

### Fact Sheet: Wege zu einer Krankenhausplanung 2.0

#### Handlungsbedarf

- Die **Krankenhausplanung** in ihrer aktuellen Form ist **reformbedürftig**: Sie schreibt vorrangig bestehende sektorenspezifische Strukturen fort und damit auch Fehlentwicklungen wie ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Eine **Krankenhausplanung 2.0** geht dieses Problem an und berücksichtigt stärker zu erwartende Entwicklungen, um damit auf anstehende Herausforderungen wie den geo-demografischen Wandel sowie die Verknappung materieller und personeller Ressourcen schneller und angemessener reagieren zu können.
- Der **Veränderungsbedarf spitzt sich dabei weiter zu**: Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren rapide verschlechtert: 40% der Krankenhausstandorte machten im Jahr 2012 einen Jahresverlust. Viele Häuser leben von der Substanz: Nur knapp die Hälfte von ihnen waren in ausreichendem Maße investitionsfähig, während ein hoher Anteil des Anlagevermögens, der medizinischen Geräte und der technischen Ausrüstung bereits abgeschrieben war. Zumindest teilweise dafür verantwortlich ist in vielen Regionen eine ungünstige Versorgungsstruktur (zu viele kleine Einheiten, zu hohe Krankenhausdichte, zu wenig Spezialisierung) als eine Folge der historisch gewachsenen Krankenhauslandschaft und deren Fortschreibung durch die bestehende Krankenhausplanung. Neben der finanziell schlechten Lage vieler Krankenhäuser kommt vielfach eine Personalnot hinzu, da es bereits heute an ausreichend medizinischen Fachkräften mangelt.

#### Ziele

- Wichtig bei der **Modernisierung der Krankenhausplanung** ist ihre künftig **prospektive Ausrichtung** und die Verschiebung des Fokus **von einer standortbasierten zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung**, damit eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann. Dabei sollte perspektivisch eine **sektorenübergreifende Orientierung** angestrebt werden. Dies gilt insbesondere für die Notfallversorgung, die entsprechend neu strukturiert werden muss. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die **Aufnahme des Kriteriums „Qualität“** in die Versorgungsplanung. Die medizinische Qualität einer Klinik zeigt sich bei Patientenbefragungen als das entscheidende Kriterium für die Wahl eines Krankenhauses. Komfortmerkmale oder die Erreichbarkeit der Klinik haben hingegen eine geringere Bedeutung. Eine **bedarfsgerechte Krankenhausplanung** sollte diesen subjektiven Bedarf der Patienten entsprechend berücksichtigen. Auf der Ebene des objektiven Bedarfs ist es hingegen wichtig, das Risiko von Fehlversorgung zu minimieren.
- An einer reformierten Krankenhausplanung sind **neben den Ländern auch der Bund und die Selbstverwaltungspartner vor Ort stärker beteiligt**. Der Bund schafft einheitlich definierte Rahmenvorgaben, mit denen er Mindeststandards für eine bedarfsgerechte Versorgung festlegt. Ihre Einhaltung wird durch ein systematisches **Versorgungsmonitoring** sichergestellt. Die Länder stellen weiterhin regionale Krankenhauspläne auf, berücksichtigen dabei die Bundesvorgaben und organisieren das Versorgungsmonitoring. Auf Ortsebene konkretisieren die Krankenkassen und die Leistungserbringer die Vorgaben und berücksichtigen Erkenntnisse aus dem Versorgungsmonitoring. Der ganze Prozess ist dabei kein hierarchisches Einbahnstraßensystem: Rückkopplungen zwischen den verschiedenen Ebenen sind für eine vorausschauende Krankenhausplanung zwingend erforderlich.

## Umsetzung

### **Empfehlung 1: Einheitliche Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung einführen.**

Um für alle Bürger die gleiche Qualität einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten, müssen allgemeingültige Mindeststandards eingeführt und verbindlich festgelegt werden, z.B. explizite Erreichbarkeitsvorgaben. Gerade für gesetzlich Versicherte ist dies notwendig, da der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit einheitlich nach SGB V vorgegeben ist, die Krankenhausplanung aber ausschließlich in der Verantwortung der Länder liegt.

### **Empfehlung 2: Grund- und Regelversorgung klar definieren.**

Für eine wohnortnahe Bereitstellung von Basisleistungen sind Erreichbarkeitsvorgaben für die Grund- und Regelversorgung festzulegen. Diese Basisleistungen müssen daher von den Spezialleistungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung abgegrenzt werden. Für die kurzfristige Umsetzung der Krankenhausplanung 2.0 reicht es zunächst aus, Kliniken mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ als Häuser der Grund- und Regelversorgung einzustufen. Das sind in Deutschland aktuell rund 1 300 Krankenhausstandorte<sup>1</sup>. Langfristig sollte für die leistungsbezogene Abgrenzung ein am Beispiel des SPLG-Groupers in der Schweiz orientierter Algorithmus entwickelt werden, mit dem einzelne Leistungsgruppen als Basisleistungen bzw. Spezialleistungen eingeordnet werden können.

### **Empfehlung 3: Notfallversorgung neu ausrichten.**

Für die Notfallversorgung müssen eigene Standards verbindlich festgelegt und der Notfall einheitlich definiert werden. Die Zuständigkeiten der drei beteiligten Bereiche (ambulanter Sektor, Rettungsdienst und Krankenhäuser) sind dabei klar zu regeln und die Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist voranzutreiben. Für Krankenhäuser bedarf es verbindlicher Strukturanforderungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Vorhaltekosten müssen dabei gegebenenfalls durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden. Zudem sollte für Notfallmediziner eine einheitliche Zusatzqualifikation vorgeschrieben werden, die in einer führbaren Berufsbezeichnung mündet. Die individuelle Notfallbehandlung des Patienten muss anhand von symptom-basierten Struktur- und Prozessvorgaben erfolgen. Zur systematischen Erfassung von Notfallbehandlungen ist das Notfallkriterium als Zusatzkennzeichen in die DRG-Systematik aufzunehmen. Nur durch eine kalkulatorische Abgrenzung der tatsächlichen Notfälle kann eine kostendeckende Vergütung der Notfallbehandlung erreicht werden.

### **Empfehlung 4: Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben.**

Erreichbarkeitsstandards für elektive Behandlungen müssen je nach Art der Versorgungsstufe differenziert werden:

- Für Kliniken der *Grund- und Regelversorgung* und deren Angebot an Basisleistungen, sollte die Erreichbarkeitsvorgabe maximal 30 Pkw-Minuten betragen.
- Bei *Schwerpunkt- und Maximalversorgern* steht die Erreichbarkeit nicht im Vordergrund; zur Orientierung könnten hier 60 Pkw-Minuten festgesetzt werden.

---

<sup>1</sup> Hier sind tatsächlich einzelne Standorte, nicht IK-Nummern gemeint.

Diese Standards sind derzeit für 99% (Grundversorgung) bzw. 96% (Maximalversorgung) der Bevölkerung erfüllt.

- In der *Notfallversorgung* sollte als Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes maximal 12 Minuten vorgegeben werden, wie es heute schon in einigen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehen ist.

Hilfreich für eine zeitgerechte Versorgung von Notfallpatienten ist die Einführung einer standardisierten Risikoeinschätzung durch den Rettungsdienst bzw. die Einsatzleitstelle nach einem einheitlichen Triage-System. In dünn besiedelten ländlichen Gebieten sollte über den Ausbau der Luftrettungsinfrastruktur nachgedacht werden. Sie kann oftmals günstiger sein als die Aufrechterhaltung nicht-bedarfsgerechter Krankenhausstandorte. Auch die niedergelassenen allgemein- und fachärztlichen Praxen müssen verstärkt mit in die Notfallversorgung einbezogen werden. Zusätzlich bietet Telemedizin im ländlichen Raum eine Lösung für den Konflikt zwischen Wohnortnähe und qualitativ hochwertiger Versorgung.

### **Empfehlung 5: Verbindliche Qualitätsvorgaben erstellen.**

Zur Steigerung des Patientennutzens sollte Qualität als verbindliches Kriterium mit in die Krankenhausplanung aufgenommen werden. Dabei stehen grundsätzlich die *Indikationsqualität* („Wird das richtige getan?“) und die *Ergebnisqualität* („Wird das richtige Ergebnis erzielt?“) im Vordergrund. Langfristig muss eine ausreichende Transparenz über die erbrachte Ergebnis- und Indikationsqualität von Krankenhausleistungen geschaffen werden, um einen funktionierenden Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Teilweise können hierfür vorliegende Indikatoren aus der Qualitätssicherung bereits verwendet und Mindestqualitäten vorgegeben werden. Da jedoch beide Qualitätsmaße derzeit meist nicht ausreichend gut gemessen und überprüft werden können, sind stellvertretend auch die *Strukturqualität* („Sind die Rahmenbedingungen richtig?“) und die *Prozessqualität* („Wird die Leistung richtig erbracht?“) zu berücksichtigen. Entsprechend sind diesbezüglich Vorgaben als Mindeststandards in die Krankenhausplanung aufzunehmen. Zur Sicherstellung der *Strukturqualität* sollten anhand genereller, personeller und apparativer Vorgaben verbindliche Strukturanforderungen definiert werden. Für die *Prozessqualität* können Vorgaben teilweise anhand der bereits vorliegenden Indikatoren aus der Qualitätssicherung erfolgen. Leistungsbereiche einzelner Krankenhäuser, die verbindlich vorgegebene Qualitätsstandards nicht erfüllen, sollten vom Versorgungsauftrag ausgeschlossen werden. Des Weiteren sollten in der Krankenhausplanung Vorgaben für Zentren und Schwerpunkte sowie für Innovationszentren aufgenommen und überprüft werden.

### **Empfehlung 6: Einheitliche Datengrundlage schaffen.**

Um die Krankenhausplanung zukunftsorientiert am zu erwartenden Bedarf ausrichten sowie die Versorgungsstrukturen systematisch überprüfen zu können, ist die Schaffung einer passenden Datengrundlage zwingend notwendig. Insbesondere sollten die DRG-Statistiken und die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik regional nach einheitlichen Kriterien ausgewertet werden. Zudem müssen langfristig für eine sektorenübergreifende Ausrichtung der Bedarfsplanung auch die ambulanten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen hinzugezogen werden. Im Rahmen des systematischen Versorgungsmonitorings sollten bundesweit einheitliche Vorgaben zur Auswertung und Aufbereitung vorliegender Daten gemacht werden.

### **Empfehlung 7: Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen.**

Ein systematisches Monitoring des Versorgungsangebots ist zentraler Bestandteil der Krankenhausplanung 2.0. Dieses sollte auf der Ebene der Bundesländer unter Einbindung der

Selbstverwaltungspartner erfolgen. Da die Krankenversicherungen die finanziellen Konsequenzen aus den Ergebnissen des Monitorings zu tragen haben, z.B. Sicherstellungszuschläge, ist ihnen ein Mitspracherecht einzuräumen. Das Monitoring fokussiert auf die drei Dimensionen von Fehlversorgung, deren Auftreten vermindert werden soll:

- **Qualitative Fehlversorgung:** Strukturelle Qualitätsanforderungen müssen auf der Ebene einzelner Leistungsbereiche als Zulassungsvoraussetzung festgelegt werden und dauerhaft überprüfbar sein. Die Monitoringergebnisse aller regelmäßig erhobenen Qualitätsindikatoren werden auf Landesebene zusammengetragen. Liegen einzelne Leistungssegmente eines Krankenhauses dauerhaft unterhalb der festgelegten Mindestvorgaben, sollte dies zu ihrem Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag führen. Leistungserbringer, deren Qualitätsergebnisse die Mindestvorgaben deutlich übertreffen, sollten hingegen für ihre besonders gute Leistung durch Zusatzvereinbarungen mit den Krankenversicherungen belohnt werden können.
- **Unterversorgung:** Ist bei einem Krankenhaus die Reduzierung seines bestehenden Leistungsangebots – aus wirtschaftlichen Gründen oder wegen nicht erreichter qualitativer Mindeststandards – absehbar, werden die möglichen Auswirkungen in Bezug auf die Erreichbarkeitsvorgaben überprüft. Dies geschieht mittels eines Geo-Informationssystems. Ist die Mindesterreichbarkeit zum nächsten Versorgungsangebot für die Bevölkerung weiterhin gegeben, kann die Leistungsreduktion stattfinden. Andernfalls müssen alternative wirtschaftlich tragbare, auch sektorenübergreifende, Versorgungsformen geprüft werden. Sollte sich kein tragfähiges Angebot finden lassen, erhält das betroffene Krankenhaus einen Sicherstellungszuschlag.
- **Übersorgung:** Bei geplanter Leistungsausweitung eines Krankenhauses überprüft das Monitoring, ob in der betreffenden Region bereits eine „Übersorgung“ bezogen auf die entsprechende Leistung vorliegt. Dafür werden regionale Fallzahlen herangezogen und mit einem regionalisierten Richtwert verglichen, d.h. das Monitoring bezieht regionale Besonderheiten (z.B. in der Bevölkerungsstruktur) mit ein. In übersorgten Gebieten sind Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in dem betroffenen Leistungsbereich zu ergreifen. Außerdem sollte die Angebotsausweitung untersagt oder eine selektivvertragliche Lösung gewählt werden.