



vdek-Zukunftsforum

**Neue Wege in der Krankenhausplanung
– gestalten statt verwalten**

3. Dezember 2014

Dr. Boris Augurzky



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

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

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

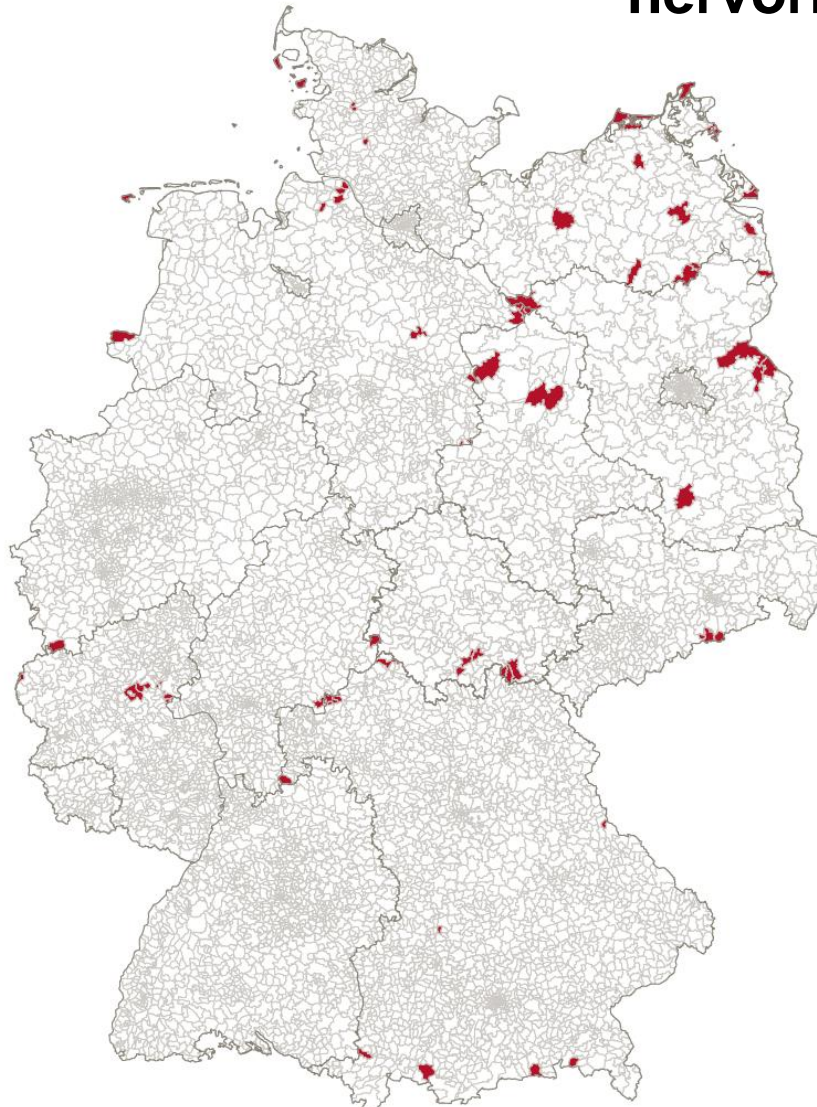
Notfallbehandlung

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

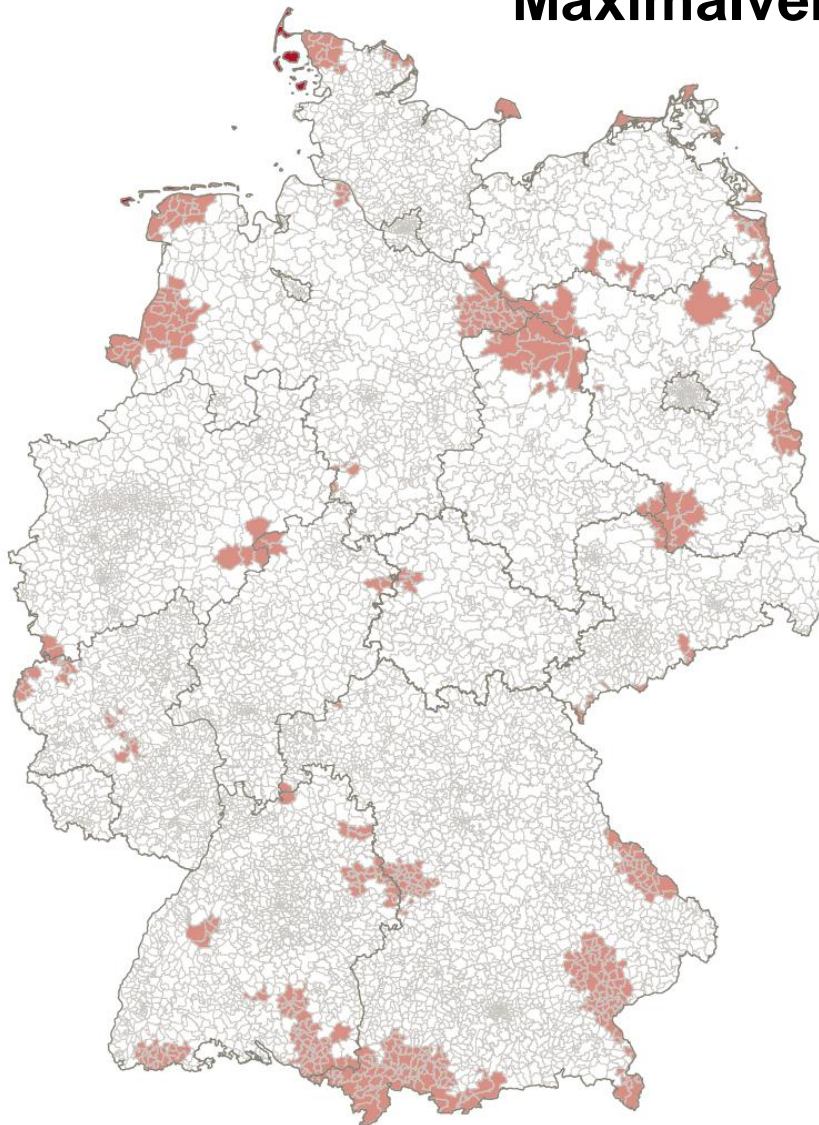
- **99,6% der Bevölkerung innerhalb des 30-Minuten-Radius**
- 98,4% innerhalb 25-Minuten-Radius

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

Quelle: RWI

Krankenhauspianung 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

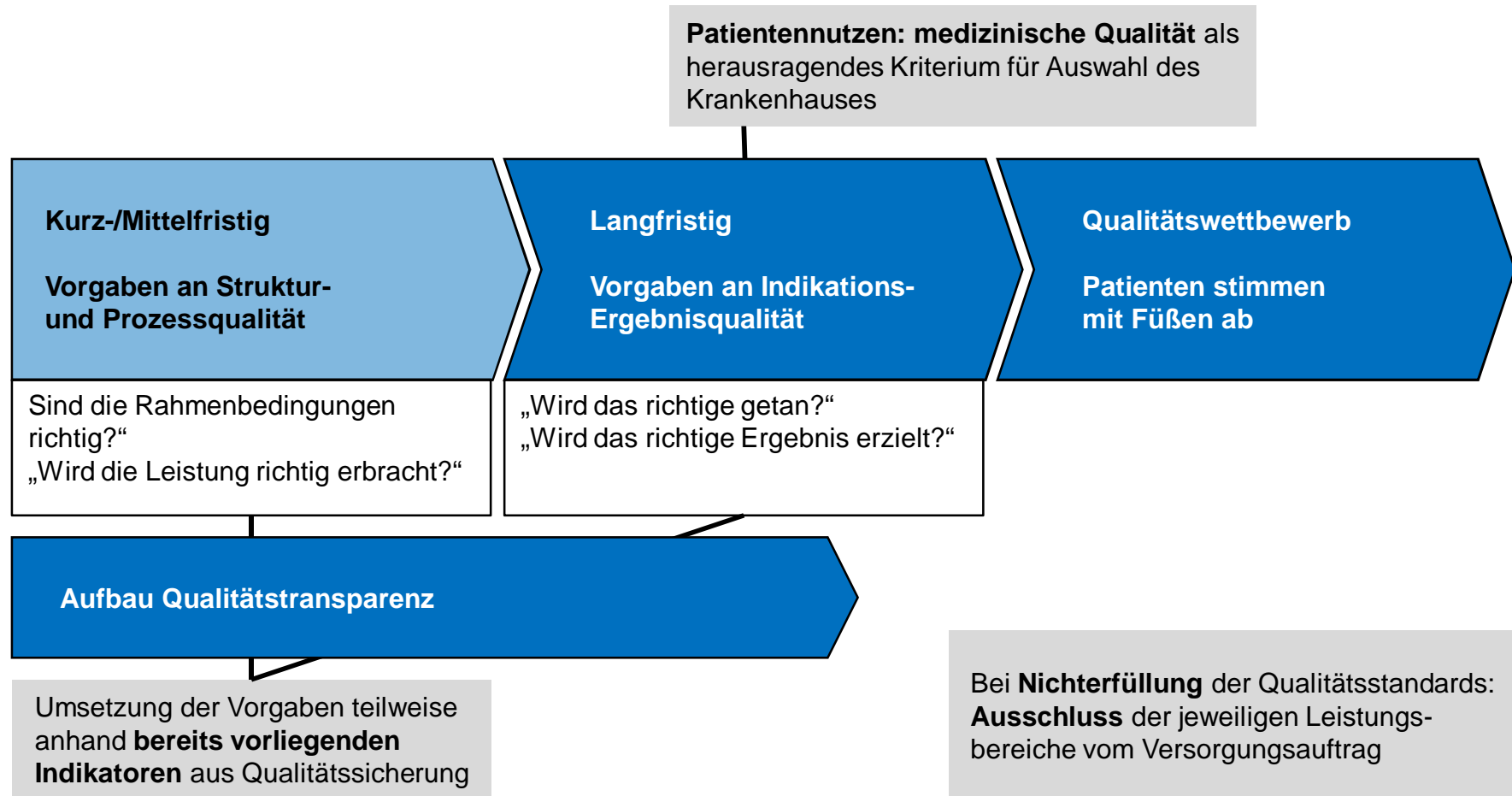
- **96,3% der Bevölkerung innerhalb des 60-Minuten-Radius**
- 3,6% der Bevölkerung innerhalb 60-120 Minuten
- 0,05% mit mehr als 120 Minuten

(1) Mehr als 600 Betten ; Standorte, nicht IK-Nummern

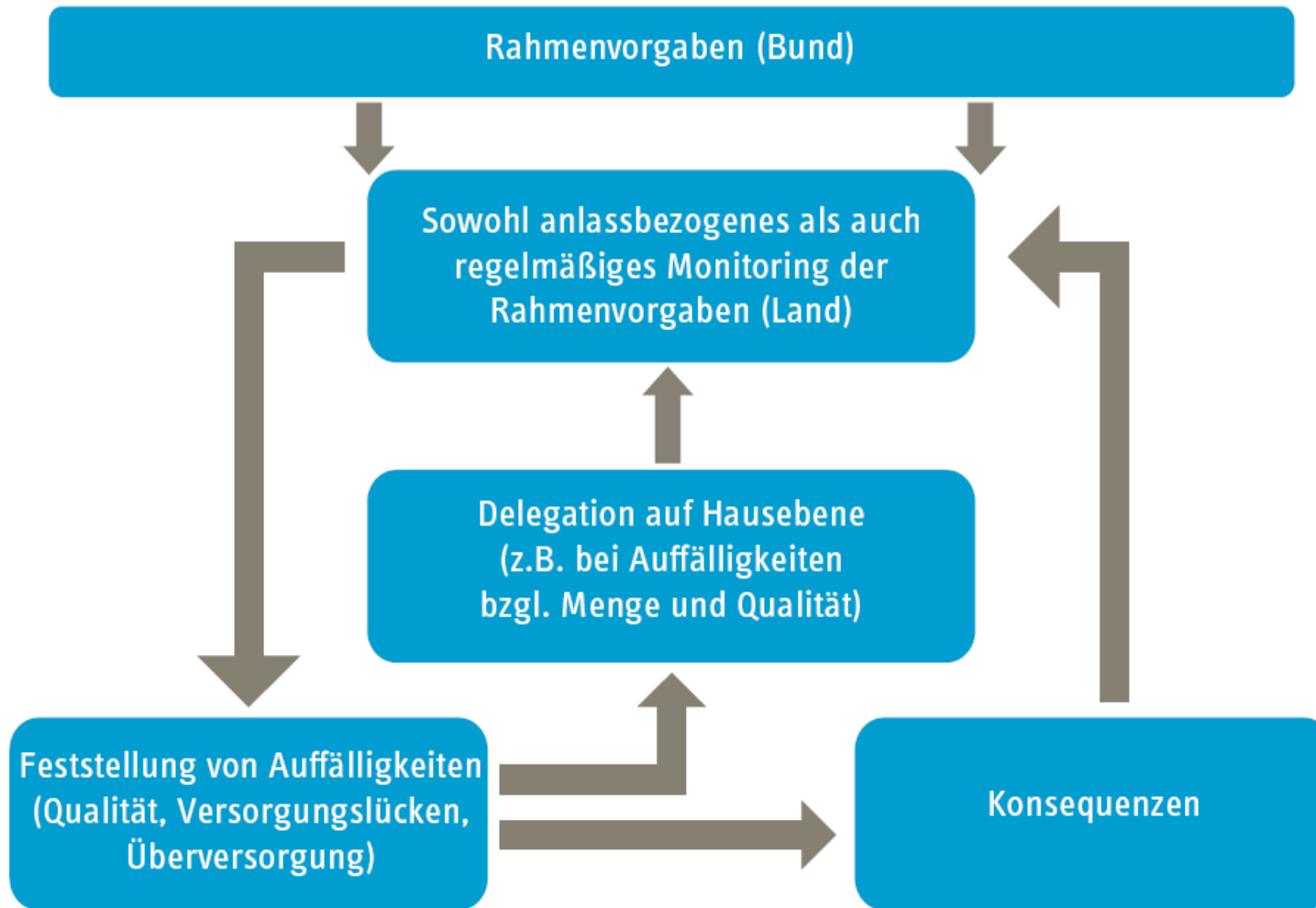
Quelle: RWI

Krankenhausplanung 2.0

Aufnahme der Qualität als verbindliches Kriterium in der 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-Informationssystem

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

Überversorgung

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

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

Bei festgestellter Überversorgung

- ▶ Angebotsausweitung wird untersagt, außer bei nachgewiesener schlechter Qualität der bestehenden Angebote
- ▶ Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in überversorgten Regionen

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