



Neuordnung der Krankenhaus- planung nach dem KHSG: *Was ist noch zu tun?*

Prof. Dr. rer. pol.
Andreas Beivers

vdek Ersatzkassenforum
Mainz, den 2. Februar 2017



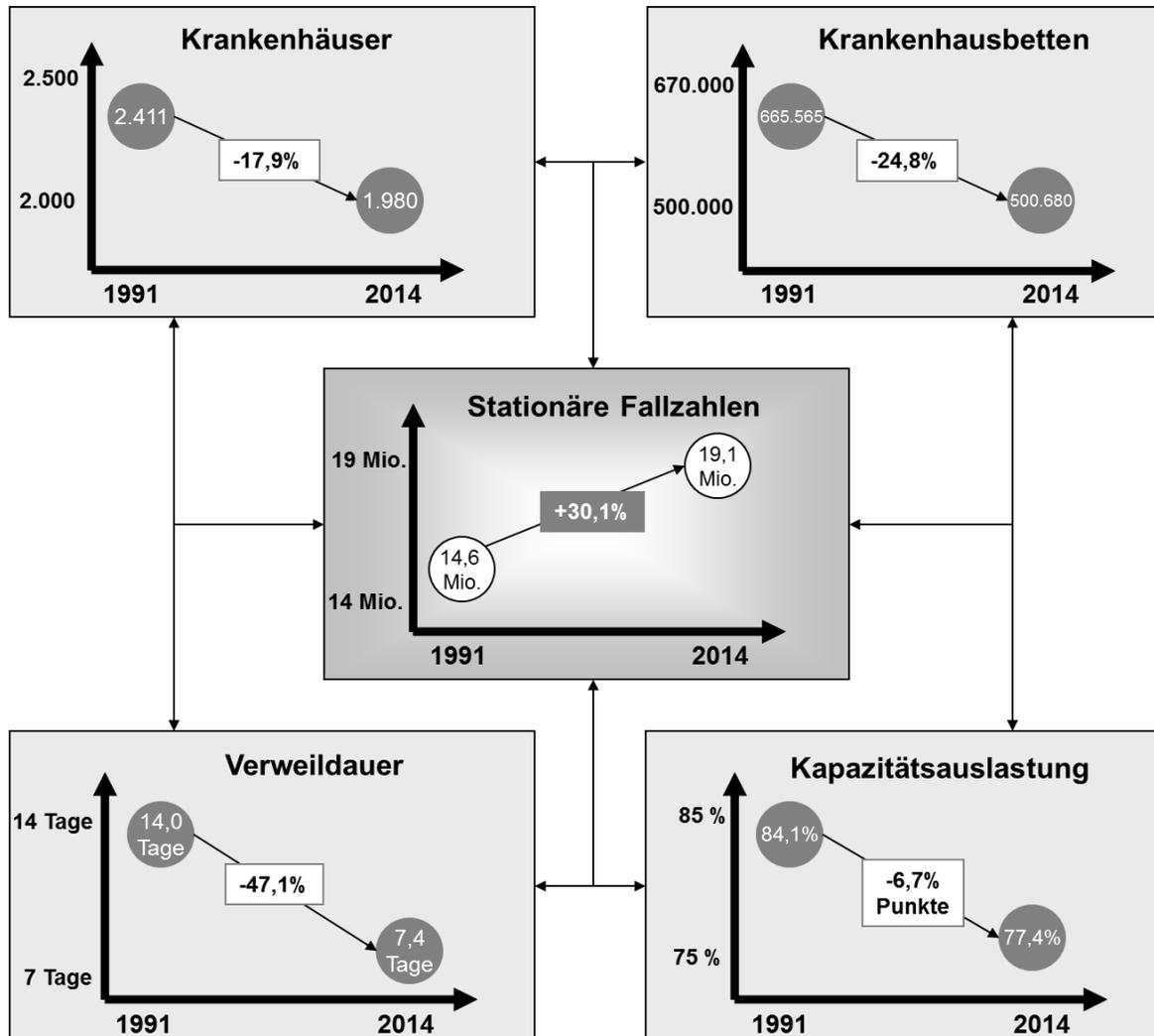
„Wer a sagt, der muss nicht b sagen. Er kann auch erkennen, dass a falsch war“

Bertolt Brecht (1898-1956), dt. Dramatiker u. Dichter

AGENDA

- **Ausgangslage: Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft?**
- **Oberthemen des KHSG**
- **Offene und strittige Punkte**
- **Ideen für eine Krankenhausplanung 2.0**
- **Ausblick**

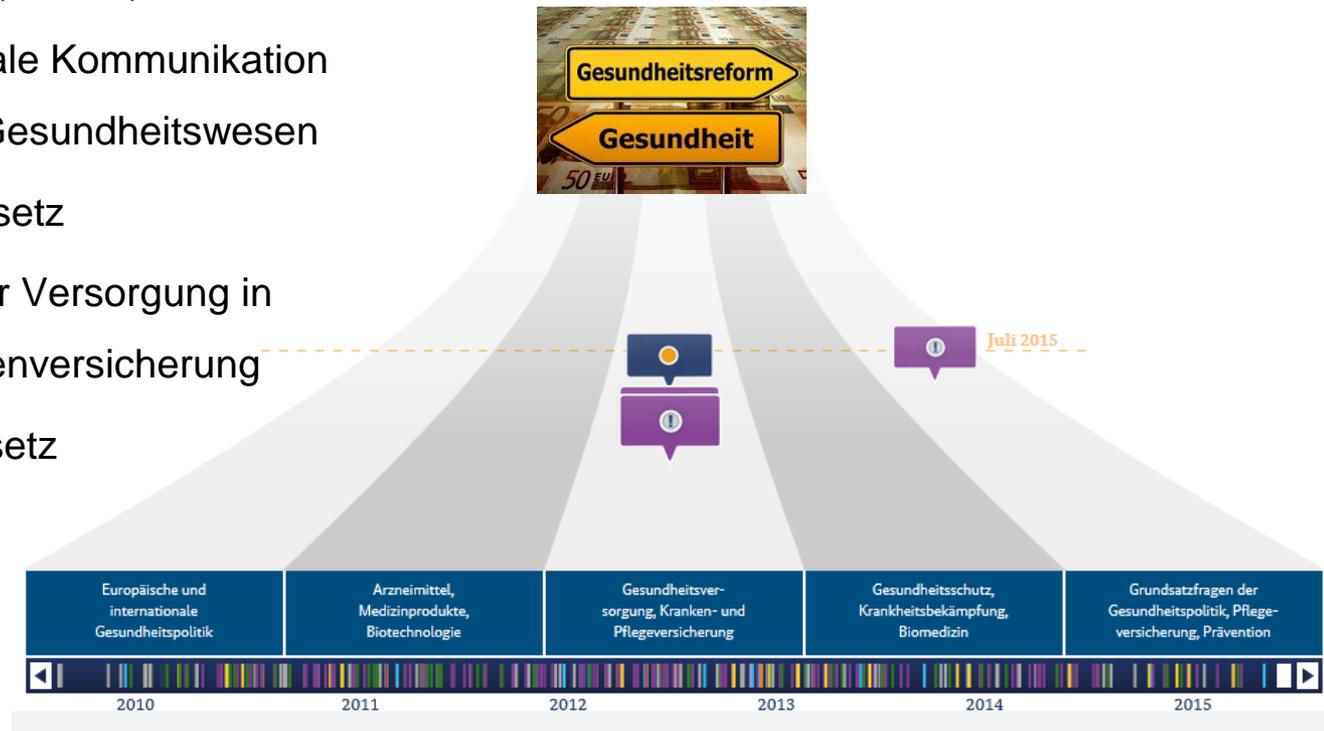
Ein Makroblick in die Vergangenheit: Was haben DRGs gebracht?



Datenquelle: Detstais (2016); eigene Darstellung

Der Reformmarathon der großen Koalition (Auszug)

- GKV-Finanzstruktur- & Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
- Reform des Vergaberechtes
- Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
- Pflegestärkungsgesetz (I und II)
- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen
- Krankenhausstrukturgesetz
- Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Hospiz- und Palliativgesetz
- Präventionsgesetz



Quelle: BMG (2016)

Ein kurzer Blick auf das Krankenhausstrukturgesetz

Zentrale Punkte des KHSG

- Qualität, Qualität, Qualität (635 mal als Wort im Gesetzesentwurf)
- Preisfindung (Bundesbasisfallwertkorridor)
- Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag)
- Erreichbarkeit und Sicherstellungszuschläge
- Neujustierung der Notfallversorgung
- Ausweitung der MDK-Aufgaben (Qualität)
- Strukturfonds
- Selektive (Qualitäts-)Verträge
- Zentrumszuschläge
- Personalstellenförderprogramm etc.

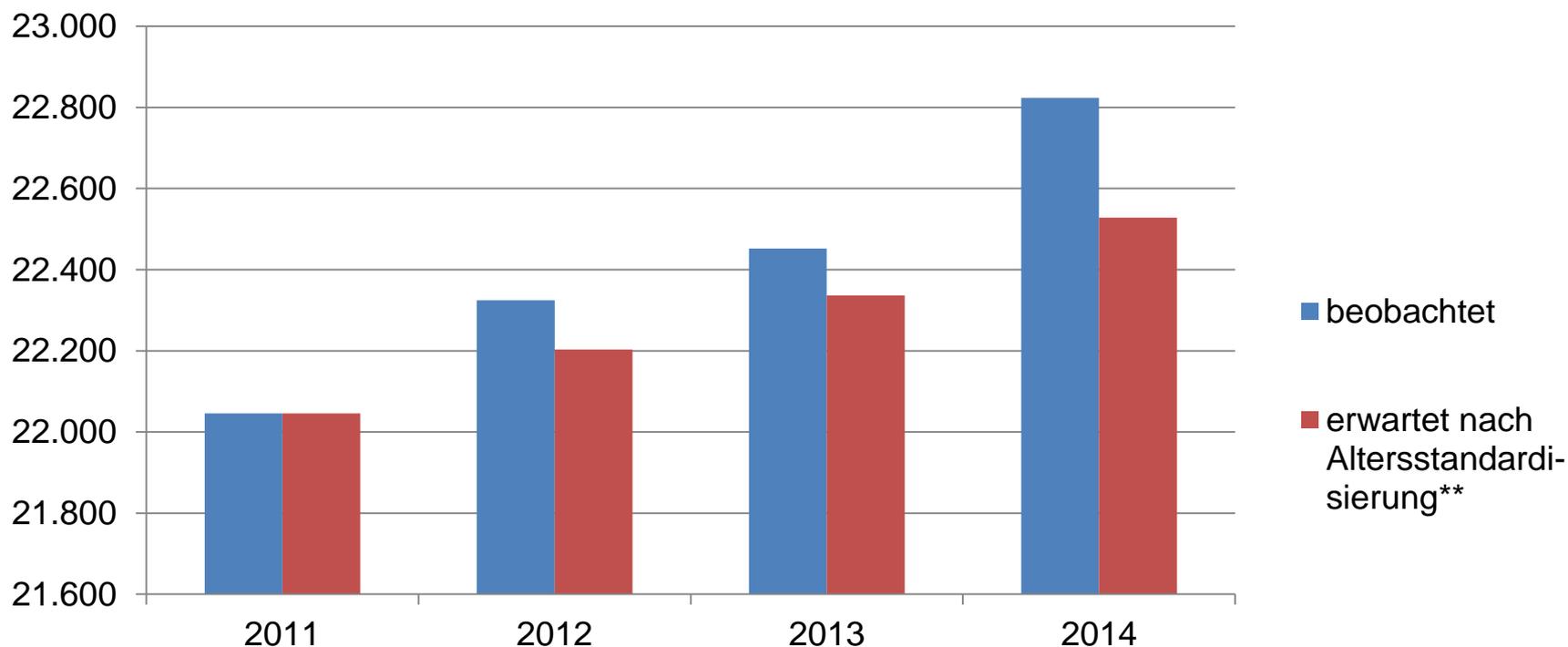
Ungelöste Hausaufgaben

- 1 Mengendynamik vs. subjektiver und objektiver Bedarfsgerechtigkeit
- 2 Qualität, P4P...: Aber wo bleibt die Indikationsqualität?
- 3 Sektorenübergreifende Anreize: Hybrid- oder Teilstationäre DRGs?
- 4 Vergütung der (ambulanten) Notfallversorgung
- 5 Der Evergreen: Investitionsstau
- 6 Sicherstellungszuschläge über die Sektorengrenzen hinweg

Differenzierte Fallzahlentwicklung von DRGs ab 2005 im Bundesgebiet

Für alle DRGs; Einwohnerzahlen auf Basis der Fortschreibung der Volkszählung 1987 (West) bzw. 1990 (Ost)

Fallzahl je 100.000 Einwohner*

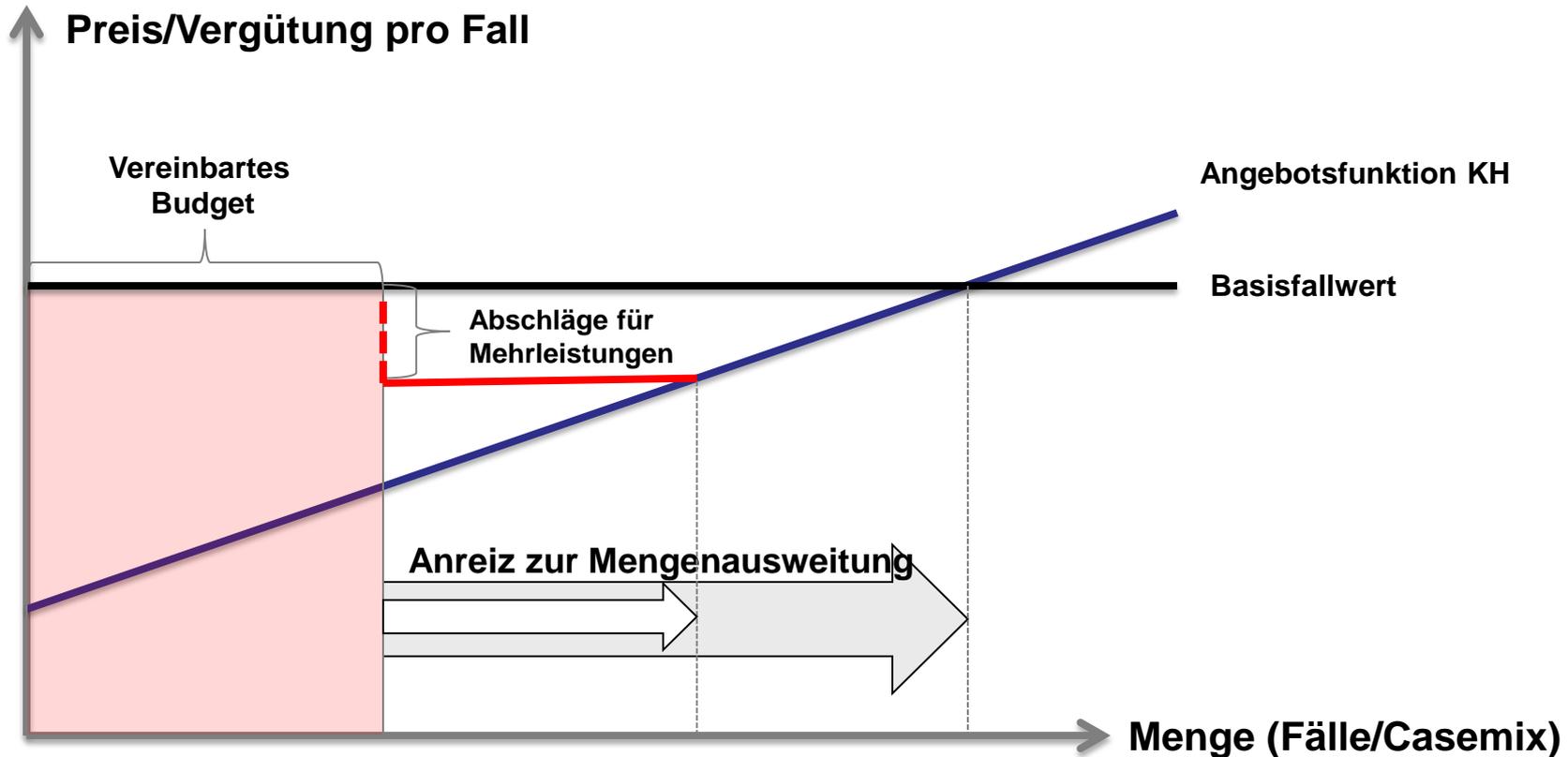


* Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

** indirekte Altersstandardisierung auf die Bundesbevölkerung im ersten Datenjahr

Die klassische Angebotsfunktion stimmt auch im KH?

CAVE: DRGs sind keine PREISE, sondern (bundeseinheitliche)Vergütungen



Annahme:

Je höher der Preis, desto höher der Anreiz, Mehrmengen zu erbringen

2

Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit kann zu Unter-, Über- und Fehlversorgung führen

Ziel muss sein, dies durch eine neue Krankenhausplanung/-finanzierung zu erfassen

Qualitative Fehlversorgung

Zulassung nur bei Erfüllung struktureller Qualitätsanforderungen

Bei dauerhafter Nichterreichung der Mindestvorgaben:

Ausschluss der betroffenen Leistungssegmente

Unterversorgung

Bei absehbarer Leistungsreduktion: **Überprüfung der Erreichbarkeitsvorgaben** mit Geo-Informationssystemen

Bei **Gefahr der Schließung** erreichbarkeitsrelevanter Krankenhäuser:

1. Prüfung **alternativer** wirtschaftlich tragbarer (z.B. sektorenübergreifender) Versorgungsformen
2. Bei Nichtvorhandensein von Alternativen: **Sicherstellungszuschlag** oder Rekrutierung anderer Anbieter

Übersversorgung

Bei **geplanter Angebotsausweitung** eines Krankenhauses: **Überprüfung** der regionalen Fallzahlen im Leistungssegment

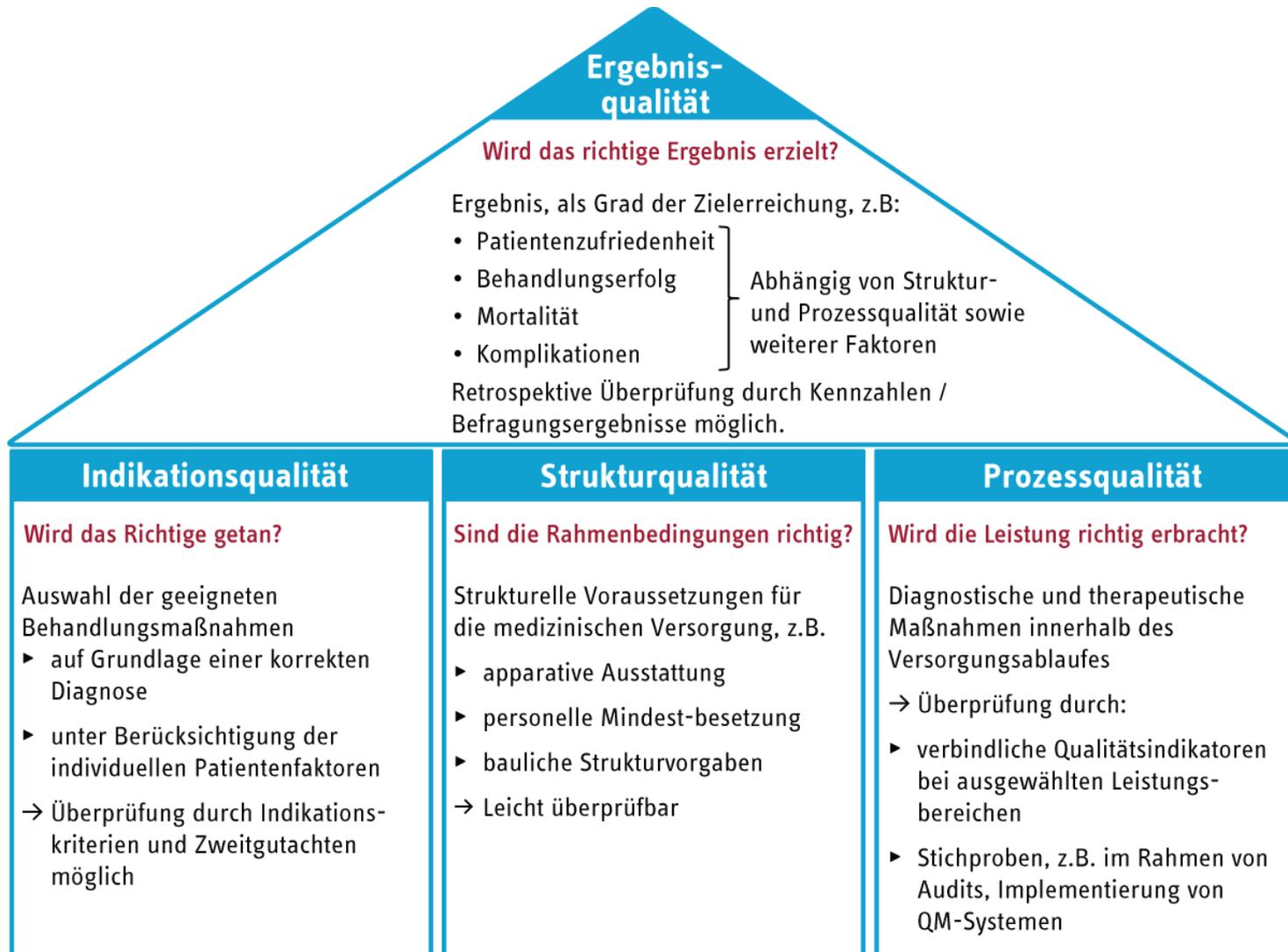
Abgleich der Fallzahlen mit (regionalisiertem) Richtwert, bestimmt durch lokale Bedarfsvariablen

Bei **festgestellter Übersversorgung**

- ▶ Angebotsausweitung wird untersagt
- ▶ Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in übersversorgten Regionen

Dimensionen der Qualität

Welche eignen sich zur Planung? Ist Qualität bundesländerspezifisch?



Notfallversorgung neu ausrichten Außerdem einheitliche Definition des Notfalls



Vorgaben an die Strukturqualität:

- a** Verbindliche **Strukturanforderungen** für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung
- b** **Zuständigkeiten** ambulant, stationär und Rettungsdienst regeln, dabei Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdiensts
- c** Finanzierung der Vorhaltekosten **gegebenenfalls durch Sicherstellungszuschläge**

Vorgaben an die Prozessqualität:

- d** **Symptombasierte Kriterien** für die individuelle Notfallbehandlung des Patienten

Abgrenzung des Notfalls im DRG-System:

- e** Notfallleistungen mit **Zusatzkennzeichnung in der DRG-Kodierung** zur Ermittlung kostendeckender Vergütungssätze

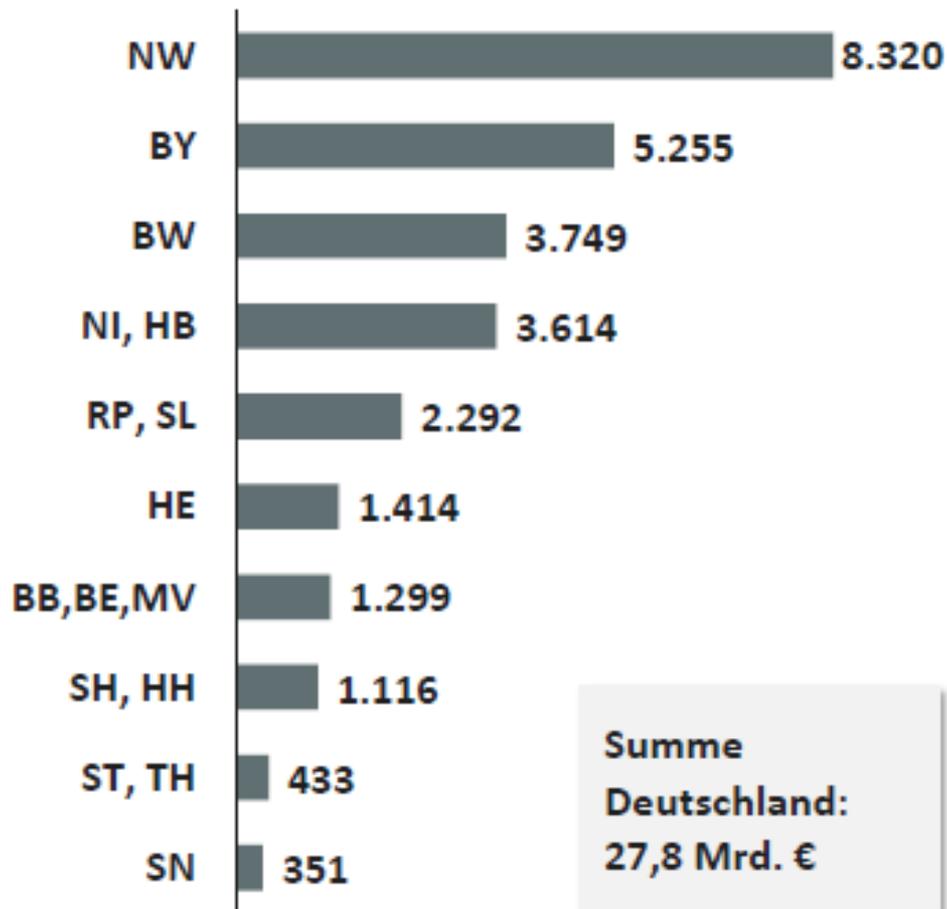
Verbindliche Strukturanforderungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung

Generell	Personell	Apparativ
<p>Anbindung an Rettungsdienst 24h-Bereitschaft an allen Tagen Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme Hubschrauberlandeplatz Nachweispflicht + Qualitätssicherung Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin Kostenrechnerische Nachweise für die Finanzierungssituation in der Notfallversorgung</p>	<p>24h-Vorhaltung von erfahrenen Ärzten auf fachärztlichem Niveau Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten Fachärztliche Behandlungsexpertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung</p>	<p>24h-Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten Labordiagnostik Röntgendiagnostik Schockraum Ultraschall diagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße Endoskopische Sofortdiagnostik und -therapie Versorgungsmöglichkeiten für Infarktpatienten</p>

Ausschluss von Einrichtungen, die Strukturanforderungen nicht erfüllen

Der Evergreen Investitionsstau

Investitionsstau 2014 zu Anschaffungs- und Herstellungskosten in Mio. €



- Vergessen durch das KHSKG?
 - Strukturfonds als Lösung?
 - Investitionspauschalen?
- Suche nach neuen Lösungen

Der Sicherstellungszuschlag und das KHSG

- Das DRG-System bietet eine spezielle Möglichkeit zur Sicherstellung der flächendeckenden Krankenhausversorgung: Den so genannten Sicherstellungszuschlag.
- Gemäß § 17 KHG sind zur „Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen“ [...] die „nicht kostendeckend finanzierbar“ sind [...] „zusätzliche Zahlungen“ zu den Fallpauschalen möglich
- Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach der Neufassung des KHSG ist, dass das begünstigte Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.
- Die zuständigen Landesbehörden prüfen auf Antrag einer Vertragspartei, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags erfüllt sind und entscheiden über die Bewilligung.



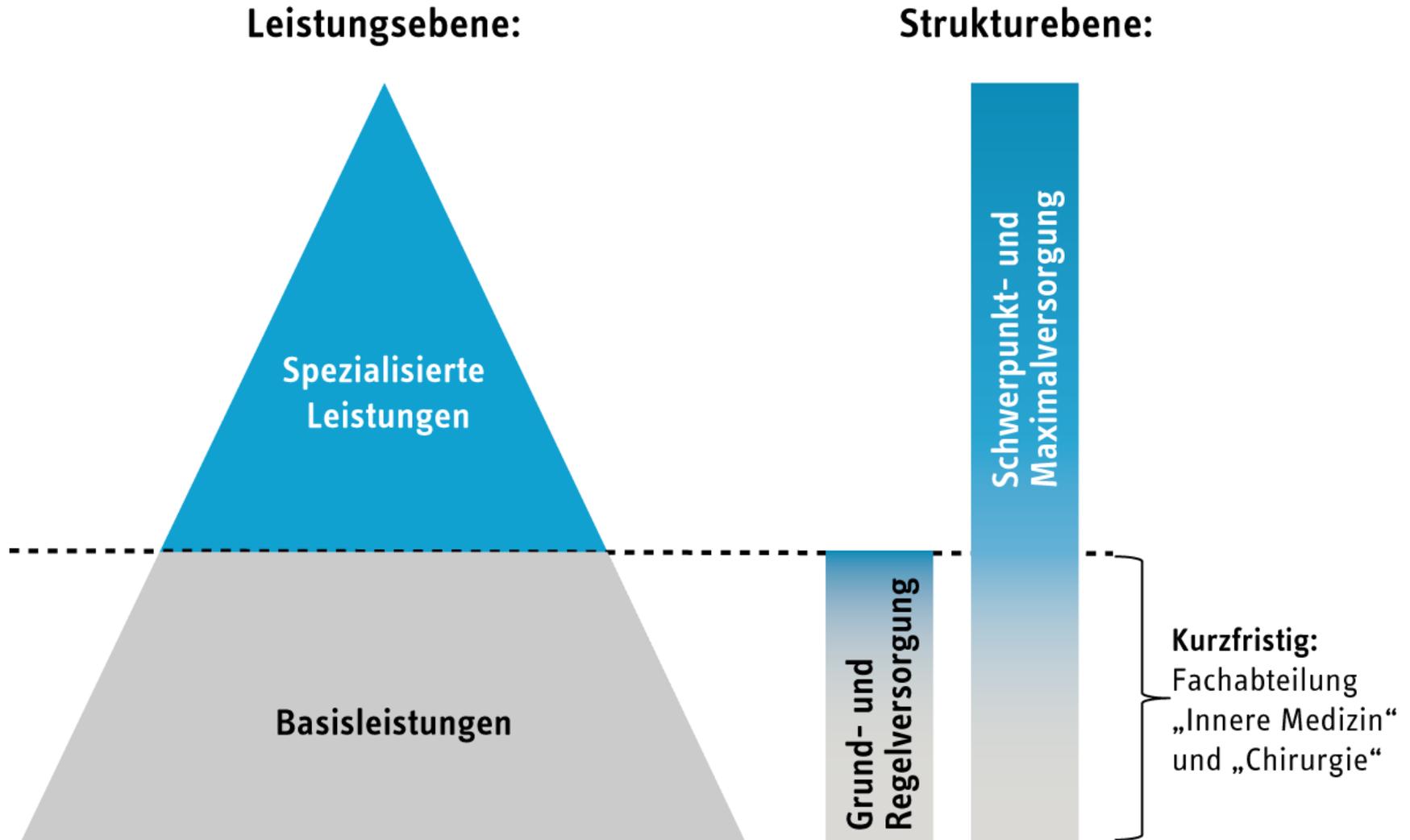
Boris Augurzky
Andreas Beivers
Niels Straub
Caroline Veltkamp

Krankenhausplanung 2.0

Empfehlungen zur Umsetzung der Krankenhausplanung 2.0

- 1 Einheitliche **Vorgaben für bedarfsgerechte Versorgung** einführen
- 2 **Grund- und Regelversorgung** klar definieren
- 3 **Notfallversorgung** neu ausrichten
- 4 **Bundesweit einheitliche Standards** zur Erreichbarkeit vorgeben
- 5 Verbindliche **Qualitätsvorgaben** erstellen
- 6 Einheitliche **Datengrundlage** schaffen
- 7 Vorgaben durch systematisches **Versorgungsmonitoring** überprüfen

Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung



Grund- und Regelversorgung klar definieren

Beispiel Schweiz: Einstufung nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) für die Akutsomatik

- SPLG-System seit 2012 in der Mehrzahl der Schweizer Kantone eingeführt zu Planungszwecken und zur Erhöhung der Leistungs-Transparenz im Klinikbereich
- Höhere Aggregate als ca. 1.000 Swiss-DRG
- Medizinisch, nicht wirtschaftlich homogene Gruppen von 146 Komplexen
- Einteilung erfolgt nach Fallkodierung mittels Operationen-Codes (CHOP) und Diagnosencodes (ICD) mit Hilfe eines Algorithmus der Gesundheitsdirektion Zürich (proprietäre Grouper-Software) und auf Basis eines jährlich aktualisierten Kodierhandbuchs
- Fälle sind eindeutig zugeordnet:
entweder Basispaket (BP) mit spezifischen Struktur-Qualitätsparametern oder in 145 einzelne SPLG in den versch. med. Disziplinen mit hohem Detaillierungsgrad der Anforderungen, wie z. B. fachärztliche Verfügbarkeiten
- Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse möglich

Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben

Elektive Behandlungen

Bundesweit einheitliche
Erreichbarkeitsvorgabe

Grund- und Regelversorgung

- maximal 30 Pkw-Minuten

Schwerpunkt- und Maximalversorgern

- Erreichbarkeit nicht im Vordergrund
- Orientierungswert: bis zu 60 Pkw-Minuten

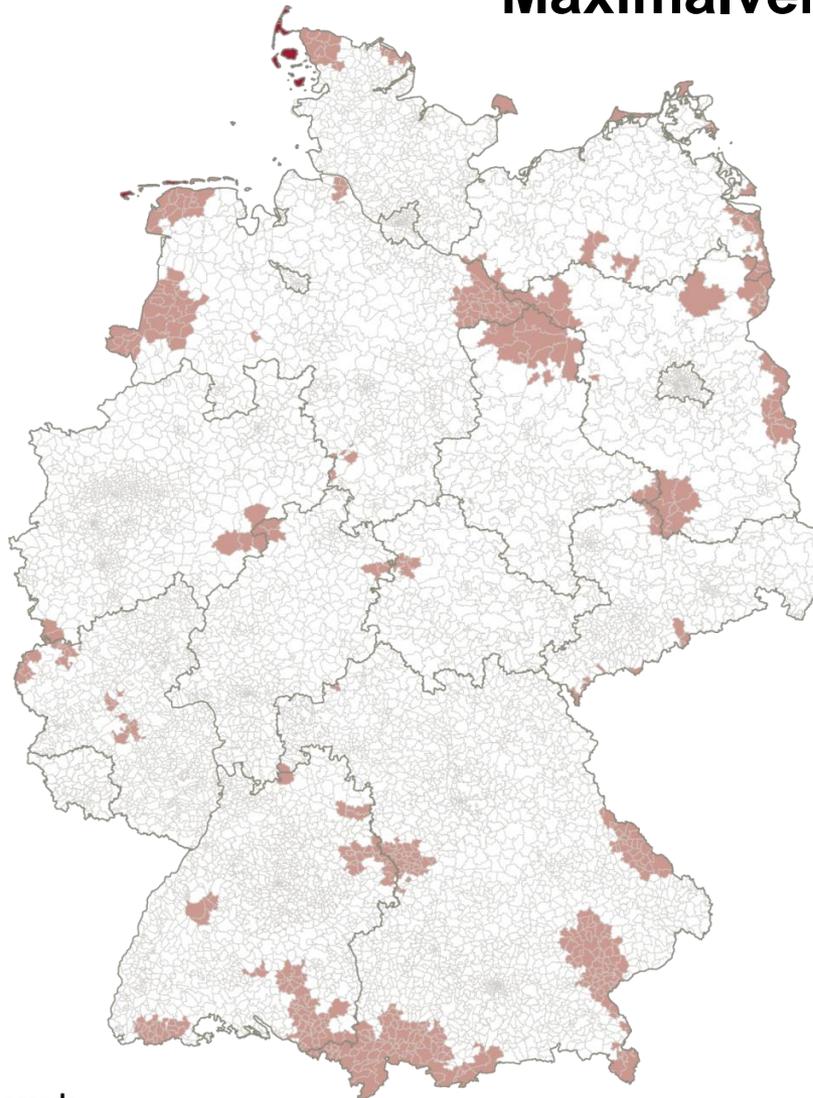
Notfallbehandlung

Zeitspanne bis zum Eintreffen des
Rettungsdienstes: **maximal 12 Minuten**

In dünn besiedelten, ländlichen
Bereichen

- **Ausbau der Luftrettung**
- **Telemedizin** im ländlichen Raum

Auch gute Erreichbarkeit der Schwerpunkt- und Maximalversorgung⁽¹⁾



Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

- innerhalb von 60 Minuten
- zwischen 60 und 120 Minuten
- über 120 Minuten

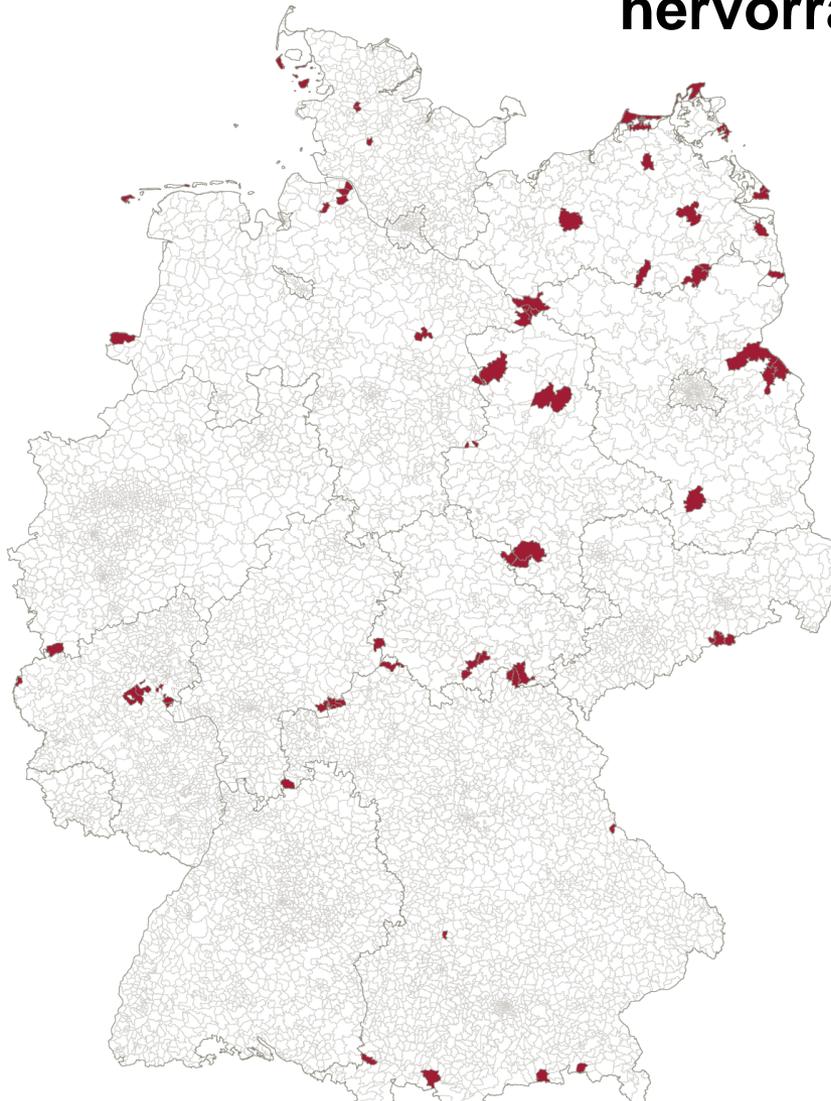
Erreichbarkeit bei elektiven Spezialbehandlungen nicht im Vordergrund!
Erreichbarkeitssituation 2012 dennoch sehr gut

- **96,3% der Bevölkerung innerhalb des 60-Minuten-Radius**
- 3,6% der Bevölkerung innerhalb 60-120 Minuten
- 0,05% mit mehr als 120 Minuten

Legende

(1) Mehr als 600 Betten ; Standorte, nicht IK-Nummern
Quelle: RWI (2014)

Erreichbarkeit der Grund- und Regelversorgung⁽¹⁾ 2012 hervorragend



Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

□ innerhalb von 30 Minuten

■ über 30 Minuten

Erreichbarkeitssituation 2012 für
Grundversorgung sehr gut

- **99,6% der Bevölkerung innerhalb des 30-Minuten-Radius**
- 98,4% innerhalb 25-Minuten-Radius

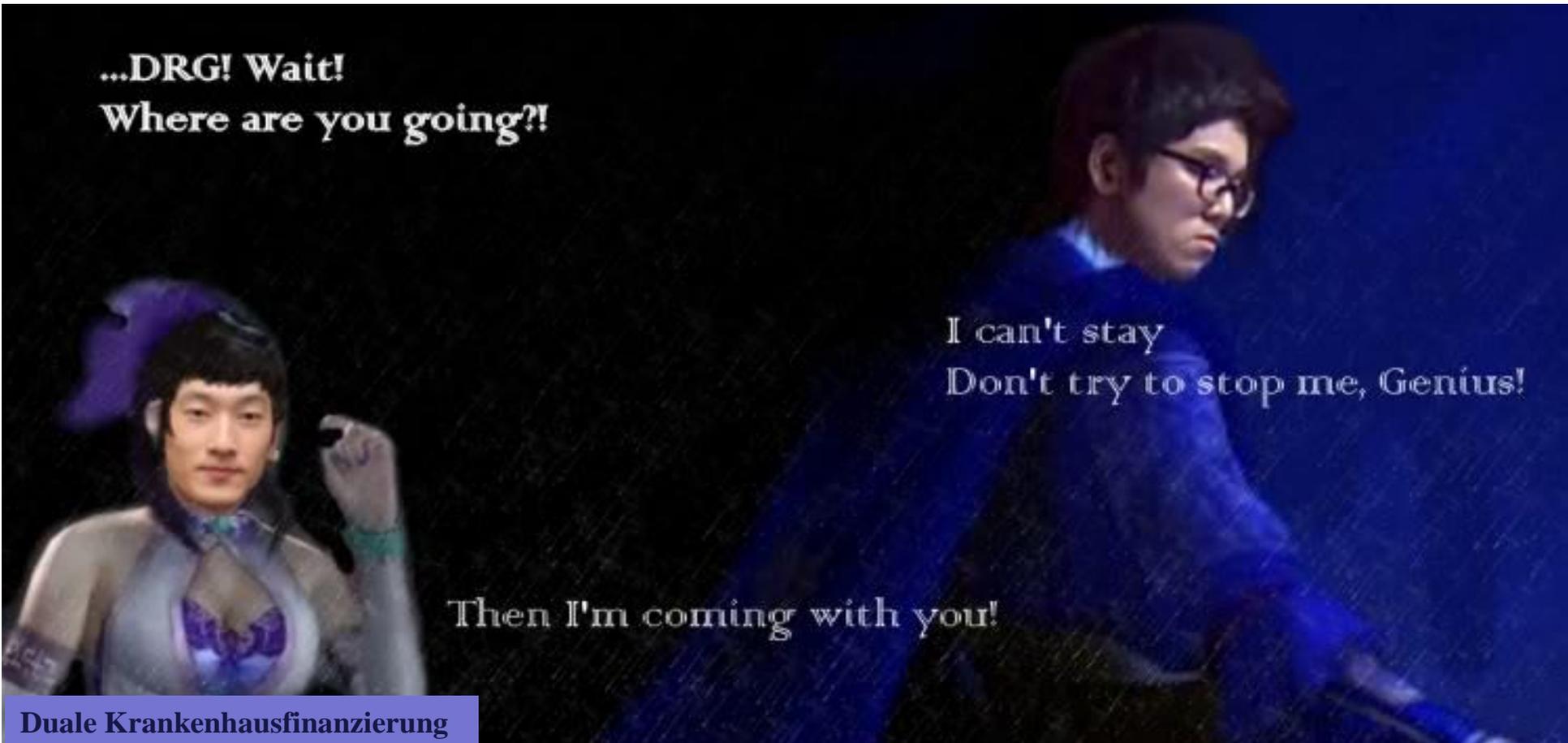
(1) Nach obiger Definition der Grundversorger; Standorte, nicht IK-Nummern
Quelle: RWI (2014)

Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut 	Qualität schlecht 
Erreichbarkeit nicht gefährdet 	Kein Handlungsbedarf <i>(Belohnung von besonders guter Qualität)</i>	Qualitätsauflagen, sonst Entzug des Versorgungsauftrags <i>(kein Preisabschlag für schlechte Qualität)</i>
Erreichbarkeit gefährdet 	Prüfung alternativer Versorgungskonzepte, sonst Sicherstellungs- zuschlag	Auflagen zur Qualitätssteigerung Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen

Der neue „DRG“:

DongRaeGu Soo-ho (* 3. Juni 1991), genannt **DRG** ist ein professioneller südkoreanischer E-Sportler und zählt zu den besten Computerspielern in StarCraft II weltweit





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de