

# Potentialanalyse Leistungsausweitung vs. Leistungskonzentration

(Mengen, Qualität, Mengen, Demographie, Kosten)

120. Fortbildung der VKD-Landesgruppe BW, Stuttgart  
20. Oktober 2015

# Unser Handlungsrahmen Koalitionsvertrag 2013

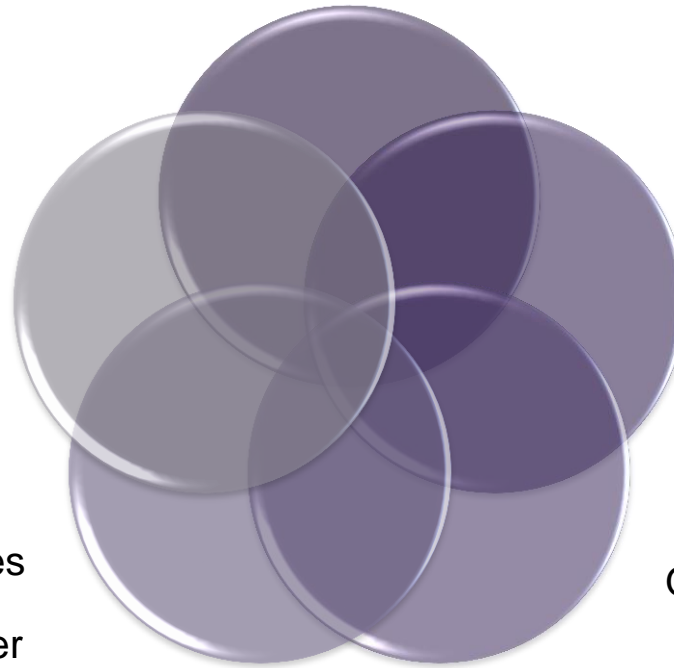
Flächendeckende  
Krankenhausversorgung  
als wesentliches  
Element der  
Daseinsvorsorge

Nur Operationen  
durchgeführt, die  
auch tatsächlich  
medizinisch  
notwendig sind

Eine sichere  
Behandlung ist  
letztendlich nur dort  
möglich, wo klinisches  
Personal nicht über  
Gebühr belastet wird

Qualität als weiteres  
Kriterium für  
Entscheidungen der  
Krankenhausplanung  
gesetzlich

Qualitätsoffensive zur  
Verbesserung der  
Qualität der  
stationären



➔ Eckpunkte

➔ Krankenhaus-  
strukturgesetz

➔ Einfluss auf KH  
& Leistungsportfolio

# Rahmenbedingungen

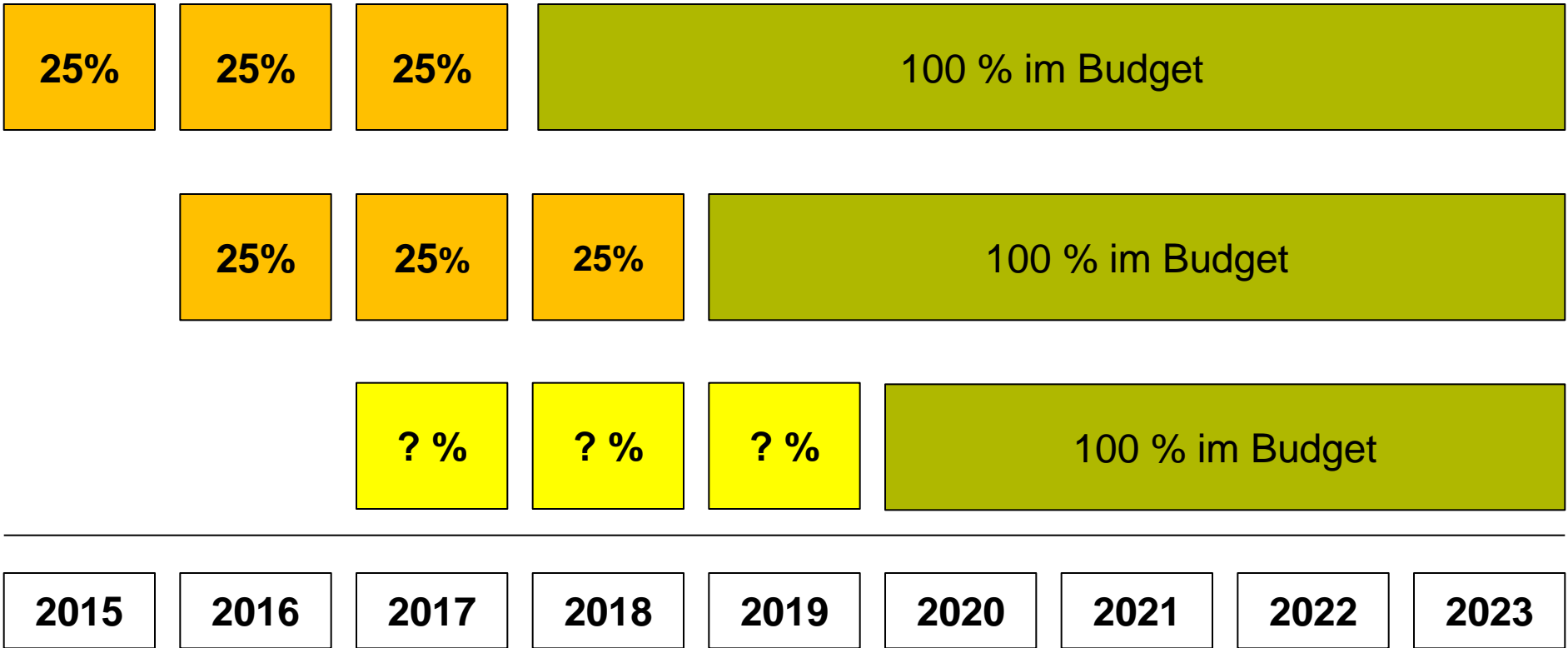
## KHSG: Krankenhausfinanzierungsthemen

- Pflegeförderprogramm, Versorgungszuschlag → Pflegezuschlag
- Qualitäts-Zu- und Abschläge
- Finanzierung der Mehrkosten von G-BA Beschlüssen
- Sicherstellungszuschlag
- Gestufte Zuschläge für Teilnahme an Notfallversorgung
- **Fixkostendegressionsabschlag (3 Jahre, Höhe ???)**
- **Mengenabhängige Preismodelle**
- **Zeitnahe Sachkostenanpassung in Kalkulation**
- **Zwangsrekrutierung von Kalkulationshäusern (Repräsentativere Stichprobe)**
- Zentren, Besondere Aufgaben
- Klinische Sektionen
- Hochschulambulanzen
- Bonusregelungen Chefarzte

# [1] Fixkostendegressionsabschlag ab 2017

- Zusätzlich Leistungen
- Erstmals für 2017 **Fixkostendegressionsabschlag** auf KH-Ebene
- Landesebene vereinbart einen Mindestabschlag
  - Als geschätzter Mittelwert der Fallpauschalen
- Bei höherer Fixkostendegression kann **krankenhausindividuell höherer Abschlag** vereinbart werden
- Abschlag läuft **3 Jahre, Höhe wird vor Ort verhandelt**
- Selbstverwaltung auf Bundesebene soll Ausnahmekatalog bestimmen
  - ➔ **Ausnahmen werden zum Teil im Gesetz vorgegeben**
    - z.B. Leistungen mit Sachkostenanteil > 2/3

# Vergleich Mehrleistungsabschlag und Fixkostendegressionsabschlag



## [2] Mengendegressive Preismodelle

### § 17b KHG

(...) Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, **gezielt abgesenkt** oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen **gestaffelt vorgegeben** werden. (...)

# Mögliche Folgen der Einführung mengendegressiver Preismodelle

- Erhebliche Umverteilungseffekte bzgl. Erlösbudgetes zwischen Kliniken und zwischen Fachgebieten vorstellbar
- Auswirkungen, auch auf die Steuerung von Mengen, stark abhängig von der Umsetzung der Regelung



# **[3] Zeitnahe Berücksichtigung Sachkostenänderungen bei DRG-Kalkulation**

- Ziel: möglichst sachgerechte Abbildung der Kostenverhältnisse für Krankenhausleistungen
- Fehlanreize bei der Vergütung verhindern  
➔ ... geeignete Korrekturen bei der DRG-Kalkulation zu prüfen und vorzunehmen, wenn auf Grundlage der für die Kalkulation verfügbaren Kosten eine systematische Übervergütung der Leistungen entstehen würde.

## **Beispiel: sinkende Sachkosten und steigende Landesbasisfallwerte**

- Bis spätestens 30. Juni 2016 auf der Grundlage eines von InEK entwickelten Konzeptes sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen vereinbaren
- Systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung ergreifen
- Erstmals in Vergütungssystem für 2017 berücksichtigen

# Auswirkungen

- Abwertung sachkostenlastiger Leistungen zu Gunsten personalintensiver Leistungen
- Erlösminderung für Fachgebiete mit hohem Sachkostenanteil  
➔ Dimension ? ➔ Vereinfachte, überschlägige Kalkulation:

Sachkostenanteil	Auswirkung
Krankenhaus mit durchschnittlichem Sachkostenanteil	keine größere Auswirkung
Klinik mit Sachkostenanteil von 25% und Bundesdurchschnitt 18%	0,8% Erlösverlust
Kardiologie mit 50% Sachkostenanteil:	> 4%

## [4] Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe

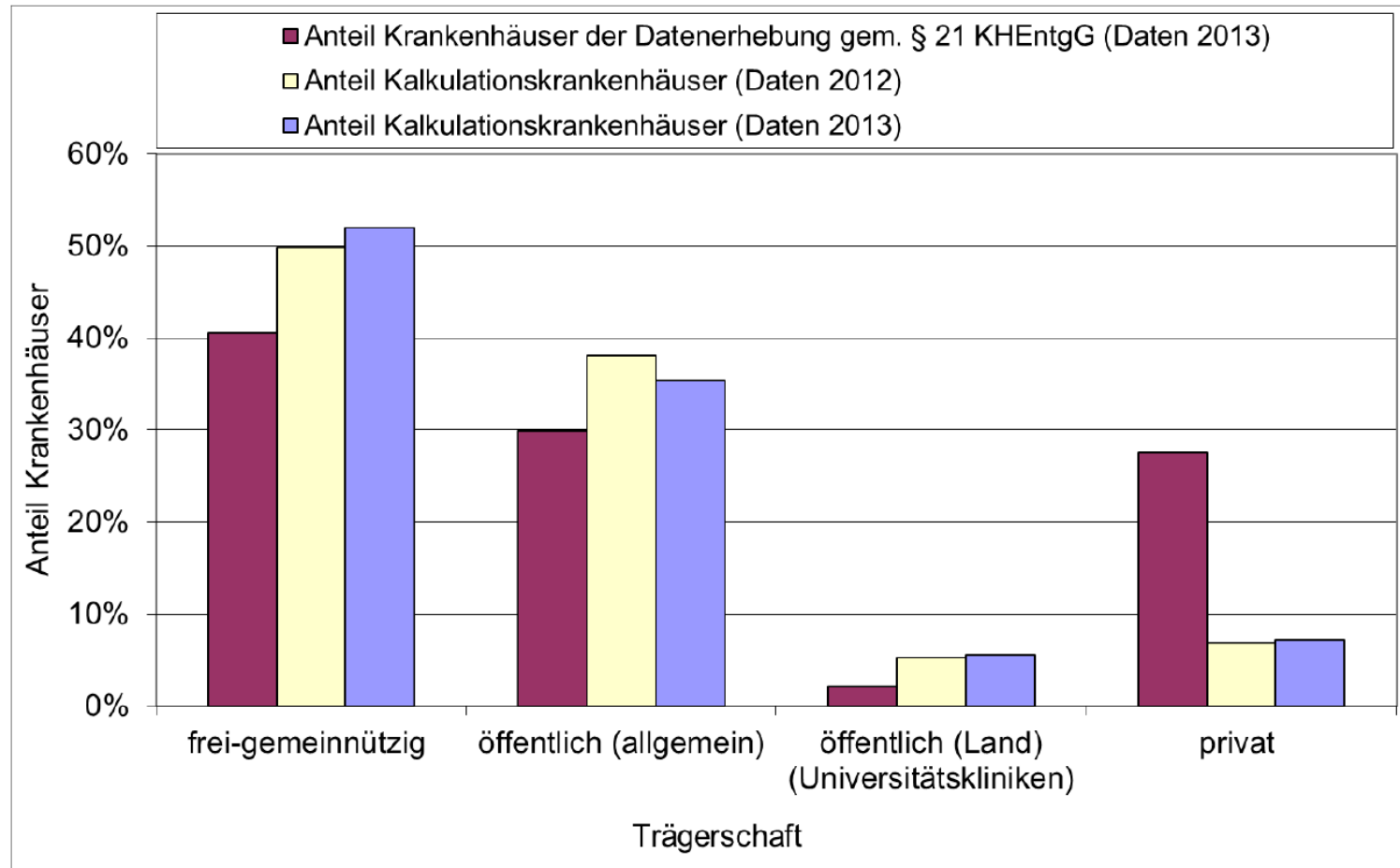


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

# Repräsentativität der DRG-Kalkulation

## Zu viel und zu wenig

Prä-MDC

**Krankheiten und Störungen männlicher Geschlechtsorgane**

Alkohol- & Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen

Krankheiten und Störungen des **Nervensystems**

Krankheiten und Störungen weiblicher Geschlechtsorgane

**Polytrauma**

Krankheiten und Störungen des **Auges**

**Neugeborene**

Verletzungen, Vergiftungen, toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten

Krankheiten und Störung **Ohr, Nase, Mund und Hals**

Krankheiten des Blutes, blutbildender Organ & Immunsystem

Verbrennungen

Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut, Mamma

**Hämatologische und solide Neubildungen**

Faktoren, die Gesundheitszustand beeinflussen, andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Endokrine, Ernährungs- & Stoffwechselkrankh.

HIV

Fehler-DRGs

Krankheiten und Störungen der **Harnorgane**

Infektiöse und parasitäre Krankheiten

## Herz-Kreislauf

Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

## Verdauung

Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

Krankheiten und Störungen hepato-biliäres System/Pankreas

## Atmung (Pneumologie)

Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

## Muskel/Skelett

Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System & Bindegewebe

## Geburten

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

# Mögliche Folgen

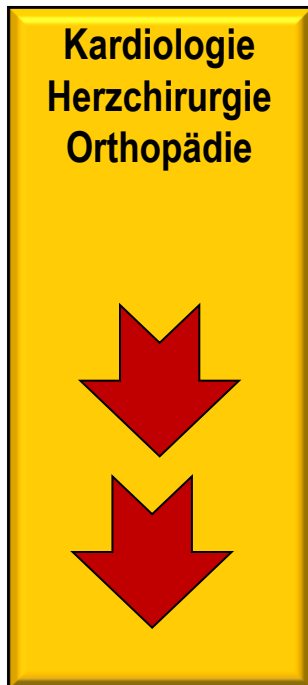
- **Bewertungen mengenanfälliger Leistungen könnten** durch die Berücksichtigung von großen Leistungserbringern **sinken**
- Daten bisheriger Nicht-Kalkulationshäuser könnten weiteren Anpassungsbedarf des DRG-Systems demaskieren
  - ➔ Abwertungen „einfacher“ Fälle, Aufwertung komplexer Fälle ?
- Auswirkungen auf Spezialversorger, Zentren (z.B. Herz- oder Endoprothetikzentrum):
  - ➔ spürbare Abwertungen der Leistungen nicht unwahrscheinlich

# Mögliche Folgen

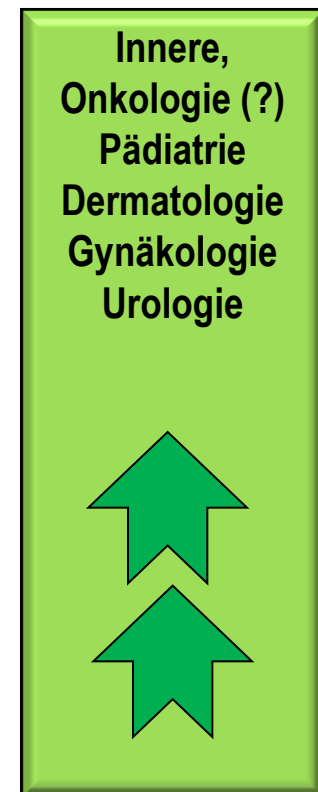
- **Bewertungen mengenanfälliger Leistungen könnten** durch die Berücksichtigung von großen Leistungserbringern **sinken**
- Daten  
Anpa  
→ A **Verlierer von heute können zu Gewinnern von morgen werden !** Fälle
- Auswirkungen auf Spezialversorger, Zentren (Herz- oder Endoprothetikzentrum): spürbare Abwertungen der Leistungen nicht unwahrscheinlich

# Mögliche KH-interne Budgetverschiebungen (Beispiele) durch Neukalkulation sachkostenlastiger Leistungen und Zwangsrekrutierung von Kalkulationshäusern

## Vergütungen (Budgets)



- Zeitnahe Anpassung von Sachkosten in DRG-Kalkulation
  - Zwangsrekrutierung kosteneffizienterer Leistungserbringer für repräsentative DRG-Kalkulation
- ➔ Umverteilungen DRG-Relationen
- Mengenabhängige Preisdegressionen





Qualität



# Rahmenbedingungen

## KHSG: „Qualitäts-“ Themen mit Einfluss auf Mengen

- Qualitäts-Zu- und Abschläge
- Qualitätsverträge
- Qualität in der Krankenhausplanung
- Fehlermeldesysteme, Patientensicherheit
- **Mindestmengen**
- **Zweitmeinung** (Versorgungsstärkungsgesetz)
- **Besondere Aufgaben, Zentren**
- Finanzierung der Mehrkosten von G-BA Beschlüssen
- Qualitätsberichte
- Hygiene
- MDK-Kontrollen

# [1] Qualität: Mindestmengen

- **Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet.** Verfahren vorgegeben, in dem die KH das Erreichen der Mindestmengen in Form einer begründeten Prognose belegen müssen.
- GBA legt Katalog planbarer Leistungen fest, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist **(nicht mehr „in besonderem Maße“)** sowie **Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses** und Ausnahmetatbestände,
- Es wird ausdrücklich gesetzlich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.
- GBA soll Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.
- Ausnahmen auch bei Sicherung flächendeckender Versorgung (Landesbehörden)

## [2] Zweitmeinung

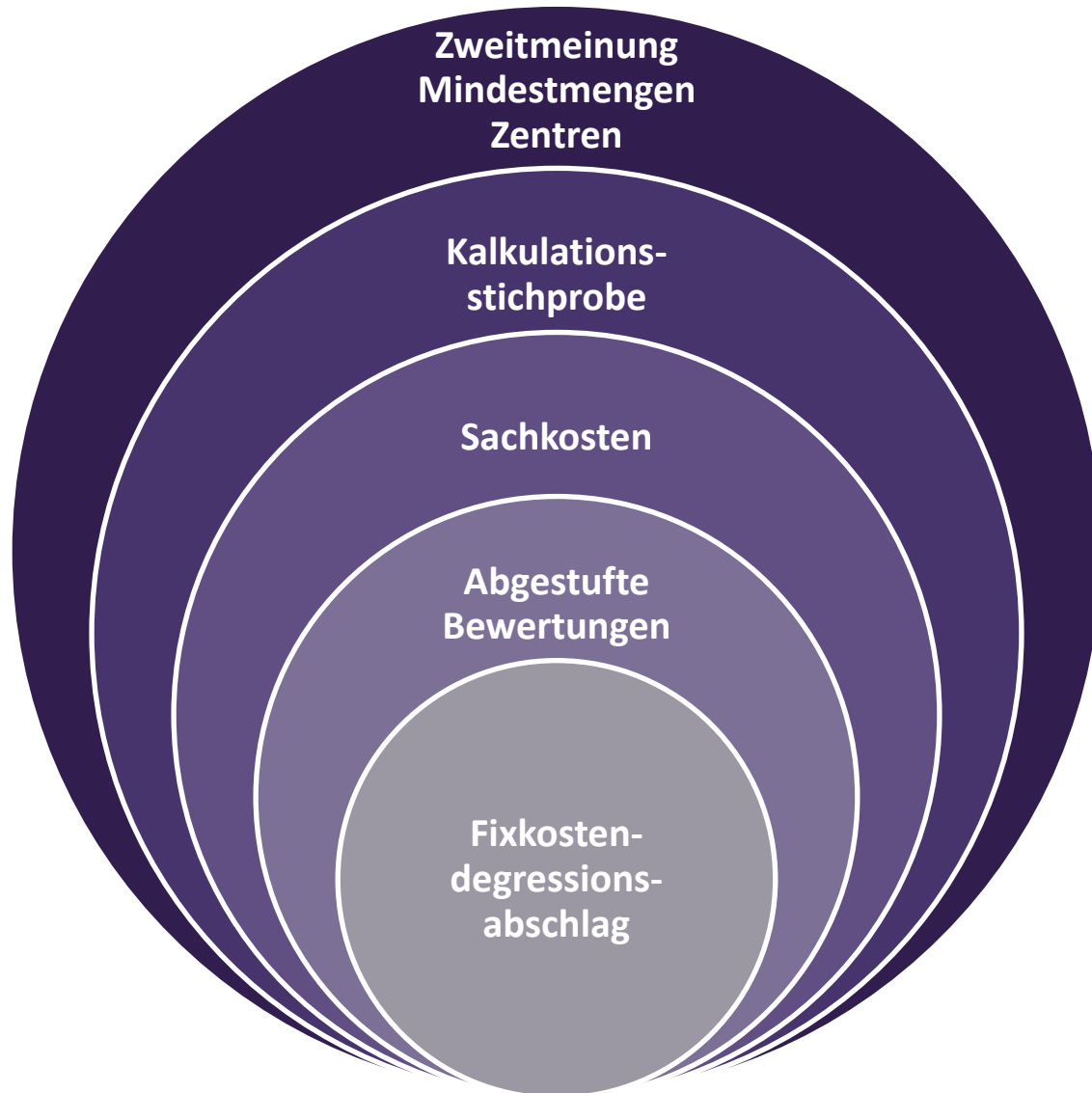
- Planbare Eingriff mit „Mengenproblem“
- **Versicherte haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung einzuholen.**
- Auch Möglichkeit einer Telemedizinischen Zweitmeinungserbringung soll berücksichtigt werden
- Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.
- GBA bestimmt in seinen Richtlinien für welche planbaren Eingriffe Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht.
- Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:
  - zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren,
  - ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie
  - zugelassene Krankenhäuser,
- **Der Arzt muss Pat. informieren über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen**

# [3] Besondere Aufgaben (Zentren)

- Zuschläge für **besondere Aufgaben** (Zentren)
- Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben werden durch gesetzliche Vorgaben und durch Regelungen präzisiert, die die Vertragsparteien auf Bundesebene festlegen
  - **Überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgabewahrnehmung** (z. B. im Rahmen einer Netzwerkorganisation, bei KH-übergreifender Koordination oder Dokumentation).
  - **Besondere Vorhaltungen** (z. B. aufgrund geringer Häufigkeit der Fälle und Erkrankungen, z.B. Zentren für Seltene Erkrankungen) oder
  - **Konzentration der Versorgung** an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer oder personeller Voraussetzungen
- Es ist sicherzustellen, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch andere Entgelte (z.B. DRGs) finanziert sind

# Zusammenfassung

## Mengensteuerung/Leistungsbewertung



# Auswirkungen

# Auswirkung auf Versorgungslandschaft

- (Hochspezialisierte) Leistungen werden **zukünftig stärker in Zentren erbracht**
  - ➔ Leistungskonzentration durch Zentralisierung

## Mögliche Beispiele

- Krebsmedizin
  - Perinatalzentren
  - Neuromedizin
  - Traumabehandlung/Endoprothetik
- 
- **Qualitätstransparenz** wird noch stärkeren Einfluss auf die Krankenhauswahl der Patienten und Zuweiser nehmen
  - **Wirtschaftlicher Druck** zwingt zur weiteren Verbesserung der Wirtschaftlichkeit

# Unterschiedliche Ausgangslage

- Einzelnes Krankenhaus in wettbewerblichem Umfeld
- Einzelnes Krankenhaus in „Alleinlage“
- Mehrere Krankenhäuser unter selber Trägerschaft in wettbewerblichem Umfeld
- Mehrere Krankenhäuser unter selber Trägerschaft in „Alleinlage“



# Spezialisierung / Verbünde

- **Spezialisierung**
- **Verbünde**
  - ➔ Kooperationen, trägerübergreifend
    - ➔ Abstimmung von Leistungsangeboten
    - ➔ Regionale Leistungsangebote
    - ➔ Telemedizin (Schlaganfall, Intensivmedizin. Radiologie etc.)
  - ➔ Fusion in eine Trägerschaft
- **Kooperationen patientenferne Bereiche**
  - Einkauf
  - Küche
  - Labor, Pathologie
  - Radiologie ?
  - Facility Management

# Vorteile Regionaler Versorgungsorganisation

- Höherer Einfluss auf die Steuerung der Behandlungsfälle im Versorgungsgebiet → Wertschöpfung durchgängiger
- Abstimmung des Leistungsportfolios für die einzelnen Standorte → „Hand in Hand – Versorgung“
- Synergien Infrastruktur, Weiterbildung (Personalgewinnung !), etc
- Kompensation von kurzzeitigem Personalmangel

# Vorteile Regionaler Versorgungsorganisation

- Höherer Einfluss auf die Steuerung der Behandlungsfälle  
im ... er
- Al ...  
St ...
- Sy ...  
(Personalgewinnung !), etc
- Kompensation von kurzzeitigem Personalmangel

Chancen nutzen !!!

# Leistungsportfolios regional sortieren über Kooperationen, Verbünde

13.10.2015 News

## Kommunale Klinikvernetzung im Kreis Groß-Gerau

Vier Klinikträger beabsichtigen Kooperation mit Kreisklinik Groß-Gerau - dazu haben der Landkreis Groß-Gerau, das Klinikum Darmstadt, das Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim und die Vitos GmbH einen Letter of Intent unterschrieben. Das medizinische Konzept soll bis Ende März 2016 stehen, das wirtschaftliche bis Ende September 2016.

Die Kreisklinik Groß-Gerau soll ihr medizinisches Leistungsangebot in der Inneren Medizin und Chirurgie inklusive der Notfallversorgung ausbauen, Psychiatrie und Somatik vernetzen und zu einem Zentrum für Altersmedizin entwickelt werden. Darauf haben sich das GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim, die Klinikum Darmstadt GmbH und das Vitos Klinikum Riedstadt mit der Kreisklinik Groß-Gerau GmbH verständigt. Im Groß-Gerauer Landratsamt wurde heute eine entsprechende gemeinsame Absichtserklärung unterzeichnet.

„Damit erhielte unsere Klinik ein Alleinstellungsmerkmal in der Region“, betonte Landrat Thomas Will. Zudem reagiere der Kreis mit dem Ausbau des Angebots auf Anforderungen durch den demografischen Wandel. „Es ist gut, dass die Lebenserwartung immer weiter steigt. Dadurch brauchen aber vor allem immer mehr ältere Menschen eine wohnortnahe ganzheitliche medizinische Versorgung“, sagte der Landrat.

„Vitos möchte am Standort Groß-Gerau psychiatrische und psychosomatische Kapazitäten aufbauen“, so Reinhard Belling,

### Quelle: Klinikum Darmstadt

[klinikum-darmstadt.de/aktuelles/singleview/news/kommunale-klinikvernetzung-im-kreis-gross-gerau/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=04e7874676ffdae83963a815b3b013c1](http://klinikum-darmstadt.de/aktuelles/singleview/news/kommunale-klinikvernetzung-im-kreis-gross-gerau/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=04e7874676ffdae83963a815b3b013c1)

Leistungsangebot verbessern

## Klinik streckt Fühler aus

VON JOACHIM HEIDERSDORF

Die Kliniken in Limburg und Diez wollen enger zusammenarbeiten. Das bestätigen die Verantwortlichen – von einer angeblich bevorstehenden Übernahme oder Fusion wollen sie aber nichts wissen.



Das Diezer Krankenhaus auf dem Operationstisch der Limburger Kollegen auf dem Schafsberg? Die Wortwahl von beiden Kliniken ist versöhnlich. Die Zusammenarbeit diene der Verbesserung des medizinischen Angebots. Fotomontage: FNP

### Quelle: Nassauische Neue Presse

[http://www.nnp.de/lokales/limburg\\_und\\_umgebung/Klinik-streckt-Fuehler-aus;art680,1634687](http://www.nnp.de/lokales/limburg_und_umgebung/Klinik-streckt-Fuehler-aus;art680,1634687)

# Leistungsportfolios regional sortieren über Kooperationen, Verbünde

13.10.2015 News

## Kommunale Klinikvernetzung im Kreis Groß-Gerau

Vier Klinikträger beabsichtigen Kooperation mit Kreisklinik Groß-Gerau - dazu haben der Landkreis Groß-Gerau, das Klinikum Darmstadt, das Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim und die Vitos GmbH einen Letter of Intent unterschrieben. Das medizinische Konzept soll bis Ende März 2016 stehen, das wirtschaftliche bis Ende September 2016.

Die Kreisklinik Groß-Gerau soll ihr medizinisches Leistungsangebot in der Inneren Medizin und Chirurgie inklusive der Notfallversorgung ausbauen, Psychiatrie und Somatik vernetzen und zu einem Zentrum für Altersmedizin entwickelt werden. Darauf haben sich das GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim, die Klinikum Darmstadt GmbH und das Vitos Klinikum Riedstadt mit der Kreisklinik Groß-Gerau GmbH verständigt. Im Groß-Gerauer Landratsamt wurde heute eine entsprechende gemeinsame Absichtserklärung unterzeichnet.

„Damit erhielte unsere Klinik ein Alleinstellungsmerkmal in der Region“, betonte Landrat Thomas Will. Zudem reagiere der Kreis mit dem Ausbau des Angebots auf Anforderungen durch den demografischen Wandel. „Es ist gut, dass die Lebenserwartung immer weiter steigt. Dadurch brauchen aber vor allem immer mehr ältere Menschen eine wohnortnahe ganzheitliche medizinische Versorgung“, sagte der Landrat.

„Vitos möchte am Standort Groß-Gerau psychiatrische und psychosomatische Kapazitäten aufbauen“, so Reinhard Belling,

### Quelle: Klinikum Darmstadt

[klinikum-darmstadt.de/aktuelles/singleview/news/kommunale-klinikvernetzung-im-kreis-gross-gerau/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=04e7874676ffdae83963a815b3b013c1](http://klinikum-darmstadt.de/aktuelles/singleview/news/kommunale-klinikvernetzung-im-kreis-gross-gerau/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=04e7874676ffdae83963a815b3b013c1)

Leistungsangebot verbessern

## Klinik streckt Fühler aus

VON JOACHIM HEIDERSDORF

Die Kliniken in Limburg und Diez wollen enger zusammenarbeiten. Das bestätigen die Verantwortlichen – von einer angeblich bevorstehenden Übernahme oder Fusion wollen sie aber nichts wissen.



Foto: (84349846)

Das Diezer Krankenhaus auf dem Operationstisch der Limburger Kollegen auf dem Schafsberg? Die Wortwahl von beiden Kliniken ist versöhnlich. Die Zusammenarbeit diene der Verbesserung des medizinischen Angebots. Fotomontage: FNP

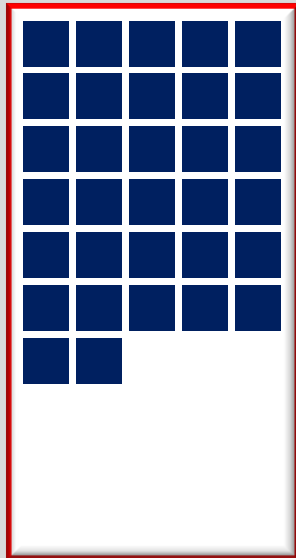
### Quelle: Nassauische Neue Presse

[http://www.nnp.de/lokales/limburg\\_und\\_umgebung/Klinik-streckt-Fuehler-aus;art680,1634687](http://www.nnp.de/lokales/limburg_und_umgebung/Klinik-streckt-Fuehler-aus;art680,1634687)

# Wirtschaftlichkeit unter DRG-Finanzierung

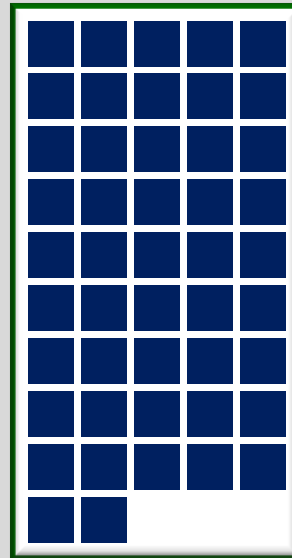
- Eine Pauschale pro Fall, auch bei unterschiedlichen Kosten pro Fall in einer Fallgruppe !
- Vorhaltekosten (Infrastruktur, Personal) müssen **durch hohe Auslastung refinanziert** werden (fixe Kosten pro Fall senken) → **Prozesse !**

## Beispiel: Vorhaltung 1 Mio. EURO



64 % (640 von 1.000 Fällen)  
Auslastung

→ fixe Fallkosten = 1.562 €



94 % (940 von 1.000 Fällen)  
Auslastung

→ fixe Fallkosten = 1.064 €



**Ziel:**  
Auslastung so hoch  
wie möglich

→ suboptimale Auslastung → zu hohe Kosten pro Fall

# Kostensenkung durch Synergienausschöpfung

## Ressourcen - Leistungen

- Ziel: Optimale Ressourcen-Leistungs-Relation
- Ressourcen maximal verdichten
  - „Druck“ zur Prozessoptimierung erhöhen
- Optimale OP-Nutzung
  - OP-Management/ -koordination
  - Überflüssige Kapazität stilllegen
- Interdisziplinäre Stationsnutzung
  - ärztliche und pflegerischen Versorgung fachübergreifend sichern
- Maximale interprofessionelle Einbindung

## Kennzahl gestütztes Zielsystem

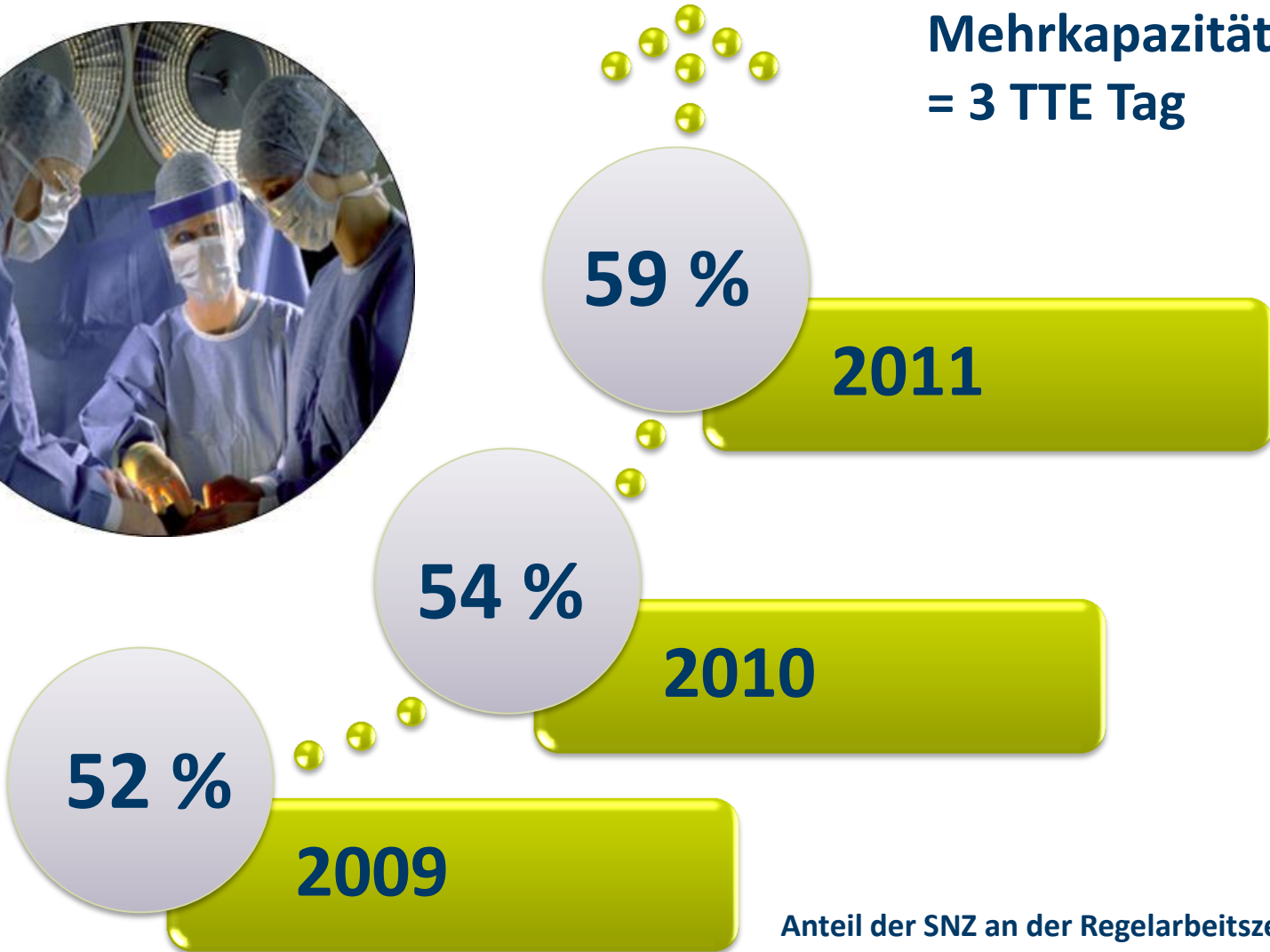
- Kennzahlen und zeitliche Ziele festlegen
- Maßnahmen zur Unterstützung der Zielerreichung mit Umsetzungszeitpunkten verabreden
- Definierte Kennzahlen regelmäßig messen und Zielerreichungsgrad diskutieren
- Maßnahmen eventuell anpassen



# Beispiel: Effizienter Ressourcennutzung im OP



**Mehrkapazität  
= 3 TTE Tag**



Anteil der SNZ an der Regelarbeitszeit

# Beispiel Effizienzkennzahl → Erlös pro OP-Minute

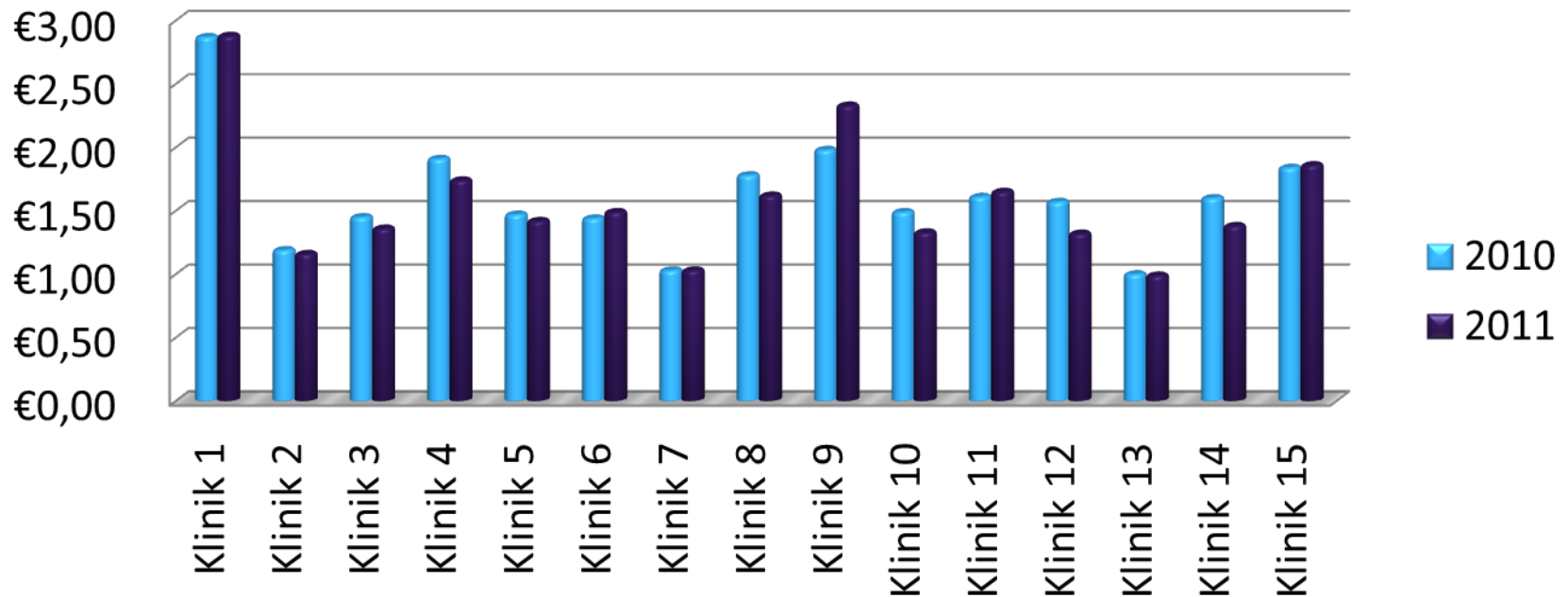
**Erlös pro OP-Minute = InEK-Erlös Ärzte / (Ärzte x OP-Zeit)**

→ zu niedrig → **Ursachenanalyse !**

→ OPs zu lang

→ Zu viele kleine OPs in Maximalversorgungssetting

→ Zu viel Personal am Tisch / im Saal



# Controlling und Steuerung von Ressourcen

## Verständlich für Klinikleitungen aufbereiten !

Übersicht Leistungsentwicklung - Differenz zum Vorjahr (in %)  
Augenheilkunde

Entlassene Fälle YTD



[öffne detaillierten Bericht](#)

Aufgenommene Fälle YTD



[öffne detaillierten Bericht](#)

Poliklinik-Fälle YTD



[öffne detaillierten Bericht](#)

Belegungszeit inkl. Überliefertage  
aus Vorjahr alle Fälle YTD



[öffne detaillierten Bericht](#)

Belegungszeit alle Fälle YTD



[öffne detaillierten Bericht](#)

Schnitt-/Nachtzeiten YTD



[öffne detaillierten Bericht](#)

# Zielsetzung

- Qualitätswettbewerb führen und damit Patientenakquise weiter vorantreiben
- „Leuchttürme der Versorgung“ herausarbeiten und gut positionieren
- Zentren selber (weiter) aufbauen und „pflegen“/vermarkten, sofern Potenzial besteht
- Alternativ in Zentrumsstrukturen anderer Häusern durch Kooperationen integrieren
- Ggf. auch mutige Entscheidung zur Aufgabe von Leistungsbereichen sinnvoll
  - ➔ Vermeidung von Fixkostendegressionsabschlägen ?

# Zielsetzung

- Qualitätswettbewerb führen und damit Patientenakquise weiter vorantreiben

- „Leuchttürme der Versorgung“ herausarbeiten und gut positionieren

- Zentralisierte Portfoliopflege weiter vorantreiben auch vor dem Hintergrund der Demographie

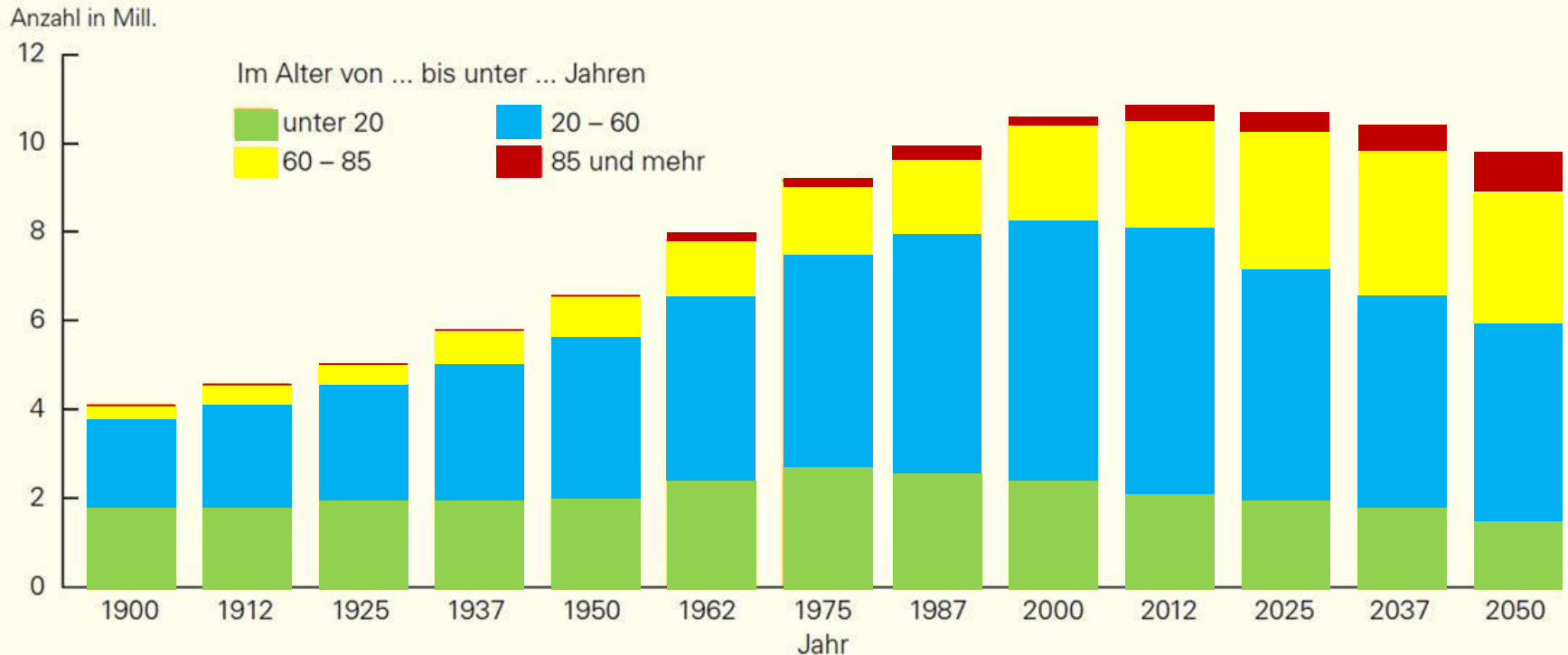
- Alternative Kooperationsformen integrieren

- Ggf. auch mutige Entscheidung zur Aufgabe von Leistungsbereichen sinnvoll

➔ Vermeidung von Fixkostendegressionsabschlägen ?

# Demographie

## Die demografische Zeitenwende: Seit 2000 mehr ältere als jüngere Menschen in Baden-Württemberg\*)



\*) Bis 2000 Ist-Werte, danach Voraussrechnung Basis 2005, Variante 1: Wanderungsgewinne von zukünftig jährlich 17 000 Personen.

# Wachstum inhomogen

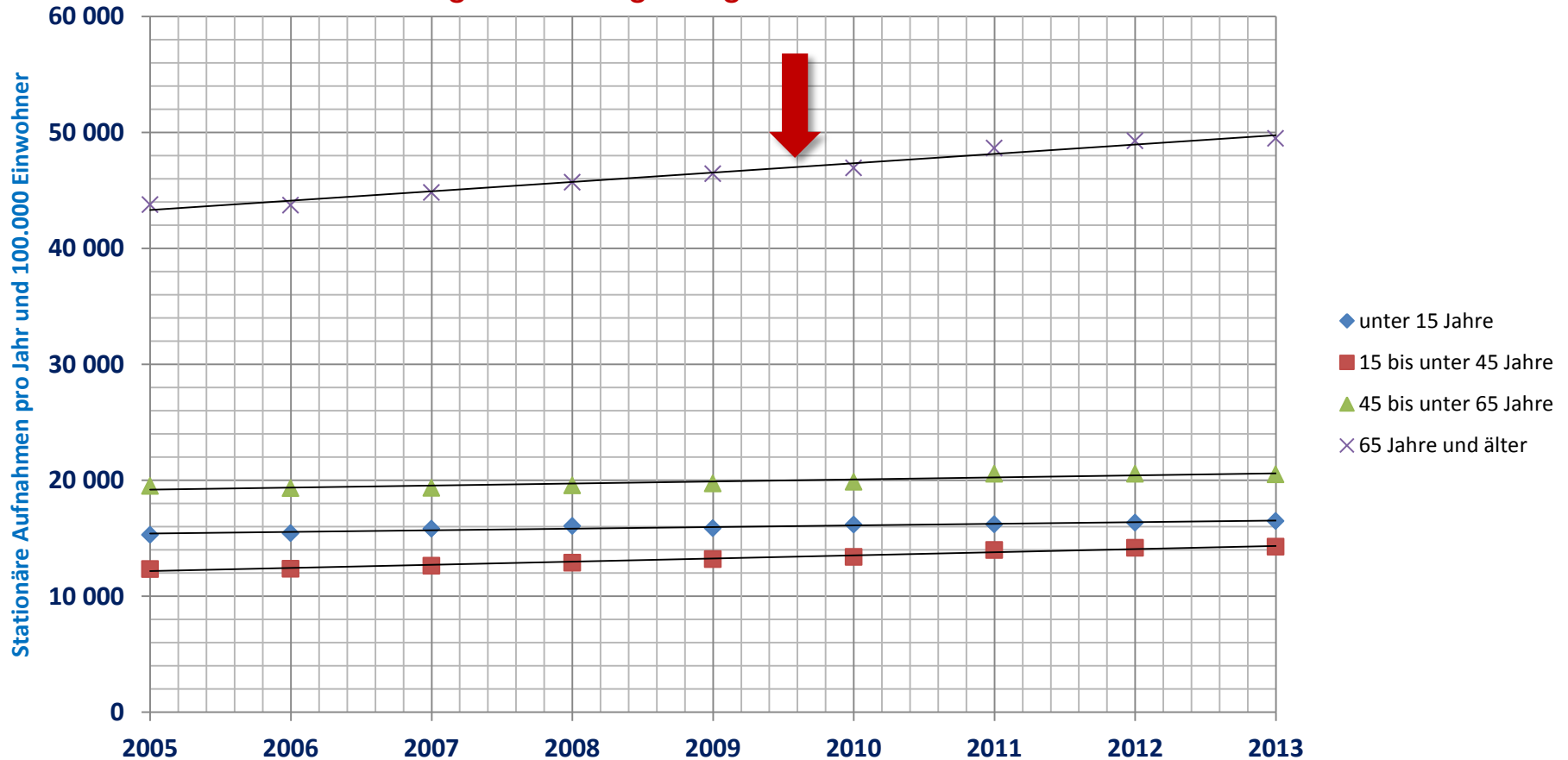
## Bevölkerungsentwicklung bis 2025 in 31 Kreisen

### Veränderung in %



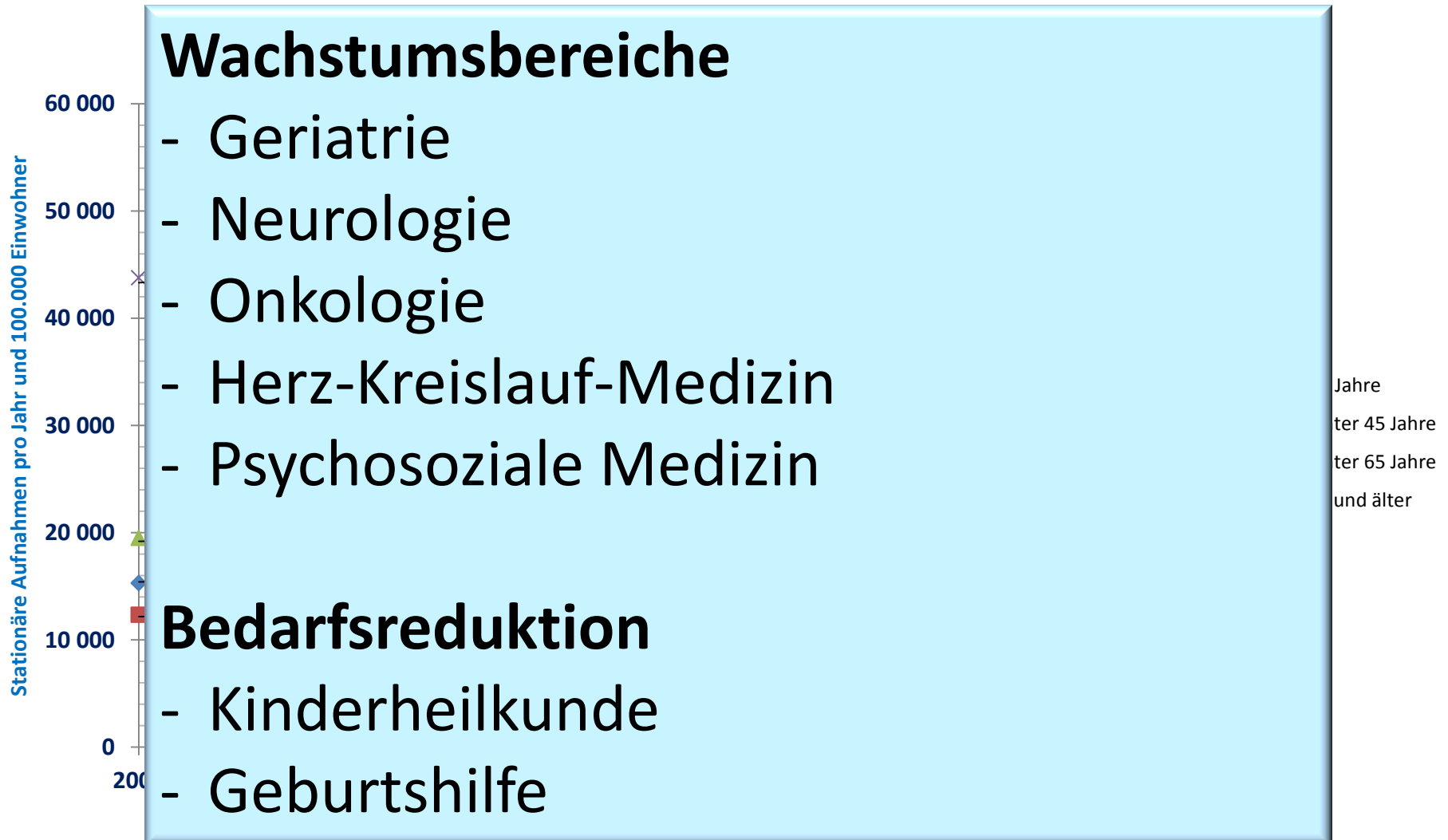
# Häufigkeit stationärer Behandlung steigt

größte Steigerung: Alter 65 Jahre und älter





# Häufigkeit stationärer Behandlung steigt



# Leistungsportfolio hinterfragen und anpassen

- **Portfolioanalyse**

- Was machen wir gut ?
- Was machen wir nicht so gut ?
- Wo liegen wir unter bestehenden oder drohenden Mindestmengen ?
- Wie stabil ist unsere Leistung personell abgesichert ??

- Was müssen wir unbedingt machen (Versorgungsauftrag)?

# Auswirkung auf KH-Strategie

- **Leistungsentwicklung**
  - 2015 & 2016 noch einmal maximal die Leistung (Casemix) steigern
  - Ab 2017 Leistungssteigerung wahrscheinlich wirtschaftlich unattraktiv
  
- **Wirtschaftlichkeit**
  - noch weiter steigern, Kostenmanagement/Sachkostenmanagement, Prozesse, Infrastruktur !
  
- **Qualität und Patientensicherheit**
  - Aktive Qualitätspolitik: Verbessern und darstellen
  - (Kompetenz) Zentrenbildung vorantreiben
  - **Patientensicherheit weiter verbessern**
    - UKM baut Simulationstrainingszentrum (Frühjahr 2016 fertig)
    - Humanfaktoren: Lernen von der Luftfahrt

# Krankenhaus Erfolgsfaktoren

## Menschen

- Ärzte/Pflege/Therapeuten
- Genügend Fachkräfte !

## Leistungsangebot

- Bedarfsgerecht
- Kompetente Erbringung
- Wettbewerbsfähig

## Qualität/Vertrauen

- Medizinisch
- Patientenorientierung
- Vertrauen in das KH und Seine Repräsentanten

## Marketing

- Unternehmenskommunikation
- Innen/Aussen
- Bevölkerung/Zuweiser
- Mitarbeiter



**Erfolgreiches  
Krankenhaus**

## Kosteneffizienz

- Qualität bezahlbar erbringen
- Sachkosten/ Personalkosten
- Optimale Prozesse/Standards

## Unternehmenskultur

- Mitarbeiterführung /Soft skills
- Umgang Mitarbeiter/Wertschätzung
- Arbeitgebermarker

## Maximale Auslastung

- Betten
- OP/Funktionsbereiche
- Personalressourcen
- 
-

# Fazit

- Krankenhausstrukturgesetz bringt vielfältige Änderungen
- Druck (Wirtschaftlichkeit & Qualität) auf KH steigt weiter
- Sachkostenlastige Leistungen kommen unter Druck
  - ➔ weitere Prozessoptimierung notwendig
  - ➔ Einkaufskonditionen weiter verbessern – realistisch ??

## Reagieren

- Im eigenen Haus klare **Qualitätsstrategie, Portfoliostrategie und Prozess- bzw. Effizienzstrategie** entwickeln und umsetzen
- Leistungen (CM) 2015 & 2016 noch einmal maximal steigern, sofern Nachfrage besteht, ab 2017 wahrscheinlich DEUTLICH unwirtschaftlicher
- Ressourcen – Leistungs – Relation optimal ausgestalten
- Kompetenzzentren in Region sichtbar weiterentwickeln (interdisziplinäre Netzwerkstrukturen, teilweise Sektor-übergreifend)
- Qualität & Ergebnisse von Zentren aus Patientenperspektive deutlich herausarbeiten und kommunizieren

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

