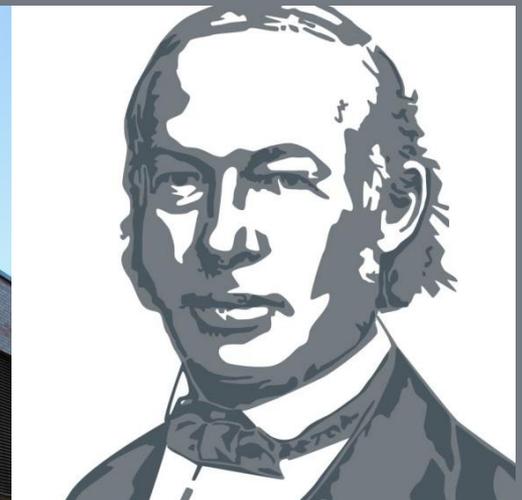




# Gesellschaftliche Veränderungen und deren Auswirkungen auf das Krankenhaus

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

Stuttgart, den 20.10.2015



## **AGENDA**

- **Ausgangslage: Soziökonomische Veränderungen**
- **Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit**
- **Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes**
- **Ausblick**

# Aktuelle Presse...

- Wissenschaftsblog
- Einschätzungen/Meinungen/Kommentare
- Publikationen
- Studentische Publikationen
- Veranstaltungen

SUCHE

ADHIBEO.TV



EINSCHÄTZUNGEN/MEINUNGEN/KOMMENTARE

## STELLUNGNAHME ZUM KRANKENHAUSSTRUKTURGESETZ



Die Bundesregierung hat kürzlich einen Entwurf zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vorgelegt, er soll noch Ende September im Bundestag diskutiert und beschlossen werden. Mit diesem Schritt erfüllt die Regierung endlich einen wesentlichen Teil der Koalitionsvereinbarung. Angesichts einer teilweise veralteten, nicht bedarfsgerechten sektorenspezifischen Notfallversorgungsstruktur und einer in manchen Bundesländern vorherrschenden retrospektiven, standortbasierten Krankenhausplanung eine politische Notwendigkeit, finden Prof. Dr. Andreas Beivers, Studiendekan **Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Hochschule Fresenius München** und Prof. Dr. Volker Penter, **Head of Health Care bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG**. In einem neunseitigen Papier nehmen die beiden Experten Stellung zu den Auswirkungen des KHSG auf die

## Wissenschaft gegen Klinik-Lobby

Peter Thelen

Berlin

Ein Tag vor bundesweiten Protestaktionen von Krankenhausmitarbeitern gegen die geplante Krankenhausreform erhält Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) Schützenhilfe von unverhoffter Seite.

In einer „Gesundheitsökonomischen Stellungnahme“, die dem Handelsblatt vorliegt, weisen Andreas Beivers von der Fresenius-Hochschule in München und Volker Penter von der Wirtschaftsberatung KPMG den Vorwurf der Kliniken zurück, bei der Reform handele es sich um ein Spargesetz zulasten der Krankenhäuser. Zwar weise das Gesetz „Schwachpunkte“ auf. „Es ist entgegen der vehementen Kritik aber kein Spardiktat“, sondern eine „wichtige Strukturreform“. Beide sind ausgewiesene Experten auch für Klinikmanagement und kennen viele Kliniken aus eigener Beratertätigkeit von innen.

So sei geplant, bis 2020 6,2 Milliarden Euro zusätzlich auszugeben. Freilich solle dieses Geld an Häuser fließen, die die neuen Standards für Qualität und

Effizienz erfüllen. Diese Qualitätsoffensive aber sei überfällig, da die gegenwärtige Krankenhauslandschaft „durch Fehlentwicklungen“ mit einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung gekennzeichnet sei. Nicht alle könnten in diesem neuen Wettbewerb „wirtschaftliche Gewinner“ sein. „Einzelne medizinische Abteilungen oder Häuser“ müssten sogar „bei unzureichendem Leistungsniveau im Extremfall vom Markt verschwinden“, räumen sie ein.

Genau dagegen aber wehrt sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit ihren Protesten. Dazu werden am Mittwoch vor dem Brandenburger Tor in Berlin mehr als 10.000 Ärzte und Pflegekräfte erwartet.

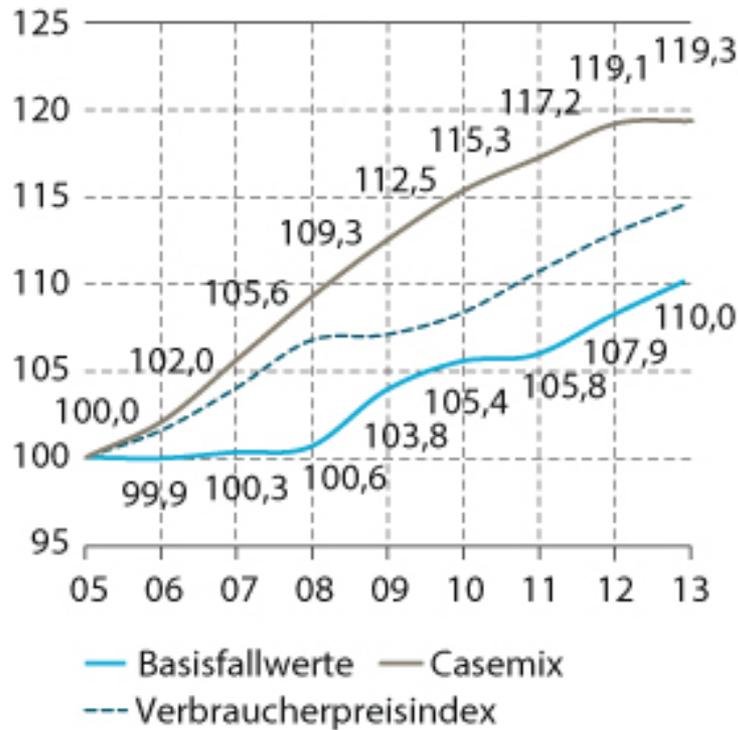
Die DKG sieht dadurch die Krankenhausversorgung insgesamt in Gefahr. Zu Unrecht finden die Wissenschaftler. Sie sehen die Marktbereinigung zugunsten „qualitativ hochwertiger, bedarfsnotwendiger Krankenhäuser“ vielmehr als notwendig an, um die Krankenhausversorgung rechtzeitig an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen. Nur in einem Punkt teilen sie die Kritik der Kliniken: Auch sie sehen in der Weigerung der Länder, ihren Investitionspflichten nachzukommen, ein großes Handicap für die Reform. Insgesamt verdiene Gröhes Gesetz aber „als erste strukturelle Krankenhausreform seit zehn Jahren Anerkennung“. Es dürfe auf den letzten Metern nicht verwässert werden.

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

# Die Marktentwicklung

Preise und Mengen von Allgemeinkrankenhäusern, 2005 bis 2013

Preise und Mengen (Casemix)  
von DRG-Leistungen



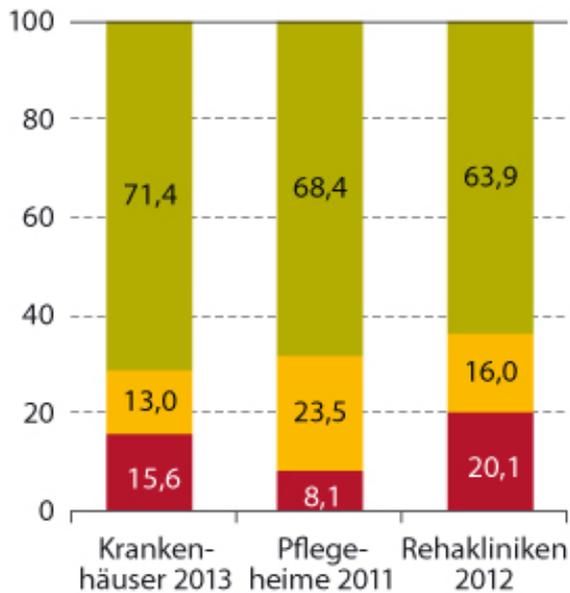
Änderungen 2005 – 2013 bei  
DRG-Leistungen (Allgemeinkrankenhäuser)

Erlöse:	+31,1%	(+3,4% p.a.)
Preise:	+10,0%	(+1,2% p.a.)
<b>Casemix:</b>	<b>+19,3%</b>	<b>(+2,2% p.a.)</b>
Verweildauer:	-13,6%	
Belegungstage:	-4,1%	

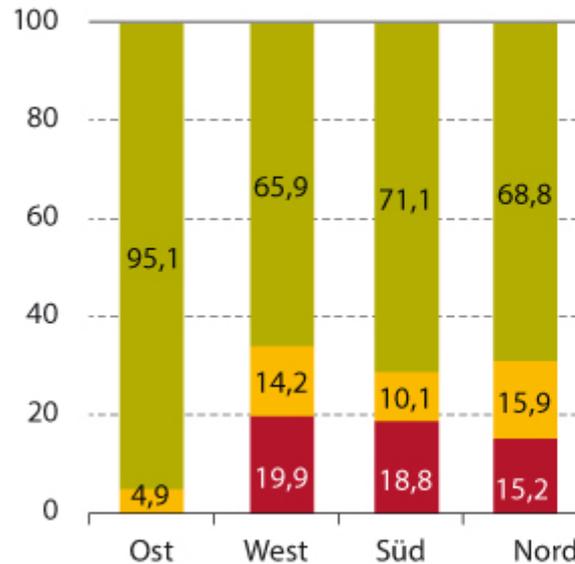
# Wirtschaftliche Engpässe bei Krankenhäusern

## Ergebnisse des RWI-Ratings

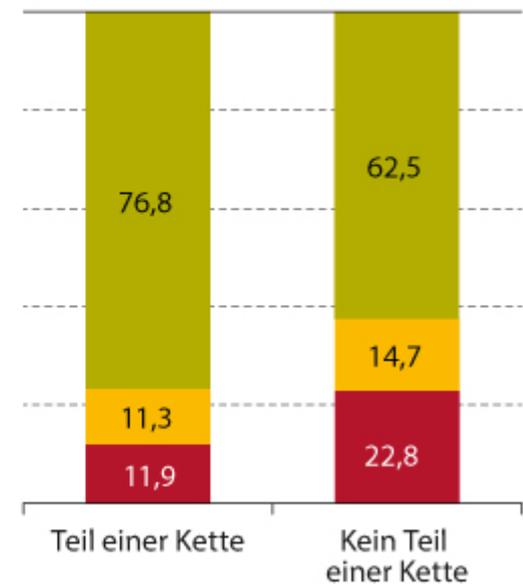
Verteilung der Einrichtungen nach der Ampelklassifikation



Nach Region



Nach Zugehörigkeit zu einer Kette



# Der geo-demographische Wandel

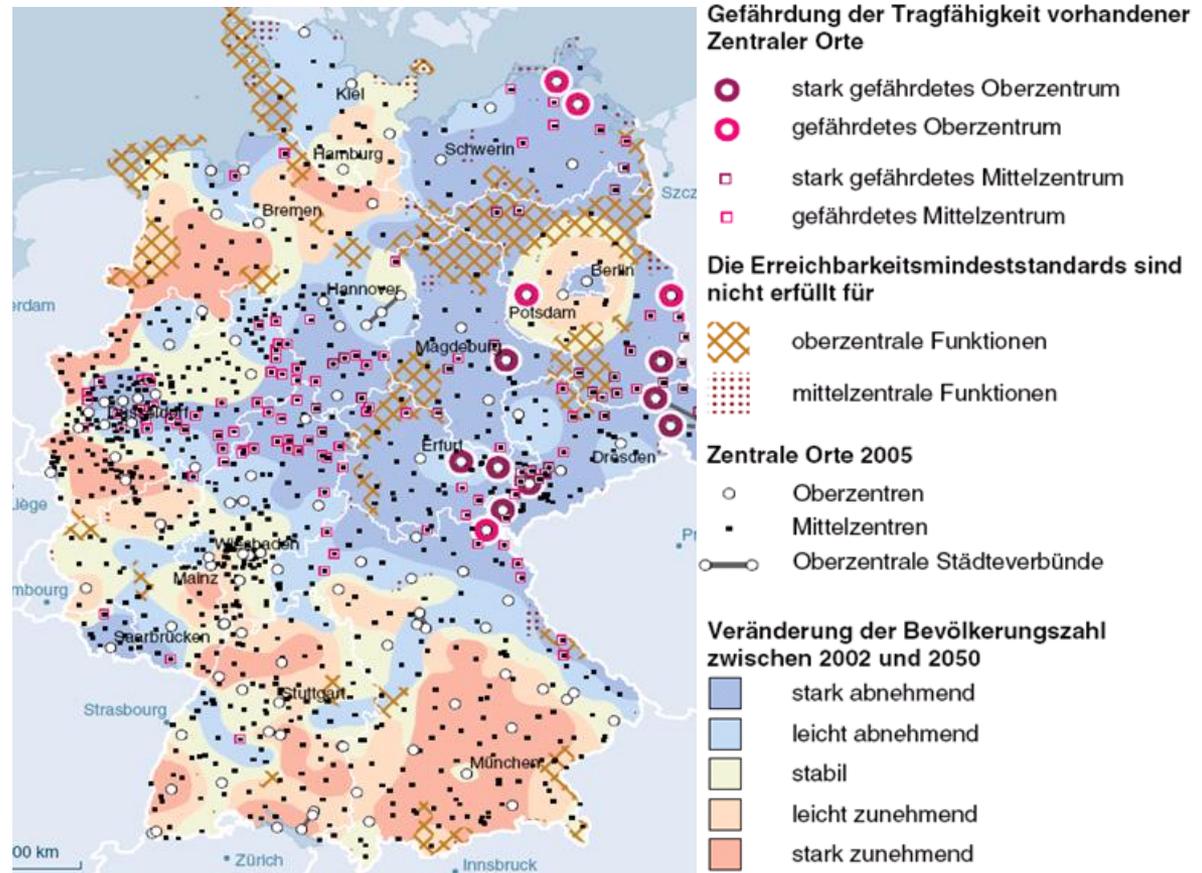
Besonders betroffen:  
Altmark, Uckermark,  
Prignitz & Niederlausitz

## Tragfähigkeitsgefährdung:

Oberzentren:  
Bevölkerungsrückgang  
> 20% bis 2050 & Bev.  
< 200.000 Einwohner

Mittelzentren:  
Bevölkerungsrückgang  
> 15% bis 2050 & Bev.  
< 30.000 Einwohner

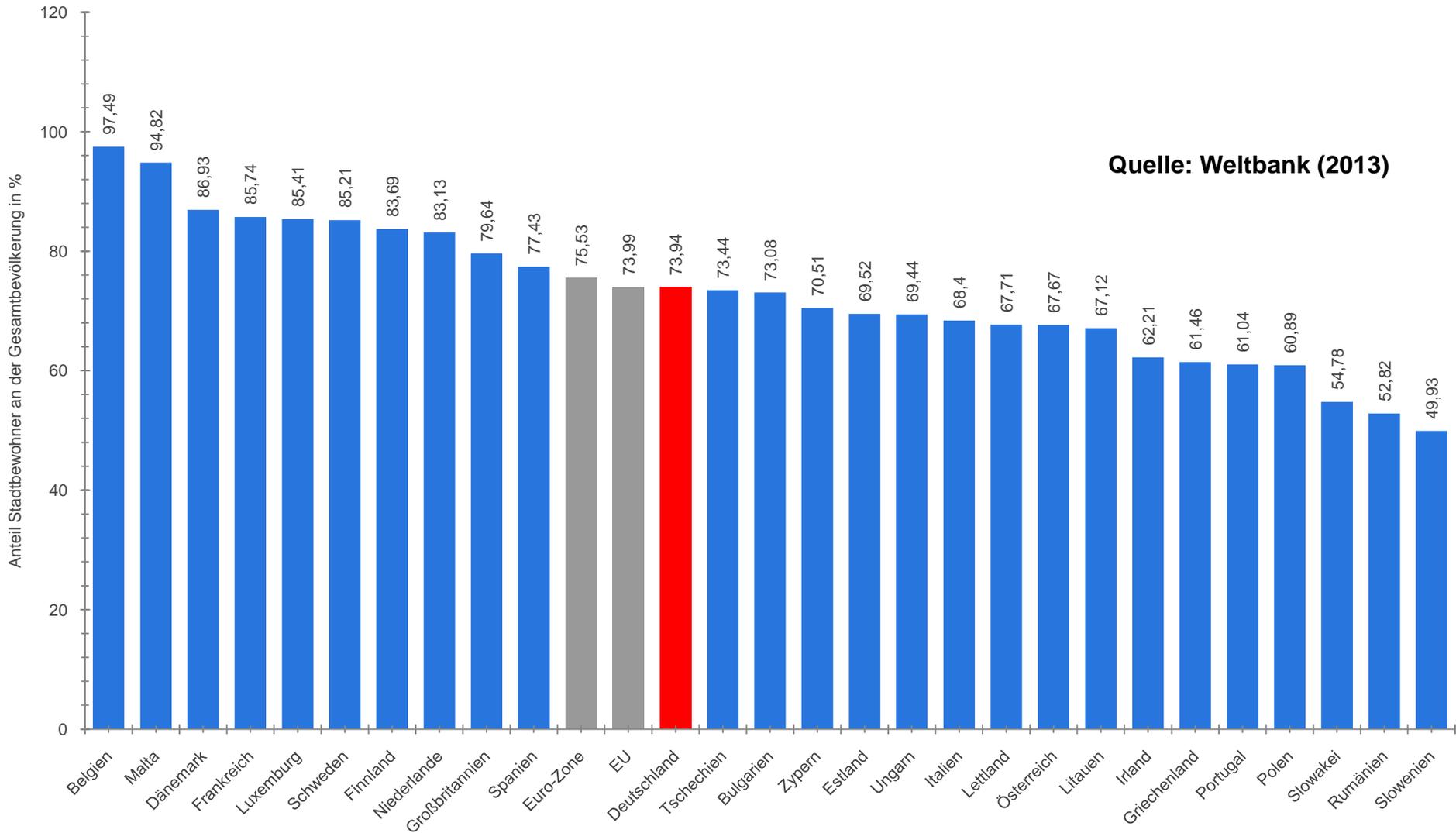
Σ 120 Mittelzentren  
sind bis 2050 gefährdet



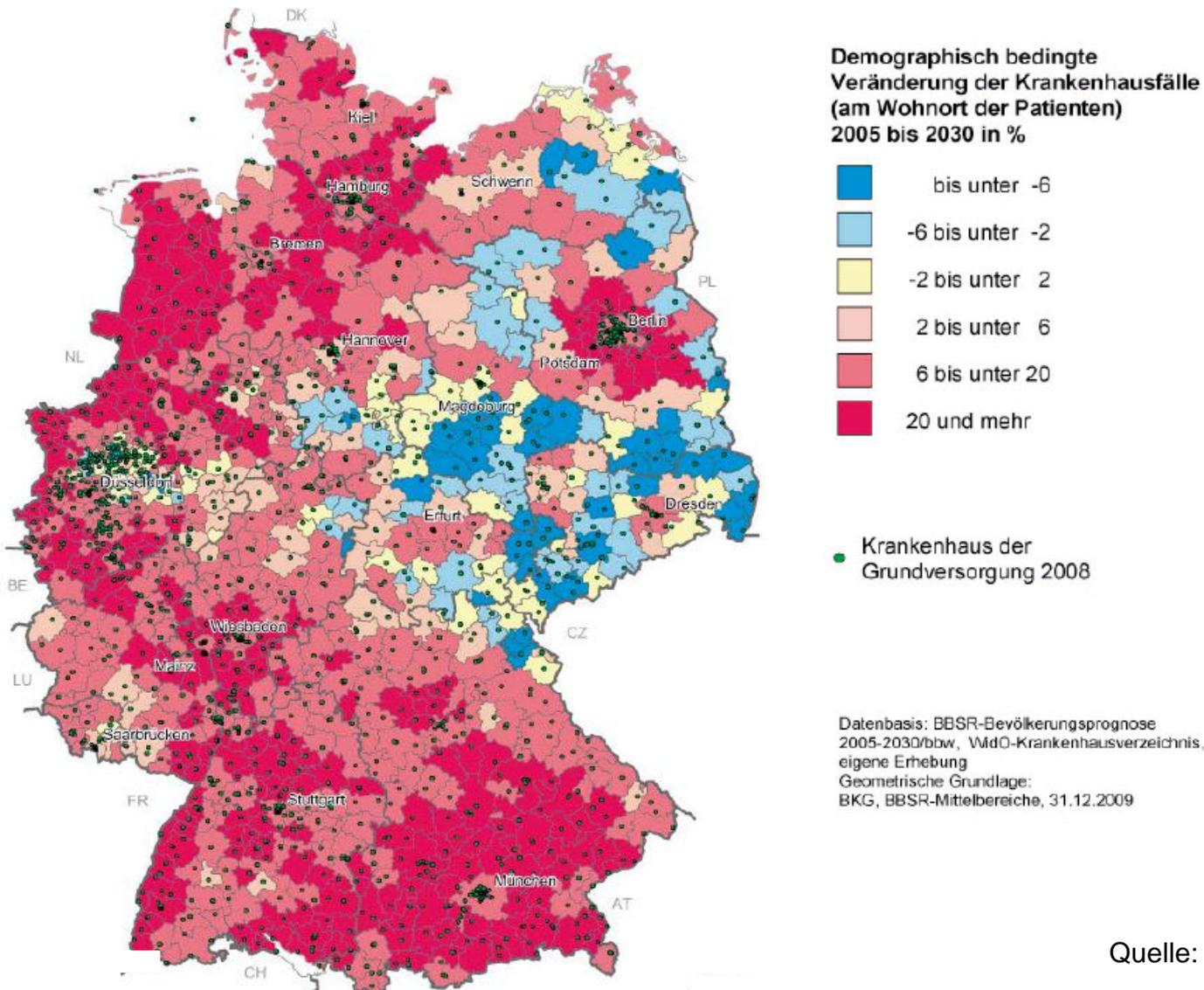
Quelle: Spangenberg/Beivers, (2012)

# Grad der Urbanisierung in der EU 2011:

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



# Auswirkungen des geodemographischen Wandels auf die Krankenhausinanspruchnahme

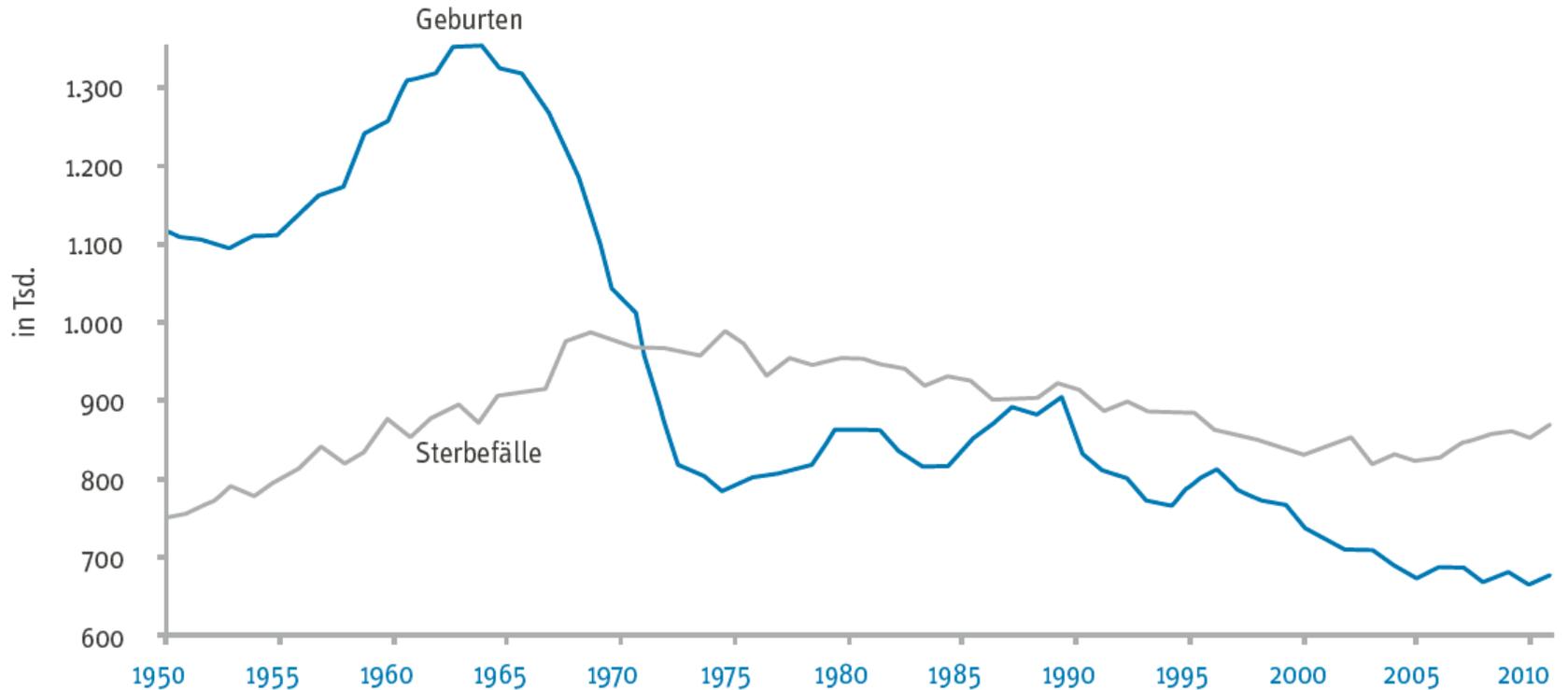


# Veränderung des Leistungsspektrums in den KHs?

## Geburten und Sterbefälle

in Tausend

1950 – 2012, Bundesgebiet

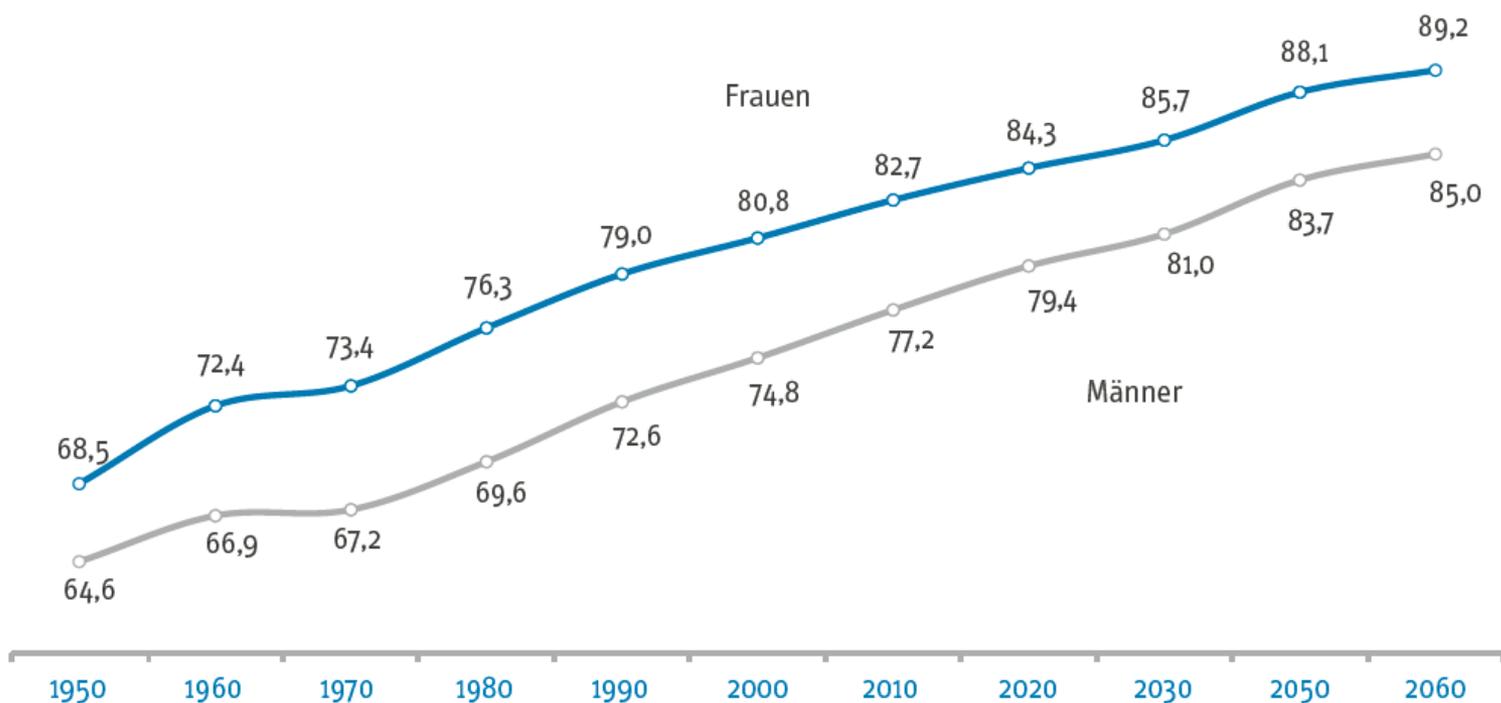


# Längeres Leben = Gesundes Leben???

## Lebenserwartung bei Geburt

in Jahren

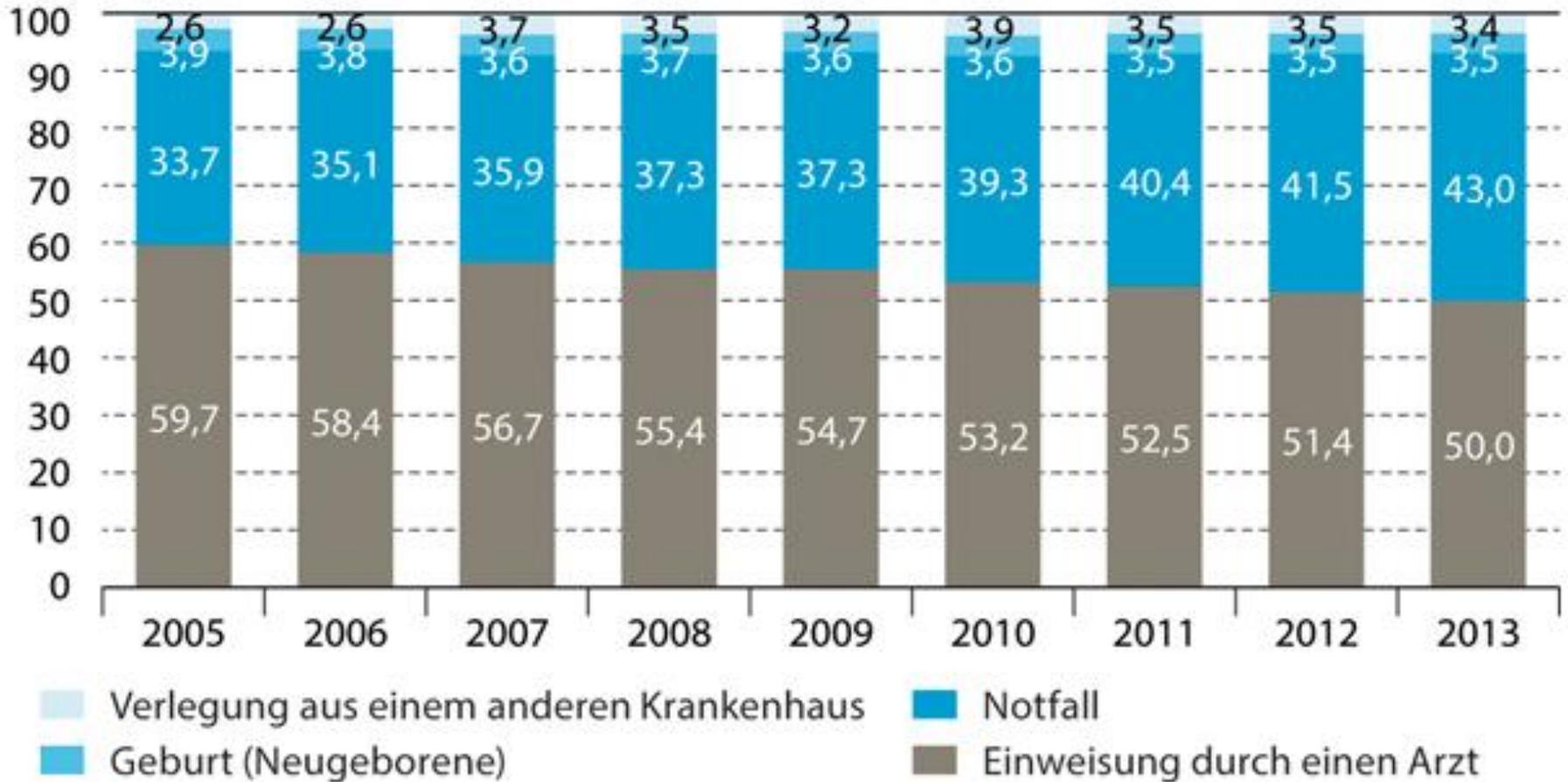
1950 – 2060, Bundesgebiet



Quelle: vdek (2014)

# Der Weg ins Krankenhaus

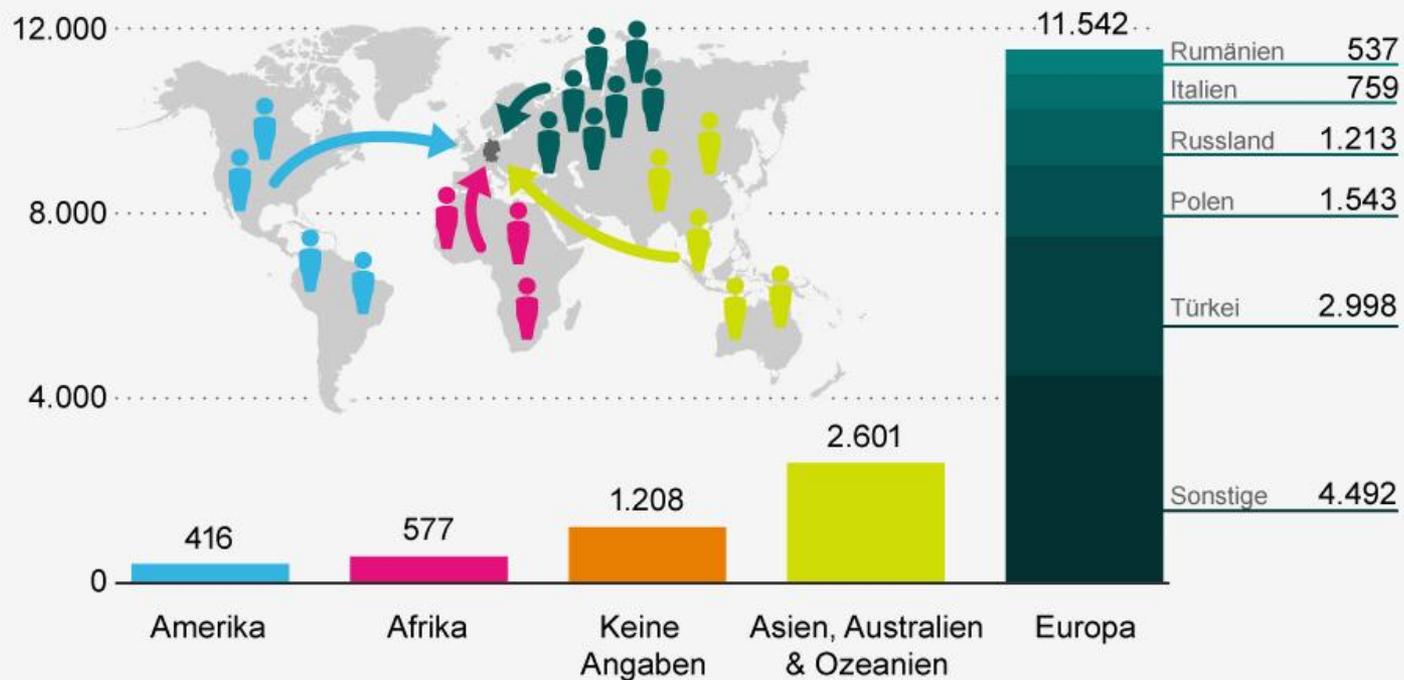
Aufnahmearlässe in die akutstationäre Behandlung, 2005 bis 2013



# Zunehmende Bedeutung transkultureller Medizin

## 16,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland 2012 (in 1.000)



# DRG-Anpassung 2016 notwendig??

OPS



**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

## 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	BDÜ e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.bdue.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Eingriever
Vorname *	Monika
Straße *	Uhlandstr. 4-5
PLZ *	10623
Ort *	Berlin
E-Mail *	eingriever@bdue.de
Telefon *	07634 591194

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Vorschlag für die Schlüsselnummer: Zuordnung unter ...

... (Schlüsselnummer) - Leistungen von Dolmetschern bei der Ausführung von ärztlichen und zahnärztlichen Kassenleistungen für nicht der deutschen Sprache mächtige bzw. nicht im ausreichenden Maße mächtige Personen

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Menschen, die in Deutschland dauerhaft leben, jedoch aufgrund eines Migrationshintergrundes oft nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, sich ausreichend in Alltagssituationen der deutschen Sprache zu bedienen, sind in ihrem Alltag aus diesem Grund oft auf die Hilfestellung durch Dolmetscher angewiesen. Dies gilt selbstverständlich auch in Fällen, in denen sie erkranken und medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, sei es im ambulanten oder im stationären Bereich. Das Patientenrechtegesetz, welches am 29. November 2012 vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde, verfolgt u.a. das Ziel, die Patienten gegenüber den Leistungsträgern zu stärken und ihnen ein höheres Maß an Beteiligung und Information zu ermöglichen. Diese Zielsetzung des Gesetzes gilt selbstverständlich auch für die eingangs beschriebene Personengruppe, erst recht, wenn es sich bei diesen Personen um gesetzlich krankenversicherte Menschen handelt. Daher sieht das neue Gesetz in § 630e BGB zwingend vor, dass der Behandelnde verpflichtet ist, den Patienten

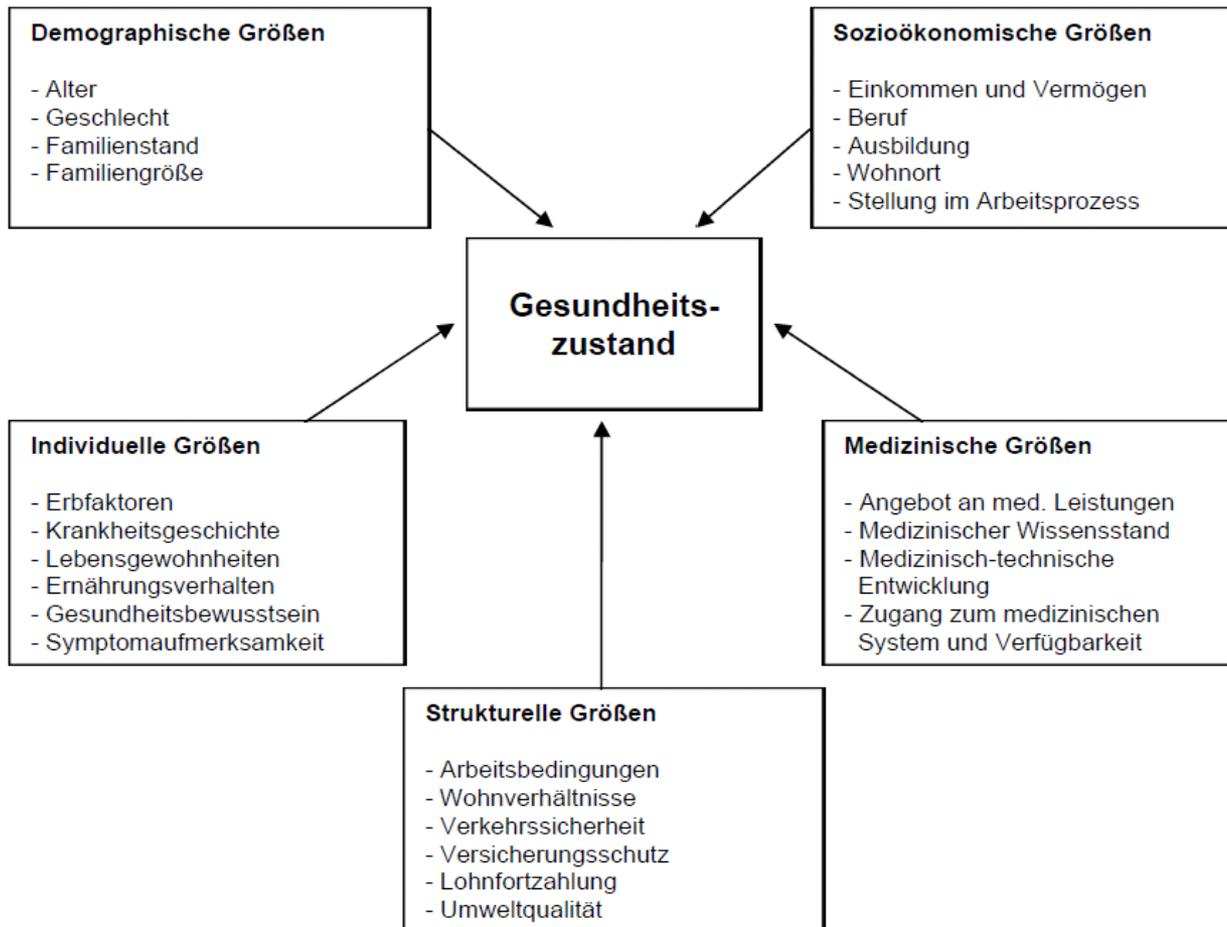
# Ehealth, Digitalisierung, Patient 2.0 etc.



## **Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit**

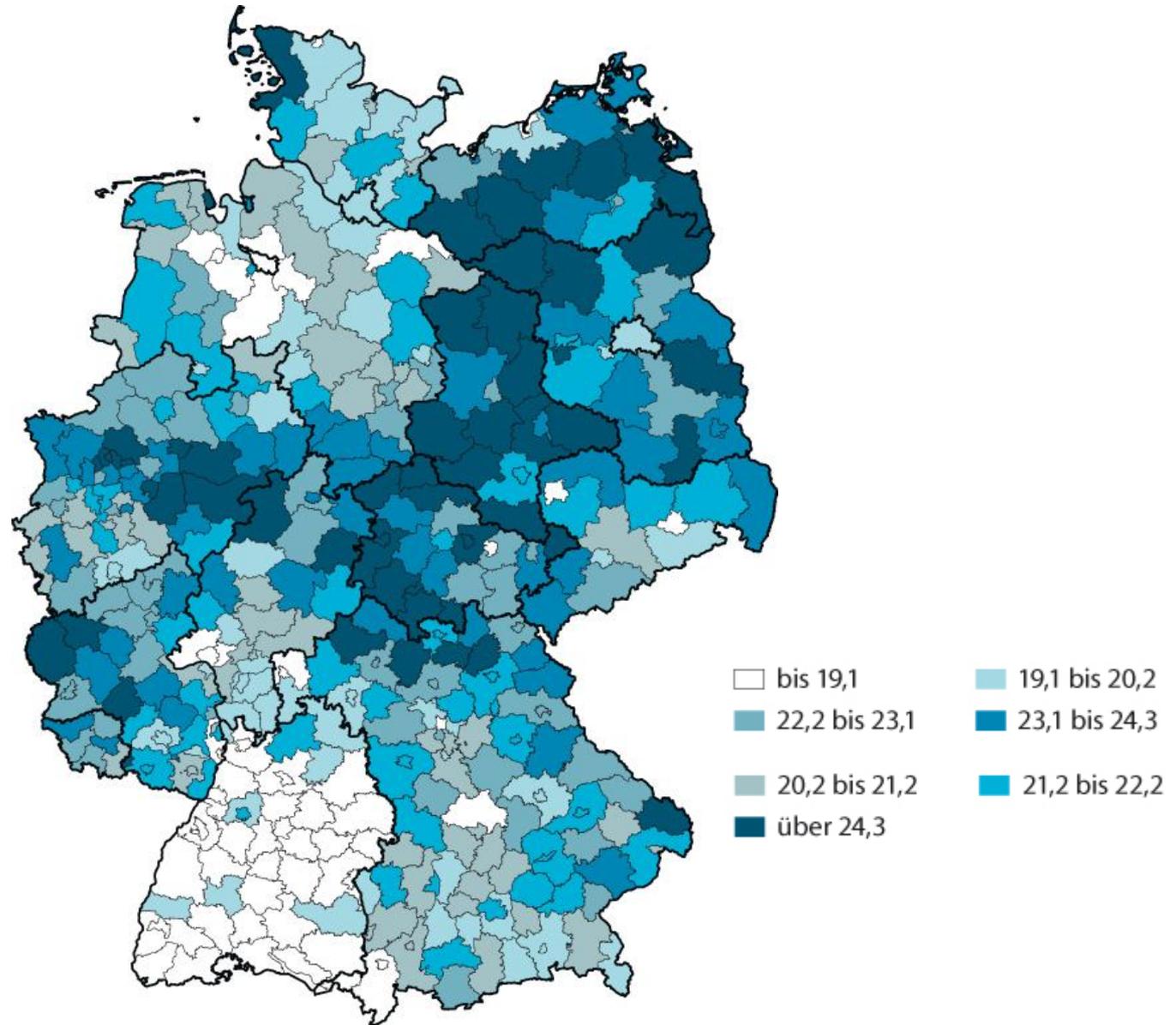
# Gesundheit als Gerechtigkeit?

## Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes

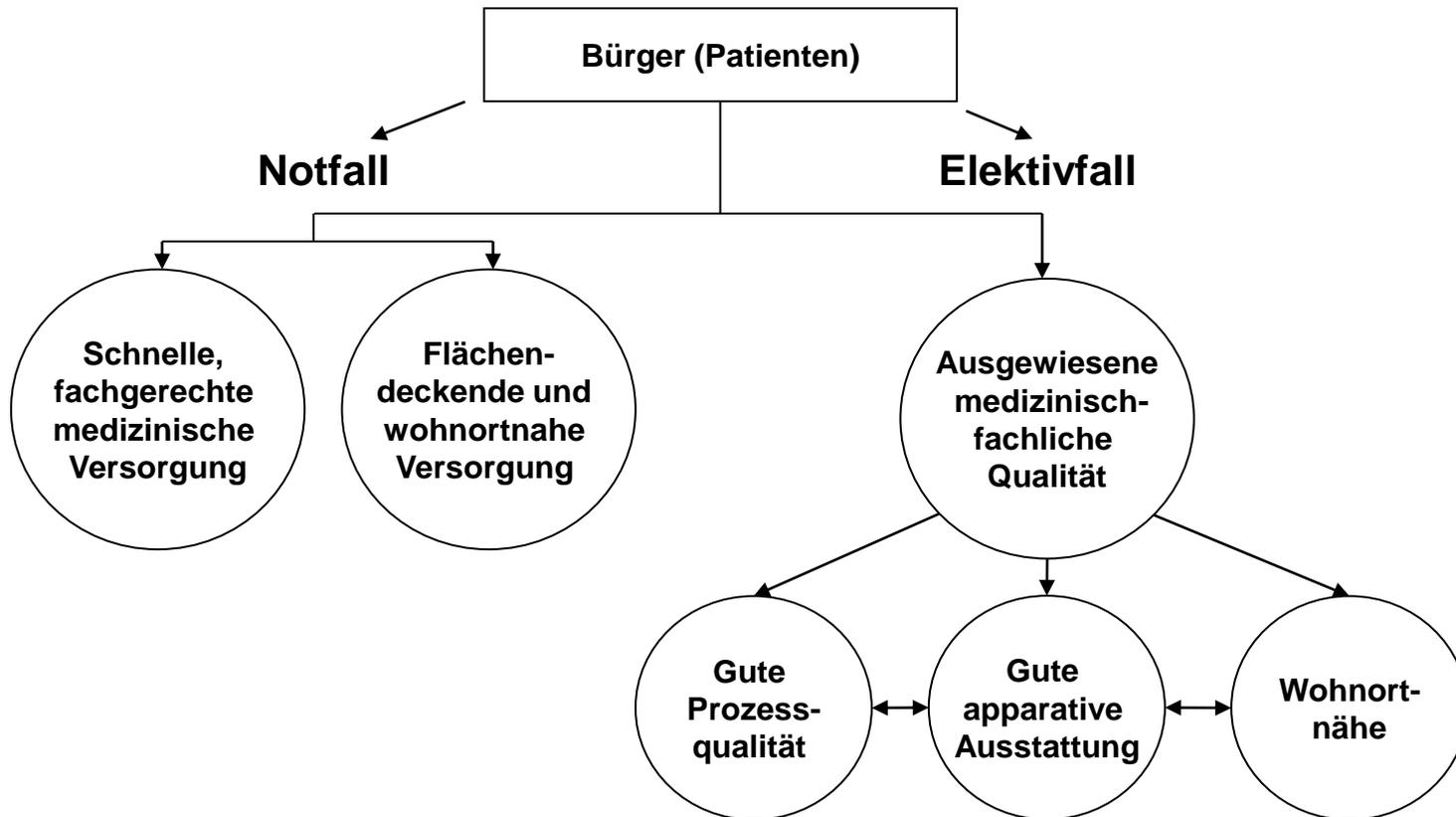


# Weiteres Thema: Regional heterogene Inanspruchnahme

Um Alter und Geschlecht bereinigte Zahl der stationären Fälle je Einwohner 2010; pro 100 Einwohner



# 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

# Problem: Abwanderung der Patienten

## Patientenwege mit Hüftoperationen nach Altersgruppen

Patienten nach Altersgruppen	Fallzahl	Zurückgelegte Patientenwege in km (Mittelwert)	Anteil der Patienten, die sich im wohnortnächsten Krankenhaus behandeln lassen	Anteil der Patienten, die sich im entfernteren Krankenhaus behandeln lassen	Zurückgelegte, freiwillige Zusatzdistanzen in km (Mittelwert)
<b>Elektiv</b>					
bis < 40 Jahre	713	41,0	14,0%	86,0%	40,2
40 bis < 60 Jahre	8.293	26,3	26,7%	73,3%	26,7
60 bis < 80 Jahre	34.868	18,4	35,6%	64,4%	17,7
80 Jahre und älter	6.757	16,5	39,2%	60,8%	16,5
<i>alle</i>	<i>50.631</i>	<i>19,7</i>	<i>34,3%</i>	<i>65,7%</i>	<i>19,6</i>
<b>Notfall</b>					
bis < 40 Jahre	20	25,3	25,0%	75,0%	24,4
40 bis < 60 Jahre	563	16,5	48,3%	51,7%	20,0
60 bis < 80 Jahre	7.810	13,3	55,5%	44,5%	15,2
80 Jahre und älter	12.846	11,6	58,1%	41,9%	12,9
<i>alle</i>	<i>21.239</i>	<i>12,4</i>	<i>56,8%</i>	<i>43,2%</i>	<i>14,0</i>
<b>Gesamt</b>	<b>71.870</b>	<b>17,6</b>	<b>41,0%</b>	<b>59,0%</b>	<b>18,4</b>

Quelle: Friedrich, Beivers (2009)

## **Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes**

Benutzerhinweise Inhaltsübersicht English Gebärdensprache Leichte Sprache

Bundesministerium für Gesundheit

Ministerium Themen **Presse** Service

Suchbegriff(e) 🔍

**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

Pressemitteilung Eckpunkte zur Krankenhausreform 2014  
PDF-Datei (PDF)

Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015  
PDF-Datei (PDF)

**Deutscher Bundestag**  
**18. Wahlperiode**

**Drucksache 18/5372**

30.06.2015

**Gesetzentwurf**  
**der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

**....erste Lesung bereits erfolgt (im Bundestag und Bundesrat), Expertenanhörung der Fraktionen am 7.9.15, und was sagen die Krankenhäuser???**



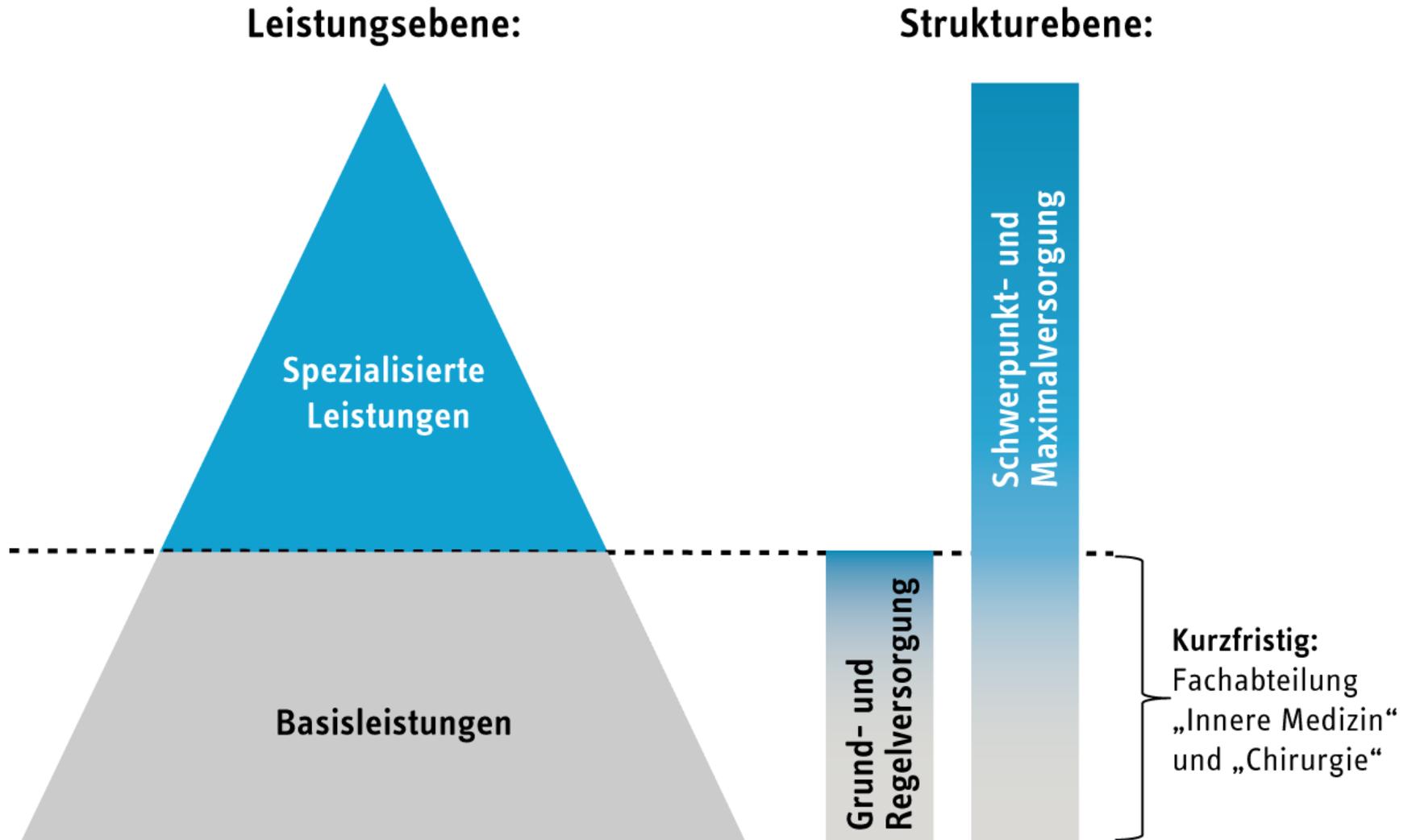
Boris Augurzky  
Andreas Beivers  
Niels Straub  
Caroline Veltkamp

## 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

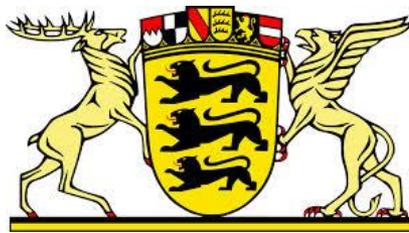
- Erreichbarkeit nicht im Vordergrund
- Orientierungswert: bis zu 60 Pkw-Minuten

## Notfallbehandlung

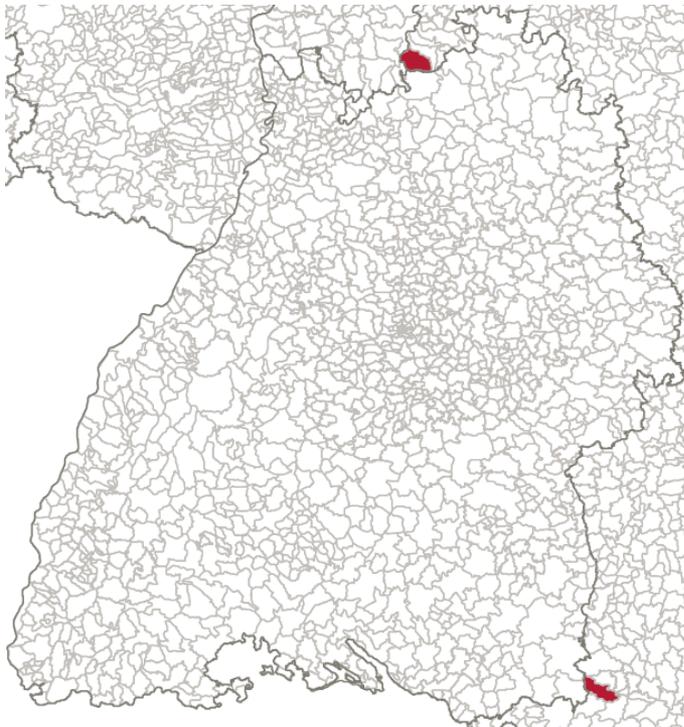
Zeitspanne bis zum Eintreffen des  
Rettungsdienstes: **maximal 12 Minuten**

In dünn besiedelten, ländlichen  
Bereichen

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



## Erreichbarkeit der Grund- und Regelversorgung 2012 hervorragend



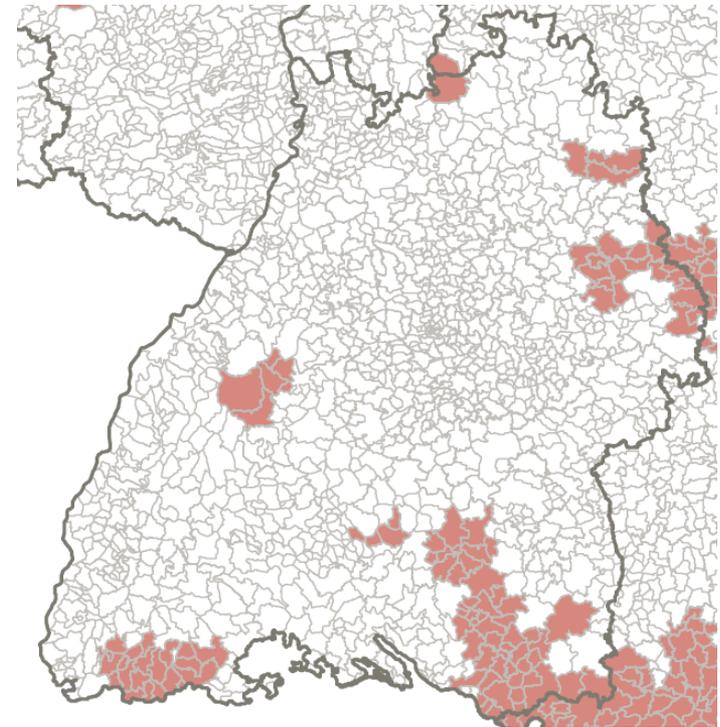
### Legende

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

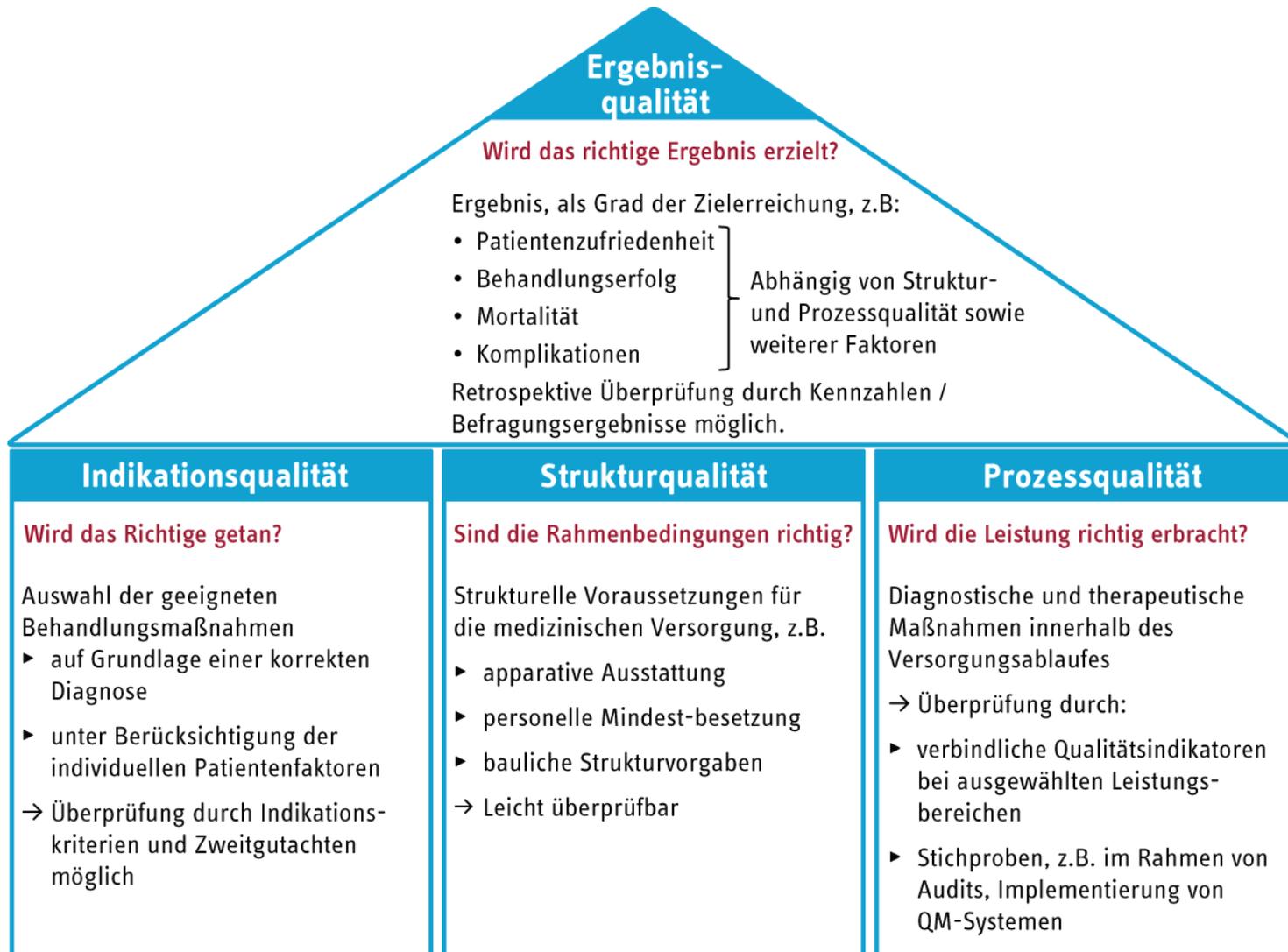
# Verbindliche Strukturanforderungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung

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**

# Dimensionen der Qualität

## Welche eignen sich zur Planung?

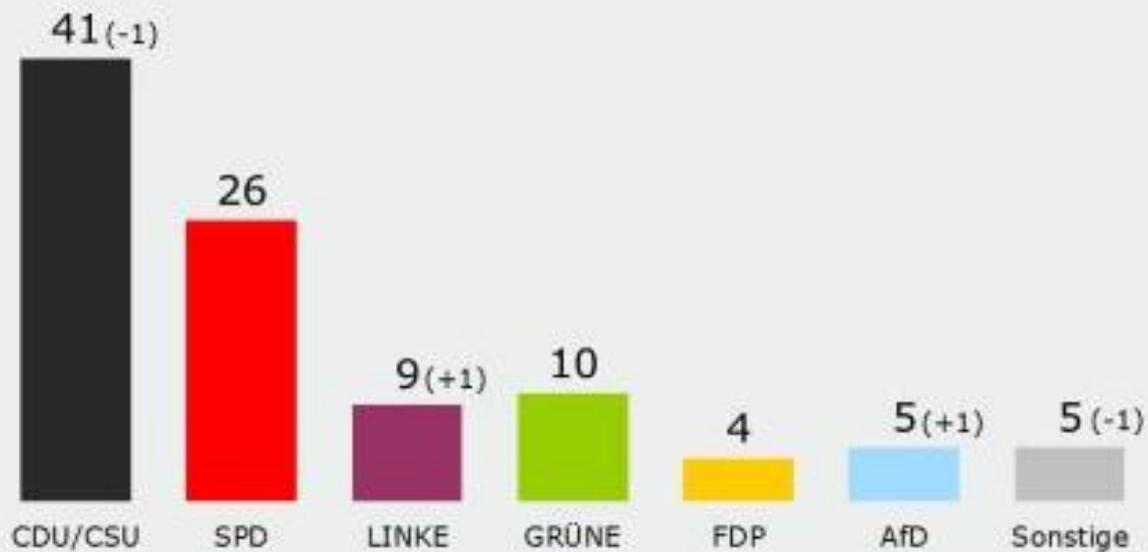


# Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut 	Qualität schlecht 
<b>Erreichbarkeit nicht gefährdet</b> 	<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 gefährdet</b> 	<b>Prüfung alternativer Versorgungskonzepte, sonst Sicherstellungs- zuschlag</b>	<b>Auflagen zur Qualitätssteigerung Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen</b>

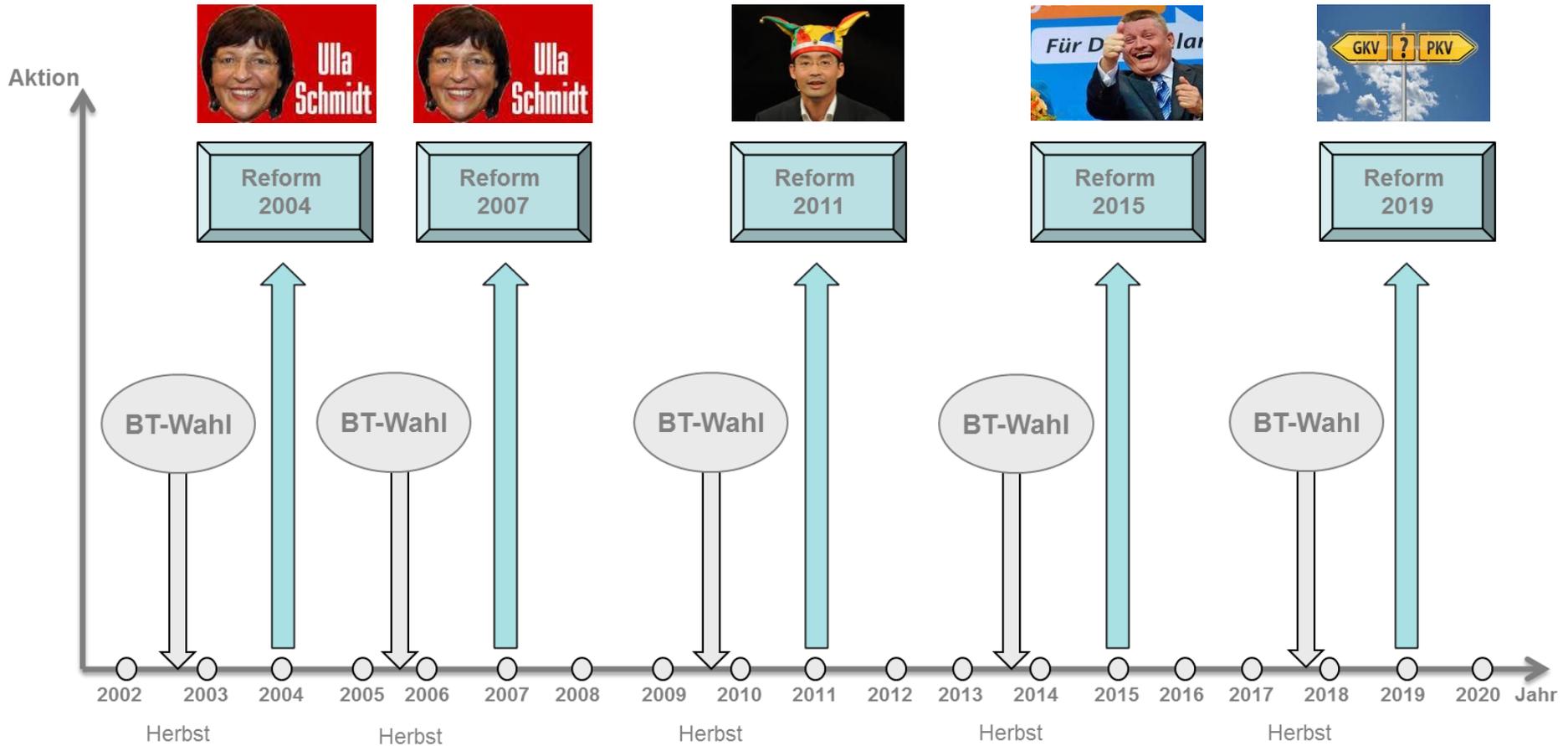
# Ausblick: Wenn jetzt Wahlen wären...

Projektion: Wenn am nächsten Sonntag wirklich Bundestagswahl wäre ... (Sept. II 2015, KW 39)



# Wann kommt die nächste Reform:

Der Wahl- und Reformzyklus...



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Neubauer (2007)

**Arbeiten an der deutschen  
Gesundheitsversorgung lohnt sich...**



**AMERICAN HEALTHCARE**

As good as ever



**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)