

Pressekonferenz

Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie für die stationäre Versorgung

Berlin, 16. Juni 2021

Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter Abteilung Krankenhäuser



Agenda



Spitzenverband

- 1 • Die Pandemie und die Krankenhausfinanzierung
- 2 • Krankenhauslandschaft im Umbruch
- 3 • Bedarfsgerechte Strukturierung: Bundesweite Vorgaben verbessern Versorgung
- 4 • Transparenz: ein Muss für bessere Versorgung
- 5 • Nachhaltige Bedarfsverschiebung
- 6 • Finanzierung folgt Strukturierung
- 7 • Pflege stärken
- 8 • Qualität
- 9 • GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung
- 10 • Fazit

1. Die Pandemie und die Krankenhausfinanzierung

Aktuelle Situation

- ▶ In der Krise wurde schnell und unbürokratisch gehandelt
- ▶ Durch die Pandemie-Maßnahmen sind für das Jahr 2020 ca. 11 Mrd. € zusätzlich in den Krankenhausbereich geflossen
- ▶ Stand 8. Juni 2021 (BAS): Die Zahlungen belaufen sich inzwischen auf 14,73 Mrd. €
- ▶ Die Ausgaben der GKV sind trotz der angeordneten Freihaltungen und des enormen Fallzahlrückgangs im Krankenhausbereich im Jahr 2020 um 1,2 Mrd. € gestiegen
- ▶ Die Finanzierung der stationären Versorgung war zu keinem Zeitpunkt gefährdet
- ▶ Die GKV hat ihren Teil zur Bewältigung der Krise geleistet (Finanzierung von persönlicher Schutzausrüstung, Testungen, Intensivbetten, ...)

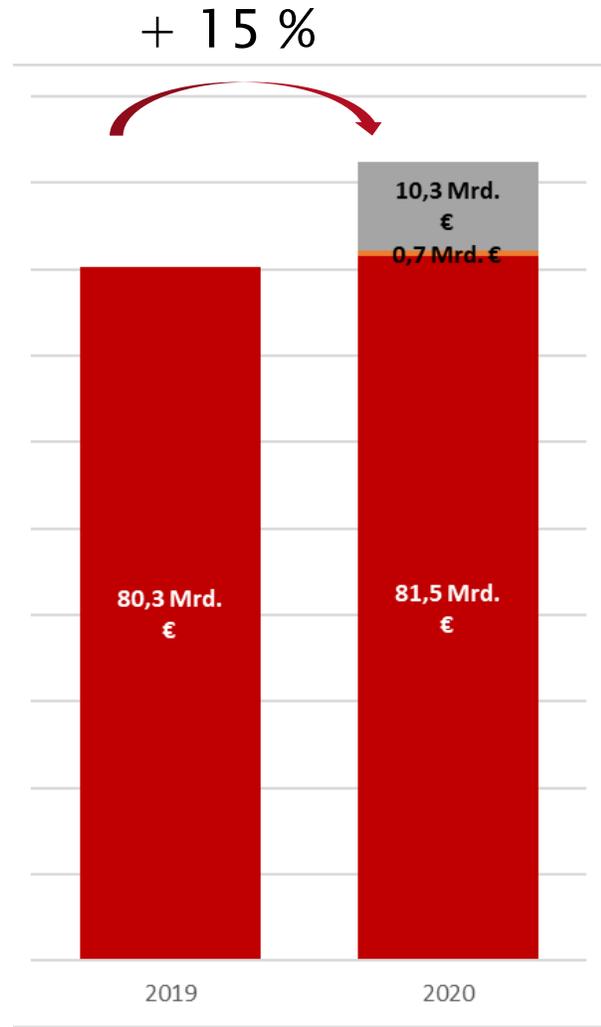
1. Erlöszuwachs trotz Fallzahlrückgang



Spitzenverband



Fallzahlen

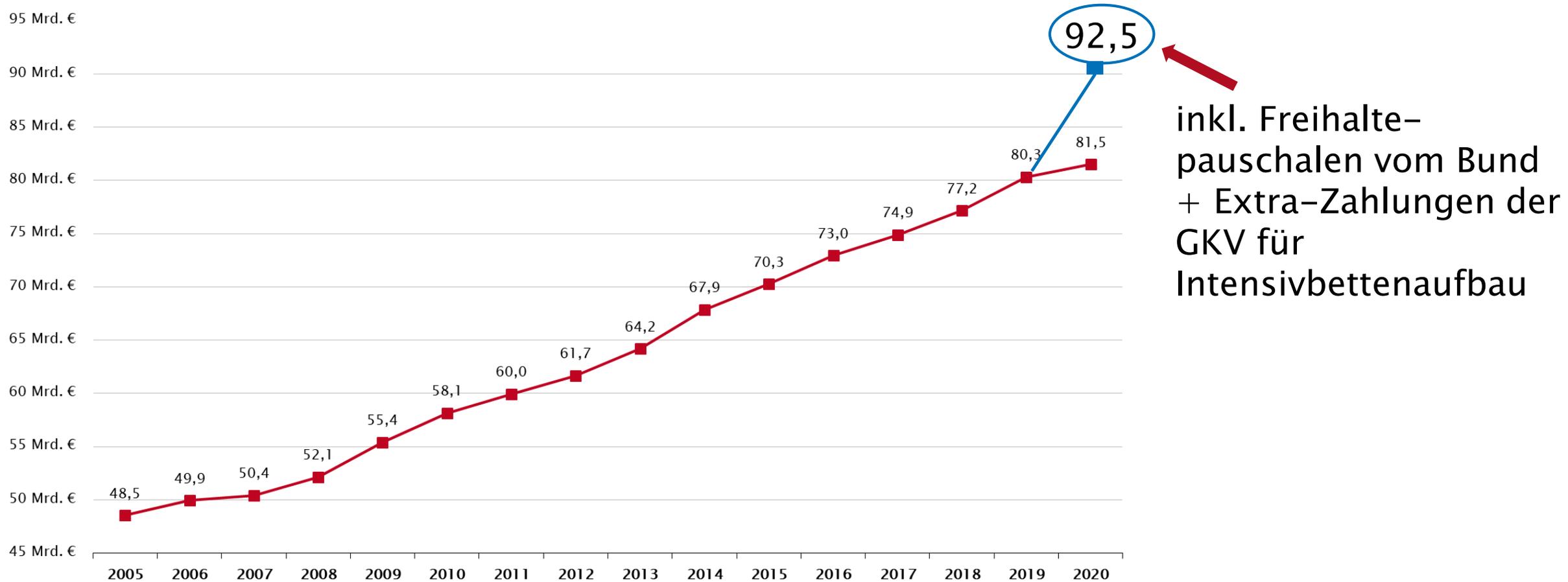


Erlöse

Bund im Jahr 2020:
+ 10,3 Mrd. €
Freihaltepauschalen
+ 0,7 Mrd. €
Intensivbettenaufbau

GKV-Ausgabenanstieg bereits
jetzt für 2020:
+ 1,2 Mrd. €
+ Corona-Ausgleiche 2020,
die noch hinzukommen
→ **trotz 13 % weniger Fälle!**

2020: „Das goldene Jahr“ der Krankenhausfinanzierung



inkl. Freihaltepauschalen vom Bund + Extra-Zahlungen der GKV für Intensivbettenaufbau

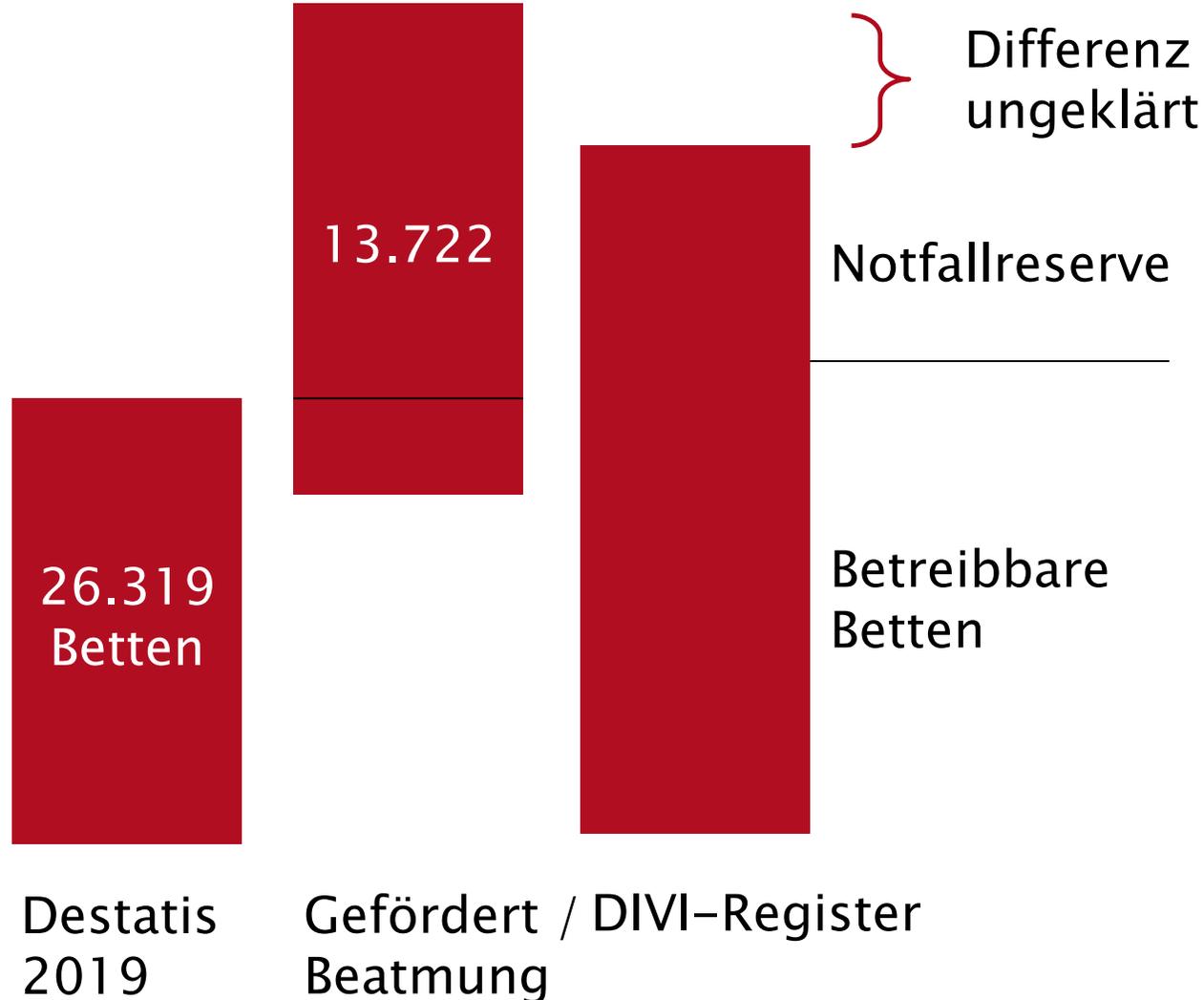
Quelle: Amtliche Statistik KJ1, KV 45 für 2020

1. Intensivbettenförderung

Anmerkungen des Bundesrechnungshofes (BRH)



Spitzenverband



Bericht des BRH vom 09.06.2021

- ▶ fehlende Definition „Intensivbett“; Ausgangsgröße nicht bestimmbar
- ▶ Kapazitätswachstum nicht ablesbar
- ▶ Ordnungsgemäße Mittelverwendung aktuell nicht sichergestellt
- ▶ Forderung: Länder müssen Belege zur Anschaffung von Zubehör und Umbaumaßnahmen der Krankenhäuser anfordern; ggf. Rückforderung

1. Die Pandemie und die Krankenhausfinanzierung

Erkenntnis + Lösung

- ▶ In Teilbereichen ist die Finanzierung über das Ziel hinausgeschossen
- ▶ Beiratsgutachten von Busse/Augurzky:
 - Überkompensation 2020 im DRG-Bereich: +3,7 % und im Psychiatrie-Bereich: +10,6 %
- ▶ Bundesrechnungshof:
 - *„Das derzeitige System der Ausgleichszahlungen hat unerwünschte Mitnahmeeffekte eröffnet.“*
 - *„Die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG ermöglichten vielen Krankenhäusern im vergangenen Jahr eine massive Überkompensation aus Steuermitteln.“*
- ▶ An manchen Stellen Fehlentwicklungen unter der Überschrift „Bürokratieabbau“:
 - Rechnungsprüfung von 17 % auf 5 % reduziert
 - Jetzt erforderlich: schnelle Rückkehr zur Normalität

2. Krankenhauslandschaft im Umbruch

Aktuelle Situation

Rettungsschirm für Krankenhäuser:

- ▶ Für die Jahre 2020 und 2021 gibt es eine weitgehende Erlössicherung im Krankenhausbereich
- ▶ Basis hierfür sind die Vor-Corona-Erlöse des Jahres 2019
- ▶ Die GKV sichert in den Jahren 2020/2021 größtenteils die Krankenhausstrukturen durch sogenannte Corona-Ausgleiche
- ▶ Diese Sicherung ist kurzfristig und in diesen Jahren des Umbruchs zunächst nachvollziehbar

Die Zusatz- und Überfinanzierung der Krankenhäuser in der Corona-Pandemie hat den bereits vorhandenen Reformbedarf überdeckt.

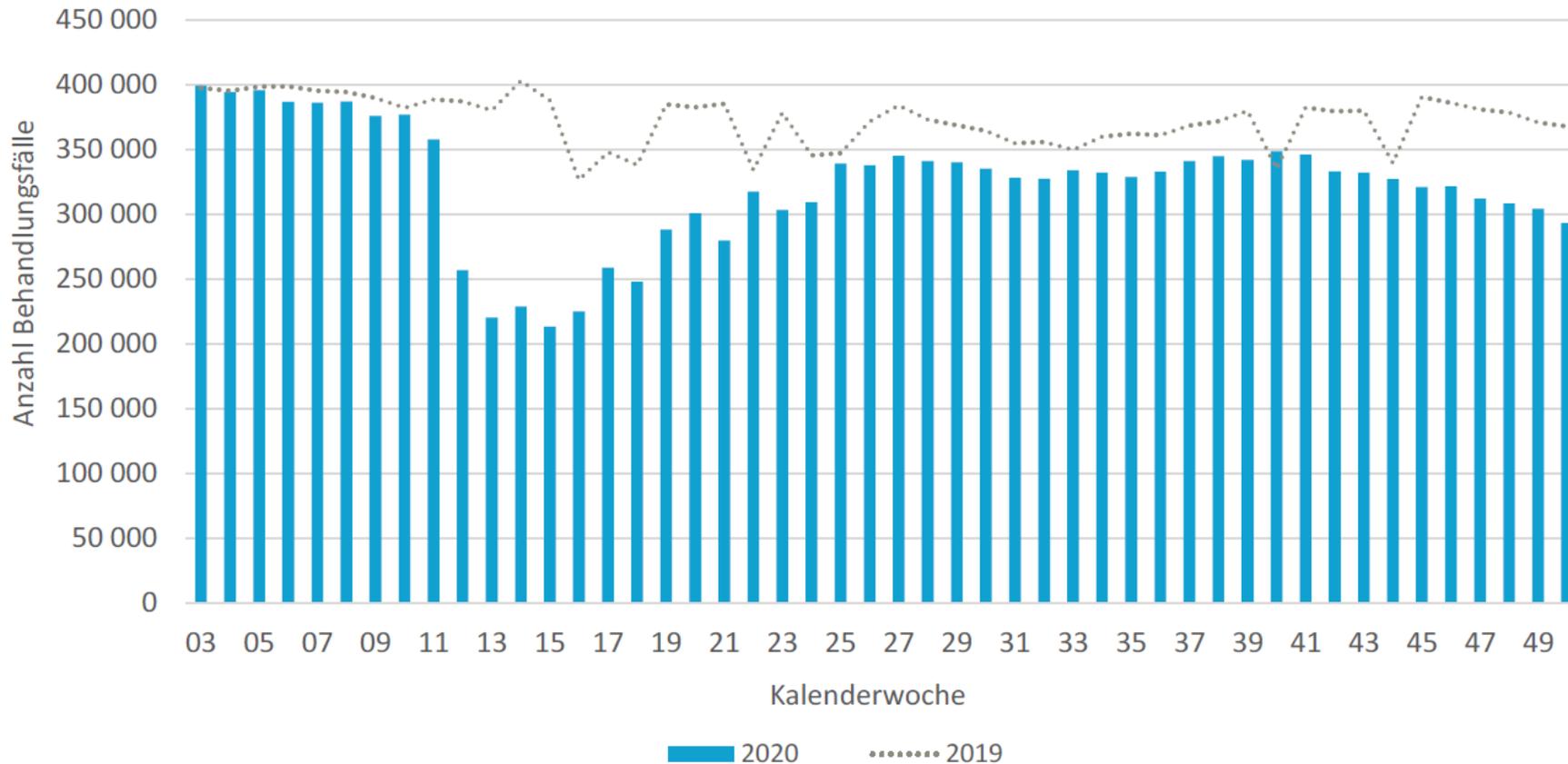
2. Leistungsentwicklung 2020 vs. 2019

Aktuelle Situation



Spitzenverband

Fallzahlen 2020 vs. 2019: -13 %, 1. Welle: -30 %, danach -10 %

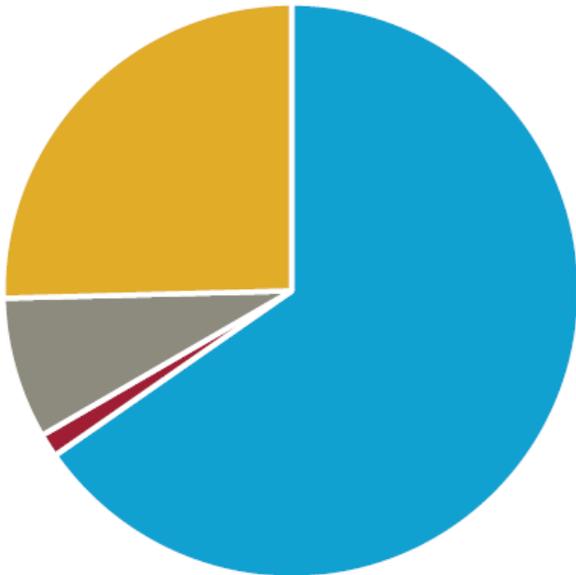


Quelle: Busse/Augurzky 2021
Expertenbeirat-Analysen

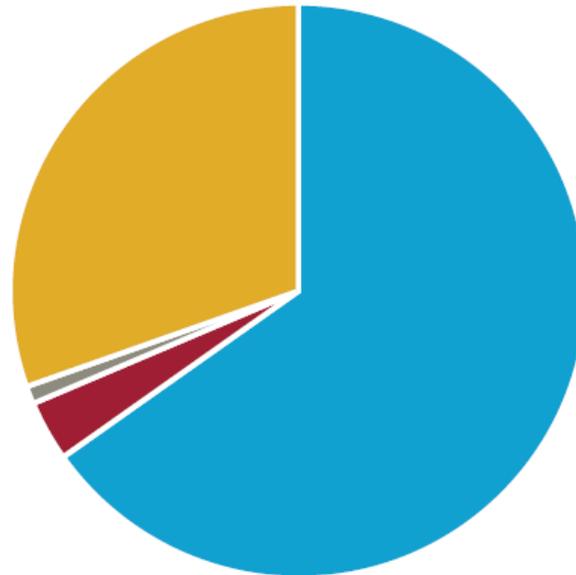
2. Bettenauslastung 2020 vs. 2019

Aktuelle Situation

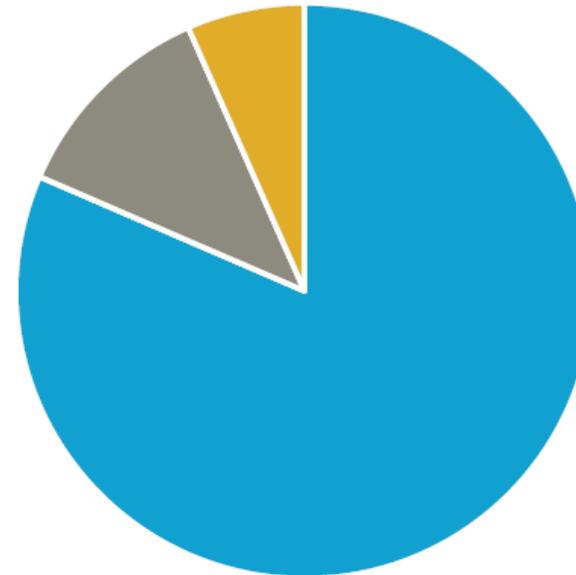
Bettenbelegung DRG-Häuser
2020



Bettenbelegung Intensiv in
DRG-Häusern 2020



Bettenbelegung psych. Häuser
2020



■ belegt (andere) ■ belegt (Covid) ■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Quelle: Busse/Augurzky 2021
Expertenbeirat-Analysen

2. Krankenhauslandschaft im Umbruch

Erkenntnis + Lösung

- ▶ Die aktuelle Freihaltefinanzierung muss eine Krisenmaßnahme bleiben; eine dauerhafte Leerstandsfinanzierung darf es nicht geben
- ▶ Die Krankenhauslandschaft muss an den Versorgungsbedarf der Bevölkerung angepasst werden

Aufgabe für die nächste Legislaturperiode: Die längst überfällige Reform kann mithilfe der Pandemie-Erkenntnisse die stationäre Versorgung verbessern und wirtschaftlich sichern.

3. Bedarfsgerechte Strukturierung: Bundesweite Vorgaben verbessern Versorgung

Aktuelle Situation

Freihaltepauschalen aus Bundesmitteln

- ▶ Ausgleichszahlungen vom Bund haben schnelle Reaktion der Krankenhäuser ermöglicht, das Krankenhaus-Management blieb handlungsfähig
- ▶ Zunächst für alle Krankenhäuser in gleicher Höhe als Sofortmaßnahme



* Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung, Stand: 1. Juni 2021

3. Gezieltere Freihaltepauschalen in der 2. Welle



- ▶ Gelder werden in der 2. Welle auf Basis der Inzidenzen und freien Intensivkapazitäten vergeben
- ▶ Gezieltere Zuteilung der Mittel um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -patienten sicherzustellen
- ▶ Behandlung nur in Krankenhäusern mit Notfallstufen oder Berücksichtigung von Spezialversorgern

Quelle: eigene Darstellung, Krankenhausstandorte mit erweiterter und umfassender Notfallstufe

3. Bedarfsgerechte Strukturierung: Bundesweite Vorgaben verbessern Versorgung

Erkenntnis + Lösung

- ▶ Die Notfallstufen-Regelung des G-BA führte bundesweit zur zielgenaueren Verteilung der Finanzmittel
- ▶ Dadurch wurden geeignete Krankenhäuser schnell identifiziert
- ▶ Das Versorgungsgeschehen konnte gezielt organisiert werden
- ▶ Die Voraussetzung für gute Versorgung sind bundeseinheitliche Kriterien (G-BA) zur konzentrierten Versorgung und strukturierten Vorhaltung
- ▶ Problem: sehr umfassende Ausnahmeregelungen zur Ausweitung der Bestimmungen durch die Ländern

Bundesweit einheitliche G-BA-Vorgaben mit Blick auf die Qualität der Versorgung haben die Patientenversorgung verbessert – mehr davon!

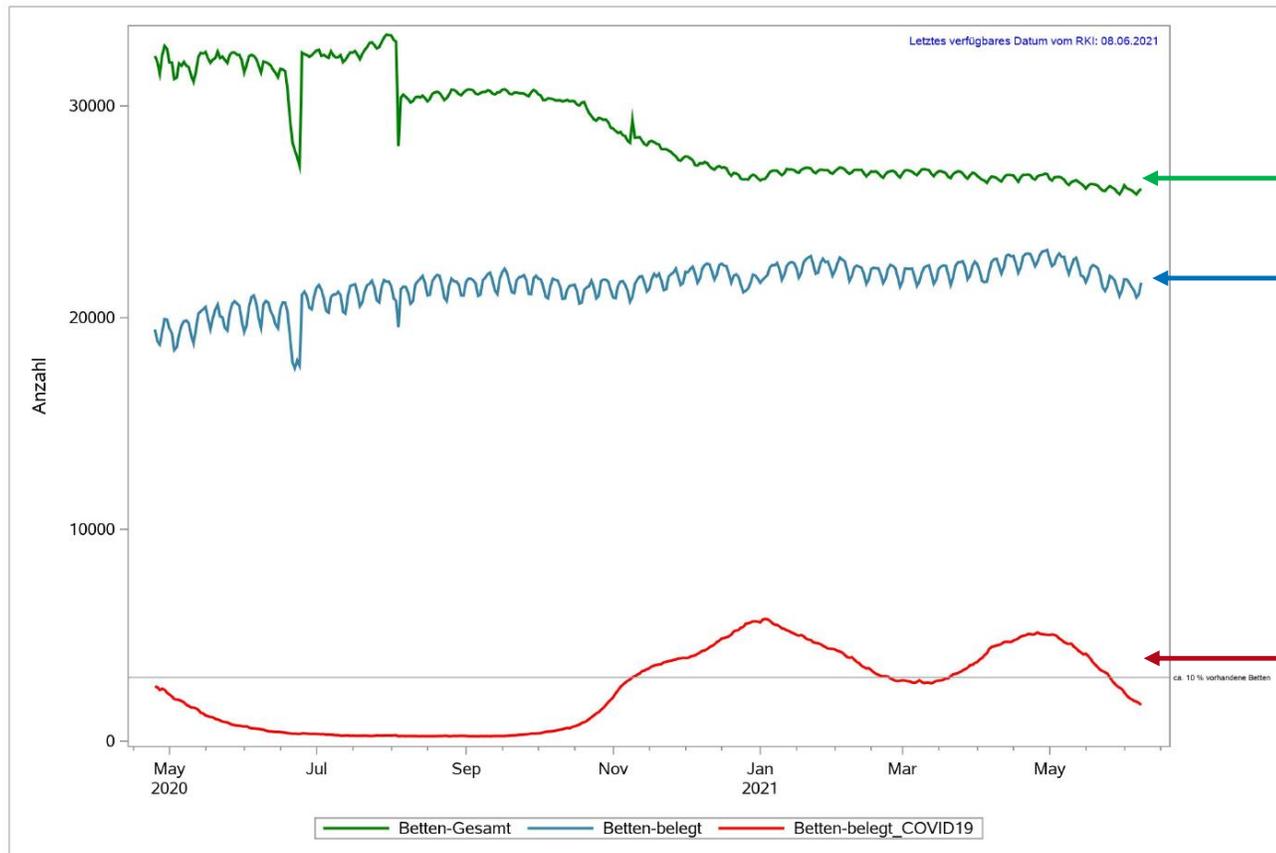
4. Transparenz: ein Muss für bessere Versorgung

Aktuelle Situation

- ▶ **Vor Corona:** Keine Informationen, in welchen Regionen und in welchen Krankenhäusern Versorgungsengpässe und Qualitätsmängel bestehen, bzw. welches Versorgungsniveau garantiert werden kann
- ▶ Erschwert Planungsprozesse und Patientensteuerung
- ▶ Informationsdefizit führt zu Fehlversorgung (vgl. Intensivbettenförderung)

4. Covid-19-Fallzahlen und Intensivbetten

DIVI-Intensivregister



vorhandene Intensivbetten

belegte Intensivbetten

davon Covid-19-Fälle

Quelle: eigene Grafik auf Basis der Daten des DIVI-Intensivregisters, Daten aus den DIVI-Tagesreporten, ohne Notfallreserve

4. Transparenz: ein Muss für bessere Versorgung

Erkenntnis + Lösung



Spitzenverband

- ▶ DIVI-Register ermittelt die Anzahl freier Intensivkapazitäten und zeigt, dass bundesweite Transparenz einfach und schnell erzielt werden kann
- ▶ Eine zügige Ausweitung auf alle Krankenhausbereiche ist notwendig und machbar, eine aktuelle Übersicht zum Leistungsgeschehen ist überfällig
- ▶ Transparenz ist die Voraussetzung für eine Gestaltung der Krankenhauslandschaft und führt zur besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten – mehr davon!

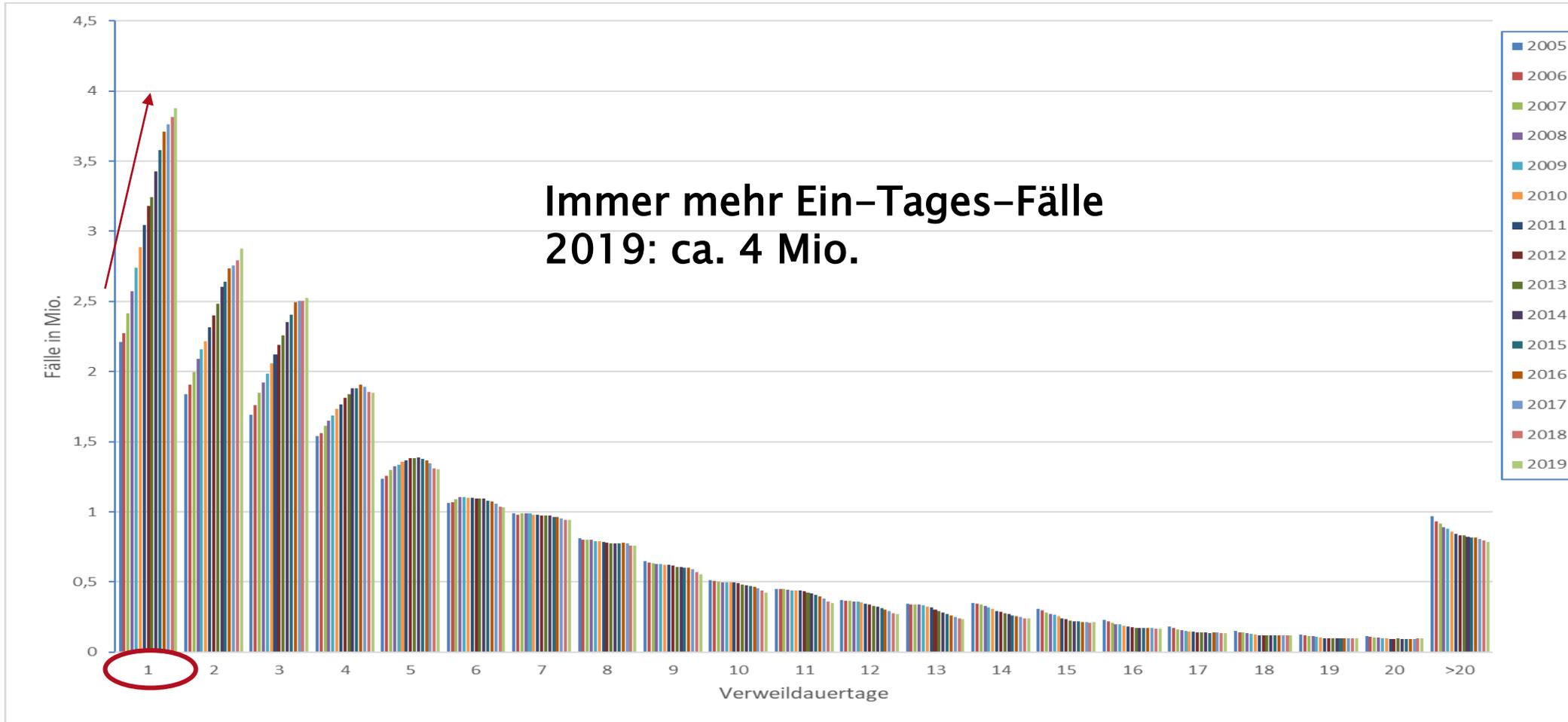
5. Nachhaltige Bedarfsverschiebung

Aktuelle Situation



Spitzenverband

Ambulantisierungspotenzial



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

5. Nachhaltige Bedarfsverschiebung

Erkenntnis + Lösung

- ▶ Was früher mehrtägige Behandlungen im Krankenhaus erforderte, kann heute häufig ambulant behandelt werden
- ▶ Problem: Viele dieser eigentlich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte behandelbaren Fälle werden immer noch als „Ein-Tages-Fälle“ ins Krankenhaus eingewiesen.
Folge: Unnötige Krankenhausaufenthalte, unnötige Belastung von Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten. Belastung der Beitragszahlenden.
- ▶ In der Corona-Pandemie sind die „Ein-Tages-Fälle“ um 28 Prozent zurückgegangen (Busse/Augurzky 2021).
Folge: Weniger unnötige Krankenhausaufenthalte, Entlastung des Krankenhauspersonals, Entlastung der Beitragszahlenden.

5. Nachhaltige Bedarfsverschiebung

Konsequente Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten

- ▶ Richtige Ansätze:
 - Auftrag zur Ausweitung des Ambulanten-OP-Leistungskatalogs (MDK-Reformgesetz – 01.01.2020)
 - Entwicklung eines Ersteinschätzungsinstruments für ambulante Notfallversorgung
- ▶ Doppelte Abrechnungsmöglichkeiten durch einheitliche Vergütung beheben!
- ▶ Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene, Anreize für die ambulante Erbringung setzen.

6. Finanzierung folgt Strukturierung

Aktuelle Situation

Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung:

- ▶ Das System der Fallpauschalen hat sich bewährt, die weitgehende Leistungsorientierung des Vergütungssystems ist im Grundsatz richtig. Knappe Ressourcen sollten weitgehend leistungsgerecht verteilt werden
- ▶ Problem: Verlust der Vorhaltekomponente durch Rückgang der Landesinvestitionen
- ▶ Bereits jetzt explizite Berücksichtigung von Vorhaltekomponenten:
 - Sicherung ländlicher Versorgung durch bedarfsnotwendige Zuschläge, z. B. für Basisversorgung, Kinderkliniken und Geburtshilfe
 - Förderung von Zentren, um besonders schwere Erkrankungen wie z. B. Krebs optimal behandeln zu können
 - Zuschläge für selten genutzte, bedarfsnotwendige Notaufnahmen, damit sie auch für seltene Notfälle gerüstet sein können

6. Beispiel: 140 Landkrankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen



- ▶ Sicherstellungszuschläge zur Gewährleistung notwendiger Strukturen (bedarfsnotwendiger Kliniken im ländlichen Raum)
- ▶ Sie erfüllen den Zweck einer strukturellen Vorhaltefinanzierung, etwa bei einem geringen Versorgungsbedarf
- ▶ Siehe auch: www.gkv-kliniksimulator.de

6. Finanzierung folgt Strukturierung

- ▶ Stärkere Berücksichtigung von gezielt definierten, erhaltenswerten Vorhaltekosten durch ergänzende Vergütungskomponenten notwendig
- ▶ Ein einfaches Landkrankenhaus erfüllt andere Aufgaben als ein universitärer Maximalversorger
- ▶ Definition vorzuhaltender Bereiche und möglicher Finanzierungsmechanismen anhand bundeseinheitlicher Vorgaben
- ▶ Achtung: Vorhaltefinanzierung ist nicht trivial und funktioniert nur durch neue Instrumente mit Bevölkerungsbezug!

6. Finanzierung folgt Strukturierung



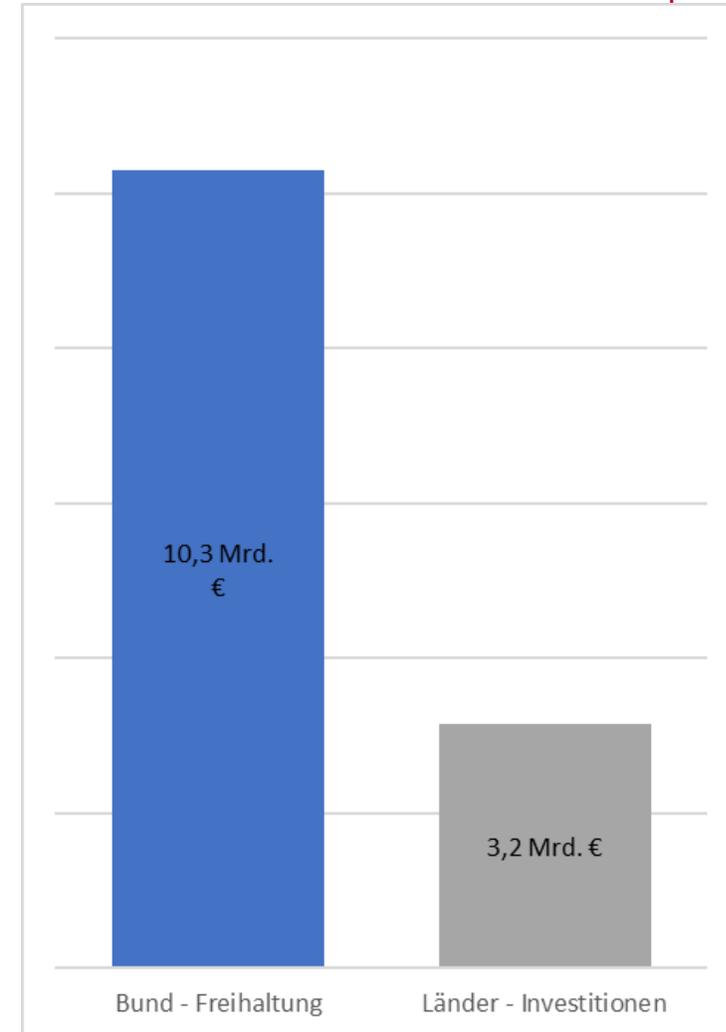
Spitzenverband

Der Bund steigt ein!

1. Das finanzielle Engagement des Bundes ist im Jahr 2020 deutlich stärker als das der Länder
2. Der Bund setzt bundesweit gültige Regeln durch (Inzidenz, Notfallstufen)
3. Der Finanzminister kontrolliert (vgl. Formulierung zur Verordnungsermächtigung § 23 KHG):

„Das BMG kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem BMF ohne Zustimmung des Bundesrates ...“

4. Ist das der Einstieg in eine dauerhafte Krankenhausfinanzierung durch den Bund?



6. Finanzierung folgt Strukturierung

Erkenntnis + Lösung

- ▶ Bundesgelder in 2022 nicht auf Null reduzierbar
- ▶ Das finanzielle Engagement des Bundes – gepaart mit bundesweiten Vorgaben – könnte möglicherweise die klassische Regulierung der Krankenhausversorgung fundamental ändern
- ▶ Stärkere einheitliche Strukturierung der Krankenhauslandschaft unter Nutzung des finanziellen Engagements des Bundes
- ▶ Das Instrument der Vorhaltefinanzierung darf nicht dafür missbraucht werden, falsche Versorgungsstrukturen zu konservieren und den notwendigen Strukturwandel zu behindern

Eine gezielte, am Versorgungsbedarf orientierte Vorhaltefinanzierung kann und soll ihren Beitrag leisten – mehr davon!

7. Pflege stärken

Aktuelle Situation



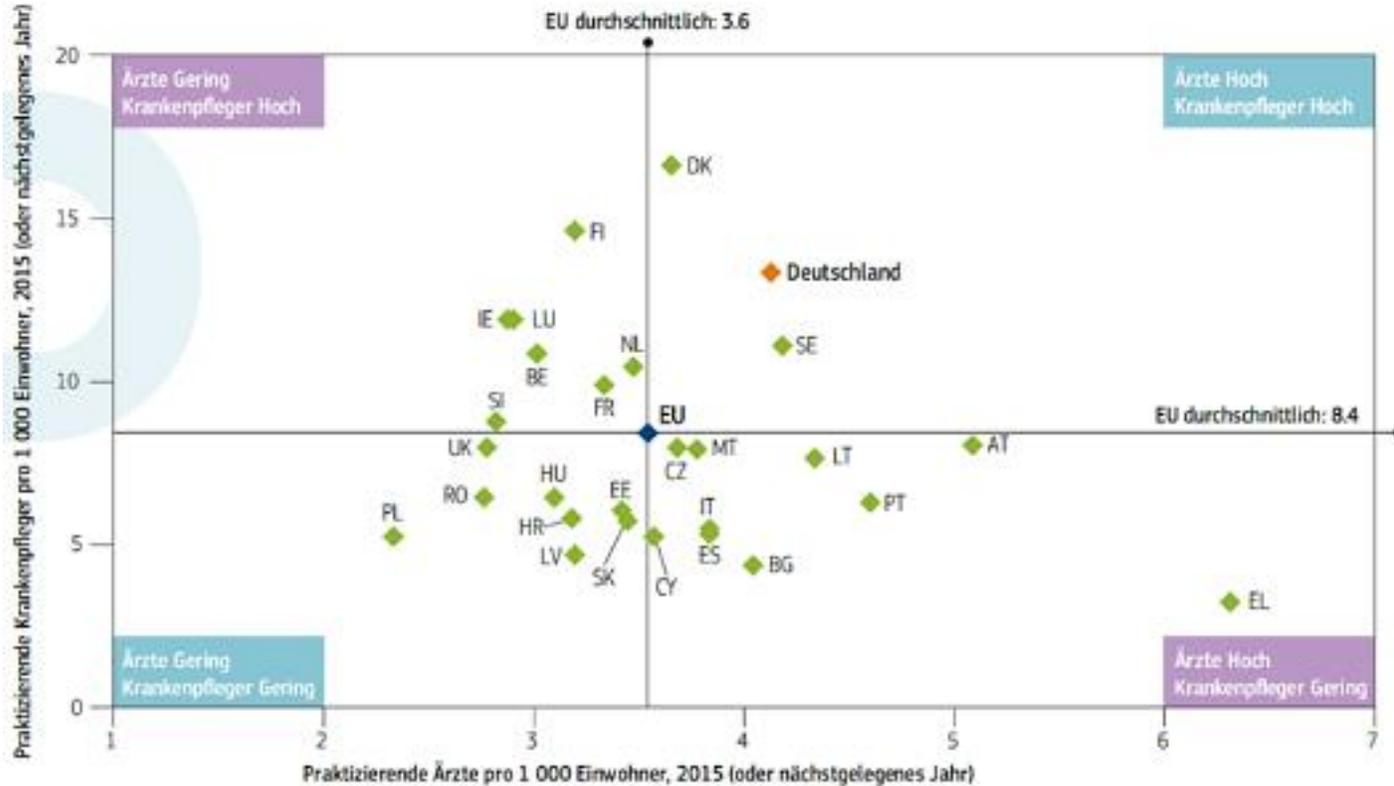
Spitzenverband

- ▶ Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die Pflege in den Krankenhäusern zu 100 %. Leistungsorientiert wurden 16 Mrd. € (20 % der DRGs) bereits für Pflege gezahlt
- ▶ Problem: Das Geld wurde durch die Krankenhäuser nicht für die Pflege, sondern für pflegefremde Leistungen wie Instandhaltung o. ä. ausgegeben. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen im Jahr 2020 war ein politischer Schnellschuss mit unabsehbarer Wirkung
- ▶ Das Pflegebudget hat massive Fehlanreize: Verlagerungseffekte; Delegation nicht pflegerischer Leistungen. Mit anderen Worten: Finanziell lohnt es sich jetzt für ein Krankenhaus, eine Pflegefachkraft zum Putzen einzusetzen. Das passiert tatsächlich
- ▶ Zudem geht die adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen komplett verloren

7. Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzte in Deutschland



Spitzenverband



Deutschland hat eine hohe Arzt/Pflegekraft-Dichte.

Für den internationalen Vergleich wurde hier die Alten- und Krankenhauspflege zusammengeführt.

Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Quelle: State of Health in the EU, Deutschland Länderprofil Gesundheit 2017, Abbildung 7

7. Pflege stärken

Erkenntnis + Lösung



Spitzenverband

- ▶ Nicht nur die Kosten für Pflegekräfte, sondern auch die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen und deren Qualität sollten wieder im Finanzierungssystem berücksichtigt werden
- ▶ Mutige, konsequente Pflegepersonaluntergrenzen und der Pflegepersonalquotient hätten die Ausgliederung verhindern können
- ▶ Drei Maßnahmen führen zur Verbesserung:
 - Gute Pflege durch eine moderne Pflegepersonalbedarfsermittlung basierend auf einer bürokratiearmen, digitalen Pflegedokumentation
 - Sichere Pflege durch Pflegepersonaluntergrenzen, die ein Mindestversorgungsniveau garantieren
 - Mehr Pflege am Bett durch Fallzahlreduktion, die das Ambulantisierungspotenzial nutzt

Gute Pflege am Krankenbett – mehr davon!

7. Moderne Pflegepersonalbedarfsermittlung notwendig

- ▶ Es braucht eine moderne Pflegepersonalbedarfsermittlung, basierend auf einer bürokratiearmen, digitalen Pflegedokumentation
- ▶ Der individuelle Pflegebedarf muss berücksichtigt werden. Dazu hat das GVWG einen klaren Auftrag mit Frist 2024 formuliert. Der richtige Weg ist eingeschlagen
- ▶ Bis dahin gilt eine Interimslösung:
 - Zusätzliche Pflegekräfte werden via Pflegebudget in vollem Umfang finanziert
 - Pflegepersonaluntergrenzen schützen Patienten und auch Pflegekräfte
- ▶ DKG, ver.di und Pflegerat wollen andere Interimslösung: Die 30 Jahre alte Pflegepersonalbemessungsrichtlinie soll als PPR 2.0 wiederbelebt werden. Das hilft weder Patientinnen und Patienten noch Pflegekräften
 - Diese veraltete Regelung berücksichtigt nicht alle Stationen, regelt nicht den Nachtdienst und ist eine Lösung aus der vordigitalen Zeit

8. Qualität durch Mindestmengen

Mindestmengen konsequenter umsetzen



Spitzenverband

- ▶ „Übung macht den Meister“ ist ein Universalgesetz, das auch in Krankenhäusern Gültigkeit hat
- ▶ Mindestmengen sind ein sinnvolles Instrument, um Patientinnen und Patienten vor Gelegenheitschirurgie zu schützen
- ▶ Werden Mindestmengen nicht beachtet, kann es zu vermeidbaren Todesfällen kommen
- ▶ Bisher gibt es Mindestmengen für Lebertransplantation, Nierentransplantation, Speiseröhren-OPs, Bauchspeicheldrüsen-OPs, Stammzellentransplantation, Knie-Endoprothesen und Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit geringem Geburtsgewicht
- ▶ Wichtig ist, dass Mindestmengen flächendeckend umgesetzt werden
- ▶ Der GKV-Spitzenverband setzt sich im G-BA für weitere Mindestmengen ein, so z. B. bei Brustkrebs bei Frauen und Prostata-Operationen

8. Qualität

Strukturierung durch Qualitätsanforderungen



Spitzenverband

- ▶ Die Behandlungsqualität lässt sich nur verbessern, wenn nicht jedes Krankenhaus jede Leistung erbringt. Die Versorgungslandschaft muss durch bundeseinheitliche Anforderungen strukturiert werden
- ▶ Beispiele für solche Strukturierung sind
 - Notfallstufen
 - Stroke-Units
 - Geriatrien
- ▶ Für Intensivbetten fehlen noch klare Definitionen
- ▶ Ein Einhaltung der Strukturanforderungen schützt Patientinnen und Patienten und darf deshalb nicht mit zweifelhaften Bürokratieargumenten in die ferne Zukunft geschoben werden
- ▶ Der Status quo zeigt: Durch Landesplanung kommt es nicht zu einer strukturierten Versorgungslandschaft

9. GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung



GKV
Spitzenverband

**GKV-Positionen zur
Krankenhausversorgung aus den
Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020**

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 2. Dezember 2020

Strukturierung der Krankenhauslandschaft: Corona verstärkt den Handlungsdruck

1. Aus der Corona-Pandemie lernen
2. Potenziale der Digitalisierung heben

Krankenhausstruktur

3. Krankenhausstrukturen zukunftsweisend gestalten
4. Versorgung auf dem Lande sichern
5. Vergütungssystem weiterentwickeln

Qualitätssicherung

6. Pflegesituation verbessern
7. Mindestanforderungen der Qualitätssicherung konsequent umsetzen

Krankenhausausgaben

8. GKV-Ausgaben klar abgrenzen
9. Korrektes Abrechnen durchsetzen

Ambulante Krankenhausleistungen

10. Ambulantes Potenzial nutzen
11. Ambulante Psychiatrie bedarfsgerechter gestalten
12. Notfallversorgung umfassend reformieren

Fazit



Spitzenverband

2020: Gesteigerte Erlöse trotz rückläufiger Krankenhausleistungen

Auch in der Pandemie zeigte sich eine mangelnde Strukturierung und eine mangelnde Transparenz der stationären Versorgung

Starkes Ambulantisierungspotenzial erkennbar

Gute Pflege braucht klare Personalvorgaben. Wir wollen eine moderne Pflegebedarfsermittlung. Fallzahlreduktion trägt auch zur Lösung der Pflegeproblematik bei

Leistungsorientierte Fallpauschalen sind im Grundsatz richtig.
Weitere Finanzierungskomponenten insbesondere für Vorhaltung notwendig;
Gewährleistung notwendiger Strukturen im ländlichen Raum

Qualitätssteigerung kann nur durch eine stärkere Strukturierung nach bundeseinheitlichen Vorgaben erreicht werden

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de