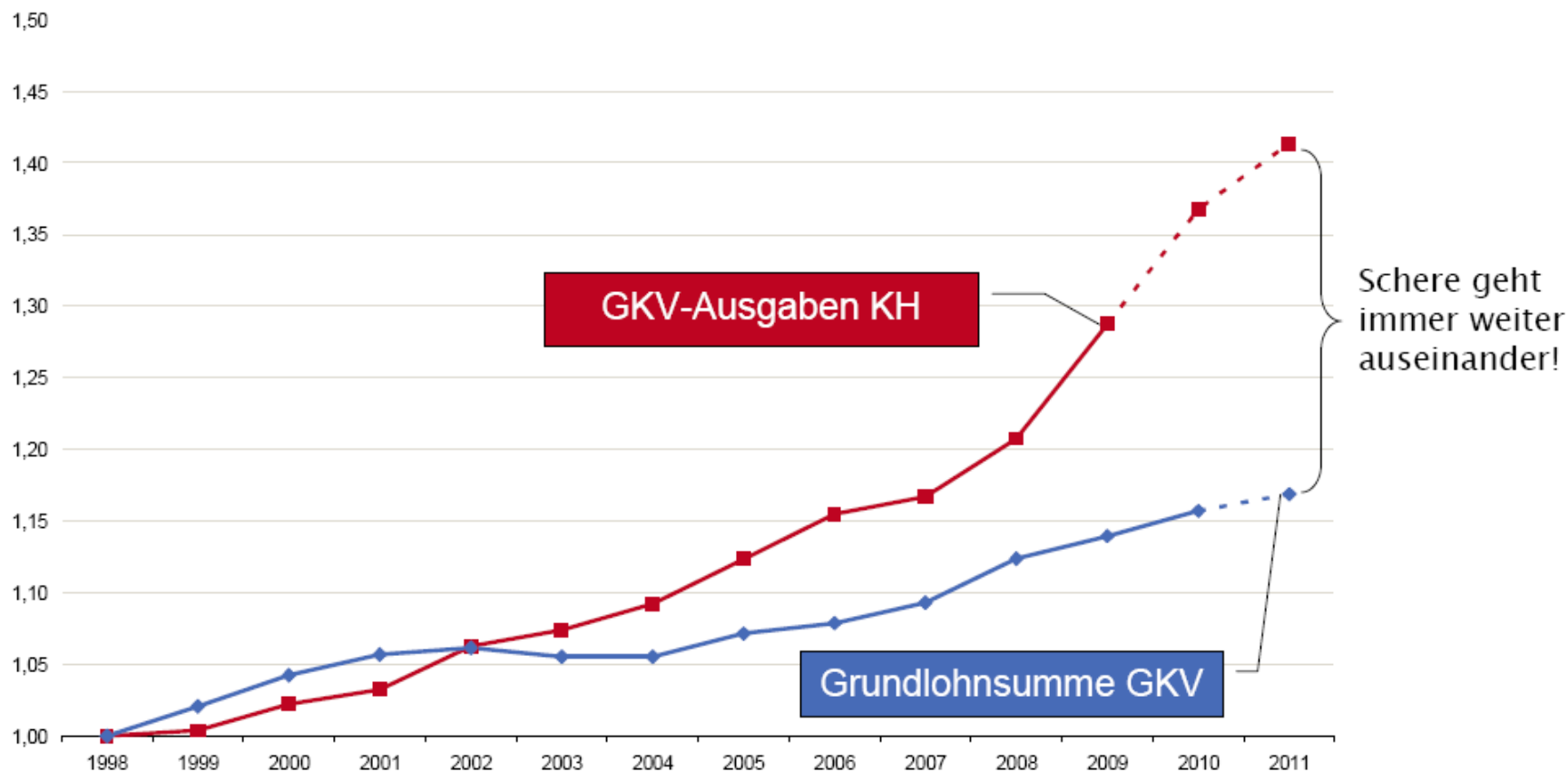
Angaben in Mrd. €



Quelle: Amtliche Statistik KJ1; \* Amtliche Statistik KV 45, 1. – 4. Quartal; Stand 10.03.2010; \*\* Schätzungen für 2010 und 2011; Darstellung GKV-Spitzenverband

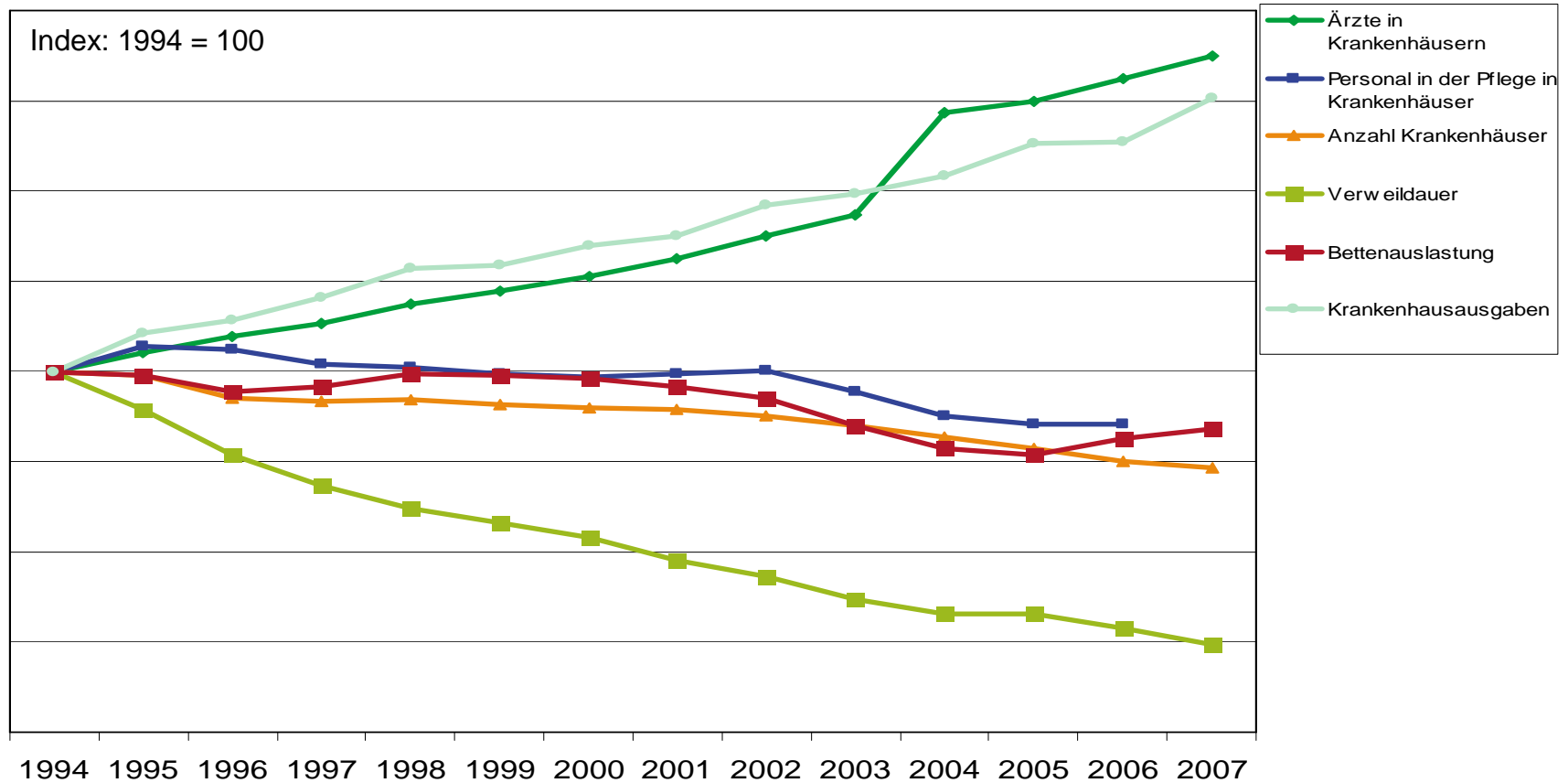
Quelle: GKV Spitzenverband

# Entwicklung der GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen und der Grundlohnsumme



Quelle: Indexiert (1998=1,0), Amtliche Statistik KJ1; Amtliche Statistik KV 45, 1. – 4. Quartal; Stand 10.03.2010; Schätzungen der Ausgaben für 2010 und 2011; Grundlohnsumme der Jahre 2009 und 2010 auf Basis der Grundlohnrate; Annahme Grundlohnrate 2011=1 %; Darstellung GKV-Spitzenverband **Quelle: GKV Spitzenverband**

# Entwicklungen im Krankenhaussektor



(Quelle: Destatis und eigene Berechnung, AOK Bundesverband)

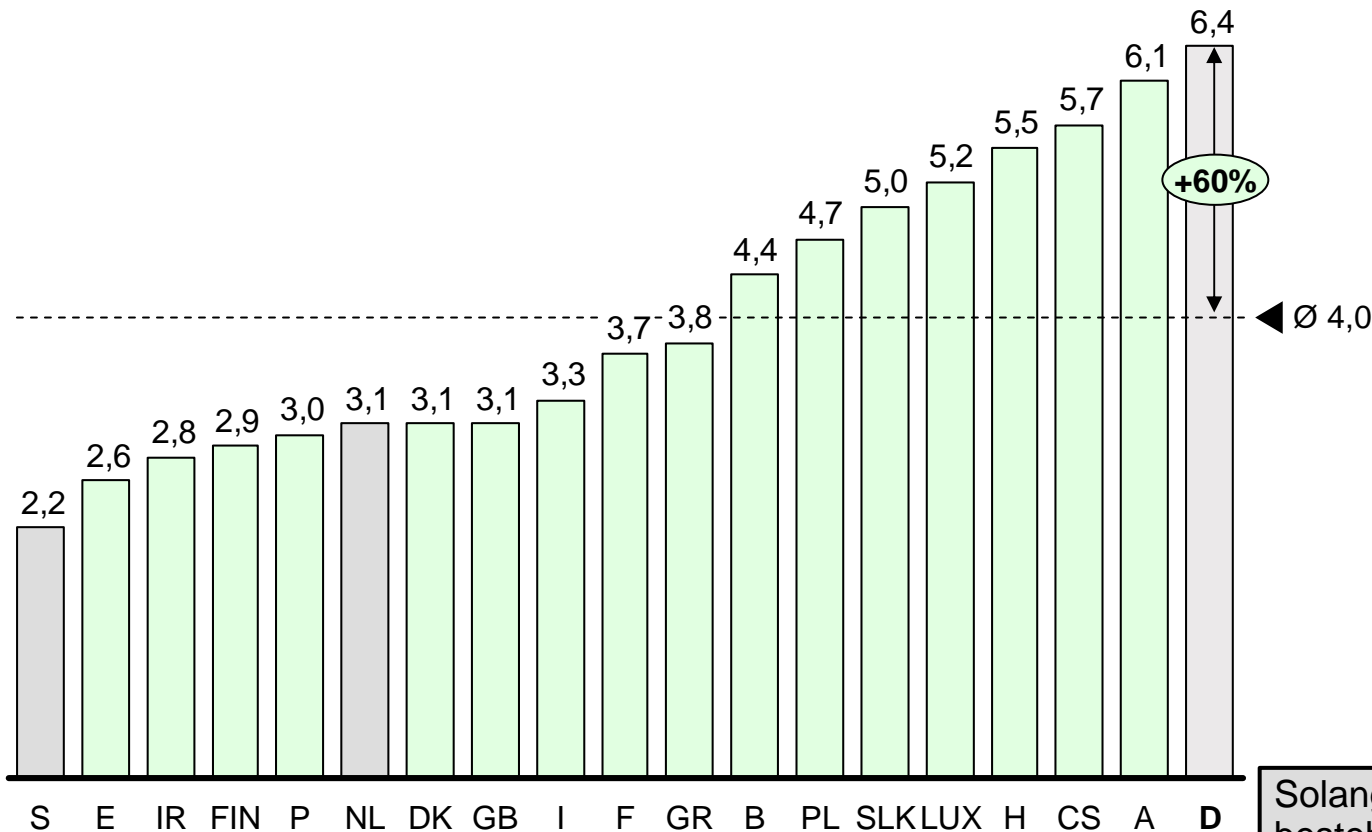
## Ausgabenentwicklung im Krankenhaus

Kostenentwicklungen	1994 - 2007
Krankenhausausgaben der GKV	+ 30,3 %
Zahl der Krankenhausärzte	+ 35 %
Verweildauer der Patienten	– 30,3 %
Zahl der Krankenhäuser	– 10,7 %
Bettenauslastung	– 5,3 %
Personal im Pflegebereich	– 5,9 %*

\*1994-2006

# Auch im europäischen Vergleich besteht in Deutschland weiterhin eine deutliche Überversorgung an stationären Kapazitäten

Betten je 1.000 Einwohner

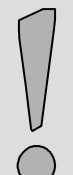


Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007

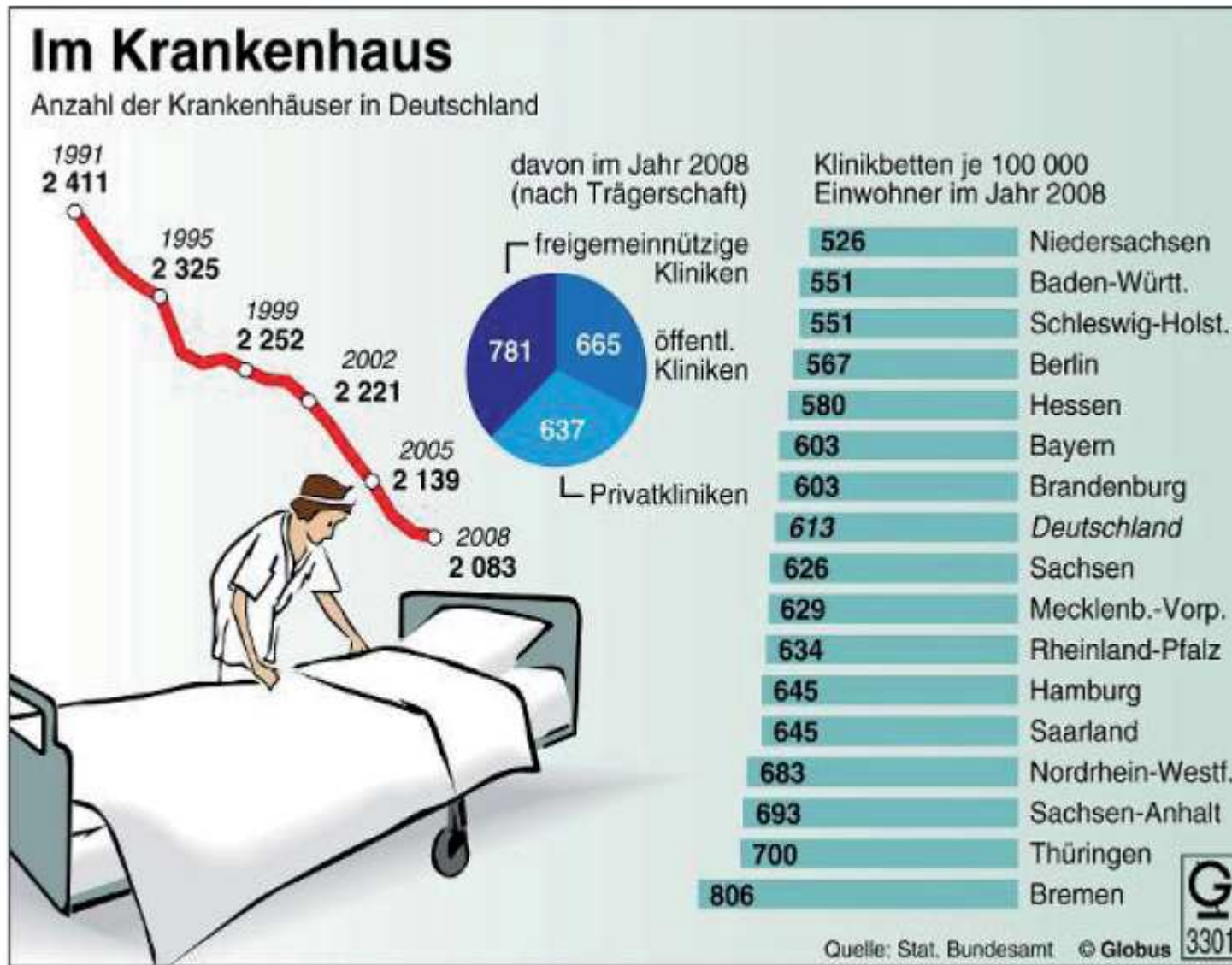
## Schlussfolgerungen

- ◆ Deutschland ist Spitzenreiter in stationären Kapazitäten in Europa
- ◆ Nationen mit qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung wie Schweden und Niederlande halten weniger als die Hälfte der stationären Kapazität vor
- ◆ Abbau von Überkapazitäten in Deutschland ist mittelfristig ökonomisch sinnvoll und führt nicht zu einer Qualitätsverschlechterung

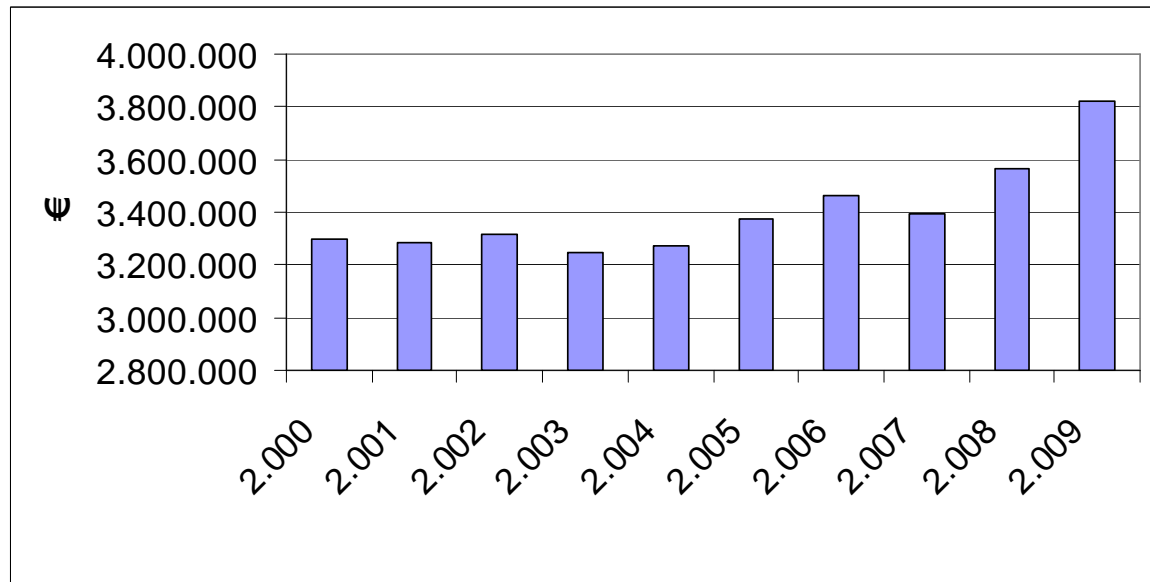
Solange Überkapazitäten bestehen, wird ökonomischer Druck auf die Krankenhäuser hoch bleiben



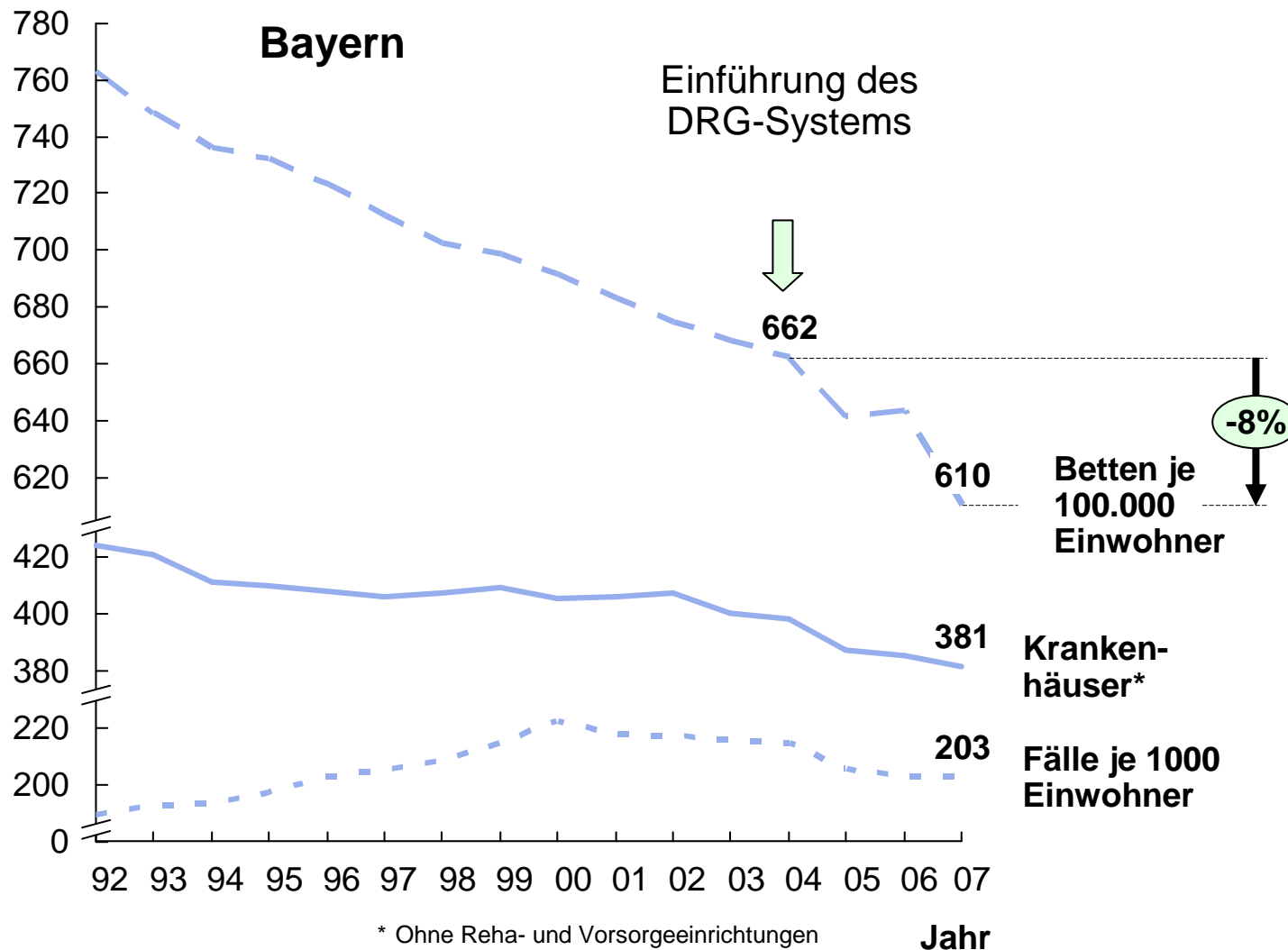
# Innerhalb Deutschlands bestehen deutliche regionale Unterschiede



## Ausgaben der AOK Bayern für den Krankenhausbereich

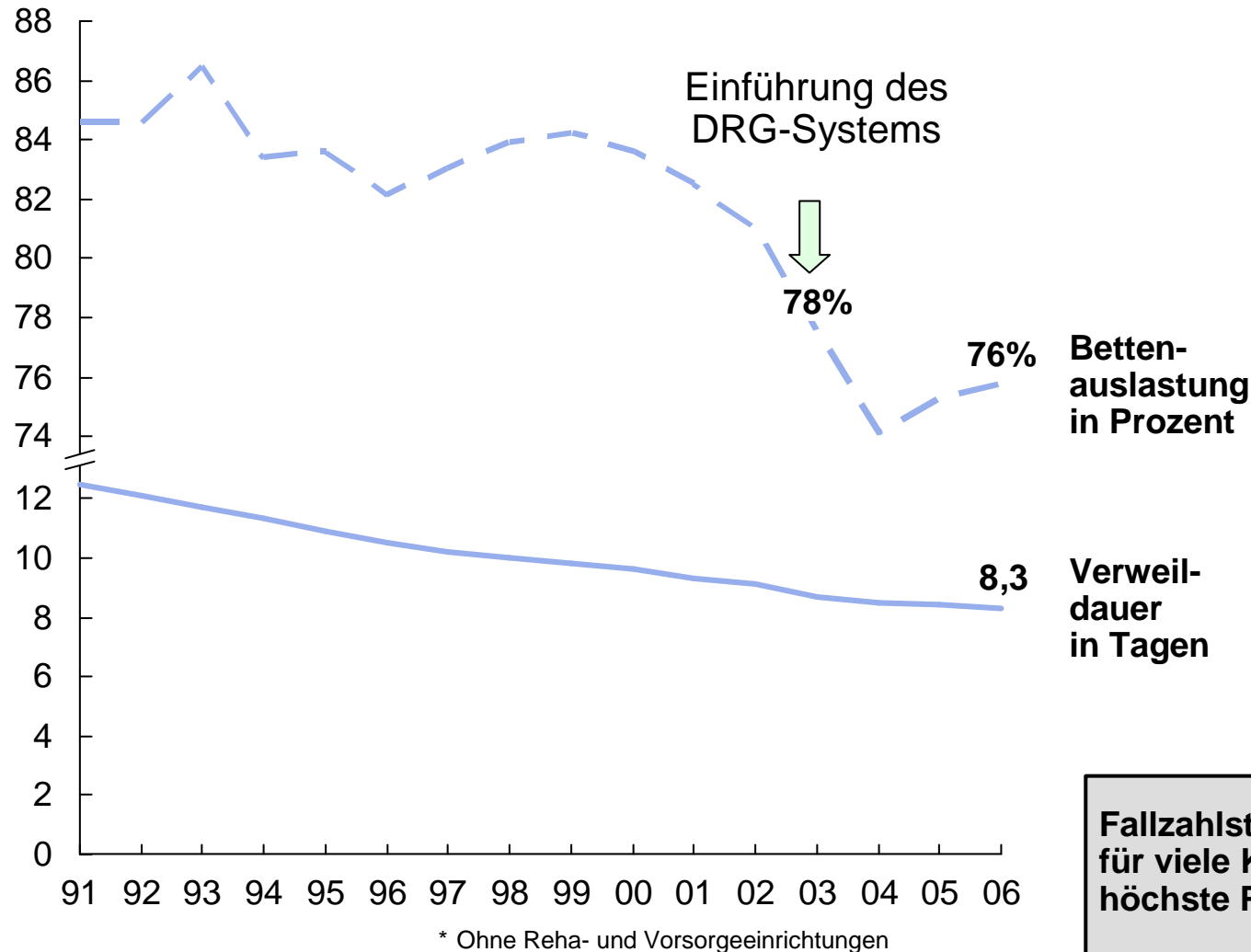


# Der seit Jahren bestehende Trend, stationäre Überkapazitäten abzubauen, hat sich durch Einführung des DRG-Systems deutlich verschärft...



- ◆ Trotz stabiler Fallzahlen deutliche Reduktion der stationären Kapazitäten
- ◆ Einführung des DRG-Systems hat den ökonomischen Druck auf die KH nochmals deutlich verschärft

# ...dennoch liegt die Bettenauslastung in Bayern aufgrund stark gesunkener Verweildauern weiterhin nur bei ca. 75%



- ◆ Verweildauerreduktion ist Ausdruck der genutzten Wirtschaftlichkeitsreserve
- ◆ Trotz Bettenreduktion kämpfen Krankenhäuser weiterhin mit zu niedriger Auslastung (Zielwert KH-Plan: 85%)

**Fallzahlsteigerungen haben für viele Krankenhäuser höchste Priorität**

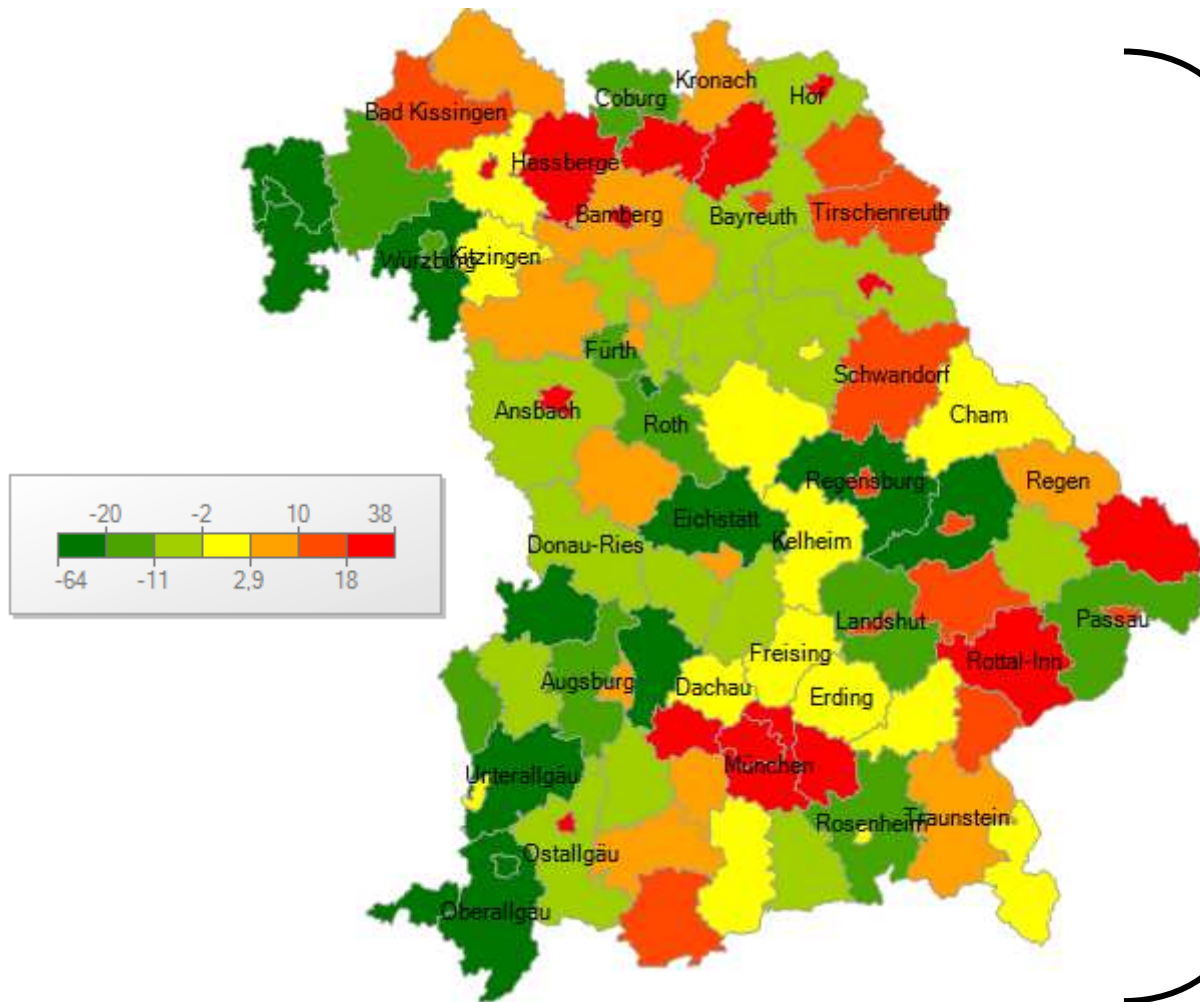
## **Faktoren für gehäufte Krankenhauseinweisungen und verlängerte Krankenhausaufenthalte**

- ◆ **Ambulante Versorgungslücken**
- ◆ **Fehlende oder unzureichende fachärztliche Versorgung im Einzugsgebiet**
- ◆ **Demographischer Faktor**
- ◆ **Besonderes Leistungsspektrum des Krankenhauses bzw. spezialisierte Ärzte in Krankenhausabteilungen**
- ◆ **Konsiliarärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte im Krankenhaus**
- ◆ **unzureichende Versorgung nach der Krankenhauserlassung**
- ◆ **erhöhtes Einweisungsverhalten von Pflegeheimen**
- ◆ **ambulante Operationsmöglichkeiten am Krankenhaus fehlen**

## Optionale Möglichkeiten zur „Gegensteuerung“

- ◆ **Neue Kooperationsformen (IV-Verträge, Selektivverträge)**
- ◆ **Verbesserung des ärztlichen Notfalldienstes**
- ◆ **Ausweitung von Pflegenetzen sowie verbesserte Verzahnung Pflege/Ärzte**
- ◆ **Förderung des ambulanten Operierens und Belegarztwesens**
- ◆ **Einschaltung des Medizinischen Dienstes**
- ◆ **Abschläge bei DRG**

# Beispiel: Erhöhung Transparenz in der stationären Versorgung



Altersadjustierte  
Inanspruchnahme  
von KH Leistungen  
(Jahr 2009)

=

Häufigkeit der KH Fälle  
je 1.000 Versicherte  
in Abweichung zum  
Bayerndurchschnitt

➔ **Steigerung der Effizienz durch richtige Ressourcenverteilung**

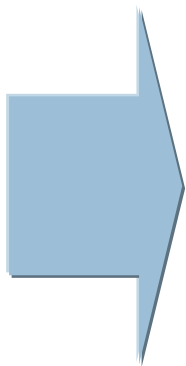
# Inhalt



- ◆ **Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen/  
Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
- ◆ **Veränderung der Wettbewerbsgrundlage:  
Die Schwerpunkte verschieben sich**
- ◆ **Auswirkungen auf die Krankenhauspolitik**
- ◆ **Fazit**

## Wettbewerb, Selektivverträge und Kollektivverträge (1)

- ◆ Ein wettbewerbsorientiertes und föderales Gesundheitswesen ist effizient und leistungsfähig.
- ◆ Wird Wettbewerb reduziert oder gar nicht erst ermöglicht, erhalten dirigistische Regelungsmechanismen immer mehr Rückenwind und das Niveau der medizinischen Versorgung sinkt.
- ◆ Einzelverträge der gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern ermöglichen eine qualitative und quantitative Weiterentwicklung des Wettbewerbs.



**Kollektivverträge sind für die Basisversorgung weiterhin notwendig.**

**Allerdings sollten Selektivverträge auch als optionale Möglichkeiten für die Schaffung von echten Mehrwerten dienen.**

## Wettbewerb, Selektivverträge und Kollektivverträge

# Einzelverträge für planbare Krankenhausleistungen

**Keine Kostendämpfung ohne strukturelle Weiterentwicklung!**

### Wettbewerbselement:

→ Für definierte planbare Leistungen sollen Krankenkassen Einzelverträge mit Krankenhäusern abschließen können.

### → Umsetzung:

- Katalogbestimmung durch das BMG (1. Katalog für das Jahr 2011)
- jährliche Erweiterungen des Kataloges durch die Selbstverwaltung
- Krankenkassen sollen Möglichkeit erhalten, diese Leistungen auszuschreiben und zu vereinbaren!
- Wichtig: Qualitätsanforderungen als Teil der Verträge und Ausschreibungen
- mittelfristige Wirkung

Quelle: GKV Spitzenverband

# Qualität

- ◆ **Pay-for-Performance als Anreizsystem besonders guter bzw. effizienter Leistungen**
- ◆ **die Vergütungen sollen im Gegenzug eine für den Leistungserbringer adäquate Größenordnung einnehmen.**
- ◆ **Zuschläge für qualitativ hochwertige Leistungen sind denkbar, wenn gleichzeitig bei „Minderqualität“ Abschläge möglich sind.**

**Der Kontrahierungszwang sollte in einem wettbewerblichen System fallen!**

## KH Planung

Status Quo

- ◆ Die Krankenhausplanung liegt in Deutschland in der Hand der Länder.
- ◆ Krankenhäuser und Krankenkassen sind in ihren vertraglichen Beziehungen durch den staatlichen Krankenhausplan gebunden.
- ◆ Krankenhausplanerische Fragestellungen werden kontrovers diskutiert.
- ◆ Die Orientierung vollzieht sich am Bedarf, nicht an der Qualität.

Zukunft



Paradigmenwechsel

## Umstellung auf Qualitätsplanung!

# Investitionsfinanzierung

- ◆ **Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen muss bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt bleiben.**
- ◆ **Der Freistaat Bayern ist seiner Verpflichtung, die Investitionen für bedarfsgerechte Krankenhäuser zu tragen, weitgehend nachgekommen.**
- ◆ **Dennoch kann nicht übersehen werden, dass sich ein Investitionsstau aufbaut und auch in Bayern die Mittel schon für künftige Jahre verplant sind.**

## Nullrunde ab 2011

### Forderung des GKV-SV: Nullrunde in 2011

- **Prognose:**  
voraussichtliche GKV-Ausgabensteigerungen im Bereich stationäre Versorgung in 2011: 2 Mrd. Euro
  
- **Forderung:**  
Nullrunde, d. h. keine Ausgabensteigerungen in 2011  
(im Vergleich zu den GKV-Ausgaben für Krankenhäuser 2010)
  
- **Achtung:**  
Einfrieren der Preise (Landesbasisfallwerte), z. B. durch **Absenkung der Grundlohnrate auf 0 %, wäre keine Nullrunde!**  
Ausgaben 2011 würden bei gleichbleibenden Landesbasisfallwerten aufgrund von Casemixsteigerungen und weiteren Effekten um ca. 1,5 Mrd. € steigen!

**konstante Preise  $\neq$  Nullrunde**

Quelle: GKV Spitzenverband

# Praktische Umsetzung

## Nullrunde nur durch Absenken der Preise realisierbar!

- Einmalige kompensatorische Anpassungen der Landesbasisfallwerte (LBFW) erforderlich!
  - Vorschlag des GKV-SV: Absenkung der Ausgangsbasis der LBFW-Verhandlungen 2011 um ca. 120 Euro (4 %)
  - Im Anschluss kann entsprechend den Verhandlungsregeln verhandelt werden.
  - Die Grundlohnrate (maximale Steigerung des LBFW) wird auf den abgesenkten Wert berechnet.
- 
- Einfache Rechenformel: 1 Mrd. € Einsparung = LBFW - 2 %

Quelle: GKV Spitzenverband

# Strukturelle Vorschläge für die stationäre Versorgung



Quelle: GKV Spitzenverband

- Rückkehr zur Grundlohnanbindung = Veränderungsrate statt Orientierungswert
- Einzelverträge für planbare Krankenhausleistungen
- Innovationen im stationären Bereich auf Zentren konzentrieren
- Rechnungsprüfungen: Symmetrische Ausgestaltung
  - 300 Euro für Falschabrechner

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

