



Empfehlungen zur Krankenhausplanung 2.0

Pressekonferenz

21. Oktober 2014

Referenten:

Dr. Boris Augurzky,

Prof. Dr. med. Christoph Dodt

Projektteam:

Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Andreas Beivers,

Niels Straub, Caroline Veltkamp



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)

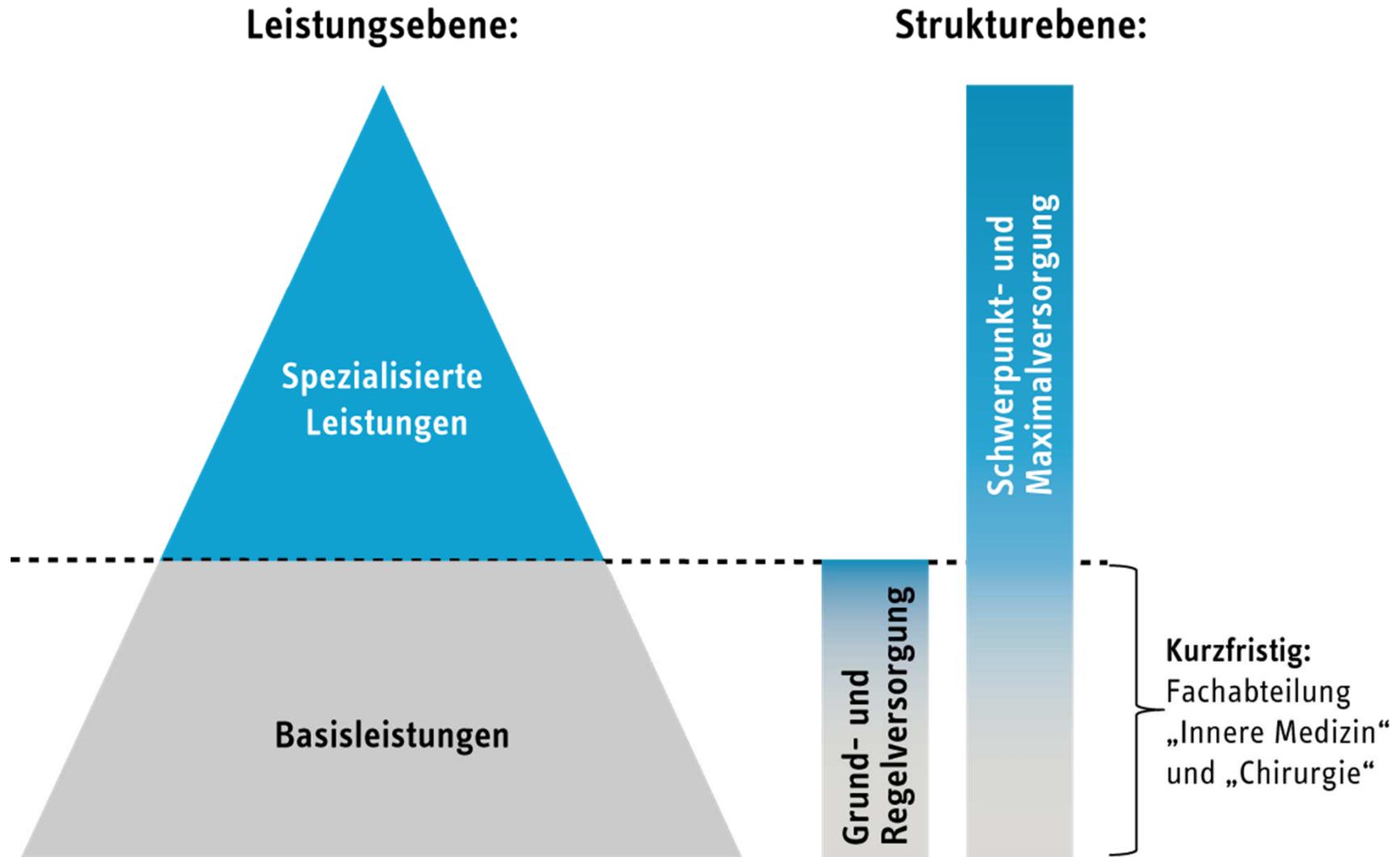
Langfristig

- 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



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>
<p>Ausschluss von Einrichtungen, die Strukturanforderungen nicht erfüllen</p>		

Beispiel für symptom-basierte Vorgaben zur Notfall-Behandlung bei akutem Bauchschmerz (nach DGINA)

Kontinuierliches **Monitoring der Vitalfunktionen** innerhalb von 5 Min. eingeleitet

Gezielte Anamnese / körperliche Untersuchung innerhalb der ersten 10 Min. abgeschlossen

Labordiagnostik (BGA, Hb, Laktat) und **EKG** liegen innerhalb von 10 Min. vor

Ultraschall innerhalb von 10 Min.

Weitere notwendige **Bildgebung** (CT) wird innerhalb von 30 Min gestartet

Festlegung des weiteren Vorgehens inkl. eventuell notwendiger fachspezifischer Stellungnahmen innerhalb von 15 Min nach Erstellung der Diagnose



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

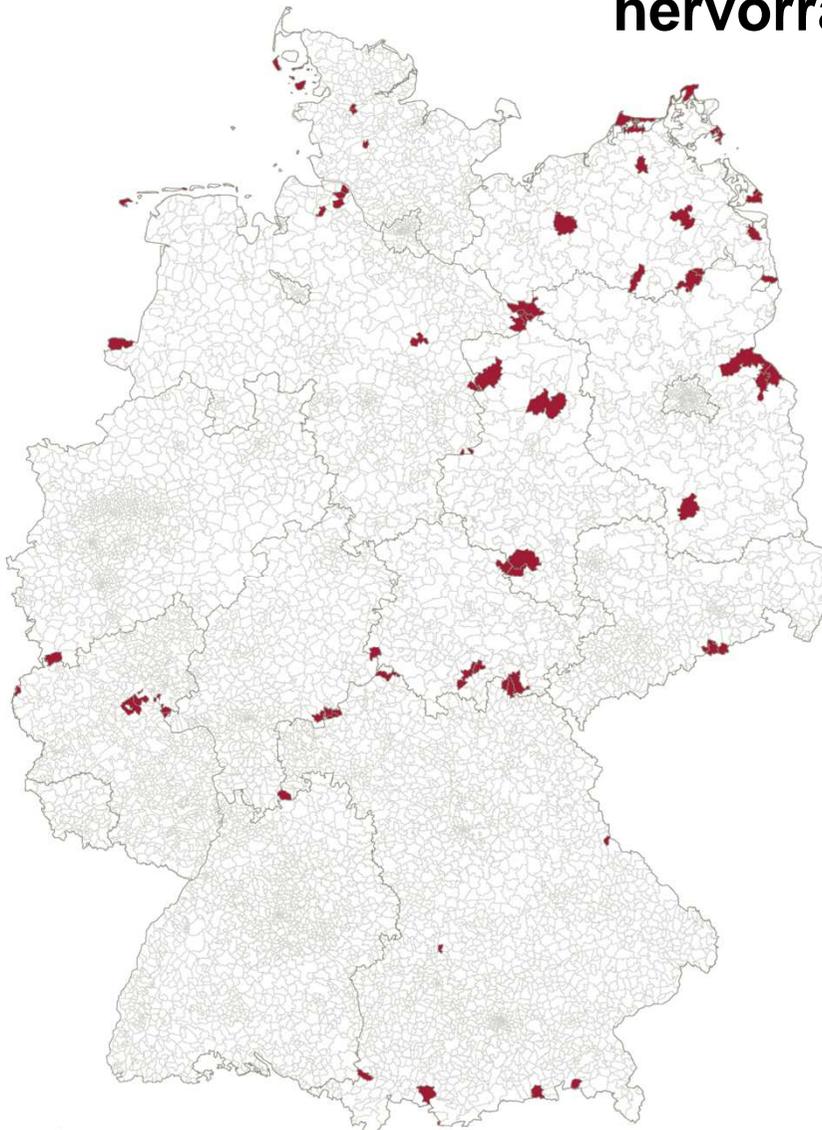
Notfallbehandlung

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⁽¹⁾ 2012 hervorragend



Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

innerhalb von 30 Minuten

über 30 Minuten

Erreichbarkeitssituation 2012 für
Grundversorgung sehr gut

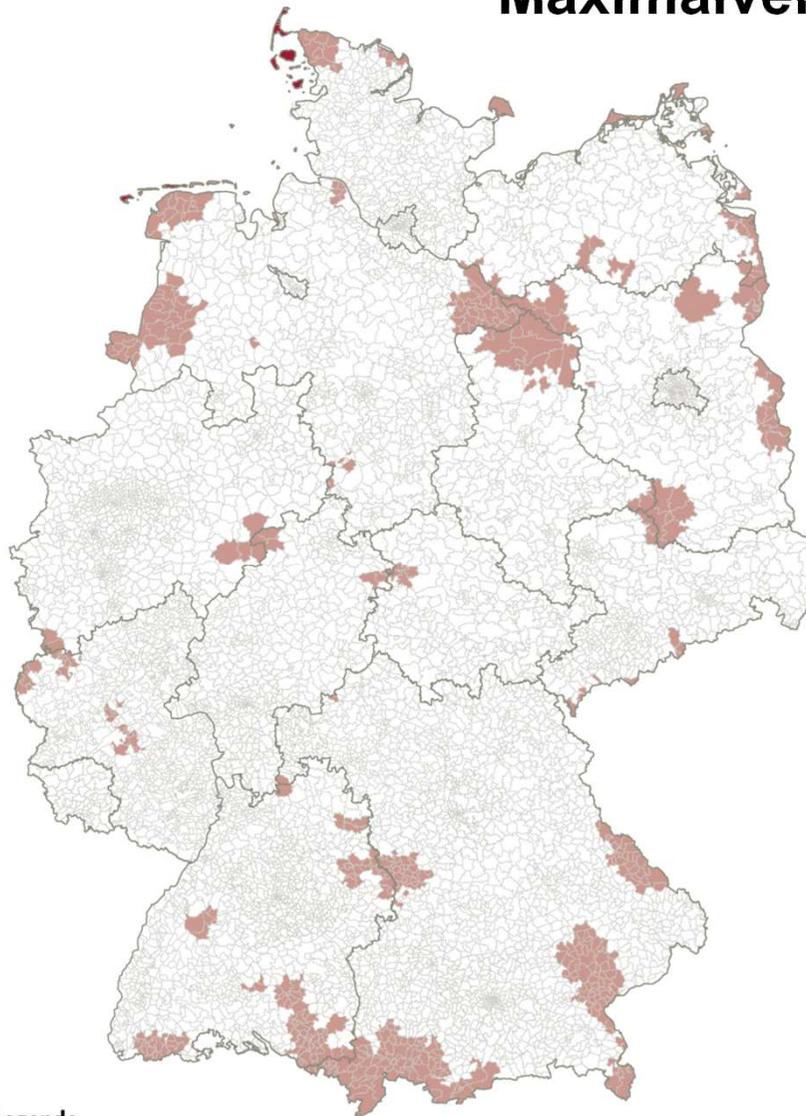
- **99,6% der Bevölkerung innerhalb des 30-Minuten-Radius**
- 98,4% innerhalb 25-Minuten-Radius

(1) Nach obiger Definition der Grundversorger; Standorte, nicht IK-Nummern

Quelle: RWI

Krankenhausplanung 2.0

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

Krankenhausplanung 2.U

In der Notfallversorgung: Hilfsfrist und rasche spezifische Notfalltherapie entscheidend

Entscheidend in der Notfallversorgung

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

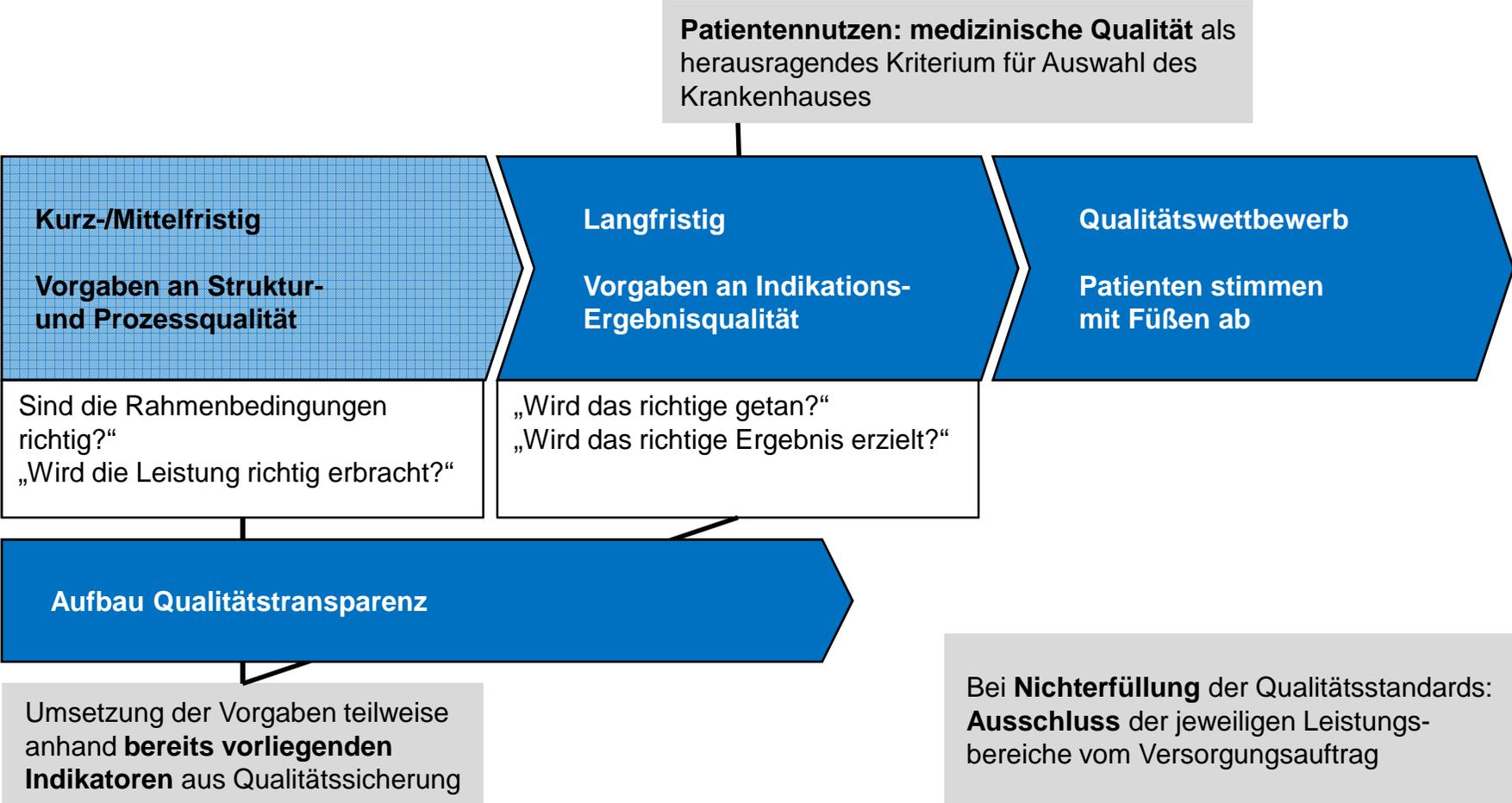
Notfall-Krankenhaus

- 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:

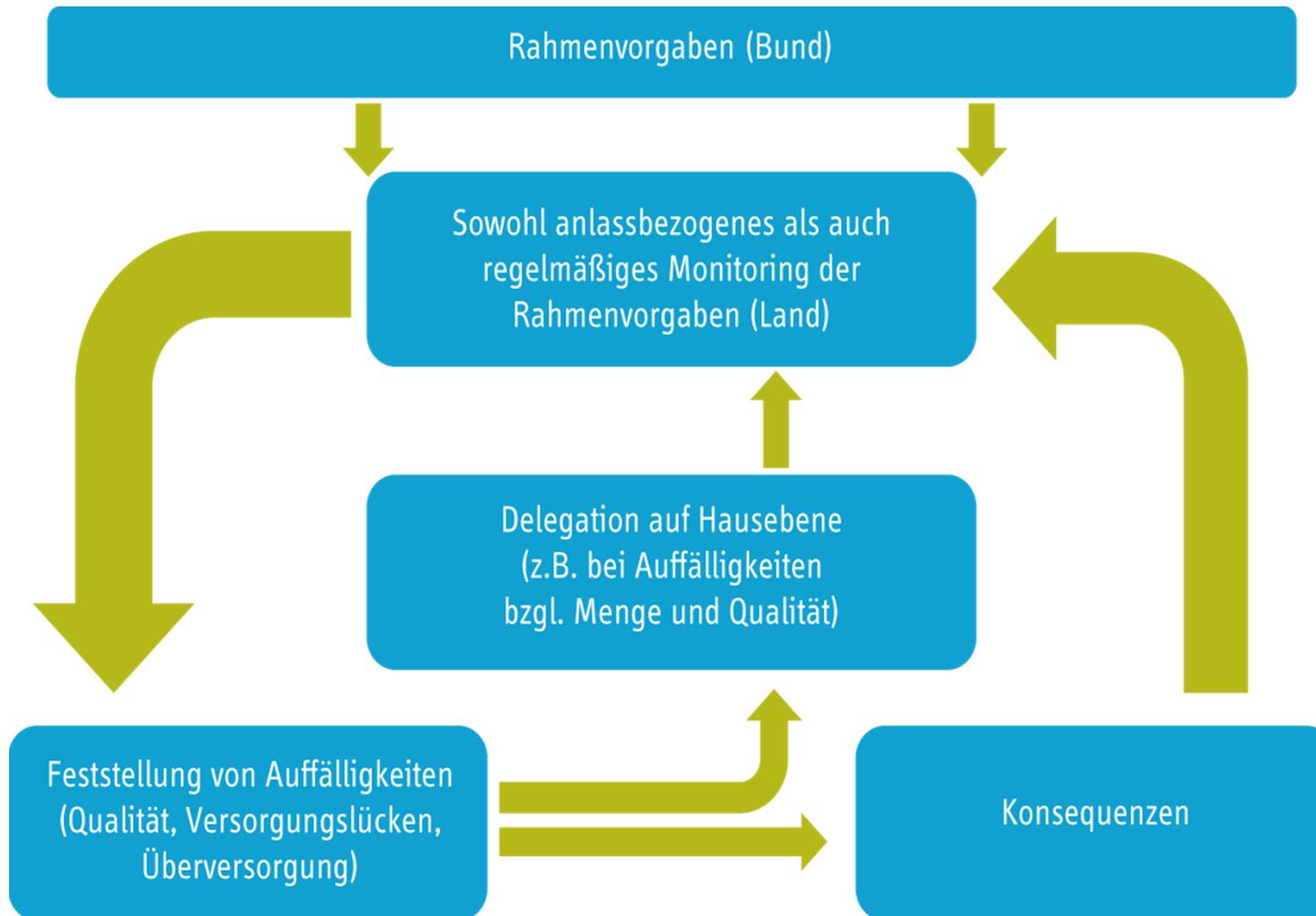
Gruppe	Bezeichnung	Farbe	max. Wartezeit
1	SOFORT	Rot	0 Minuten
2	SEHR DRINGEND	orange	10 Minuten
3	DRINGEND	Gelb	30 Minuten
4	NORMAL	Grün	90 Minuten
5	NICHT DRINGEND	Blau	120 Minuten

Aufnahme der Qualität als verbindliches Kriterium in der Krankenhausplanung 2.0



Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb
Krankenhausplanung 2.0

Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen



Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung

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

Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

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