

Neuordnung der Krankenhauslandschaft

Vorstellungen des GKV–Spitzenverbandes

36. BBDK–Frühjahrskolloquium
Meschede 28.02.2020

Dr. Wulf–Dietrich Leber
GKV–Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (1 / 4)

Stand: 20.02.2020



Spitzenverband

Gesetz		Stand	Verkündung im BGBl.
GKV IPreG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz	Gesetzentwurf 13.02.2020	
GKV-FKG	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz	2./3. Lesung BT 12.02.2020	
PDSG	Patientendaten-Schutzgesetz	Referentenentwurf 04.02.2020	
MPAnpG-EU	Medizinprodukte-Anpassungsgesetz	Anhörung im AfG 15.01.2020	
	Gesetz zur Reform der Notfallversorgung	Referentenentwurf (08.01.2020)	
	Gesetz zur Stärkung der Apotheke-Vor-Ort	1. Lesung im BT (ungewiss)	
	Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen	Gesetzgebung abgeschlossen	
	Entscheidungslösung für Organspende	Gesetzgebung abgeschlossen	

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (2/4)

Stand: 20.02.2020



Spitzenverband

Gesetz		Stand	Verkündung im BGBl.
	Masernschutzgesetz		13.02.2020
	PTA-Reformgesetz		16.01.2020
GKV-BRG	Freibetrag in der betrieblichen Altersvorsorge		30.12.2019
„ATA/OTA-Gesetz“	Ausbildung zum Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenten		20.12.2019
MDK-Reformgesetz	Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen		20.12.2019
DVG	Digitale Versorgung-Gesetz		18.12.2019
EIRD	Implantateregister-Errichtungsgesetz		17.12.2019
HebRefG	Hebammenreformgesetz		28.11.2019

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (3/4)

Stand: 20.02.2020



Spitzenverband

Gesetz		Stand	Verkündung im BGBl.
Pflegelöhne- verbesserungsG	Gesetz für bessere Löhne in der Pflege		28.11.2019
	Verbesserung der Information über Schwangerschaftsabbruch		25.11.2019
2. DSAnpUG-EU	Zweites Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU		25.11.2019
PsychThGAusbRefG	Psychotherapeutenausbildungs- reformgesetz		15.11.2019
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen- Verordnung		31.10.2019
ApBetrO und AMPreisV	Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung		21.10.2019
GSAV	Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung		15.08.2019
EAMIV	Elektronische Arzneimittelinformationen- Verordnung		02.08.2019

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (4/4)

Stand: 20.02.2020



Spitzenverband

Gesetz		Stand	Verkündung im BGBl.
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz		10.05.2019
GZSO	Organspendegesetz		28.03.2019
GKV-VEG	GKV-Versichertenentlastungsgesetz		14.12.2018
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz		14.12.2018
PfIAFinV	Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungs- verordnung		10.10.2018

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

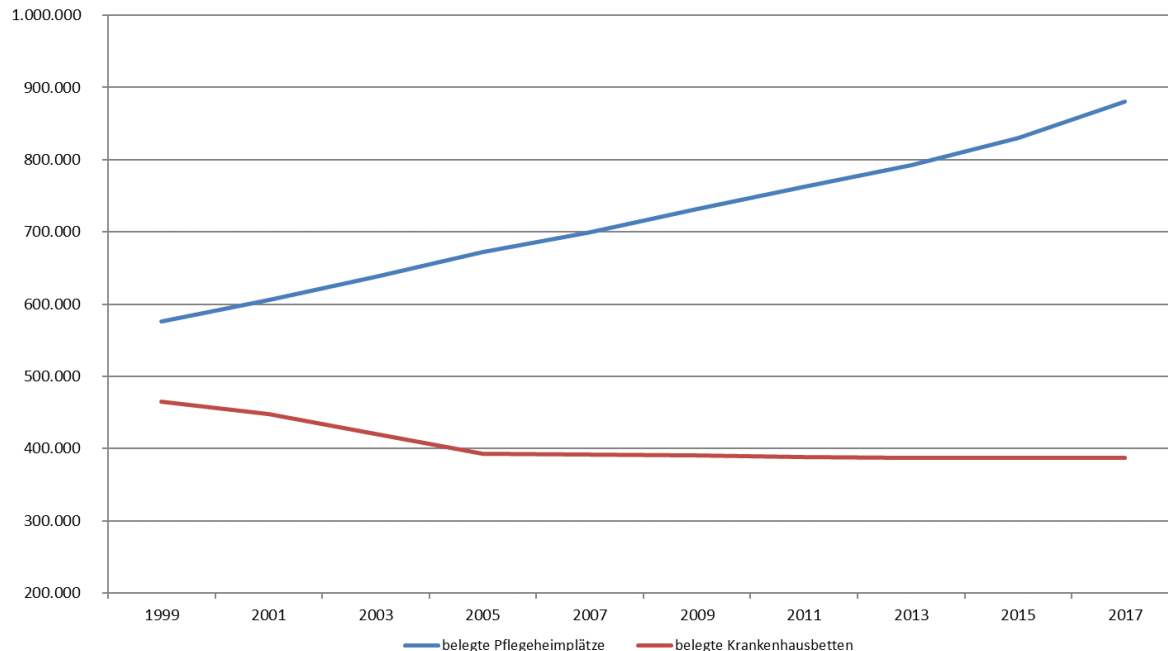
Der „Pflexit“ – so klug wie der Brexit

Absehbar:

1. Selbstkostendeckung führt zur Maximierung der Kosten (kein Fokus auf Leistungen).
2. Pflegekräfte werden wieder zur Raumpflege eingesetzt.
3. Altenpflege, ambulante Pflegedienste und Reha werden durch Krankenhäuser leer gekauft.
4. Doppelfinanzierung durch Anrechnung von „pflegeentlastenden Maßnahmen“

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



Quelle: Destatis, eigene Darstellung

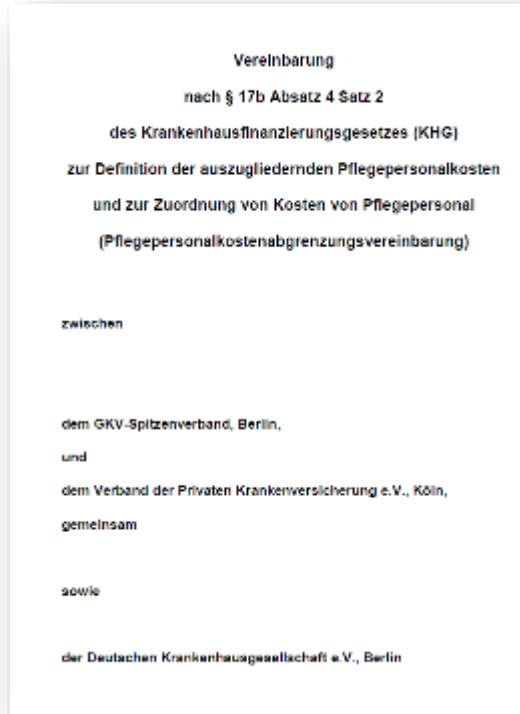
Vorsicht: Selbstkostendeckung!

Selbstkostendeckung ist eine Schönwetterregelung,
die in der Budgetierung endet, sobald die
Konjunktur umschlägt.

Vereinbarungen zur Pflegeausgliederung

#	Datum	Vereinbarung	Inhalt
1	18.02.2019	Pflegepersonalkosten- abgrenzungsvereinbarung	- Bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten - Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist - Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundes- und Ortsebene
2	17.06.2019	Änderungsvereinbarung zur Konkretisierung der Anlage 3 der Pflegepersonalkosten- abgrenzungsvereinbarung	Detaillierte Festlegung der Vorgaben für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten
3	06.05.2019	DRG-Grundlagenvereinbarung	- Grundsätze für die Systementwicklung (aG-DRG-System und Pflegefinanzierung) - Spaltenlösung im Katalog - Lernendes System/mehrjähriger Prozess/Normierung - Vorgabe erster Abrechnungsgrundsätze ab dem Jahr 2020
4	23.09.2019	Pflegebudgetverhandlungs- vereinbarung	- Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets - Vorzulegende Unterlagen - Verfahren der Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel
5	18.10.2019	Fallpauschalenvereinbarung 2020	- Abrechnungsregeln - aG-DRG-Katalog 2020 (inklusive Zusatzentgelte) - Pflegeerlöskatalog 2020
6	Nov 2019	Ergänzung zur Pflegebudget- verhandlungsvereinbarung	- Berechnung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes - Erlöszuordnung und Ausgleichs für Jahresüberlieger

Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019



Grundgedanken der Ausgliederung:

Hohe Kongruenz zwischen Bundesebene (InEK)
und der Ebene vor Ort (Budgetverhandlung)

Einheitliche Abgrenzung

Transparenz über Abgrenzungsschritte

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ^{*)}	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Begleitschritt	Mittlere Verweildauer ¹⁾	Untere Grenzwelddauer Erst-Tag mit Abrechnung ^{2), 3)}	Bewertungs- relation/Tag	Obere Grenzwelddauer Erst-Tag bis Schluss ^{2), 3)}	Bewertungs- relation/Tag	Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴⁾	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
A11C	O	Bestimmung > 240 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit kompl. OR- Prozedur, Alter < 16 Jahre od. kompl. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	9,102		25,8	8	0,808	44	0,282		x	x	8,4037
A11D	O	Bestimmung > 240 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur oder hochkomplexer Diagnose, Alter > 16 Jahre	8,760		24,7	7	0,839	43	0,272		x	x	2,8160
A11E	O	Bestimmung > 240 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompl. Konstellation, Alter > 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 826 / - Aufwandspunkte	6,805		22,6	7	0,788	40	0,190		x	x	8,3747
A11F	O	Bestimmung > 240 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompl. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre	6,407		21,3	6	0,779	39	0,180	0,245		x	3,3421
A11G	O	Bestimmung > 240 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR- Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 826 / 1104 Punkte, ohne kompl. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC	5,858		21,8	6	0,782	40	0,173	0,236		x	3,1813
A11H	O	Bestimmung > 240 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR- Prozedur, ohne int. > 588 / 826 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 16 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC	3,960		20,0	6	0,551	37	0,135	0,183		x	3,0823
A13A	O	Bestimmung > 85 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1170 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - /	11,264		32,8	10	0,828	60	0,280		x	x	3,2838

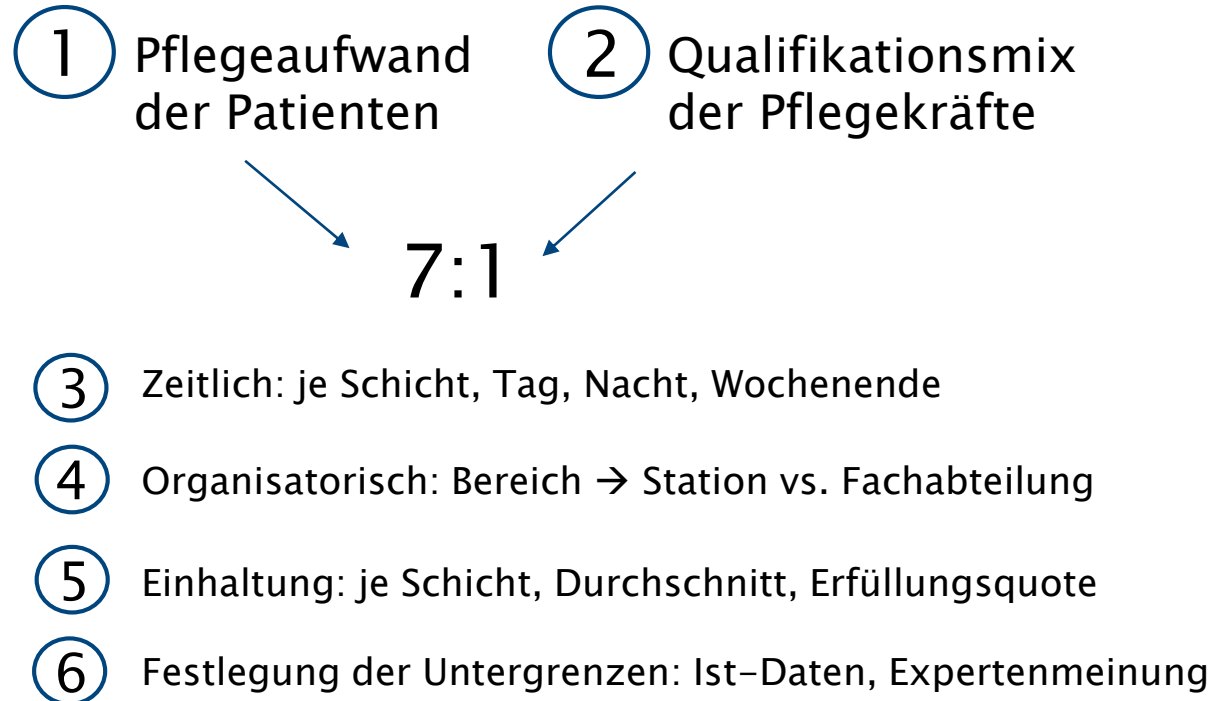
Einigung auf DRG-Katalog 2020 am 18.10.2019

- ▶ Vereinbarung auf Basis des InEK-Vorschlages
- ▶ DRG-Katalog mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten (extra Spalte)
- ▶ Sachkostenregelung à la InEK (Kompensation bei Tarifgesetzgebung)
- ▶ Abrechnungsregelungen weitgehend unverändert

Gang der Handlung

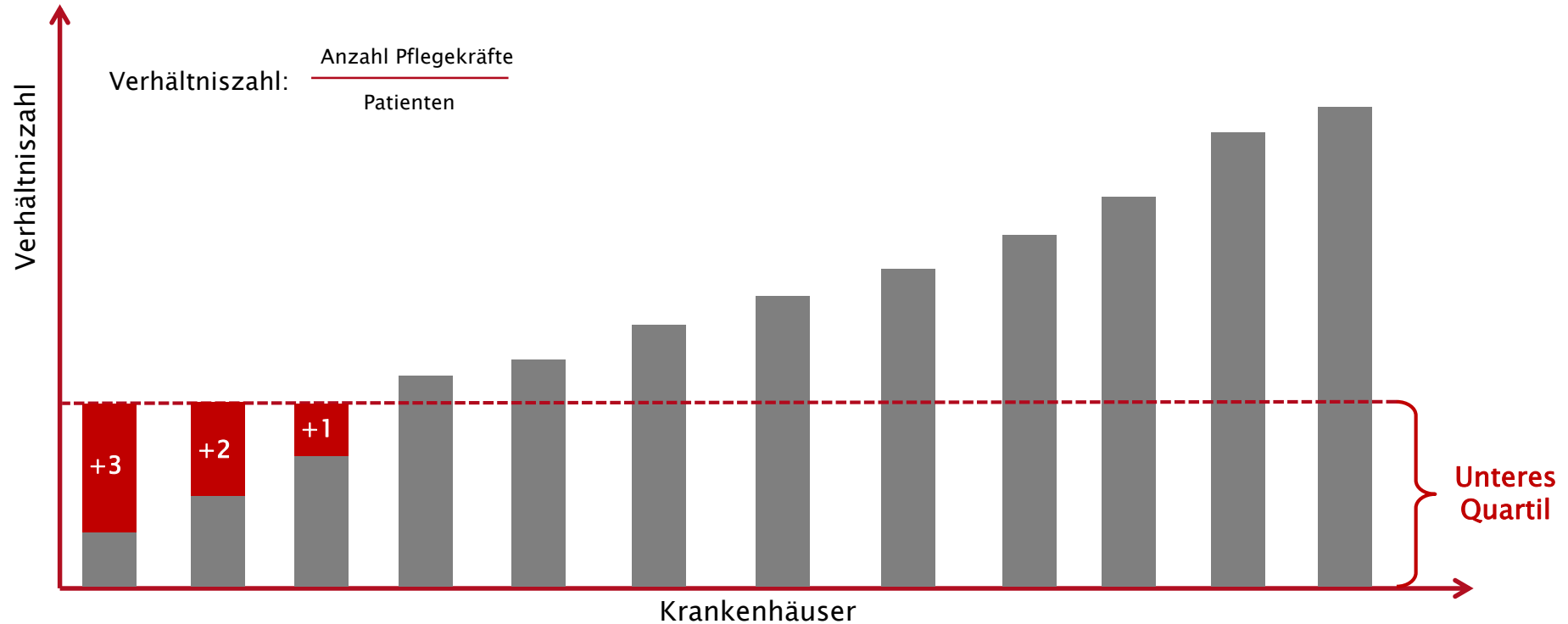
1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Problemdimensionen

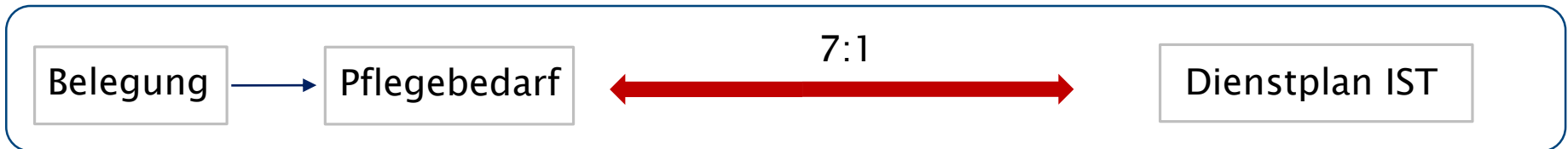
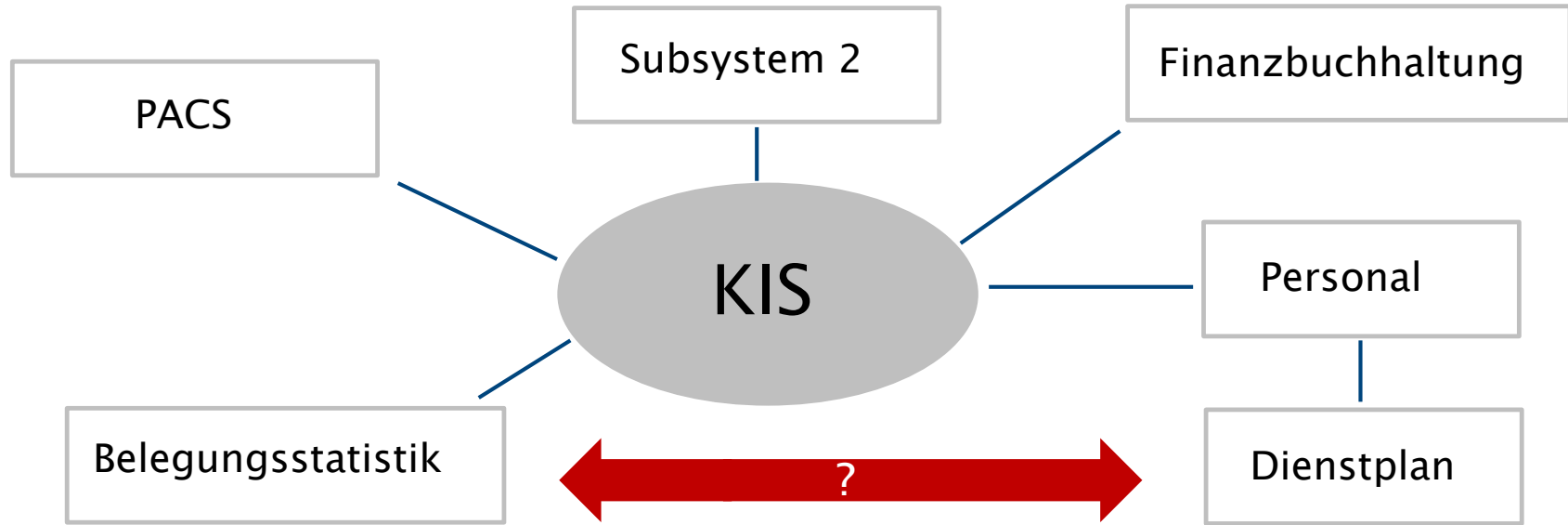


Der Perzentilansatz

Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Dienstpläne und Belegungsstatistik



Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

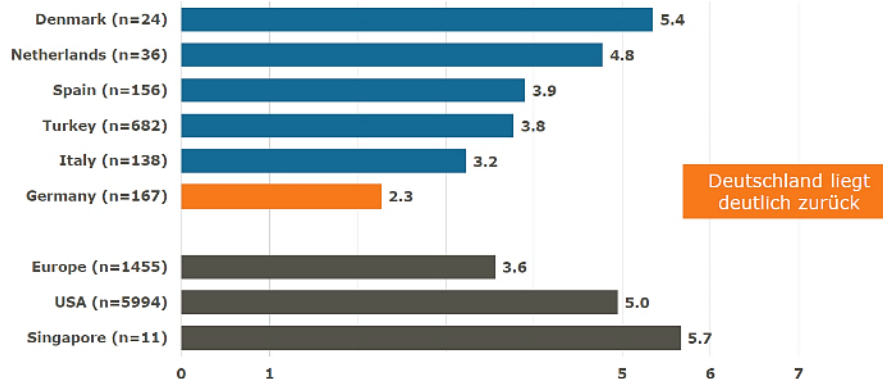
Beispiel: EMRAM-Score

Electronic Medical Records Adoption Model (EMRAM): Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads elektronischer Dokumentation und Prozesse in Krankenhäusern

EMR Adoption Model SM	
Stufe	Kumulative Voraussetzungen
Stufe 7	Lückenlose ePA integriert alle klinischen Bereiche (z.B. Ambulanz, Intensivstation, Notaufnahme) und ersetzt alle (medizinischen) Papierakten; Einsatz von Standards zum Datenaustausch für die integrierte Versorgung; Data Warehouse als Basis für klinische- und betriebliche Analysen
Stufe 6	Klinische Dokumentation integriert mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf definierten Datenelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsabgabeprozesses (closed loop medication)
Stufe 5	Integrierte Bildmanagementlösung (z.B. PACS) ersetzt alle filmbasierten Bilder
Stufe 4	Elektronische Vernetzung mit klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf einer Rules-Engine) in mindestens einem klinischen Bereich und für Medikation
Stufe 3	IT-gestützte klinische Dokumentation sowie Einsatz elektronischer Verordnungen durch Ärzte bzw. Pflegepersonal, das beinhaltet auch die Dokumentation der Medikationsgabe (eMNR)
Stufe 2	Eine Elektronische Patientenakte (bzw. ein Clinical Data Repository) ermöglicht die Zusammenfassung und Normalisierung von Daten aus verschiedenen klinischen Quellen im gesamten Krankenhaus
Stufe 1	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind installiert, bzw. Daten von externen Dienstleistern können elektronisch verarbeitet werden
Stufe 0	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind nicht installiert, ihre Daten von externen Dienstleistern können nicht elektronisch verarbeitet werden



EMRAM (Mittelwerte) im Ländervergleich



Source: HIMSS Analytics Database, Q4/2017 (data from 1/2014 – 12/2017), Status as of 1/1/2018

GKV-HIMSS Treffen, 13.02.2018, Berlin

Pflegepersonaluntergrenzen

- Pflegepersonaluntergrenzen gelten schichtbezogen auf allen Stationen der pflegesensitiven Bereiche je Krankenhausstandort.

	Intensiv- medizin		Geriatrie		Kardiologie		Unfallchirurgie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Max. Anzahl von Patienten pro 1 Pflegekraft	2,5*	3,5*	10	20	12	24	10	20
Max. Anteil von Pflegehilfskräften	8%	8%	20%	40%	10%	15%	10%	15%

* Diese Verhältniszahlen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gelten für die Jahre 2019 und 2020.
 Ab dem 01.01.2021 gilt für die Tagschicht das Verhältnis von „2 : 1“ und für die Nachtschicht das Verhältnis von „3 : 1“ (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PpUGV).

Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

KPMG-Studie



PpUGV



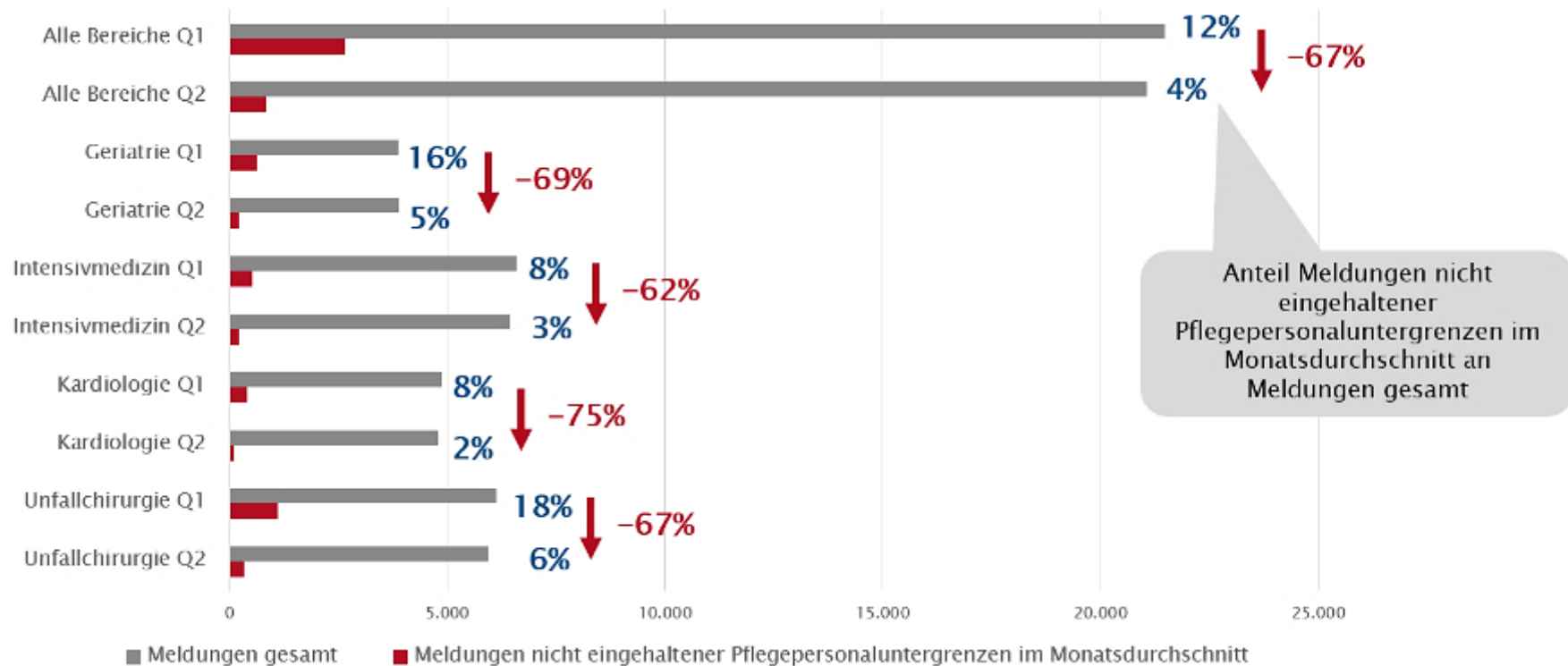
- Keine Risikoadjustierung
- Keine Wochentags-differenzierung
- 2 statt 3 Schichten
- 4 statt 6 pflegesensitive Bereiche

Nichteinhaltung Pflegepersonaluntergrenzen

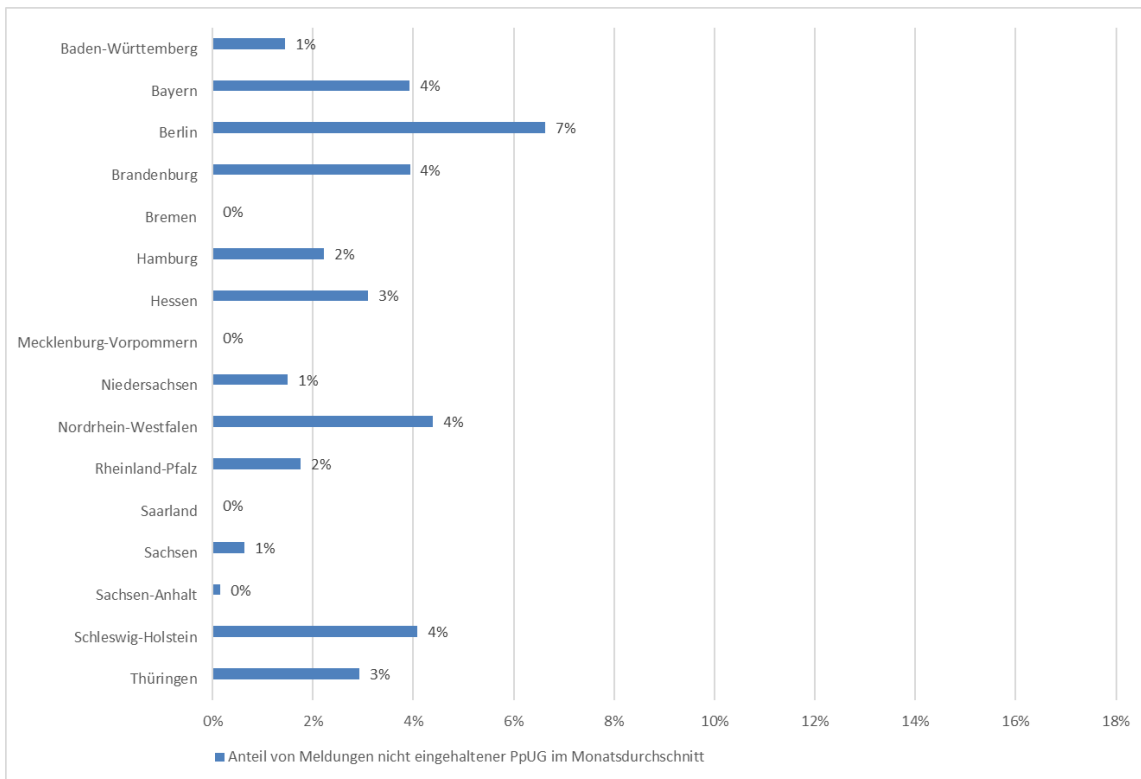
1. und 2. Quartal im Vergleich



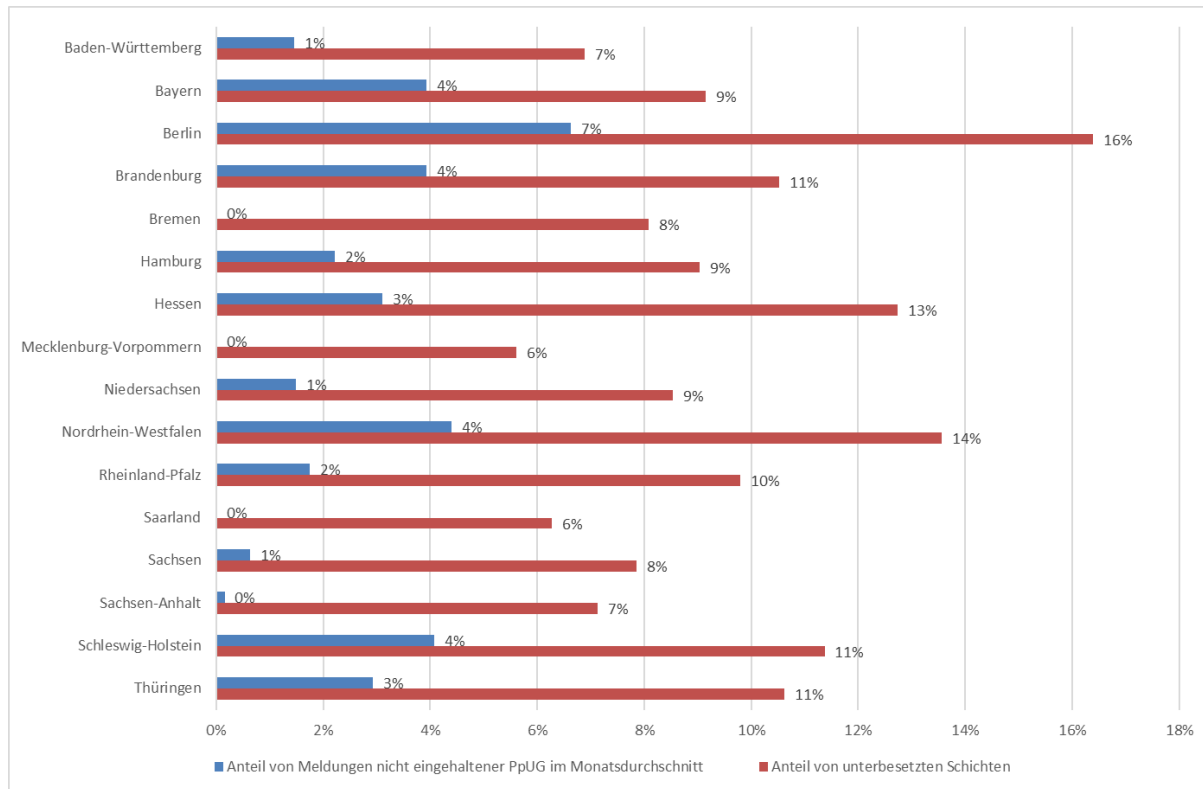
Spitzenverband



Anteil der nicht eingehaltenen PpUG (4. Quartal, alle Bereiche)



Anteil der nicht eingehaltenen Schichten & PpUG (4. Quartal, alle Bereiche)



PpSG: Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

ab
2021

jährlich weitere Bereiche mit
Pflegepersonaluntergrenzen

2020

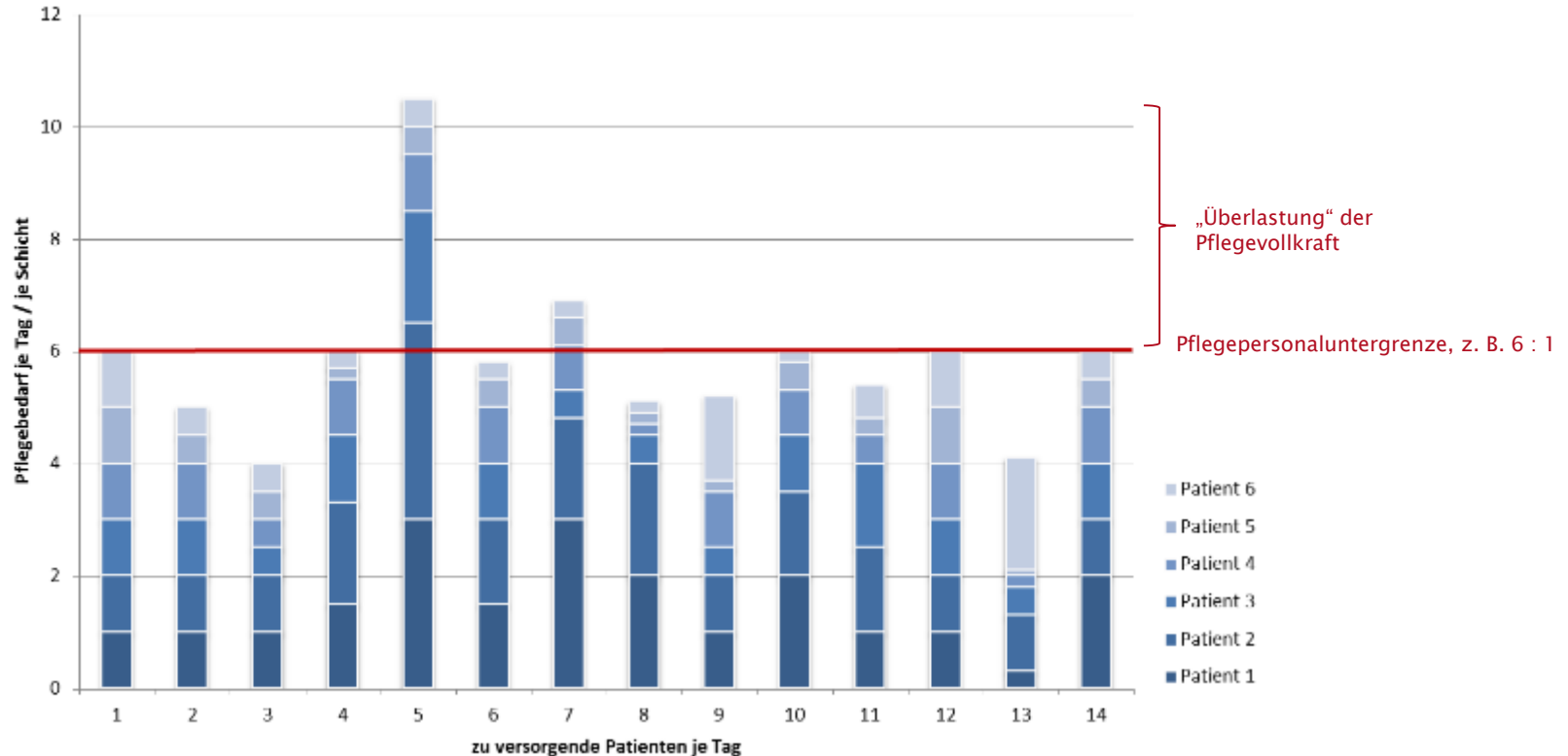
- neue Pflegepersonaluntergrenzen für bestehende vier Bereiche
- Ergänzung: Herzchirurgie und Neurologie
- Schweregradadjustierung anhand Pflegeaufwand

2019

- verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in vier Bereichen
- 1. Quartal: keine Sanktionen bei Nichteinhaltung

→ t

Heterogener Pflegeaufwand – Notwendigkeit einer Risikoadjustierung



Anti-PpUG-Positionierung der DKG

- ▶ DKG propagiert ihre „Eckpunkte für eine bedarfsgerechte Pflegepersonal-ausstattung“ (20.03.2019).
- ▶ Ziel: Abschaffung stations- und schichtbezogener PpUG
- ▶ Entwicklung eines Pflegepersonal-bemessungsinstruments auf Ganzhausebene
- ▶ Nachweisen der Einhaltung der Untergrenze im Jahresdurchschnitt
- ▶ Sanktionen bei Unterschreiten der Untergrenze, aber drei Jahre sanktionsfreie Übergangsphase


Service


DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

DKG legt Eckpunkte für Strukturveränderungen und Personalbemessung fest
Ende einer destruktiven Krankenhauspolitik

20. März 2019

Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat auf seiner gestrigen Sitzung zwei grundlegende Beschlüsse zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung getroffen. „Wir sind uns alle bewusst, dass wir im Bereich der Personalbesetzung neue Wege gehen müssen. Zudem brauchen wir den Mut, uns aktiv in die Veränderung der Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung einzubringen“, erklärte der Präsident der DKG, Dr. Gerald Gaß.

Die DKG will in einem Schulterschluss mit Deutschem Pflegerat, Pflegekammern und Gewerkschaften ein Personalbemessungsinstrument entwickeln, das eine angemessene Pflegepersonalausstattung definiert und die bürokratischen und fehlerbehafteten Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig macht. Dabei orientiert sich die DKG an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern. Das Instrument definiert den zukünftigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz). „Wenn dann ein aktives Personalmanagement und gute Führung sowie eine deutliche Entbürokratisierung hinzukommen, sind wir auf dem richtigen Weg. Es muss unser Ziel sein, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. So erfahren ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung und fühlen sich weiter an ihren Beruf gebunden. Aus dem aktiven Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte könnten sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen“, so Gaß.

Zusätzlich hat der Vorstand beschlossen, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Der Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich muss in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. „Wir werden nur dann unterschiedliche Interessen vereinen können, wenn sich die Veränderungen konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientieren, transparent ausgestaltet werden und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen geben. Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften sind bereit, sich aktiv und gestaltend in der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in den Regionen einzubringen. Gleichzeitig muss aber auch die destruktive Politik der Strukturüberschneidung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

Pflegepersonaluntergrenzen 2020

Anhaltsszahlen können die Selbstkostendeckung für das Pflegebudget ablösen,
aber nicht die Pflegepersonaluntergrenzen!

- Personalanhaltsszahlen sind Budgetschutz.
- Personaluntergrenzen sind Patientenschutz.

Pflegepersonaluntergrenzen

Regelungen ab 2020

Bereiche ab 2019

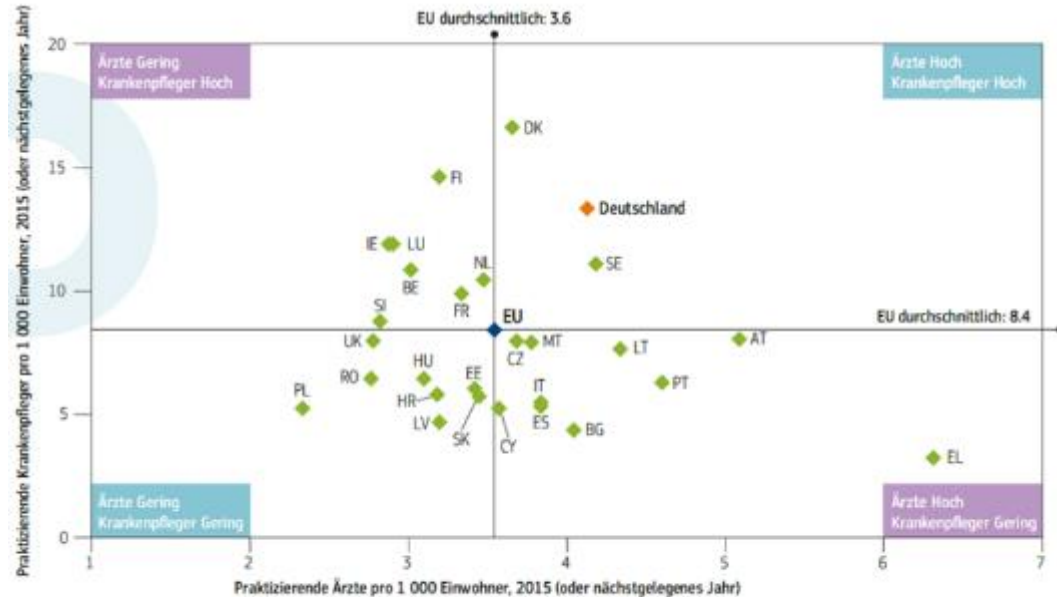
	Intensivmedizin*		Geriatrie		Unfallchirurgie		Kardiologie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Max. Anzahl von Patienten pro Pflegekraft	2,5*	3,5*	10	20	10	20	10	20
Max. Anteil von Pflegehilfskräften	8 %	0 %	15 %	20 %	10 %	15 %	10 %	10 %

* Diese Verhältniszahlen für das Jahr 2020. Ab dem 01.01.2021 gilt für die Tagschicht das Verhältnis von „2 : 1“ und für die Nachtschicht das Verhältnis von „3 : 1“ (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PpUGV).

Zusätzliche Bereiche erstmals ab 2020

	Neurologie		Schlaganfall-einheit		Neurologische Frühreha		Herzchirurgie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Max. Anzahl von Patienten pro Pflegekraft	10	20	3	5	5	12	7	15
Max. Anteil von Pflegehilfskräften	10 %	8 %	0 %	0 %	10 %	8 %	5 %	0 %

Deutschland weist relativ zur Bevölkerung vergleichsweise hohe Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf



Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Quelle: State of Health in the EU, Deutschland Länderprofil Gesundheit 2017, Abbildung 7

Digitale Pflegedokumentation

- ▶ Ziel: Doppelerfassung vermeiden! Die Antwort auf Bürokratisierung lautet immer: Digitalisierung.
- ▶ Umsetzung: Einmalige elektronische Erfassung, Ableitung von Pflegebedarf und Pflegeleistung durch Datenexport aus der digitalen Pflegedokumentation
- ▶ Die komplette Risikoadjustierung muss sich aus der Pflegedokumentation ableiten lassen – nicht nur die „PKMS-Fälle“.



Krankenhaus-Report 2020

Schwerpunkt: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg



Spitzenverband

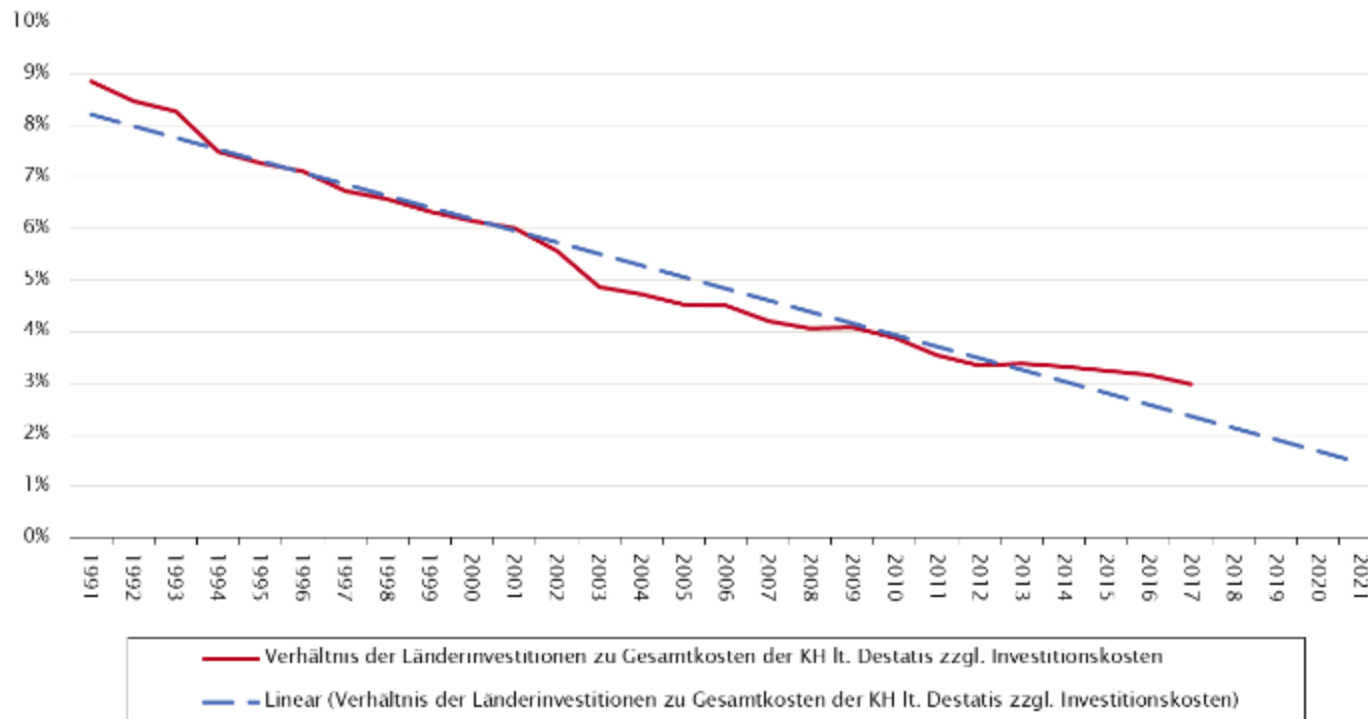


	83	7
Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonal- untergrenzen und DRG-Pflege-Split		
<i>Wulf-Dietrich Leber und Charlotte Vogt</i>		
7.1	Vergütung pflegerischer Leistungen im Finanzierungssystem für Krankenhäuser – 85	
7.2	Abbildung der Pflege im DRG-System – 86	
7.2.1	DRG: Gruppenbildung nach Maßgabe ärztlicher Kategorienbildung – 86	
7.2.2	PKMS: Zusatzentgelt für aufwendige Pflegefälle – 87	
7.2.3	Zusatzentgelte für Pflegegrade – 88	
7.3	Flankierende Maßnahmen – 88	
7.3.1	Externe stationäre Qualitätssicherung – Pflege: Dekubitusprophylaxe – 88	
7.3.2	Pflegestellen-Förderprogramme – 89	

Gang der Handlung

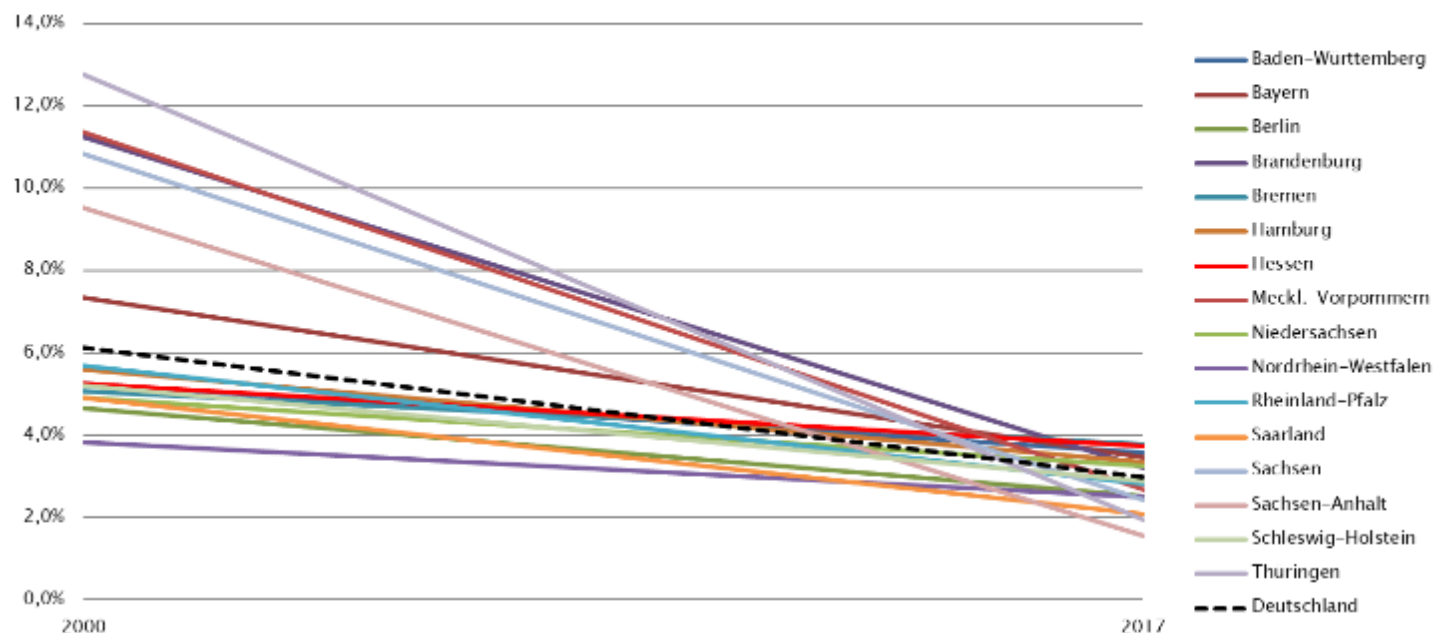
1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Rückläufige Investitionen der Bundesländer

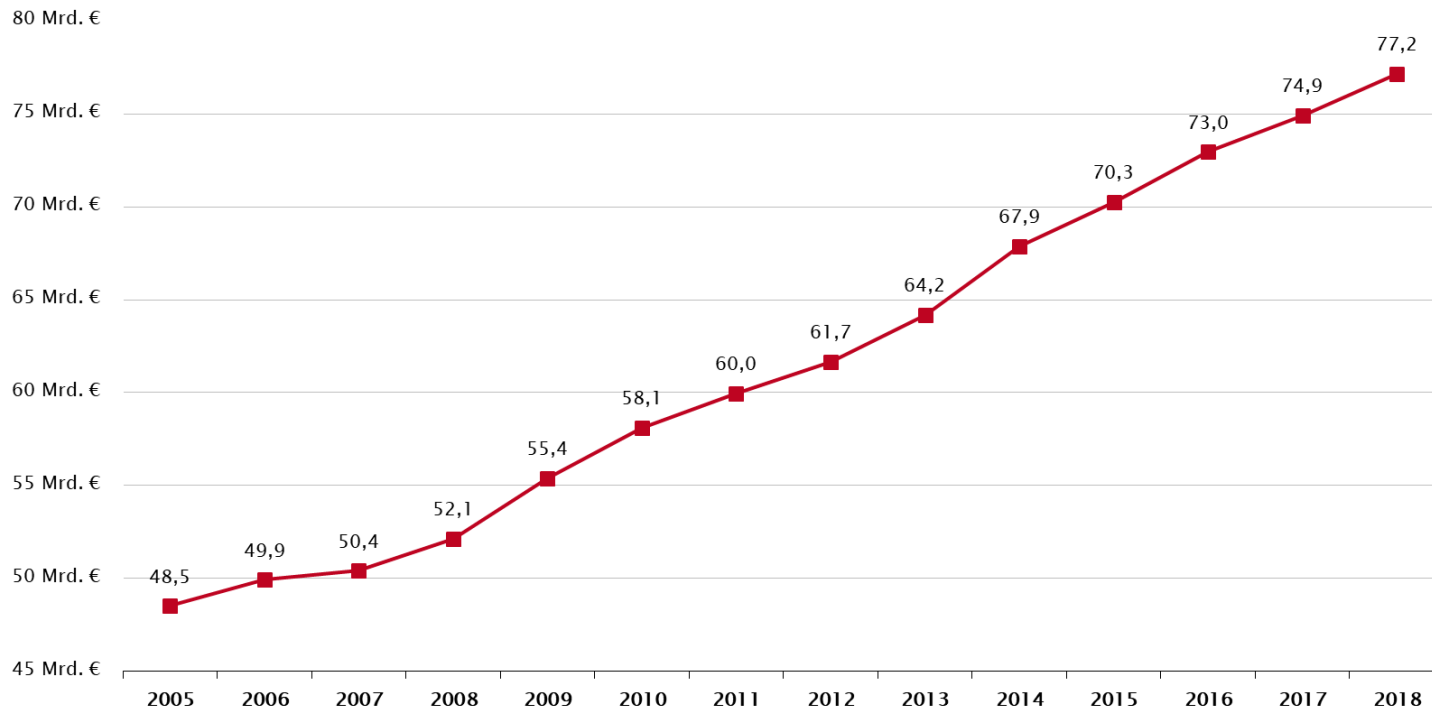


Alle Länder sind gleich!

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der KfH lt. Destatis zzgl. Investitionskosten



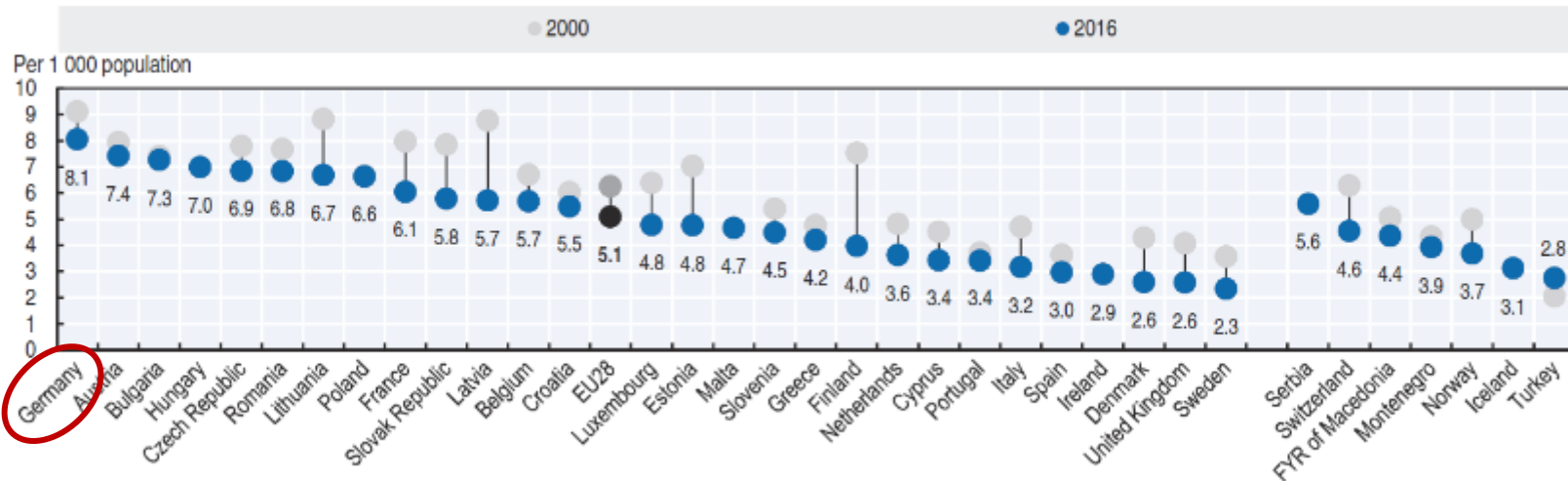
GKV-Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1

Krankenhausbetten im internationalen Vergleich

7.22. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2016 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.

Strukturbereinigung einleiten!

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Schließt bald das letzte Krankenhaus in NRW?

Anzahl der Krankenhäuser in NRW 1991-2016



Quelle: Statistische Berichte, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Quelle:
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.,
Geschäftsbericht 2017

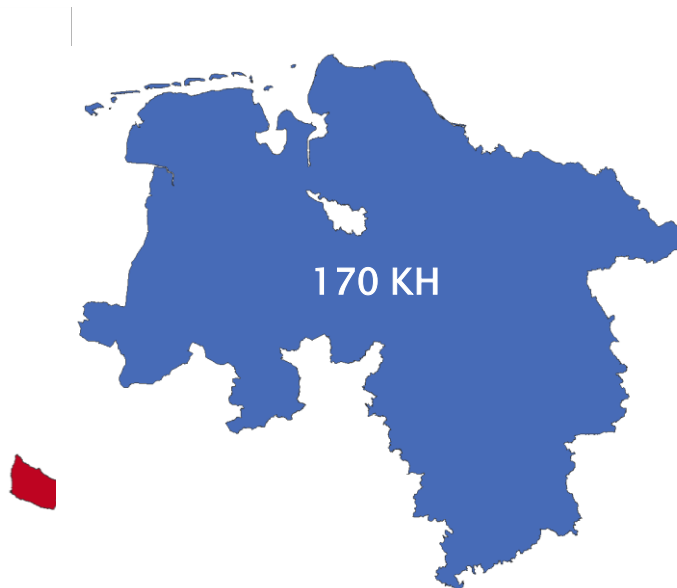
Strukturbereinigung einleiten (2/4)

Dänemark



5,6 Mio. Einwohner
Fläche: 43.000 Quadratkilometer

Niedersachsen



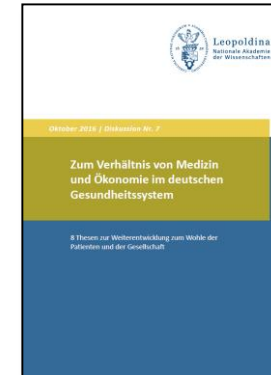
7,8 Mio. Einwohner
Fläche: 47.600 Quadratkilometer

Leopoldina-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems



Auszug:

„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.“



Landesplanung – ein Ammenmärchen

Der Kinderglaube

- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut Krankenhäuser überall dort, wo die Landeskinder dies benötigen.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

Die Wirklichkeit

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und das IQTIG überwachen als Regulierungsbehörden die Qualität.

Gutachten

Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

Berlin, August 2019



in Kooperation mit
**LOHFERT &
LOHFERT AG**



Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Beim Sicherstellungszuschlag wurde die landesplanerische Einzelfallentscheidung durch einen bundesweiten Algorithmus ersetzt.

Der G-BA wird zur Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung.

Diese Rolle hat er schon bei der ambulanten Bedarfsplanung und im Arzneimittelbereich.

Zunehmend kritisch ist die verfassungsrechtliche Unwucht: Die Länder kommen ihrer Finanzverpflichtung nicht nach, beanspruchen aber doch weiterhin die Planungshoheit.

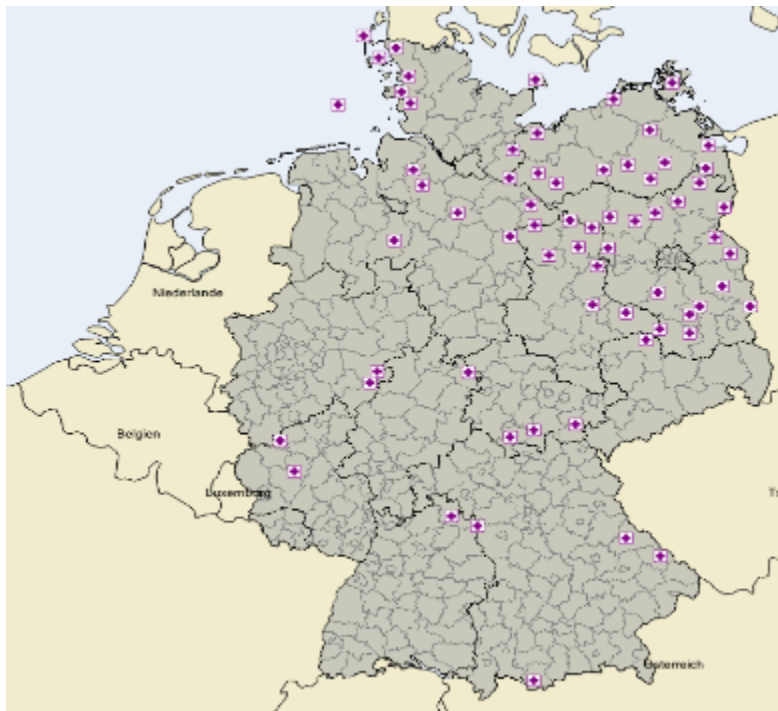
Anmerkung: Das Grundgesetz kennt auch Grundgesetzänderungen.

Sicherstellungszuschlag

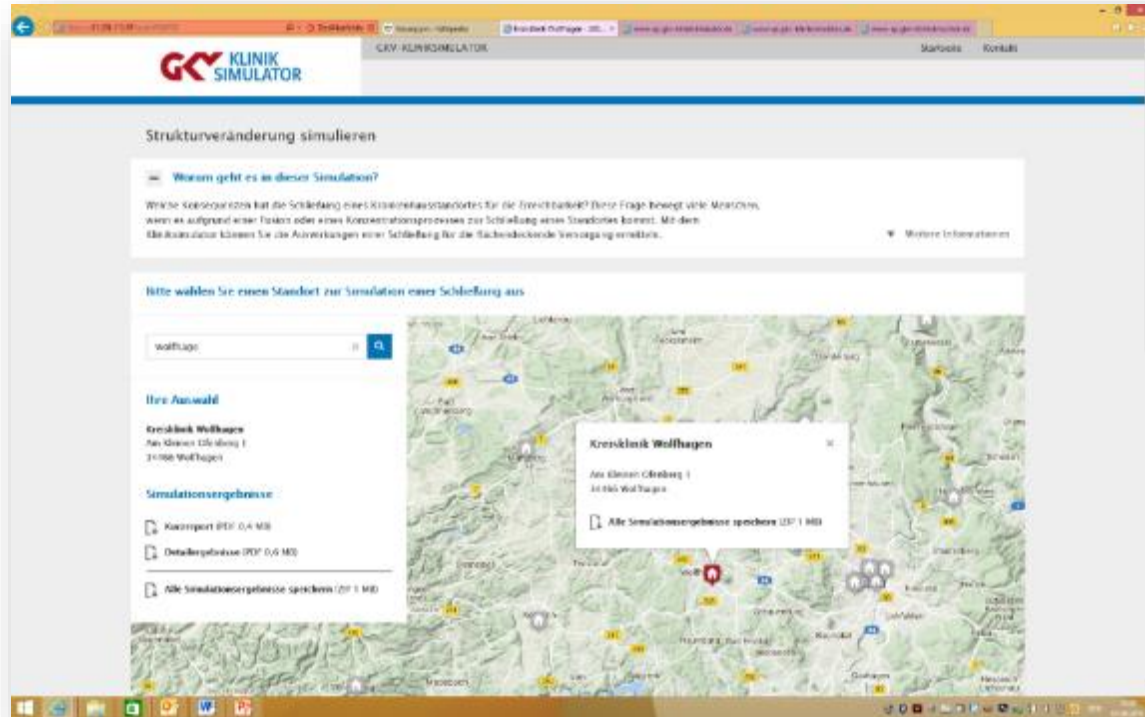
G-BA-Beschluss vom 24.11.2016



Spitzenverband



Pkw-Fahrzeit	30 Minuten
Betroffenheitsnorm	5.000 Einwohner
Einwohnerdichte	≤ 100 Einwohner/km ²
Notwendige Vorhaltung	Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie
Inselkrankenhäuser	Öffnungsklausel
ca. 100 Sicherstellungskandidaten	



Beispiele für qualitätsorientierte Marktregulierung

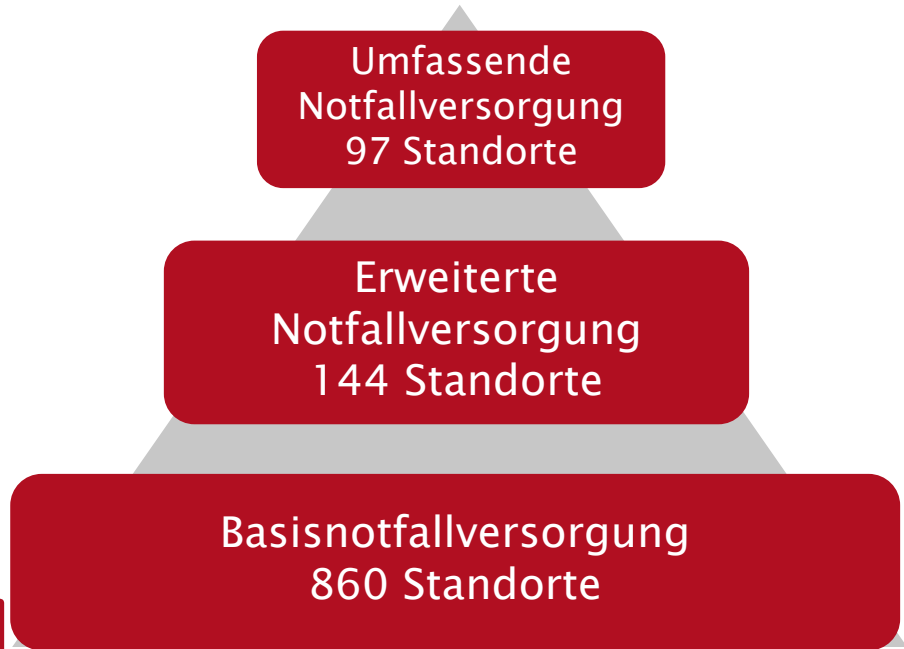
- ▶ Mindestmengen
- ▶ Notfallstufen
- ▶ G-BA-Strukturrichtlinien
(TAVI, Frühgeborene, ...)
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen

Definition von Notfallstufen im G-BA (Folgenabschätzung)

- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ **538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).**
- ▶ Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!

Achtung!

Es geht nicht um das Überleben von Kliniken.
Es geht um das Überleben von Patienten.



Grafik: Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen (n = 1.101; 63 %)

Krankenhaus-Report 2018

Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit



Spitzenverband



7 Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

Abstract

Deutschland erlebt einen fundamentalen Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: Es entsteht neben der klassischen Planung eine bundesweite Marktregulierung, die die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist auch im Krankenhausbereich zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden. Über die Trüger Vielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittler-

Liebe Krankenhausträger!

Die Länder werden eure Krankenhäuser nicht schließen!

Die Kassen werden eure Krankenhäuser nicht schließen!

Schließen müsst ihr eure Krankenhäuser schon selber!

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

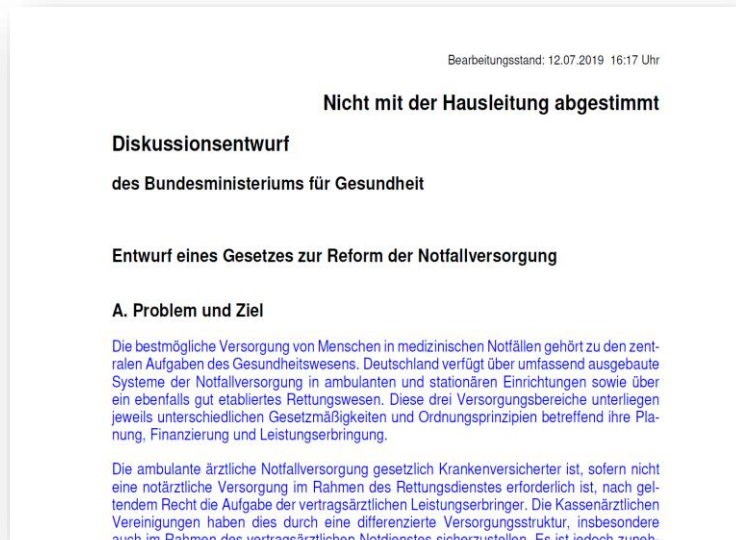
Der Weg ins richtige Krankenhaus

- ▶ Wie schaffen wir es, Patienten in die geeignete Notfallversorgung zu bringen?
 - Patienten werden häufig in ein nahegelegenes, aber ungeeignetes Krankenhaus gebracht.
 - Die Behandlungsmöglichkeiten und die Auslastung der Krankenhäuser sind für den Rettungsdienst intransparent.
 - Es gibt keine Qualitätssicherung, ob Patienten in der Zielklinik abschließend behandelt werden konnten.



Diskussionsentwurf BMG: Reform der Notfallversorgung

- ▶ Das Rettungswesen wird Teil des Gesundheitswesens.
- ▶ Es werden bundesweit digital unterstützte Integrierte Leitstellen eingerichtet.
- ▶ Zusammenschaltung der Telefonnummern 112 + 116 117
- ▶ An den laut G-BA-Notfallstufensystem vorgesehenen Krankenhäusern werden Integrierte Notfallzentren eingerichtet.
- ▶ Grundgesetzänderung geplant
- ▶ Anmerkung: Starke Orientierung an Empfehlungen des Sachverständigenrates von 2018



Die bunte Welt der Leitstellen

BibliomedManager
Zeitschriften des GKV-Spitzenverbandes

HOME NEWS BLOG REHA ZEITSCHRIFTEN VIDEOS DOWNLOADS KARRIERE DRG-FORUM

Zeitschriften - Die bunte Welt der Leitstellen

Übersetzung von Wulf-Dietrich Leber
Die bunte Welt der Leitstellen
Übersetzungswort / 10.10.2019

Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband
Foto: T. G. G. G.

Die Bedeutung der Leitstelle ist enorm für Fortschritt. Da gibt es die bunte Welt der Leitstellen von der Polizei, die rufen von der Feuerwehr, die rufen für das Gesundheitswesen und im Hintergrund die großen für technische Hilfestellungen – nicht für die Bevölkerung direkt erreichbar. Die meisten Leitstellen jedoch sind bunt. So gibt es beispielsweise keine rein weißen Leitstellen, die ausschließlich für Gesundheitsleistungen zuständig sind. Alle sind irgendwie mit den roten Leitstellen verbunden, also mit weiß. Und manche, die sich integriert haben, sind noch bunter.

Die **Zeitschriften des GKV-Spitzenverbandes** für eine **Neuauflage der Leitstellen**, die am 10. Dezember 2019 öffentlich gemacht werden sind und die im April 2019 als **Rechtsanwalts** veröffentlicht werden sollen, werden für die **gesundheitssystemische** (Stene-Anlass) sein – sich mit dieser

ÄHNLICHE ARTIKEL

RECHTSANWALT
Rechts mehr Pflegekräfte
Lesezeit / 10.10.2019

Übersetzungswort von Wulf-Dietrich Leber
Rechts für die Pflege
Übersetzungswort / 10.10.2019

Rechts
Rechts für die Pflege
Rechts / 10.10.2019

- <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften>
- <http://wulf-dietrich-leber.de/kolumnen>

Gesetzentwurf zur Notfallversorgung

- ▶ Grundgesetzänderung:
in Artikel 74 Absatz 1 wird eingefügt:
„12a die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes“



GG, Artikel 74: Konkurrierende Gesetzgebung

14. die Erzeugung und Nutzung der Kernenergie zu friedlichen Zwecken, die Errichtung und den Betrieb von Anlagen, die diesen Zwecken dienen, den Schutz gegen Gefahren, die bei Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen entstehen, und die Beseitigung radioaktiver Stoffe.

⁽²⁾ Gesetze nach Absatz 1 Nr. 9a bedürfen der Zustimmung des Bundesrates.

ARTIKEL 74

Gebiete der konkurrierenden Gesetzgebung

⁽¹⁾ Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgende Gebiete:

1. das bürgerliche Recht, das Strafrecht, die Gerichtsverfassung, das gerichtliche Verfahren (ohne das Recht des Untersuchungshaftvollzugs), die Rechtswissenschaft, das Notariat und die Rechtsberatung;
2. das Personenstandswesen;
3. das Vereinsrecht;
4. das Aufenthalts- und Niederlassungsrecht der Ausländer;
5. (weggefallen)
6. die Angelegenheiten der Flüchtlinge und Vertriebenen;
7. die öffentliche Fürsorge (ohne das Heimrecht);
8. (weggefallen)

recht (ohne das Recht der Erschließungsbeiträge) und das Wohngeldrecht, das Altschuldenhilferecht, das Wohnungsbauprämienrecht, das Bergarbeiterwohnungsbaurecht und das Bergmannssiedlungsrecht;

19. Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte;

19a) die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze;

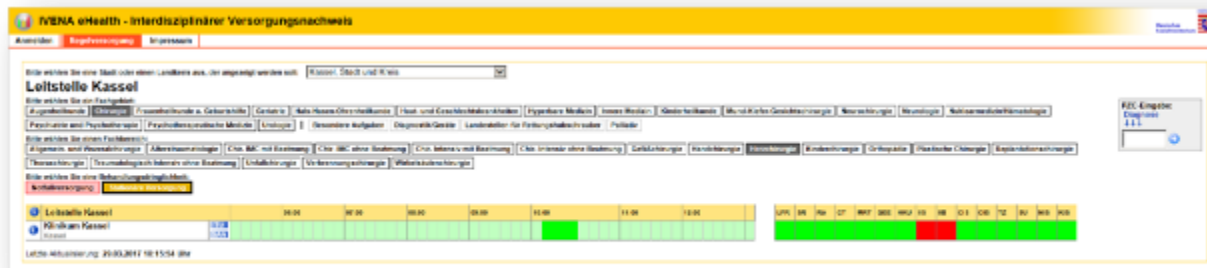
20. das Recht der Lebensmittel einschließlich der ihrer Gewinnung dienenden Tiere, das Recht der Genussmittel, Bedarfsgegenstände und Futtermittel sowie den Schutz beim Verkehr mit land- und forstwirtschaftlichem Saat- und Pflanzgut, den Schutz der Pflanzen gegen Krankheiten und Schädlinge sowie den Tierschutz;
21. die Hochsee- und Küstenschifffahrt sowie die Seezeichen, die Binnenschifffahrt, den Wetterdienst, die Seewasserstraßen und die dem allgemeinen Verkehr dienenden Binnenwasserstraßen;
22. den Straßenverkehr, das Kraftfahrwesen, den Bau und die Unterhaltung von Landstraßen für den Fernverkehr sowie die Erhebung und Verteilung von Gebühren oder Entgelten für die Benutzung öffentlicher Straßen mit Fahrzeugen;

Die digitalisierte Leitstelle morgen!

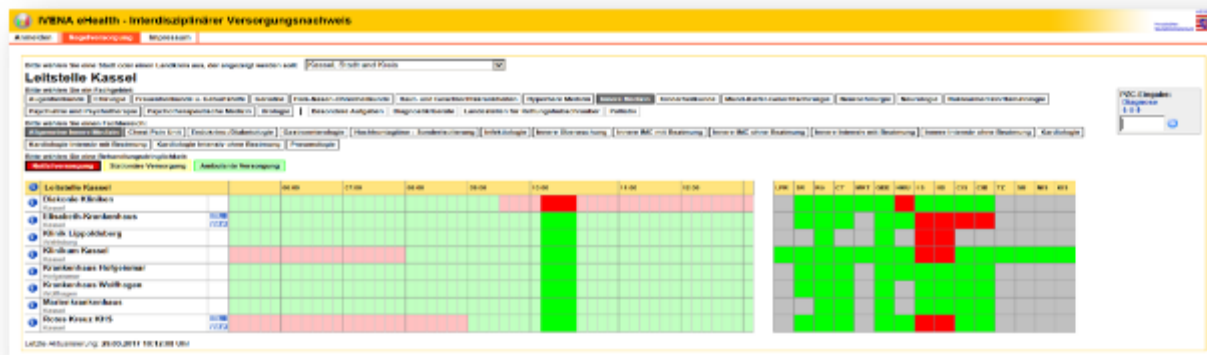
- ▶ Versorgungsgebiet: mindestens 1 Mio. Menschen
- ▶ Digitaler Zugriff in Echtzeit auf alle Rettungsmittel (Rettungswagen, Hubschrauber)
- ▶ Digitaler Zugriff der Rettungswagen in Echtzeit auf Krankenhaus–Notfallambulanzen
- ▶ Digitale Übertragung von Falldaten vom Rettungswagen an das aufnehmende Krankenhaus

... und zwar deutschlandweit!

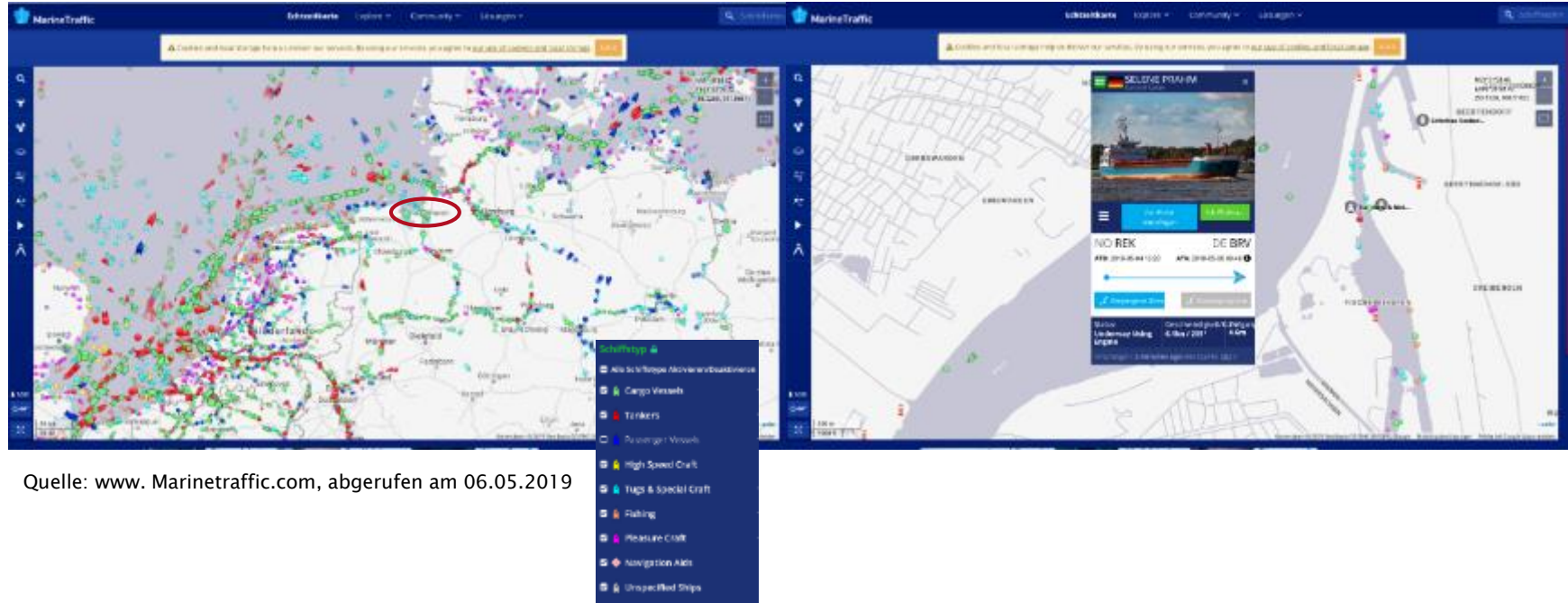
Notfallversorgung: Chirurgie – Herzchirurgie



Notfallversorgung: Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin



Bremerhaven



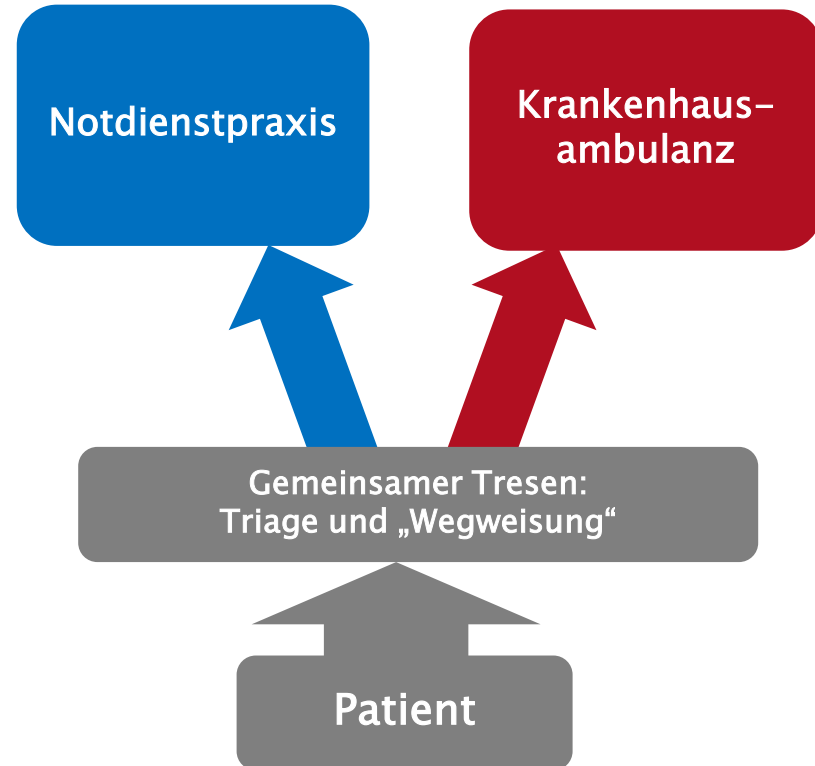
Bundesdatenbank aller Rettungsfahrten!

- ▶ Es gibt „auf dem Rechner“
 - alle Krankenhausfälle (21er Daten),
 - alle ambulanten Behandlungsfälle,
 - alle Arzneimittelverschreibungen,..., aber es gibt nicht einmal im Ansatz eine Datenbank aller Rettungsfahrten!

- ▶ Egal, wie einheitlich die Leitstellen digitalisiert werden: In wenigen Jahren sollte eine solche Datenbank funktionsfähig sein.

Konsens: Gemeinsamer Tresen

- ▶ Die SVR-Idee eines rechtlich unabhängigen Notfallzentrums wird nicht funktionieren.
- ▶ Aber:
 - Jedes Krankenhaus mit Notfallambulanz sollte eine KV-Notarztpraxis haben.
 - KV und Krankenhaus haben einen gemeinsamen Tresen zur Ersteinschätzung.



Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Fazit

1. Pflege ist die zentrale Herausforderung dieser Legislatur – vor allem die Altenpflege.
2. Der „Pflexit“ ist ein Fehler. Alles sieht danach aus, dass er durchgezogen wird.
3. Pflegepersonaluntergrenzen sind echter Patientenschutz. Mittelfristig kommen sie für alle Schichten und alle Stationen.
4. Digitalisieren Sie die Pflegedokumentation und das Pflege-Controlling!
5. Landesplanung war gestern. Die Konsolidierung der deutschen Krankenhauslandschaft wird durch bundesweite Marktregulierung geschehen müssen.
6. Die Reform der Notfallversorgung ist überfällig.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de