

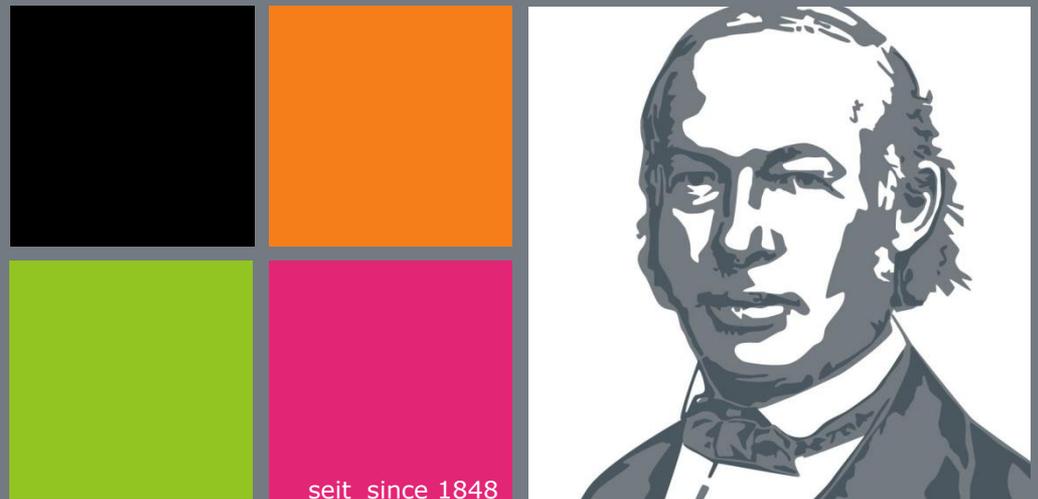


## Krankenhausplanung 2.0

Planen nach Qualität und Erreichbarkeit

Prof. Dr. rer. pol.  
**Andreas Beivers**

Erfurt, den 18.06.2015



## AGENDA

- **Ausgangslage**
- **Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes**
- **Was ist noch zu tun: Ideen für eine Krankenhausplanung 2.0**
- **Ausblick**

## **Ausgangslage: Aktuelle Lage der Krankenhäuser**





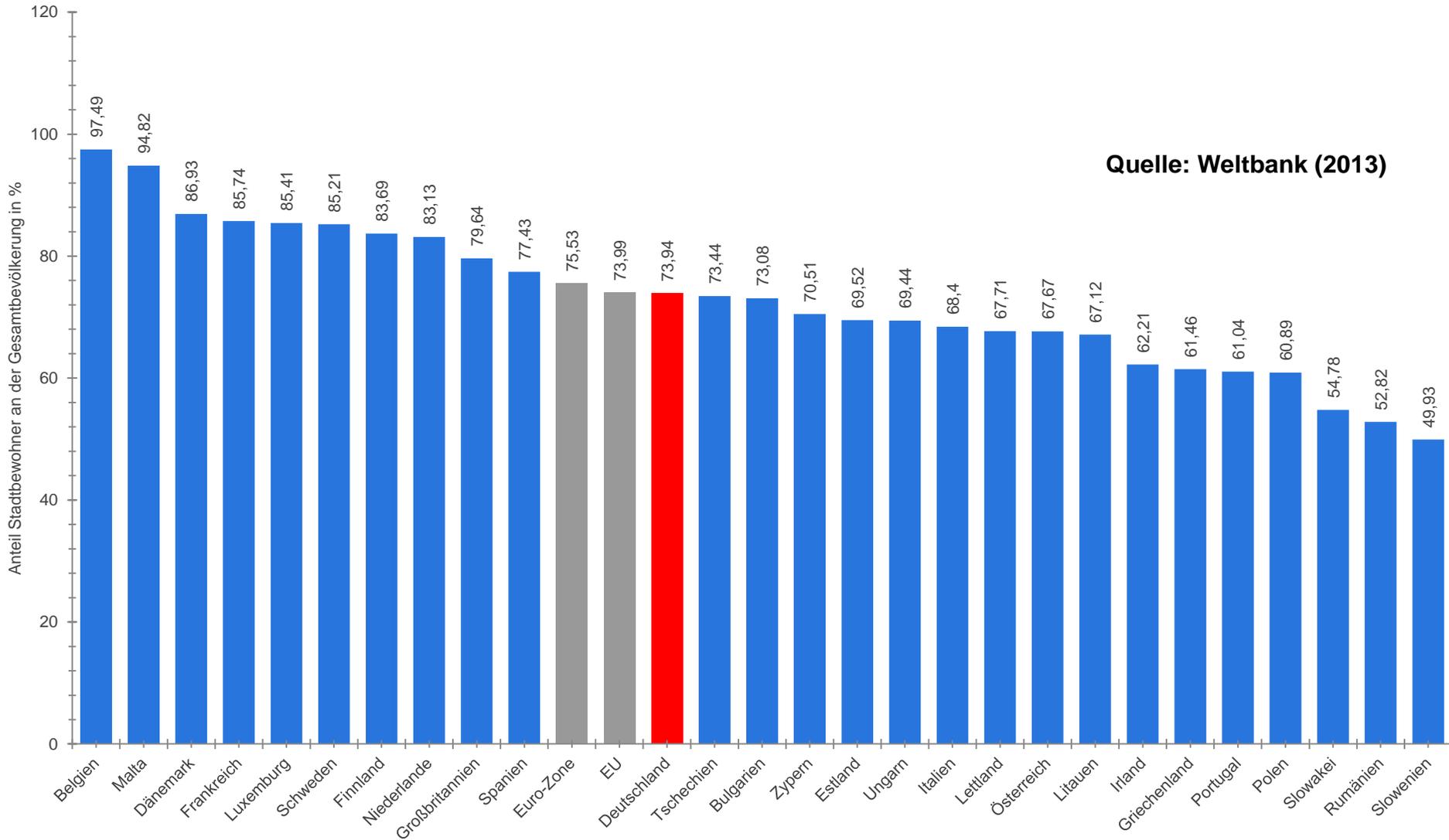
# Wirtschaftliche Engpässe bei Krankenhäusern



- **Insolvenzwahrscheinlichkeit** deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr **leicht erhöht**
- **16%** befanden sich im „**roten Bereich**“ mit erhöhter Insolvenzgefahr
- Die durchschnittliche Umsatzrendite **stieg von 0,7% auf 1,4%**
- Der jährliche Investitionsbedarf (ohne Universitätskliniken) beträgt rund **5,3 Milliarden Euro**. Die Länder steuern derzeit **nur die Hälfte davon bei**
- Der kumulierte **Investitionsstau** beträgt mindestens **12 Milliarden Euro**

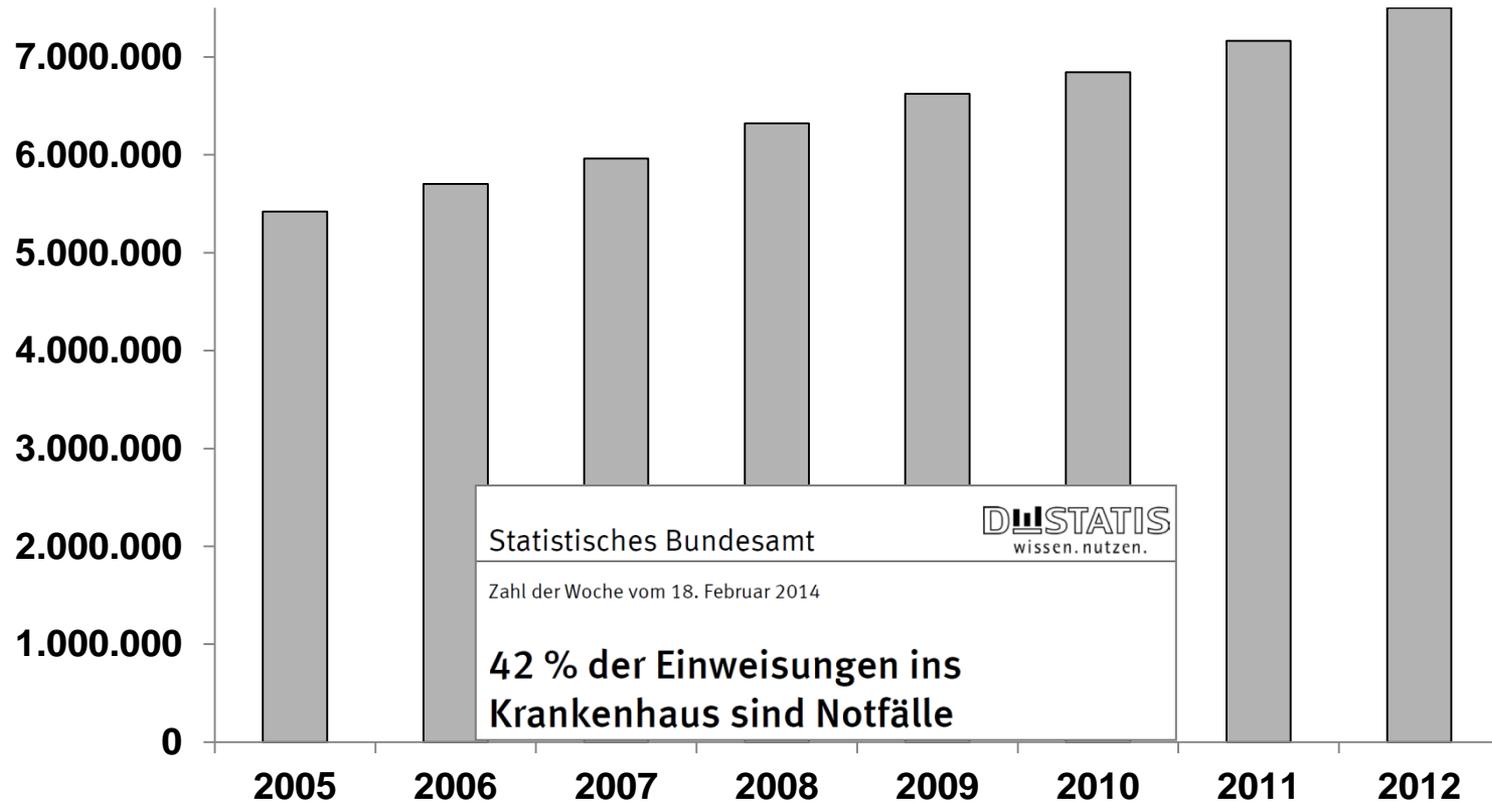
# Grad der Urbanisierung in der EU 2011:

Blick auf die BRD zeigt, dass die (Sub-)Urbanisierung noch nicht am Ende ist



# Entwicklung der stationären Notfälle bedenklich

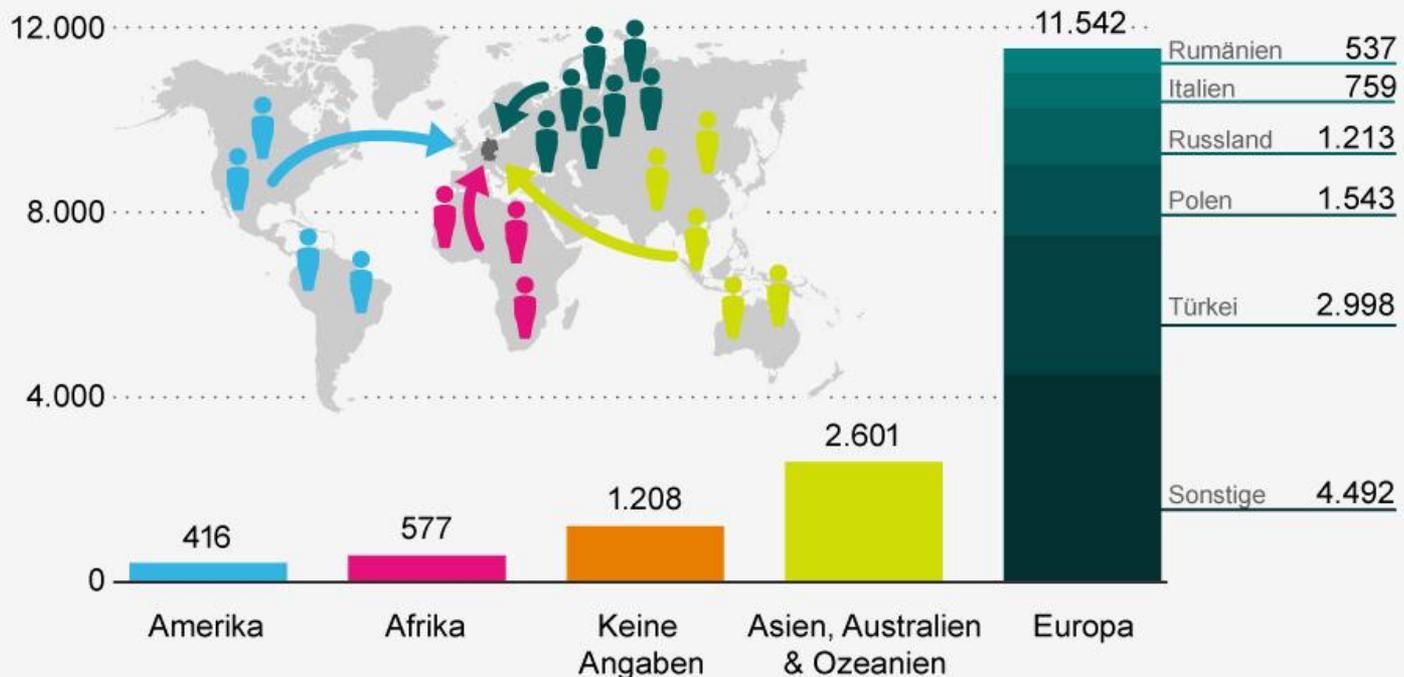
## Stationäre Notfälle 2005-2012



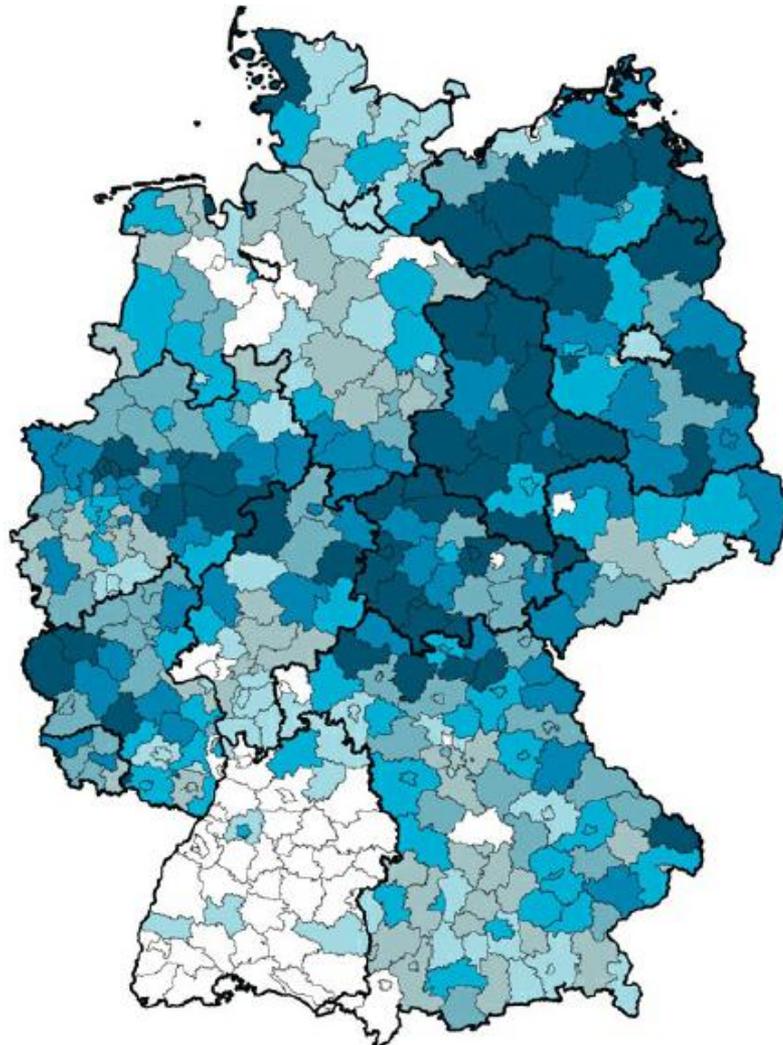
# Zunehmende Bedeutung transkultureller Medizin

## 16,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland 2012 (in 1.000)



# Weiteres Thema: Regional heterogene Inanspruchnahme



Die Zahl der Krankenhausfälle je Einwohner fällt regional jedoch sehr unterschiedlich aus

Die ausgewiesenen Werte wurden dabei bereits um unterschiedliche Altersstrukturen und Geschlechterverhältnisse der Regionen angepasst.

Baden-Württemberg und die Stadtstaaten weisen die geringste Zahl auf.

Relativ gering fallen sie auch in Schleswig-Holstein, Hessen und Niedersachsen aus.

Sehr hohe Werte findet man dagegen in Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und im Saarland.

Leicht überdurchschnittliche Werte liegen in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern vor

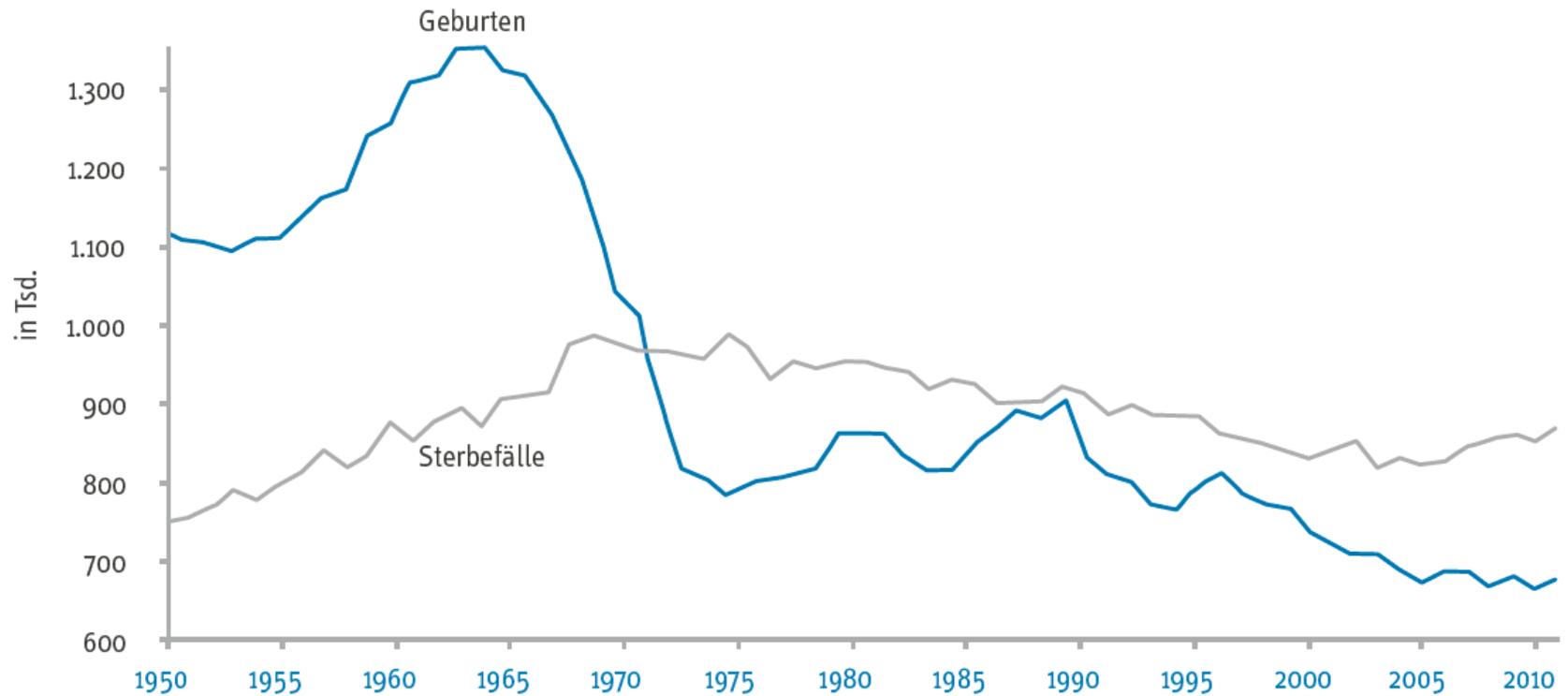
Quelle: Augurzky et al. (2014)

# Veränderung des Leistungsspektrums in den KHs?

## Geburten und Sterbefälle

in Tausend

1950 – 2012, Bundesgebiet

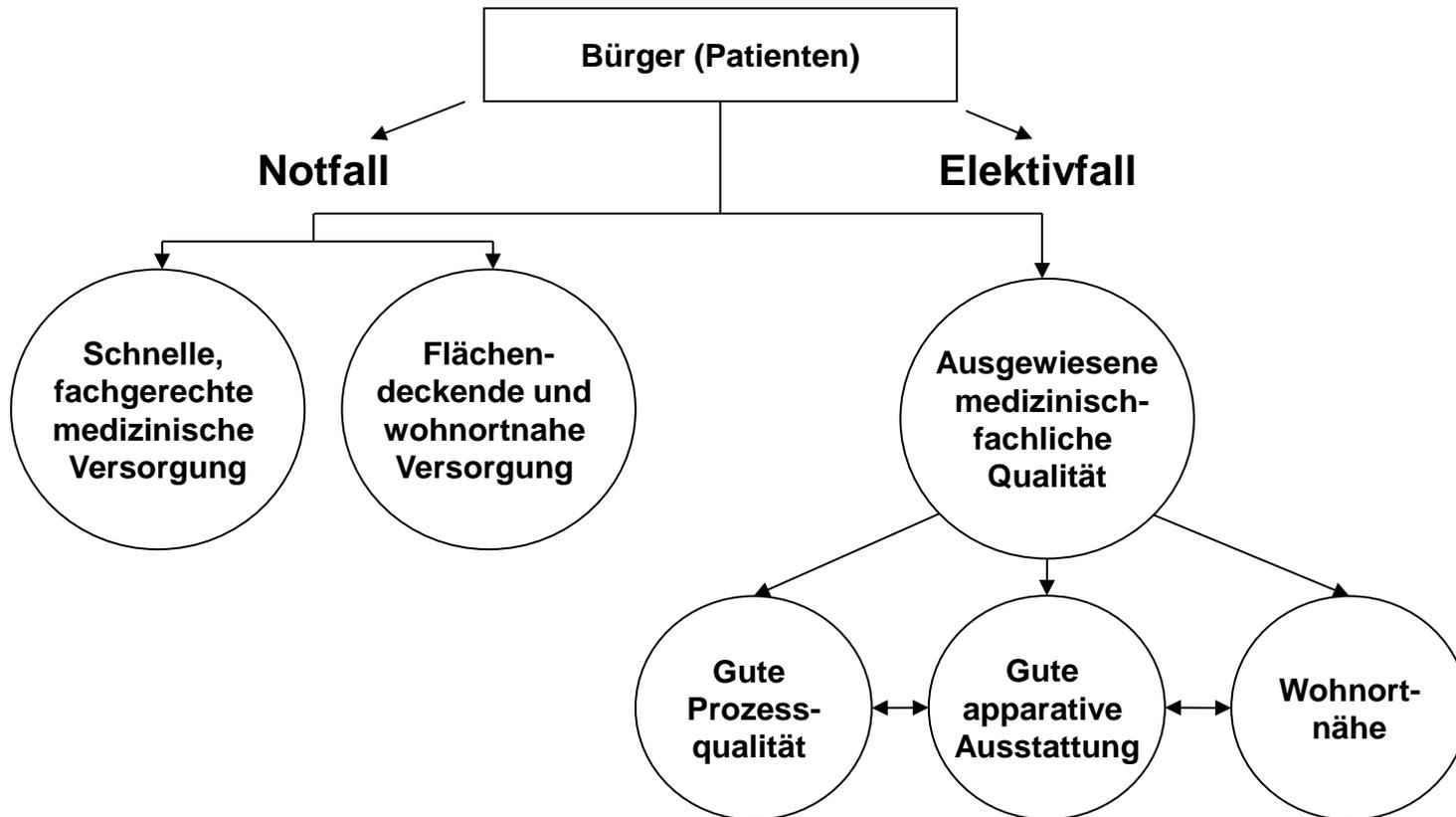


Quelle: vdek (2014)

# Ehealth, Digitalisierung, Patient 2.0 etc.



# Bürger (Patienten) haben relativ klare Präferenzen



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

Ziel muss sein, dies durch eine neue (Krankenhaus)Planung 2.0 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

## **Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes**

## Pressemitteilungen 2014-04

Sie sind hier: [Bundesministerium für Gesundheit](#) > [Presse](#) > [Pressemitteilungen](#) > [2014-04](#) > [Eckpunkte zur Krankenhausreform](#)

PRESSEMITTEILUNG

# Bund-Länder-Arbeitsgruppe legt Eckpunkte zur Krankenhausreform vor

Berlin, 5. Dezember 2014

Hohe medizinische Qualität, sicher und gut erreichbar: Das Krankenhaus der Zukunft soll diesen Standards entsprechen. Eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus Bund und Ländern hat die notwendigen Schritte für eine Krankenhausreform erarbeitet und heute Eckpunkte vorgelegt. Die Eckpunkte sollen im nächsten Jahr in Gesetzen und Regelungen umgesetzt werden.

Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** betonte: *"Es ist uns gelungen, in den letzten Monaten eine tragfähige Grundlage für eine Krankenhausreform zu erarbeiten. Ich freue mich, dass Bund und Länder heute gemeinsame Eckpunkte*

DOWNLOADS

- [Presse Eckpunkte zur Krankenhausreform 2014-04](#)  
PDF-Dokument
- [Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015](#)  
PDF-Dokument

**Stand: 28.04.2015**

## Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

### Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

#### A. Problem und Ziel

Eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein. Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie sichern eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Medizin, die nicht zuletzt durch das hohe Engagement der über eine Million Beschäftigten in den Krankenhäusern ermöglicht wird. Vor dem Hintergrund u. a. der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten und notwendige Umstrukturierungsprozesse zu unterstützen.

# Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes (Auszug)

Die zentralen Inhalte des Eckpunktepapiers zu den Kategorien

- **Betriebskostenfinanzierung/Preisbildung,**
- **Investitionsfinanzierung,**
- **Personal/Pflegestellenförderprogramm,**
- **Qualität,**
- **MDK-Kontrollen sowie**
- **ASV und Landesschlichtungsausschüsse**

## **Angleichung der Landesbasisfallwerte / Bundesbasisfallwert**

- **Verengung des Bundesbasisfallwertkorridors** auf eine Bandbreite von 3,52 % mit einer unteren Korridoruntergrenze von -1,02 % und einer oberen Korridorobergrenze von + 2,5 %
- Anhebung der Landesbasisfallwerte unterhalb des Korridors an die Korridoruntergrenze in 2016.  
**Angleichung der Landesbasisfallwerte oberhalb des Korridors in einer Konvergenzphase von sechs Jahren**
- **Streichung der Kappungsgrenzen** für die Anpassung der Landesbasisfallwerte an die obere Korridorobergrenze

# Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes (Auszug)

## Mengenproblem

- Verlagerung der Mengensteuerung in einer zweiten Stufe von der **Landesebene auf die Ortsebene** (ab 2017)
- **Aufhebung der Mengendegression im Landesbasisfallwert** mit Wirkung für 2017
- Berücksichtigung von Mehrleistungen nur in den **Budgetverhandlungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses**
- Durch die Verlagerung sollen keine Mehrausgaben entstehen: Festlegung einer **basiswirksamen Mindestabschlagshöhe und -dauer auf Landesebene mit Gültigkeit für die Ortsebene**. Vertragspartner vor Ort können höhere Abschläge und Geltungsdauern festlegen
- Vereinbarung eines **engen Kataloges für unverzichtbare Ausnahmen vom Abschlag** (z. B. zusätzliche Versorgungsaufträge, Transplantationen) auf der Bundesebene
- Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2016 für Leistungen mit „**wirtschaftlich begründeten**“ **Fallzahlsteigerungen die Bewertungsrelationen abzusenken** bzw. abzustaffeln

# Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes (Auszug)

## Sicherstellungszuschläge

- Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen bis zum 31. März 2016 durch den **G-BA mit Konkretisierungen**
  - zur **Erreichbarkeit (Minutenwerte)**,
  - zum „geringen Versorgungsbedarf“ und
  - zur Definition der Leistungen, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind
- **Länder können Abweichendes vereinbaren.**
- Gewährung des Sicherstellungszuschlages nur, wenn ein notwendiges Krankenhaus insgesamt Defizite zu tragen hat

# Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes (Auszug)

## Notfallversorgung

- Festlegung eines **gestuften Systems der vorgehaltenen Notfallstrukturen** (Definition von Mindestvoraussetzungen je Stufe) unter Berücksichtigung der planungsrelevanten Indikatoren durch den **G-BA bis zum 31. Dezember 2016**
- Vereinbarung unterschiedlicher **Zu- oder Abschläge für die vereinbarten Notfallstufen** auf Grundlage der Vorhaltekosten bis zum 30. Juni 2017 durch die Vertragspartner auf Bundesebene mit Unterstützung durch das InEK (Konfliktlösung: Bundesschiedsstelle)
- Erhöhende Berücksichtigung der Notfallabschläge und absenkende Berücksichtigung der Notfallzuschläge bei den Landesbasisfallwertverhandlungen

# Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes (Auszug)

## Strukturfonds

- Einrichtung eines Strukturfonds auf der Bundesebene zur Verbesserung des Versorgungsstrukturen und zur **Förderung des Abbaus von Überkapazitäten**, zur Konzentration von Krankenhausstandorten und zur Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen
- Einmalige **Bereitstellung von 500 Mio. € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds** mit Verteilung auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel
- Beteiligung des Investitionsfonds an den jeweiligen Maßnahmen **zu maximal 50 %**. Nicht verausgabte Mittel können von den **anderen Ländern abgerufen** werden
- Abrufung der Mittel durch die Länder mit Prüfung der Anträge und Zuweisung der Mittel durch das BVA

...und noch Anpassungen beim **Orientierungswert, Refinanzierung G-BA-Beschlüsse, Weiterentwicklung des Zentrumsbegriffs, Personalstellenförderprogramm, Mindestmengen, Qualitätsverträge, Qualitätsberichte, MDK-Kontrollen, ASV etc.**



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

# Einheitliche Vorgaben und Definitionen sowie Datengrundlage

1

## Einheitliche Vorgaben für bedarfsgerechte Versorgung einführen

**Verantwortlichkeit** für Krankenhausplanung 2.0 bei **Bundesländern** belassen

**Allgemeingültige Mindeststandards** festlegen

**Mindeststandards bundesweit einheitlich** ausgestalten

2

## Grund- und Regelversorgung klar definieren

Abgrenzung in

- **Grund- und Regelversorgung** (Basis)
- Schwerpunkt- und Maximalversorgung

**Definition der Grund- und Regelversorgung**

**Kurzfristig**

- Kliniken mit den Abteilungen „**Innere Medizin**“ und „**Allgemeine Chirurgie**“
- In Deutschland 1.311 Standorte (2012)

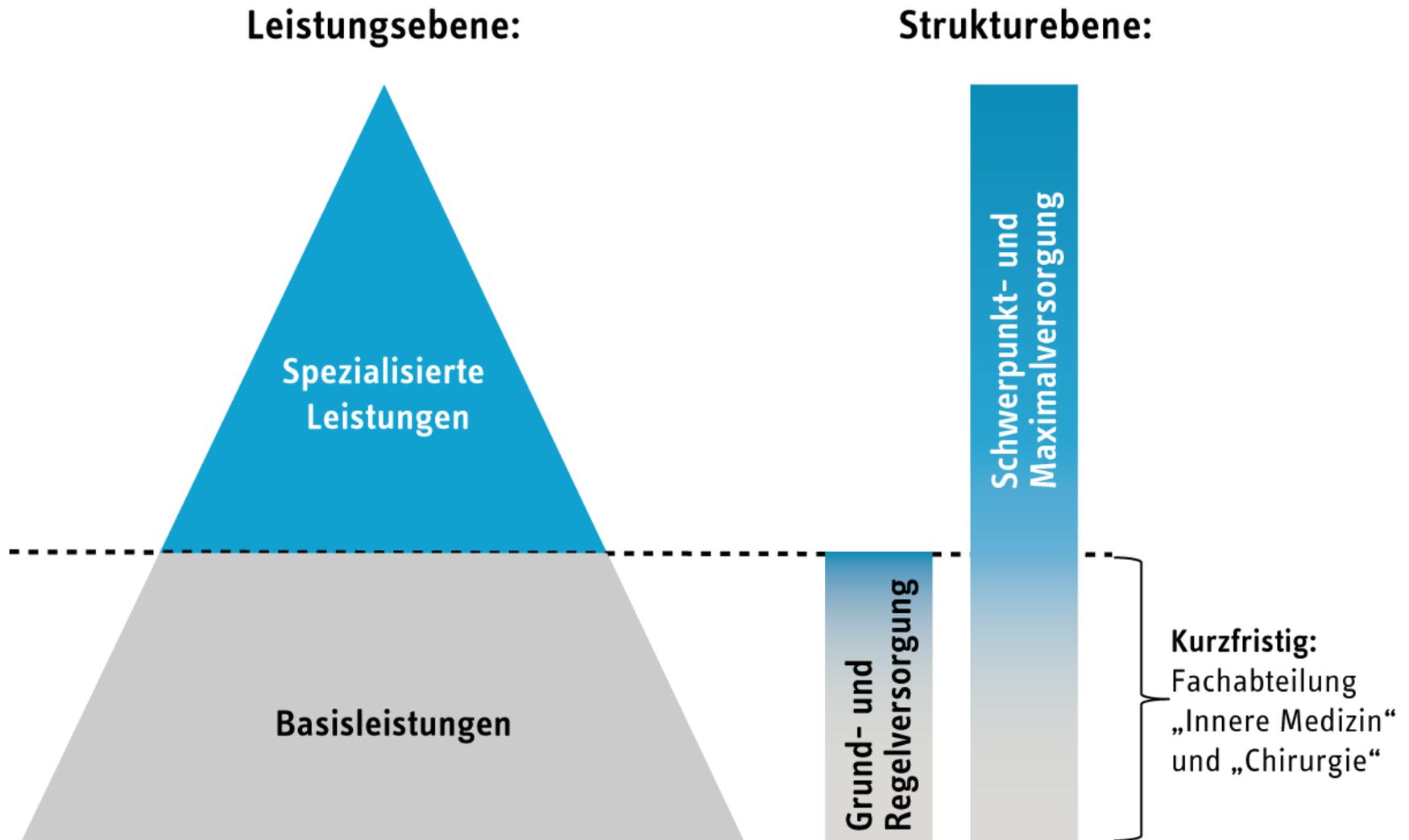
**Langfristig**

- leistungsspezifische Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung
- Algorithmus zur **Einstufung in Basis- und Spezialleistungen** (Bsp. Schweizer Modell)

6

**Dabei einheitliche Datengrundlage schaffen**

# 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

# 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**

# Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben

## Elektive Behandlungen

Bundesweit einheitliche  
**Erreichbarkeitsvorgabe**

### Grund- und Regelversorgung

- maximal 30 Pkw-Minuten

### Schwerpunkt- und Maximalversorgern

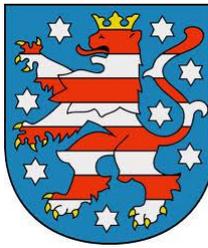
- Erreichbarkeit nicht im Vordergrund
- Orientierungswert: bis zu 60 Pkw-Minuten

## Notfallbehandlung

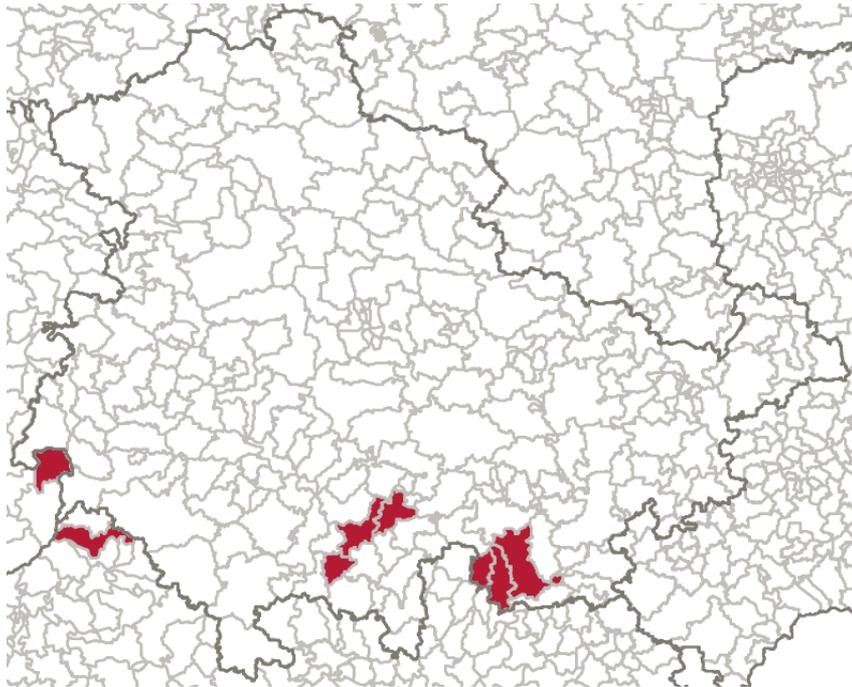
Zeitspanne bis zum Eintreffen des  
Rettungsdienstes: **maximal 12 Minuten**

In dünn besiedelten, ländlichen  
Bereichen

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



## Erreichbarkeit der Grund- und Regelversorgung 2012 hervorragend

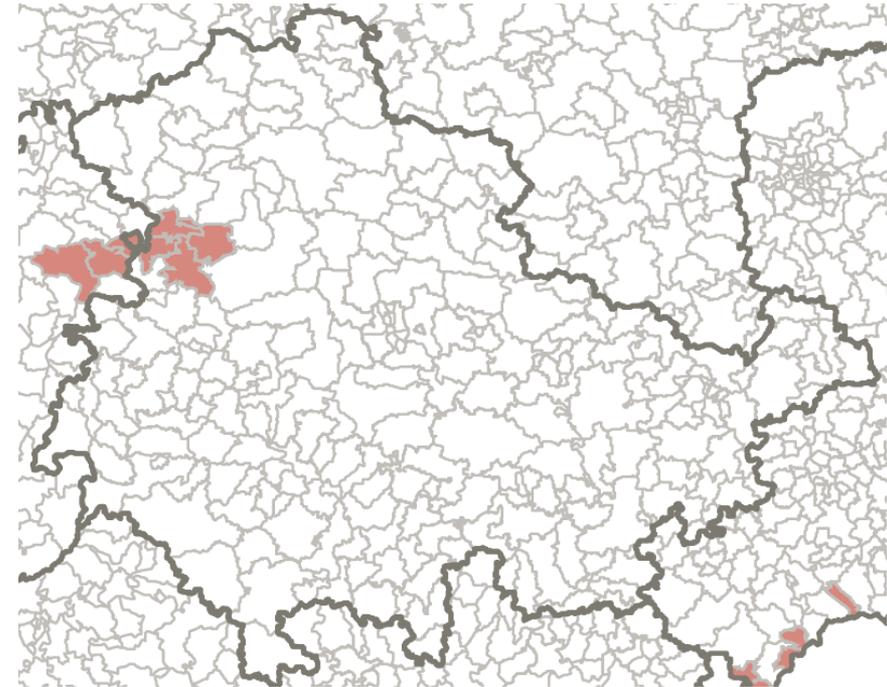


### Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

□ innerhalb von 30 Minuten      ■ über 30 Minuten

## Auch gute Erreichbarkeit der Schwerpunkt- und Maximalversorgung



### Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

□ innerhalb von 60 Minuten      ■ zwischen 60 und 120 Minuten  
■ über 120 Minuten

# In der Notfallversorgung: Hilfsfrist und rasche spezifische Notfalltherapie entscheidend

Entscheidend in der Notfallversorgung

- **Kurze Rettungsfrist (max. 12 Min)**
- Organisation und Ausstattung der Notfallversorgung (**Strukturvorgaben**)

Notfall-Krankenhaus

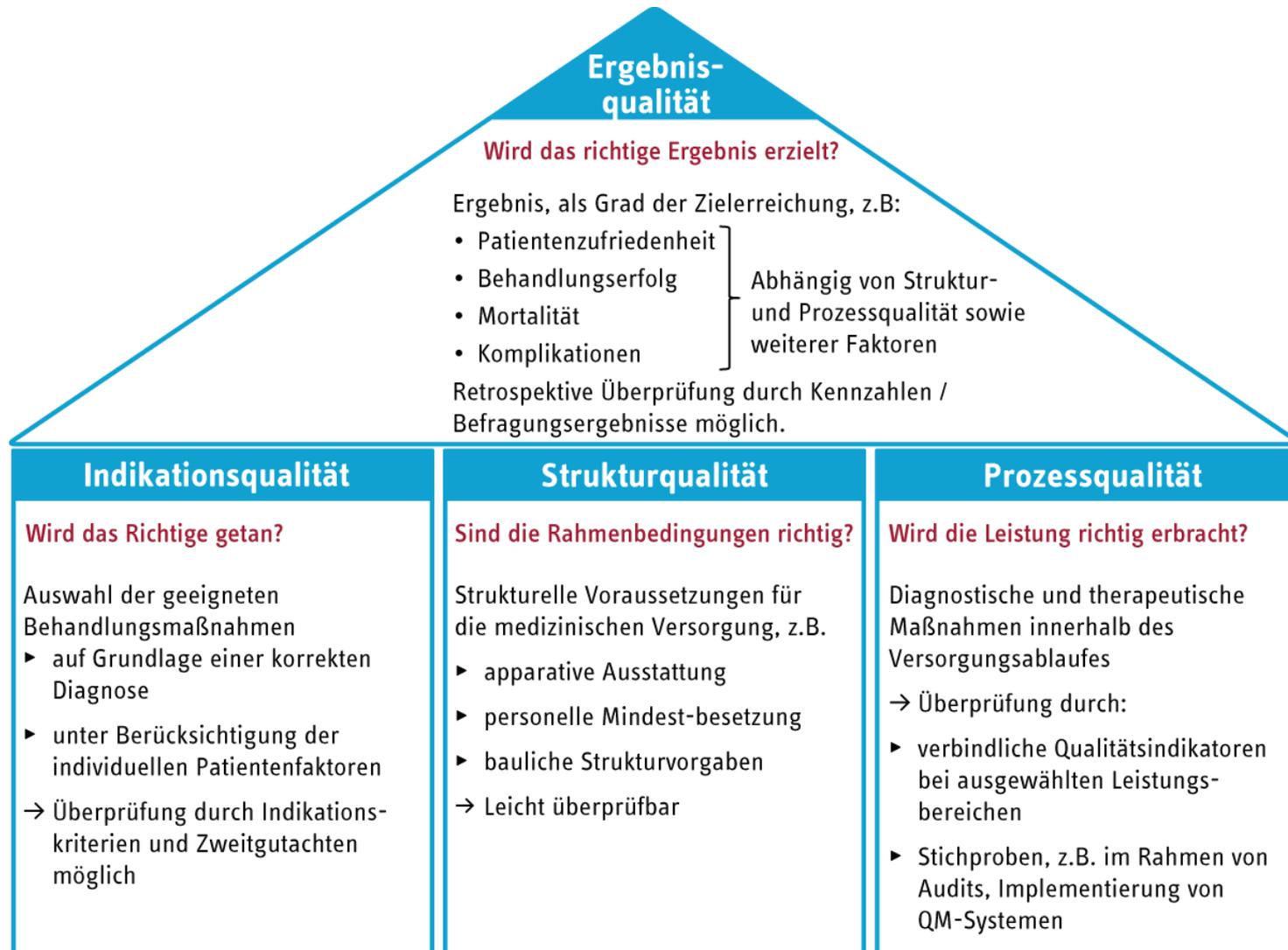
- Kurze Zeitspanne bis zur erfolgreichen Durchführung der spezifischen Notfalltherapie
- Konzentration der Notfallstandorte kann bei verbesserten Strukturen zu **qualitativen Verbesserungen der Notfallversorgung** führen (Beispiel Dänemark)

Zeitgerechte Versorgung von Notfallpatienten durch Einführung einer **standardisierten Risikoeinschätzung** verbessern, Beispiel Manchester-Triage-System:

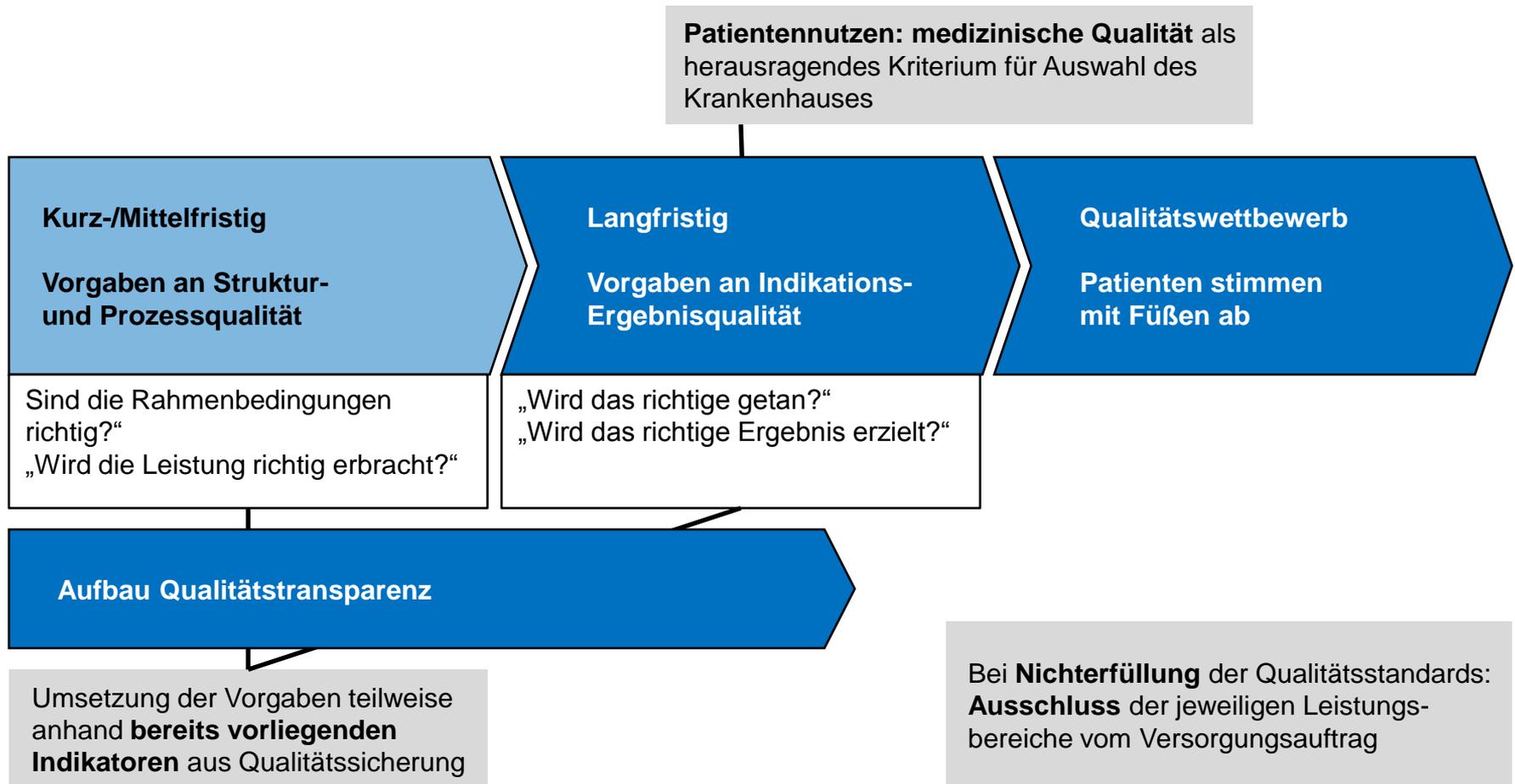
Gruppe	Bezeichnung	Farbe	max. Wartezeit
1	<b>SOFORT</b>	Rot	<b>0 Minuten</b>
2	<b>SEHR DRINGEND</b>	orange	<b>10 Minuten</b>
3	<b>DRINGEND</b>	Gelb	<b>30 Minuten</b>
4	<b>NORMAL</b>	Grün	<b>90 Minuten</b>
5	<b>NICHT DRINGEND</b>	Blau	<b>120 Minuten</b>

# Dimensionen der Qualität

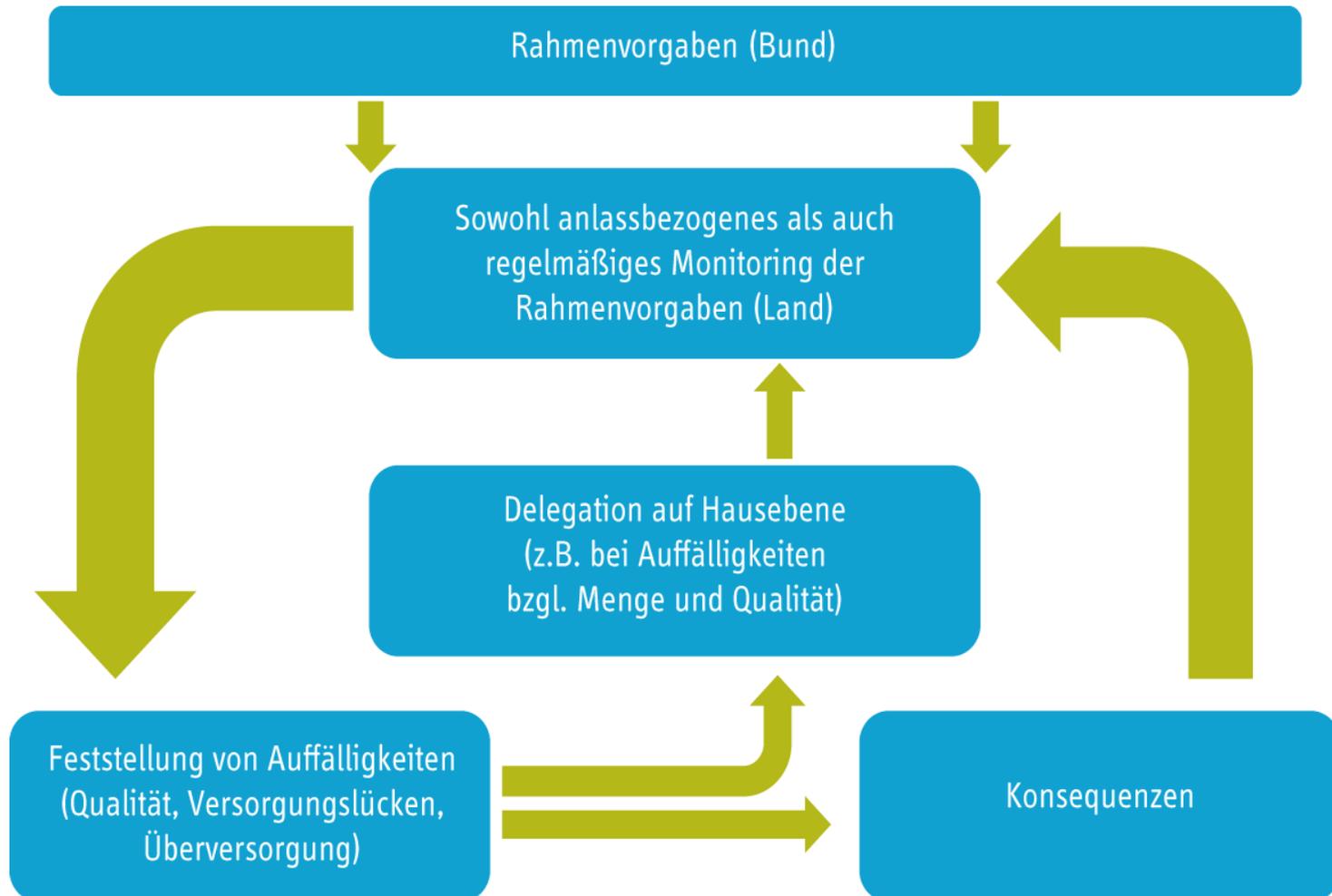
## Welche eignen sich zur Planung?



# Aufnahme der Qualität als verbindliches Kriterium in der Krankenhausplanung 2.0



# Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen



# Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

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

# Ausblick: Die großen Irrtümer der Menschheit

**„Ich glaube an das Pferd, das Automobil ist eine vorübergehende Erscheinung“**

Kaiser Wilhelm II, König von Preußen und Kaiser von Deutschland, 1898

**„Die weltweite Nachfrage nach Kraftfahrzeugen wird eine Million nicht überschreiten - allein schon aus Mangel an verfügbaren Chauffeuren“**

Gottlieb Daimler, 1901

**„Ich bin überzeugt, dass weltweit ein Bedarf nach nicht mehr als 5 Computern besteht“**

Thomas J. Watson, Präsident von IBM, 1943

**„640 Kilobyte sind genug für jeden“**

Bill Gates, 1981

**„Wer braucht eigentlich diese Silberscheibe?“**

Jan Timmer, Phillips-Vorstand, zur Compact Disc, 1982

**Eine große Koalition führt zu einer großen Krankenhausreform**

Dr. Angela Merkel, Sigmar Gabriel und co.



**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](mailto:beivers@hs-fresenius.de)