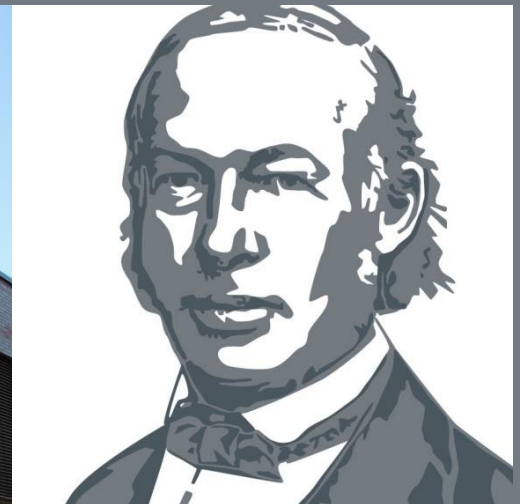


Gesellschaftliche Veränderungen und deren Auswirkungen auf das Krankenhaus

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...

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 handle 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.

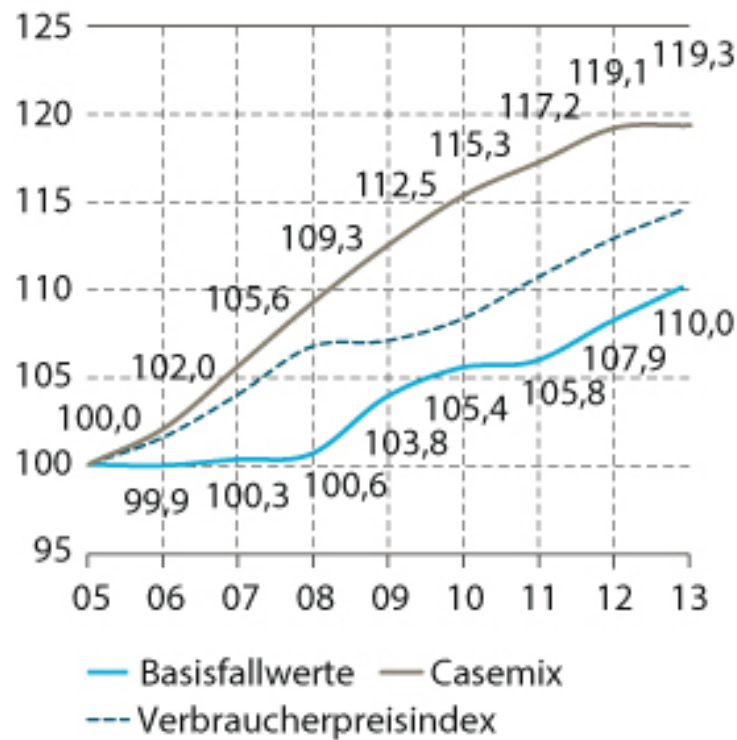
Die DKG sieht dadurch die Krankenhausversorgung insgesamt in Gefahr. Zu Unrecht finden die Wissenschaftler. Sie sehen die Marktbereinigung zugunsten „qualitativ hochwertiger, bedarfsnotwendiger Krankenhäuser“ vielmehr als notwendig an, um die Krankenhausversorgung rechtzeitig an die Herausforderungen 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)

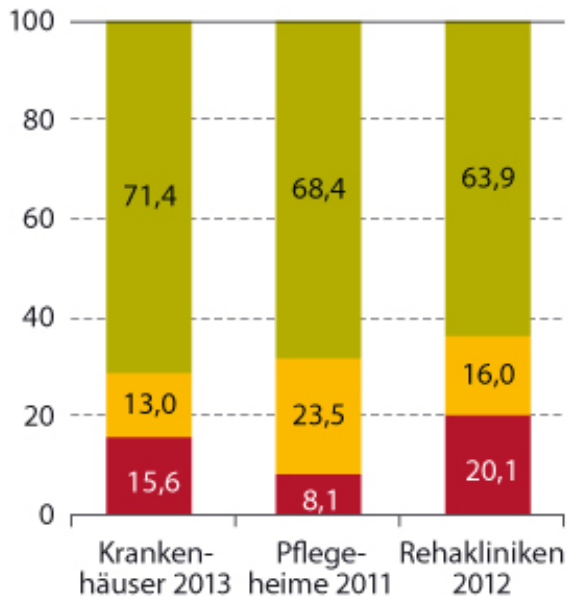
Erlöse:	+31,1%	(+3,4% p.a.)
Preise:	+10,0%	(+1,2% p.a.)
Casemix:	+19,3%	(+2,2% p.a.)

Verweildauer: -13,6%
 Belegungstage: -4,1%

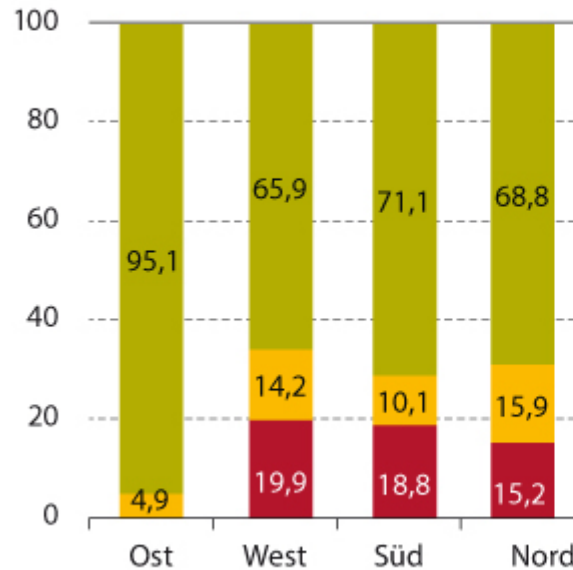
Wirtschaftliche Engpässe bei Krankenhäusern

Ergebnisse des RWI-Ratings

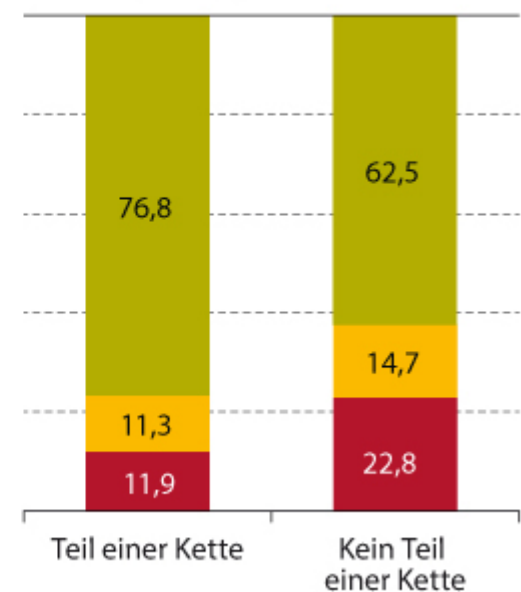
Verteilung der Einrichtungen nach der Ampelklassifikation



Nach Region



Nach Zugehörigkeit zu einer Kette



Der geo-demographische Wandel

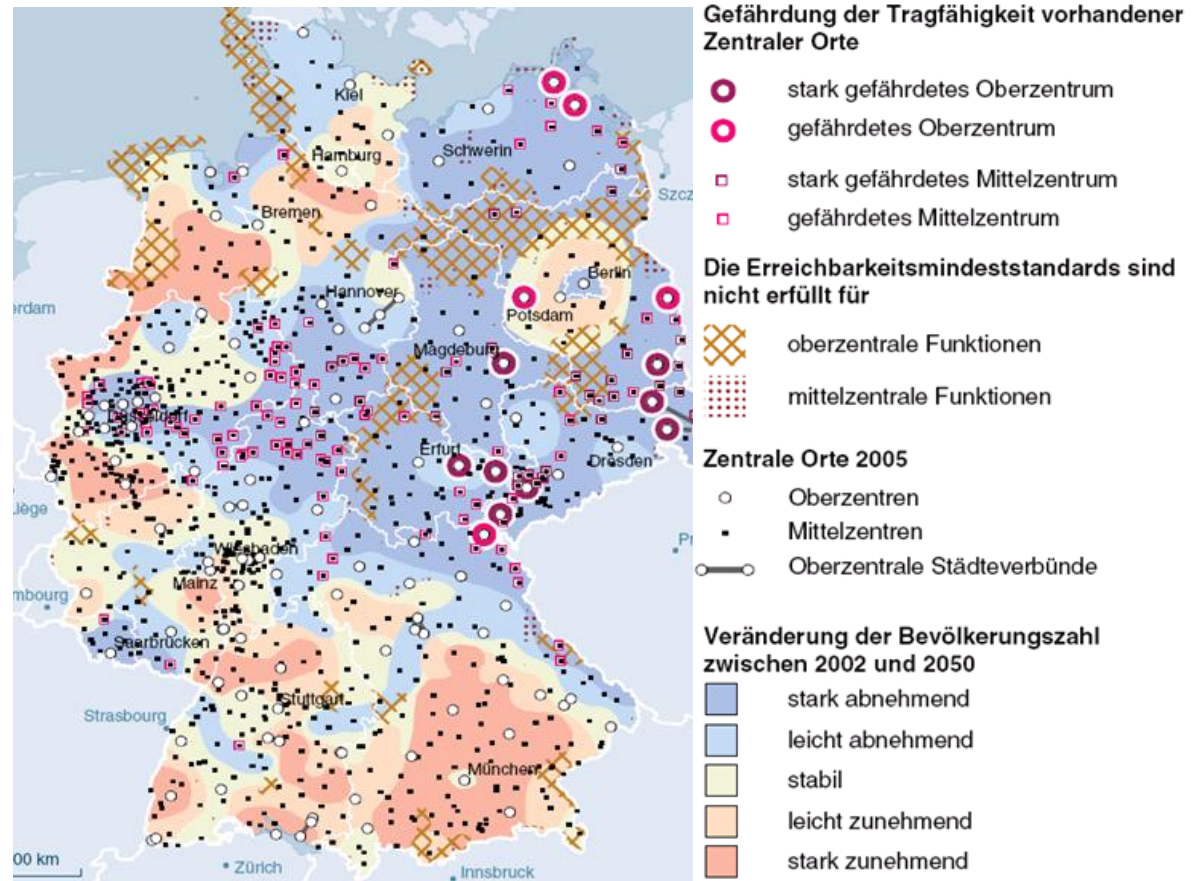
Besonders betroffen:
Altmark, Uckermark,
Prignitz & Niederlausitz

Tragfähigkeitsgefährdung:

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

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

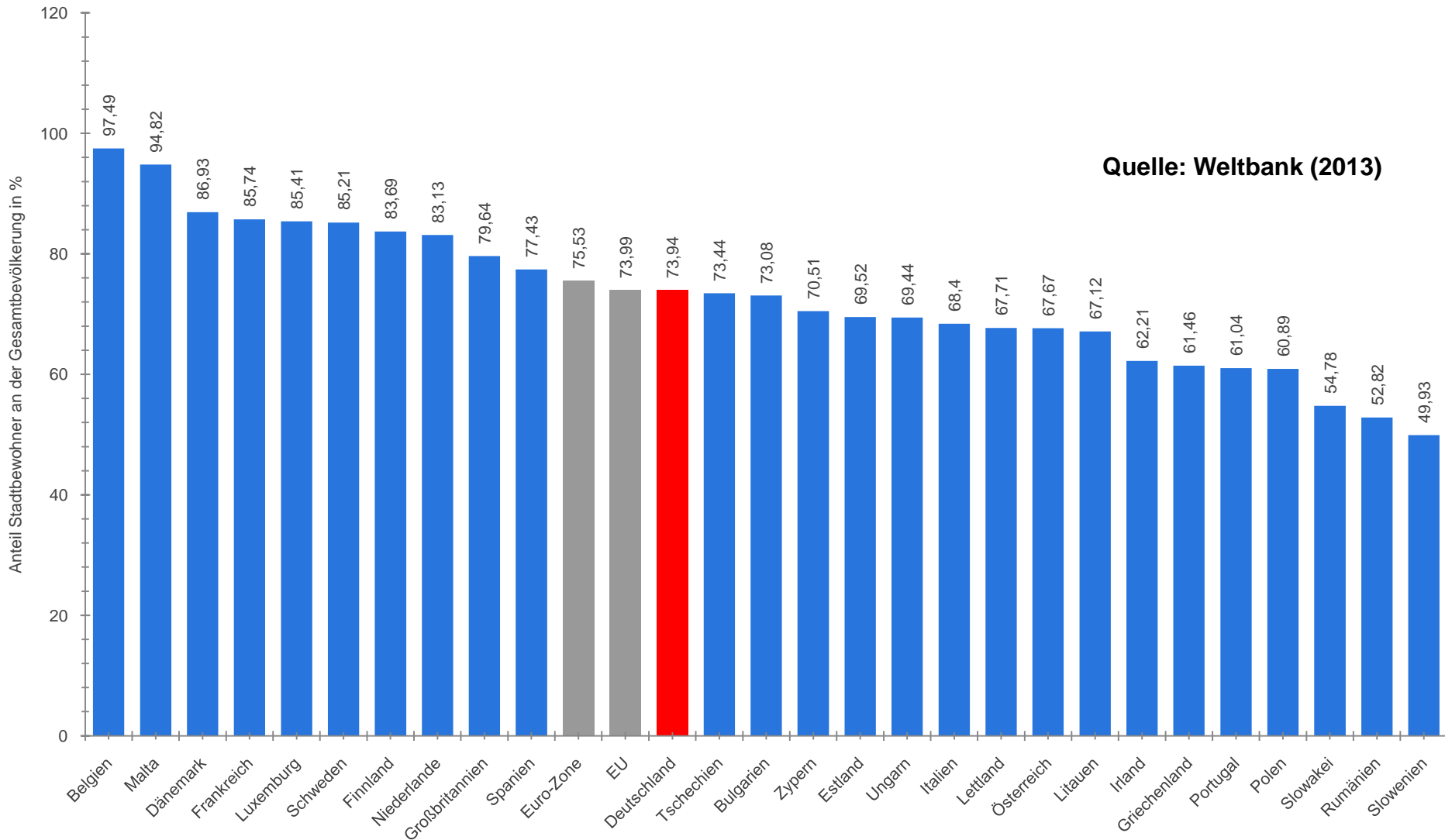
Σ 120 Mittelzentren
sind bis 2050 gefährdet



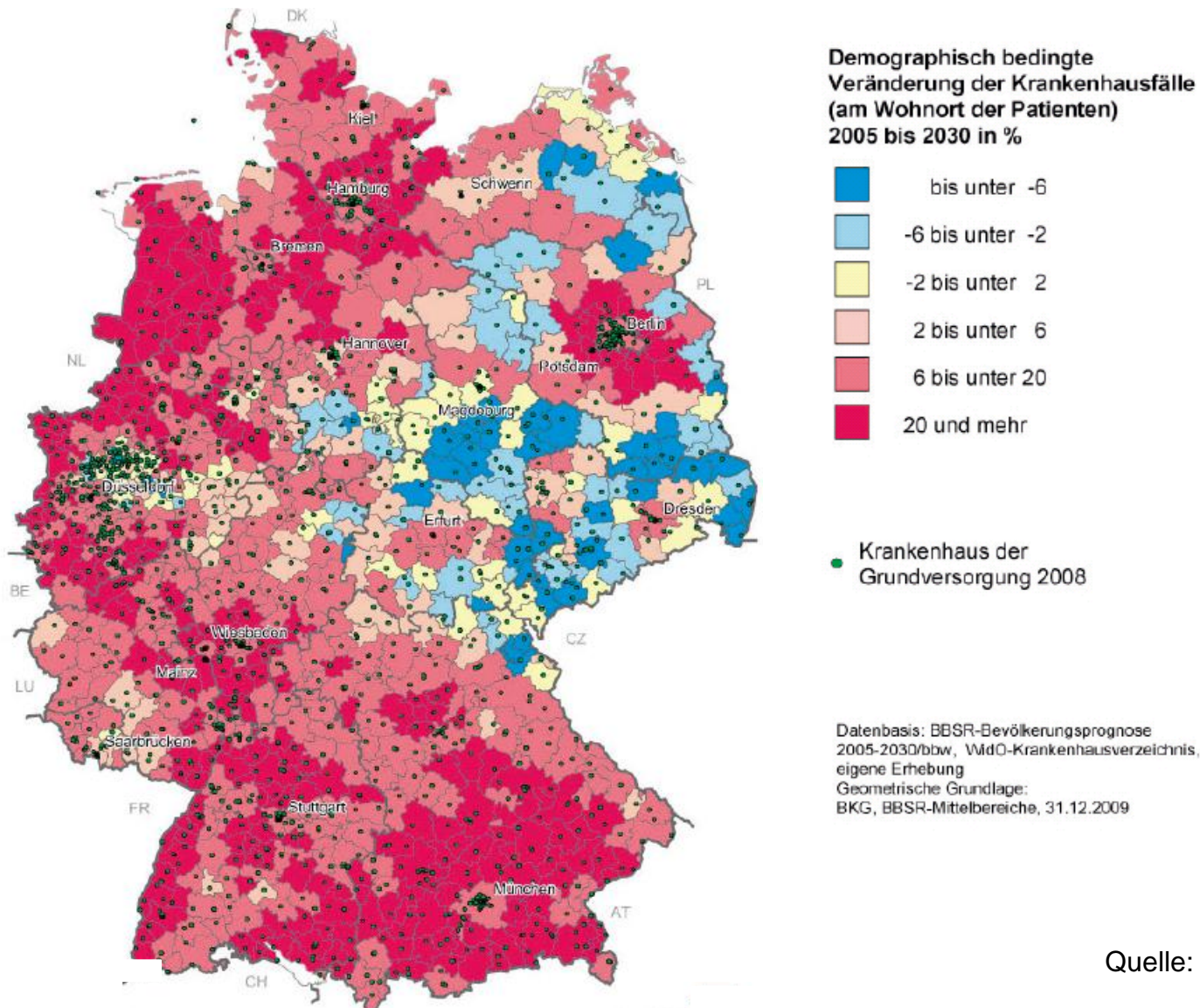
Quelle: Spangenberg/Beivers, (2012)

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

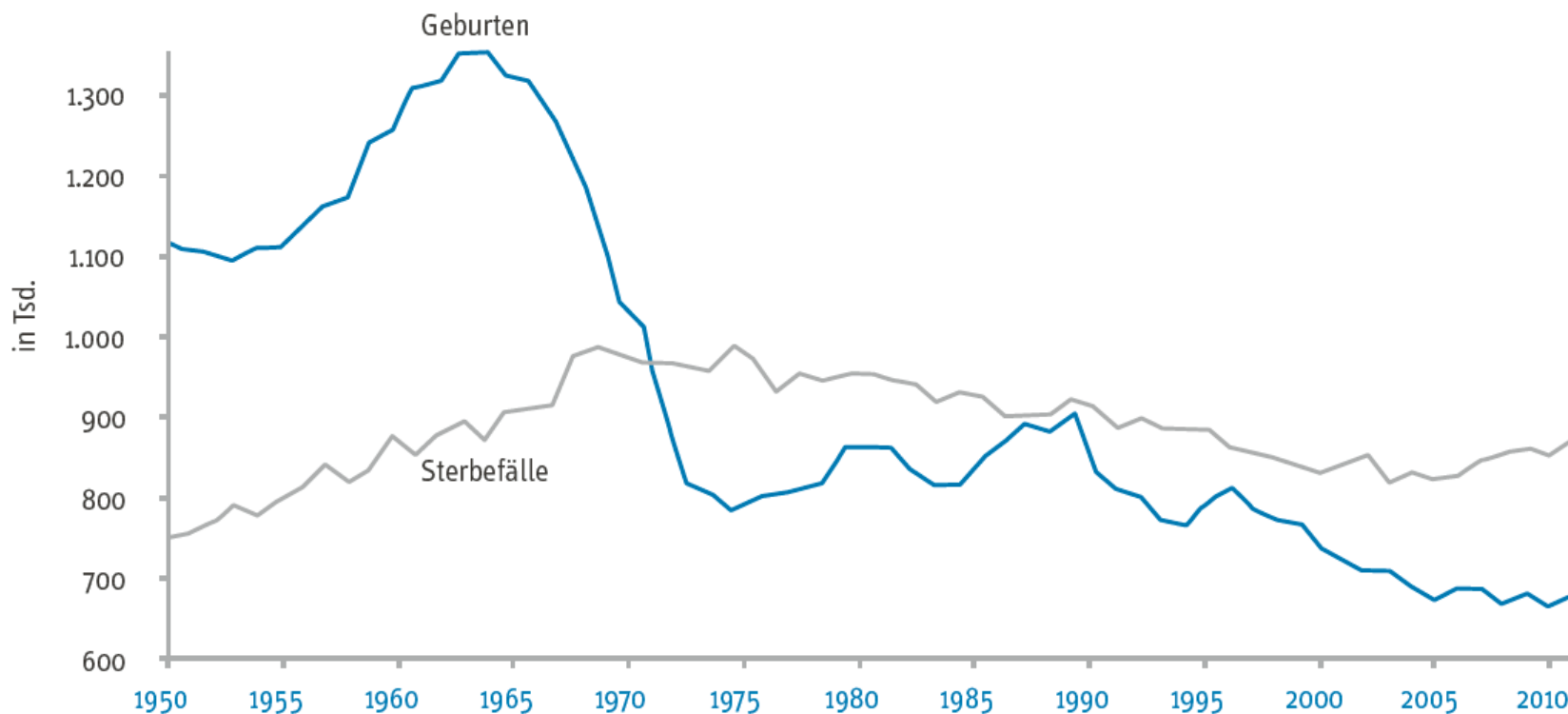


Veränderung des Leistungsspektrums in den KHs?

Geburten und Sterbefälle

in Tausend

1950 – 2012, Bundesgebiet

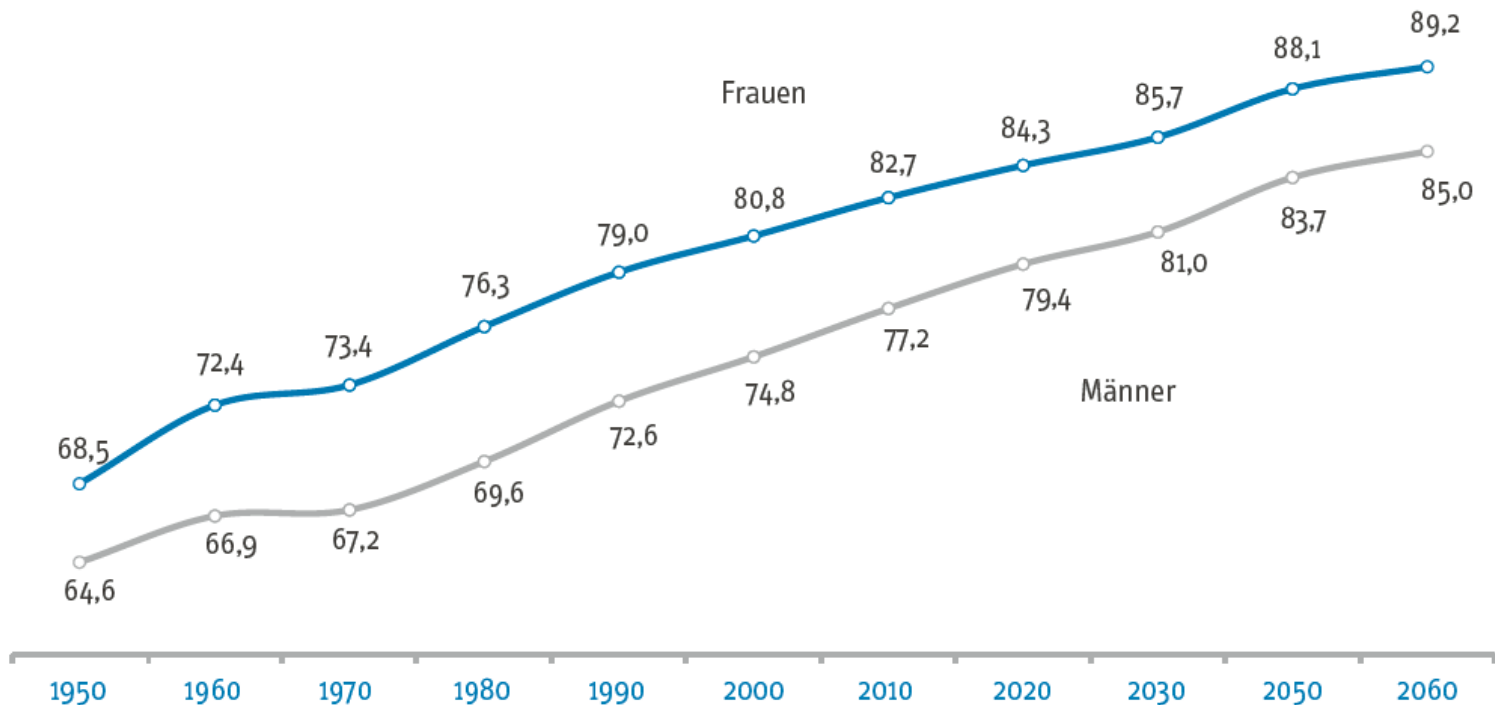


Längeres Leben = Gesundes Leben???

Lebenserwartung bei Geburt

in Jahren

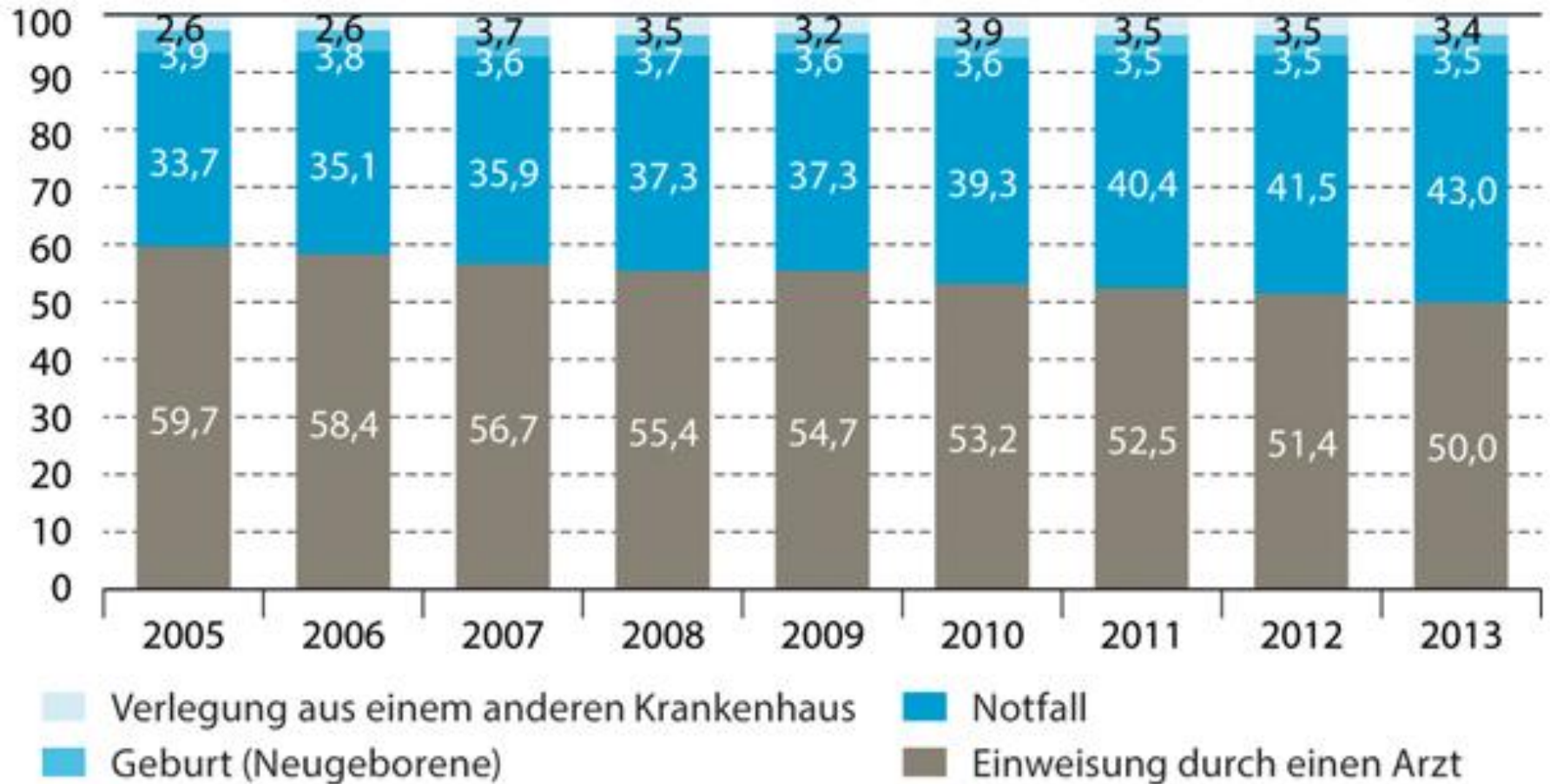
1950 – 2060, Bundesgebiet



Quelle: vdek (2014)

Der Weg ins Krankenhaus

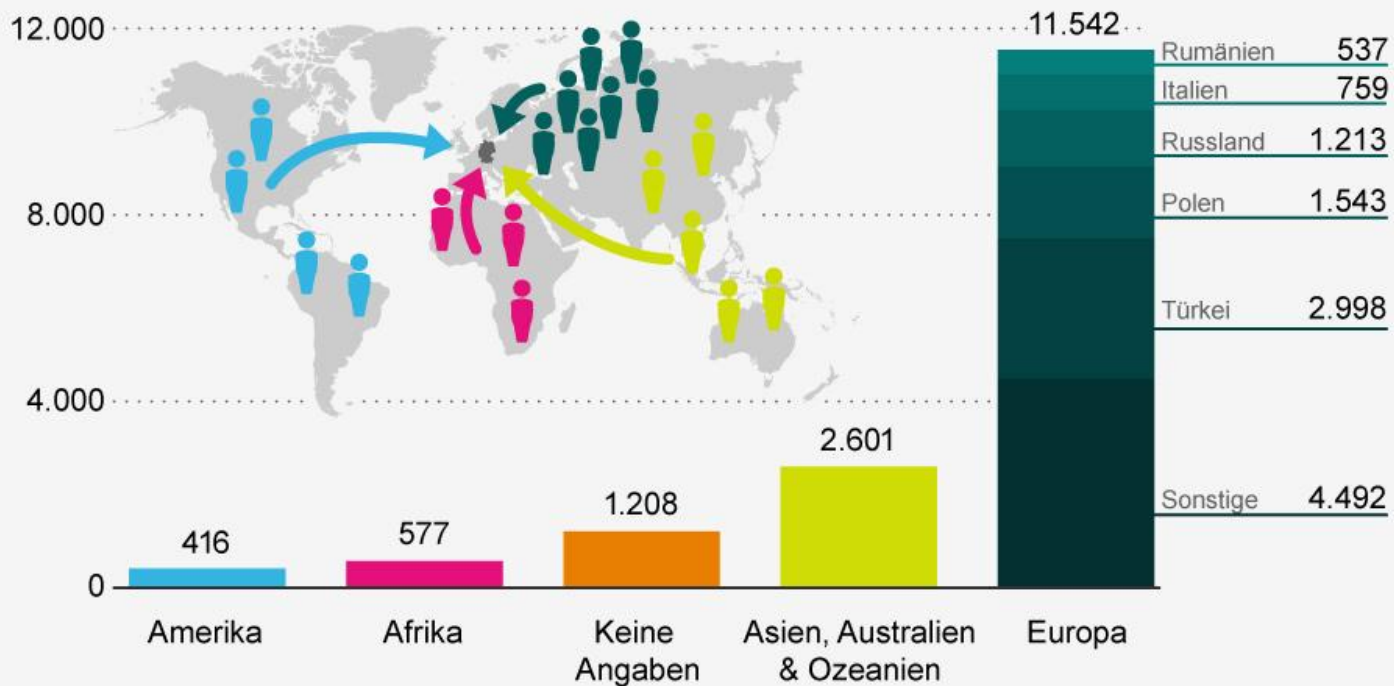
Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung, 2005 bis 2013



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 *	Eingrieber
Vorname *	Monika
Straße *	Uhlandstr. 4-5
PLZ *	10623
Ort *	Berlin
E-Mail *	eingrieber@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

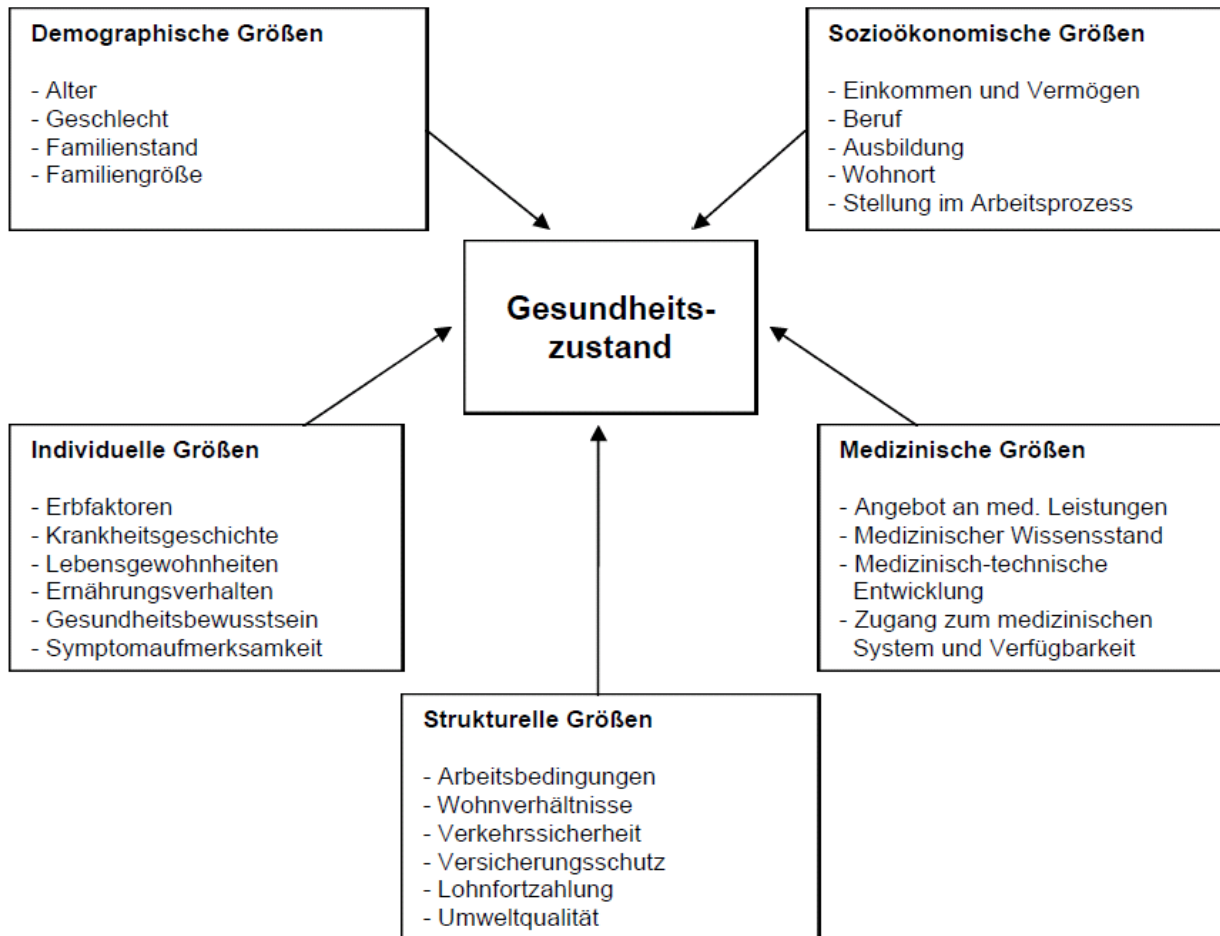
Ehealth, Digitalisierung, Patient 2.0 etc.



Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit

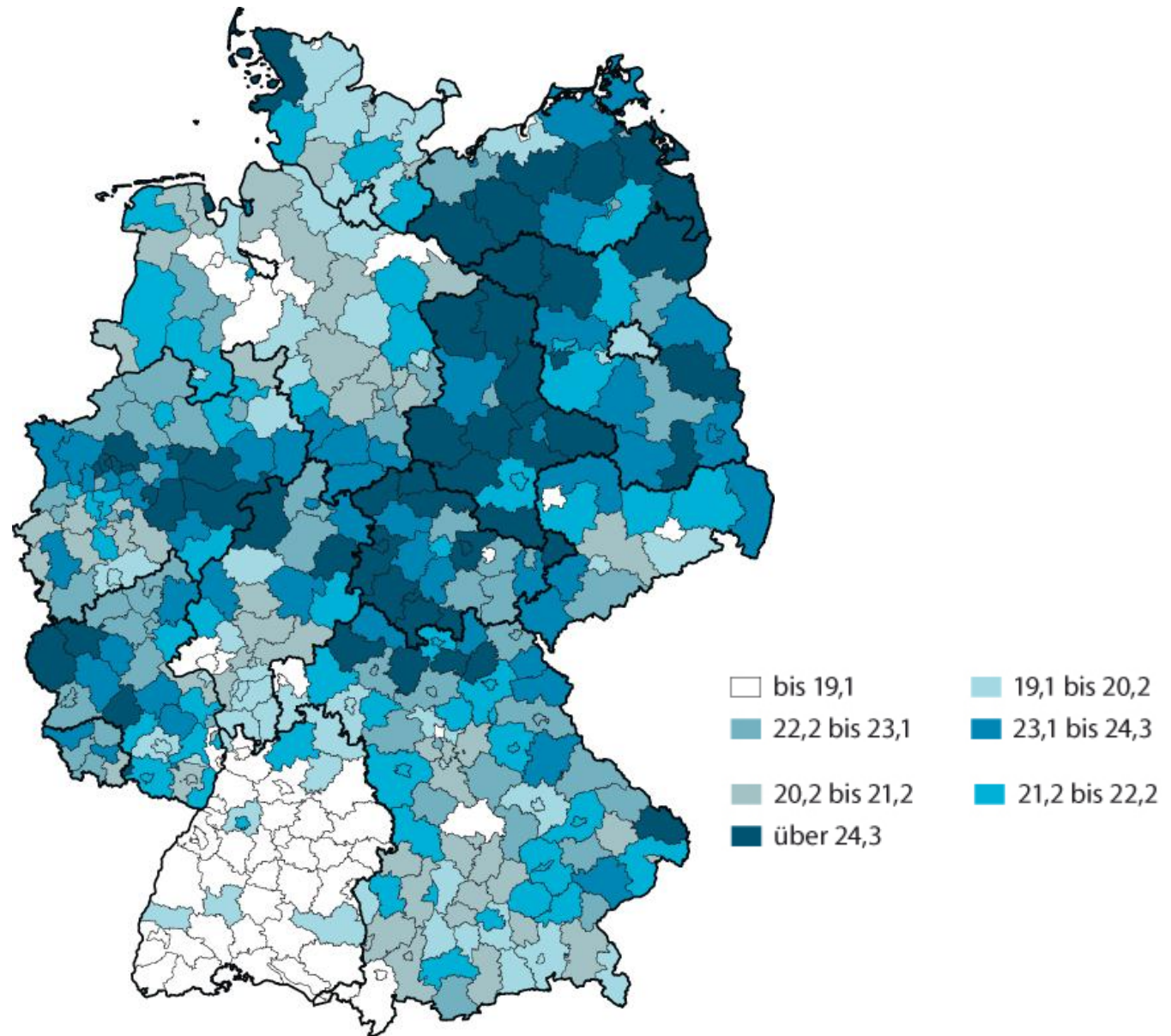
Gesundheit als Gerechtigkeit?

Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes

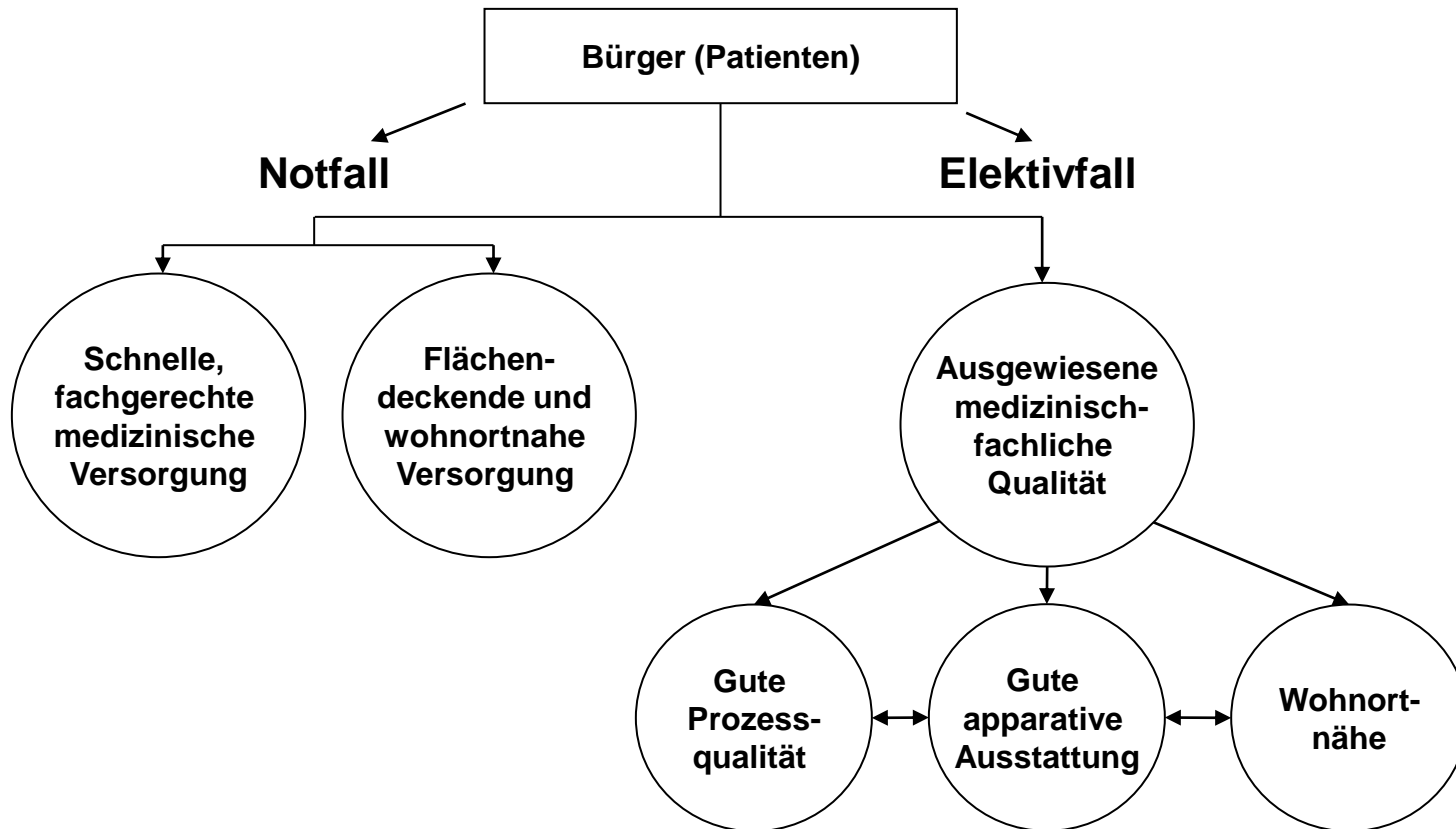


Weiteres Thema: Regional heterogene Inanspruchnahme

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)
Elektiv					
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
alle	50.631	19,7	34,3%	65,7%	19,6
Notfall					
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
alle	21.239	12,4	56,8%	43,2%	14,0
Gesamt	71.870	17,6	41,0%	59,0%	18,4

Quelle: Friedrich, Beivers (2009)

Die Eckpunkte des Krankenhausstrukturgesetzes

Benutzerhinweise Inhaltsübersicht English Gebärdensprache Leichte Sprache

 Bundesministerium für Gesundheit

Ministerium Themen **Presse** Service

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 vorgelegt haben."

DOWNLOADS

- [Pressemitteilung Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015](#) 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???




Materialien

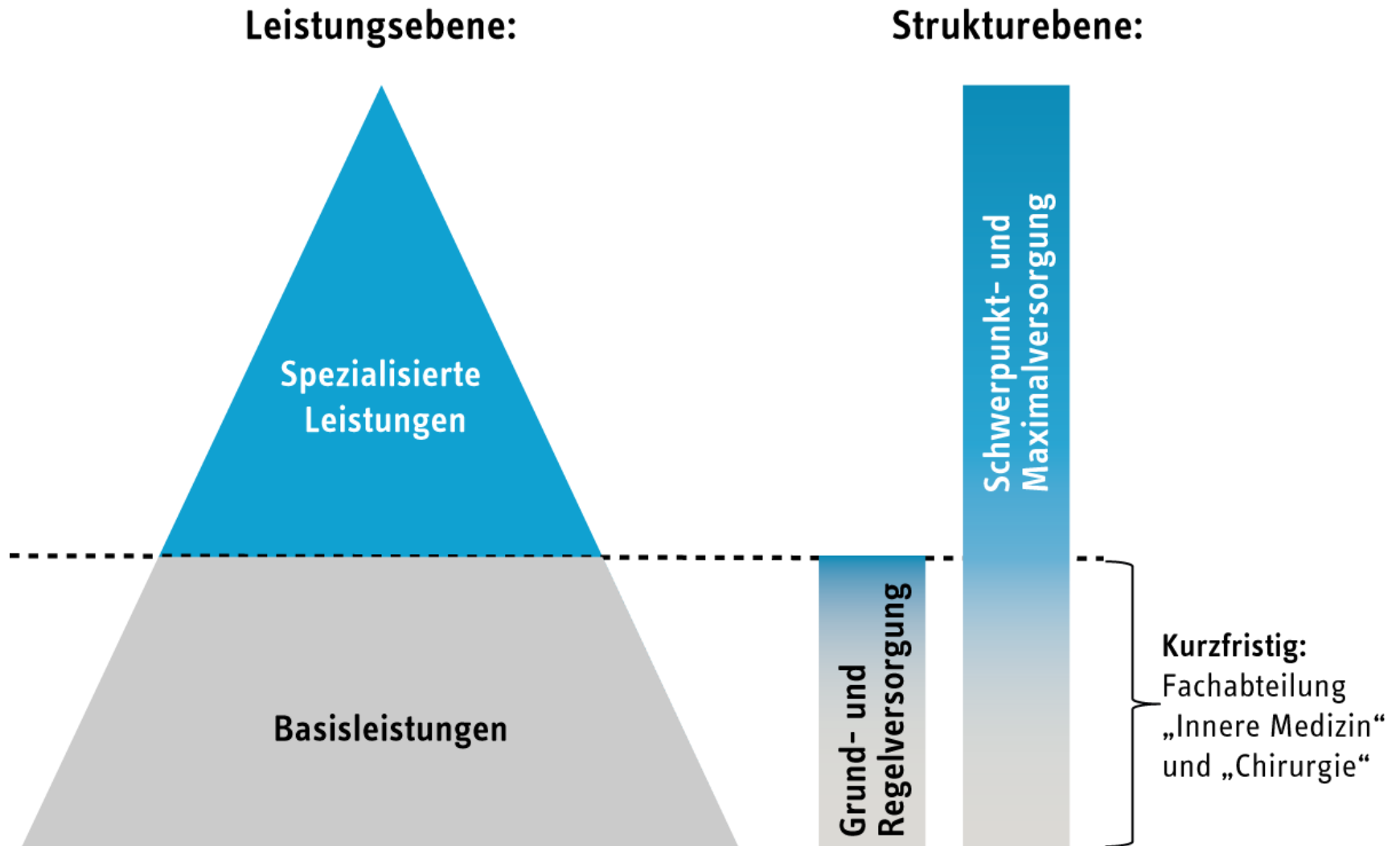
Boris Augurzky
Andreas Beivers
Niels Straub
Caroline Veltkamp

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

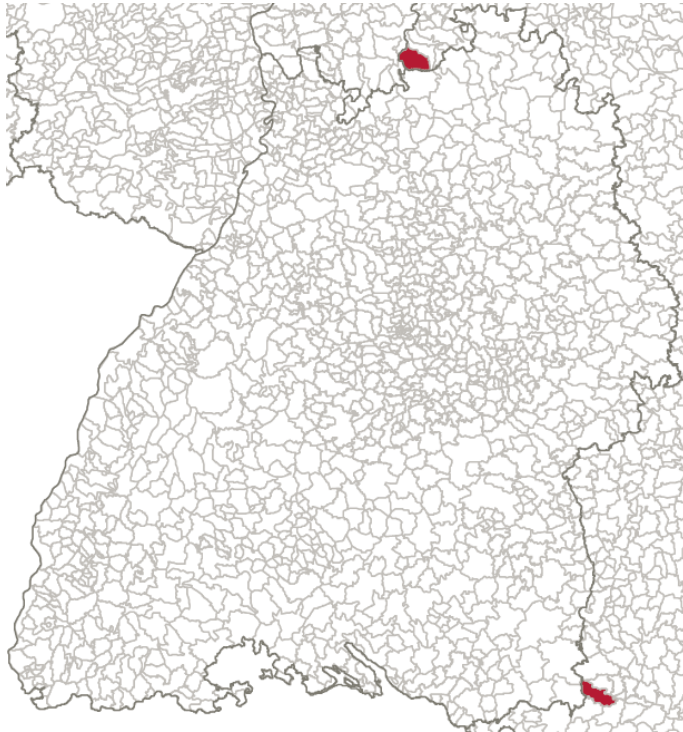
Zeitspanne bis zum Eintreffen des
Rettungsdienstes: **maximal 12 Minuten**

In dünn besiedelten, ländlichen
Bereichen

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



Erreichbarkeit der Grund- und Regelversorgung 2012 hervorragend

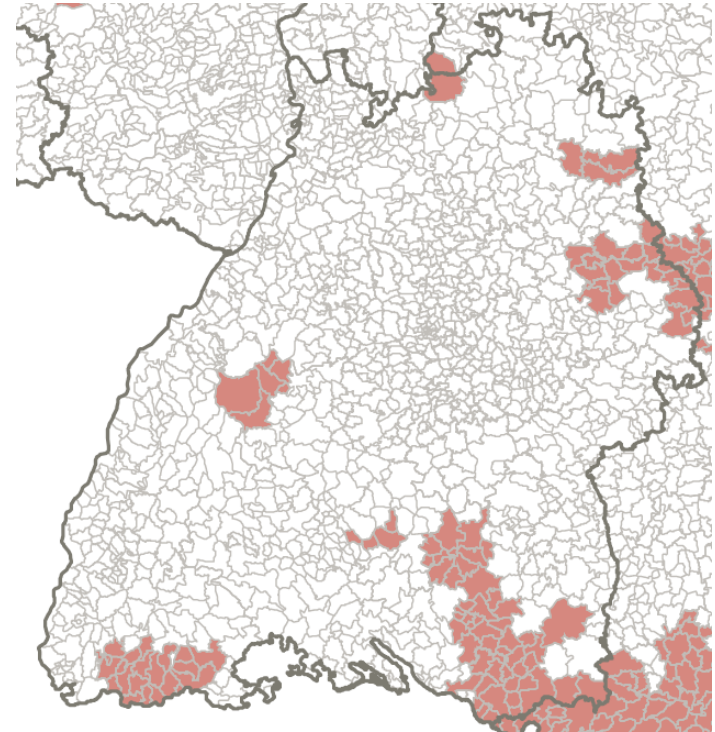


Legende

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

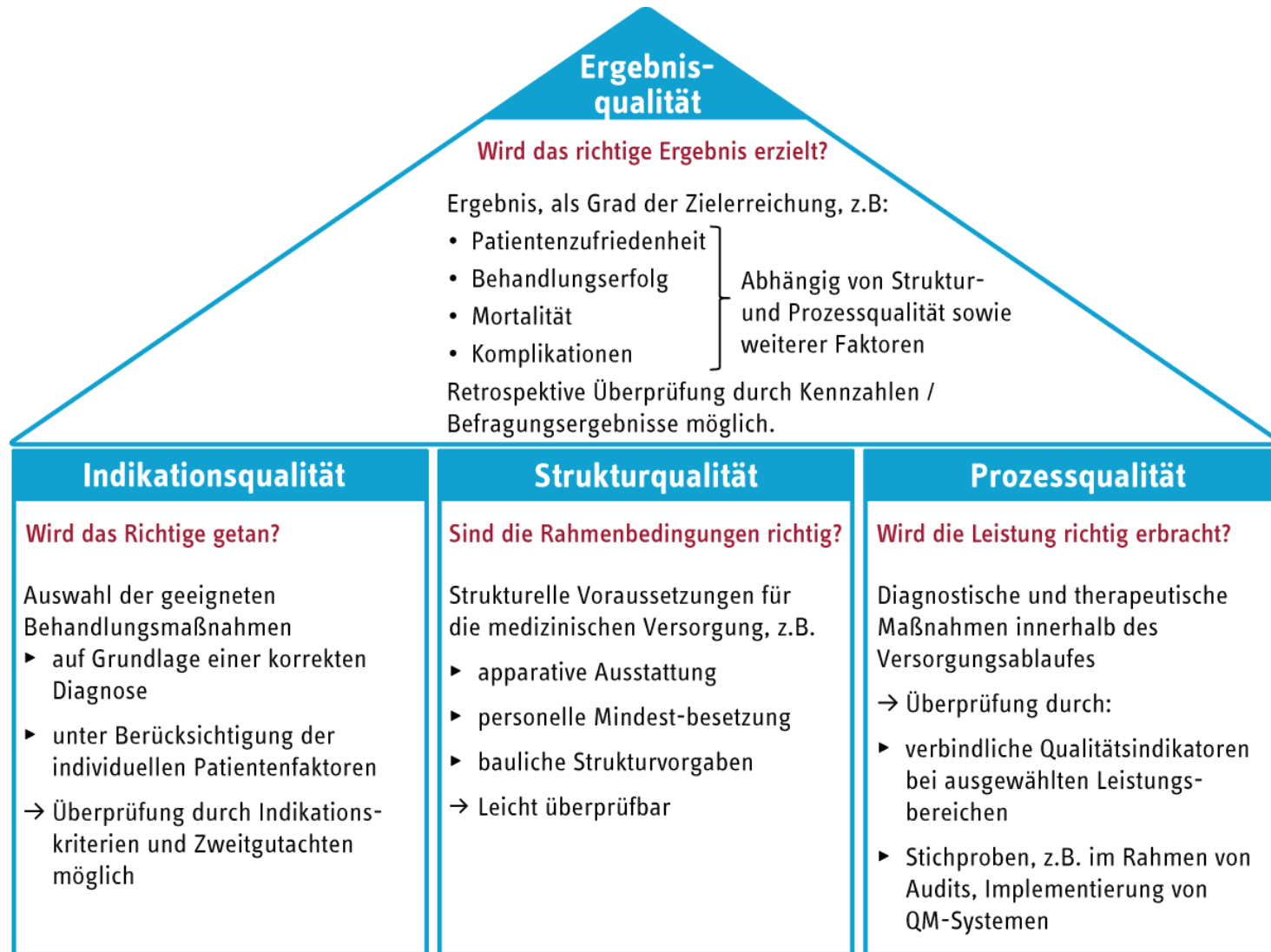
Verbindliche Strukturanforderungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung

Generell	Personell	Apparativ
<p>Anbindung an Rettungsdienst</p> <p>24h-Bereitschaft an allen Tagen</p> <p>Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen</p> <p>Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme</p> <p>Hubschrauberlandeplatz</p> <p>Nachweispflicht + Qualitätssicherung</p> <p>Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin</p> <p>Kostenrechnerische Nachweise für die Finanzierungssituation in der Notfallversorgung</p>	<p>24h-Vorhaltung von erfahrenen Ärzten auf fachärztlichem Niveau</p> <p>Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal</p> <p>Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten</p> <p>Fachärztliche Behandlungsexpertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung</p>	<p>24h-Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten</p> <p>Labordiagnostik</p> <p>Röntgendiagnostik</p> <p>Schockraum</p> <p>Ultraschall diagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße</p> <p>Endoskopische Sofortdiagnostik und -therapie</p> <p>Versorgungsmöglichkeiten für Infarktpatienten</p>

Ausschluss von Einrichtungen, die Strukturanforderungen nicht erfüllen

Dimensionen der Qualität

Welche eignen sich zur Planung?

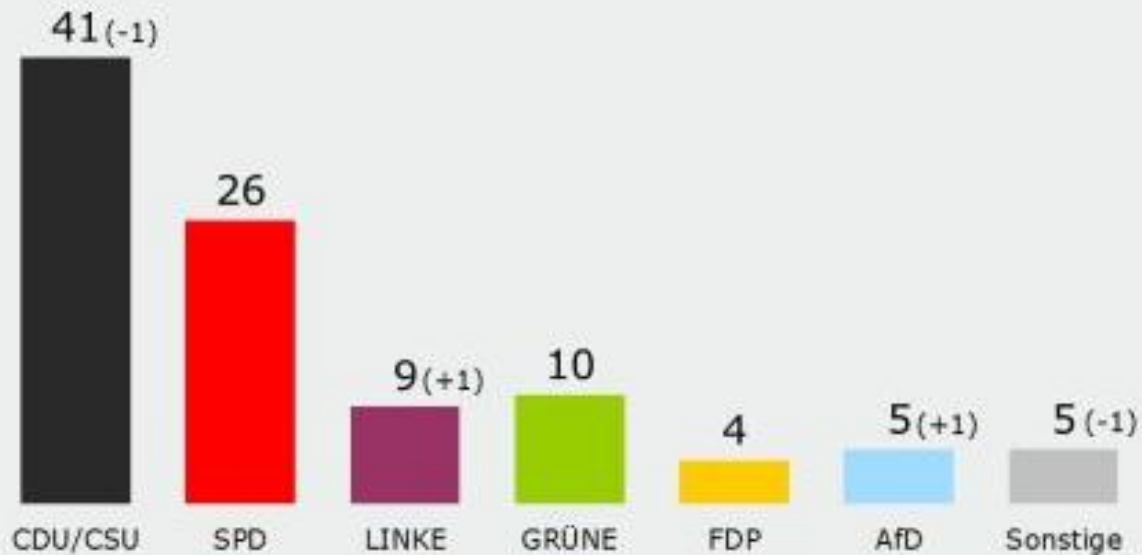


Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut 	Qualität schlecht 
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 Sicherstellungszuschlag	Auflagen zur Qualitätssteigerung Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen

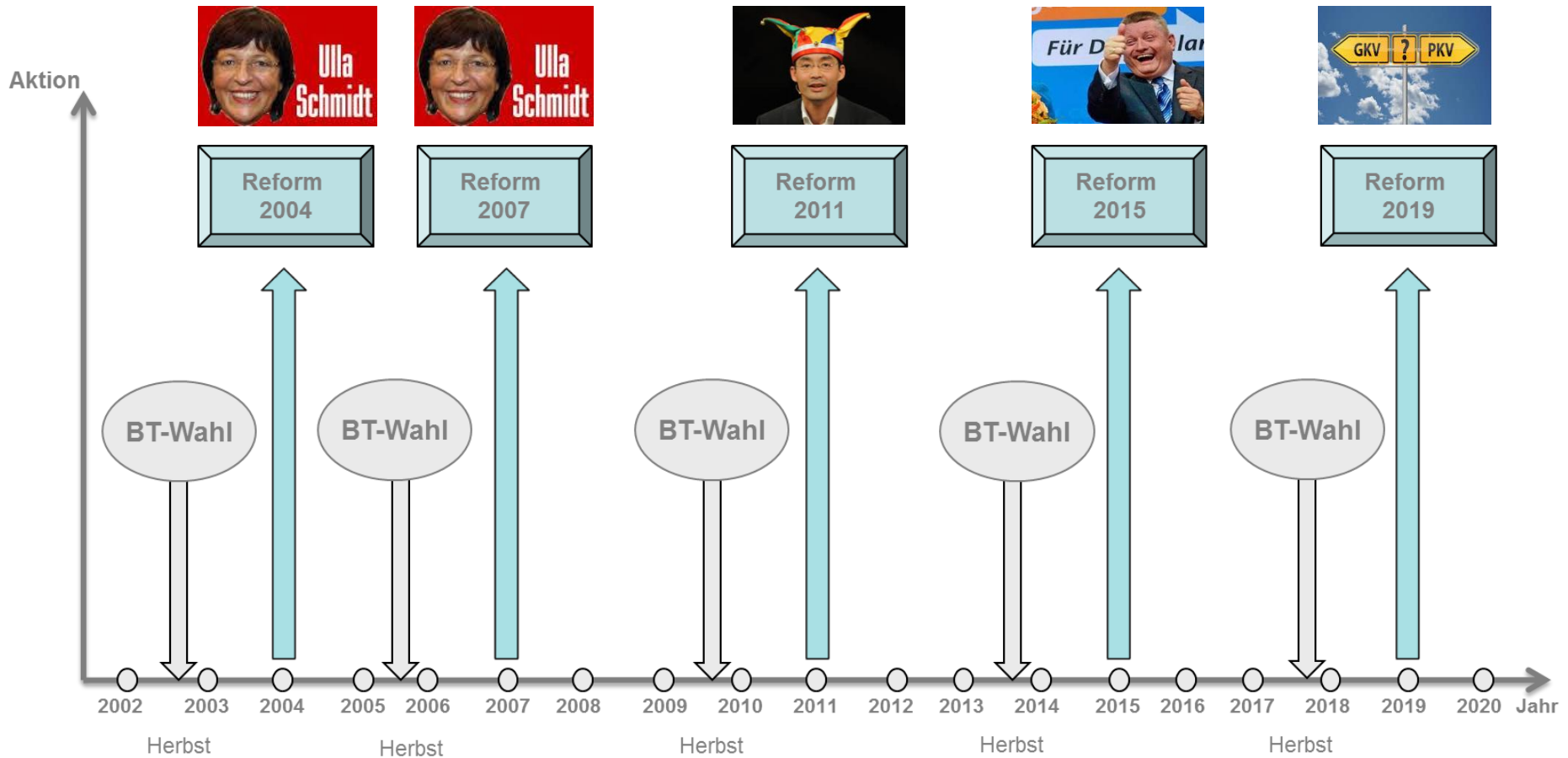
Ausblick: Wenn jetzt Wahlen wären...

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 -

Kontakt Daten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089-200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de