



ver.di Klinikkonferenz am 26.05.2014 in Dortmund

Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in NRW

Matthias Blum, Geschäftsführer der
Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen

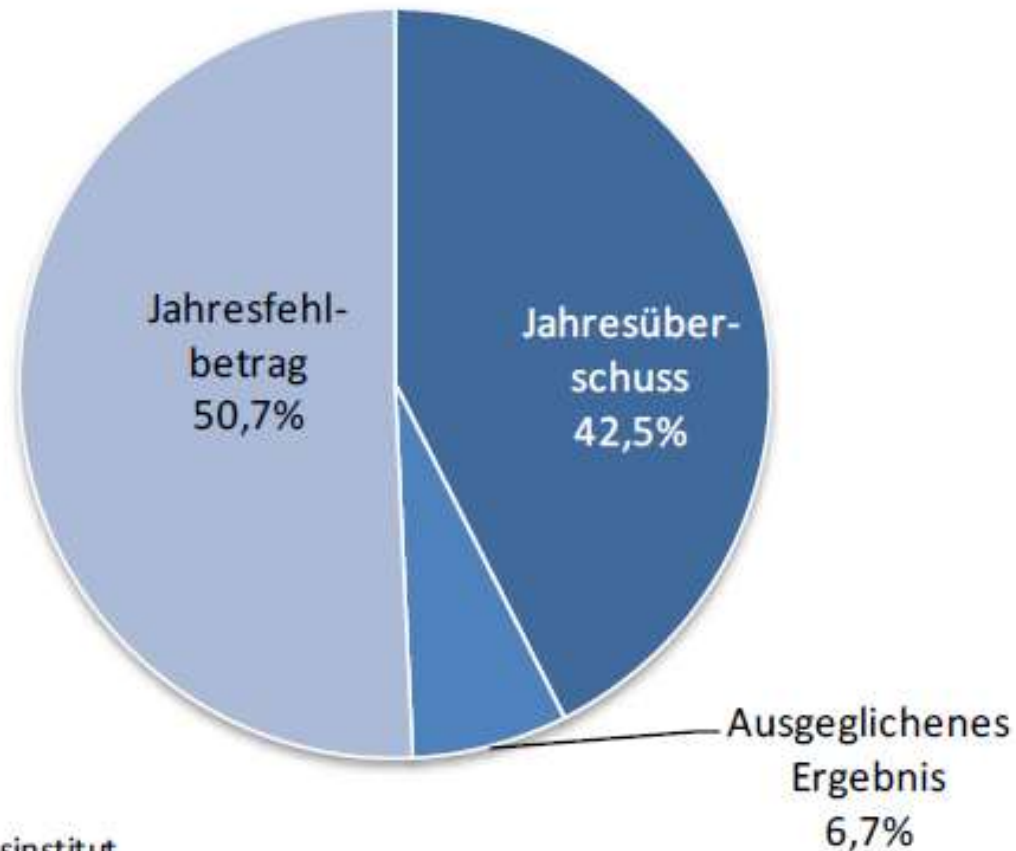




Berlin 25.09.2008 - 130.000 Menschen für die Krankenhäuser am Brandenburger Tor!

- I. **Bestandsaufnahme**
- II. Vorurteile versus Realität
- III. Herausforderungen 2014
- IV. Kampagne der Krankenhäuser
Entstehung und Fortgang
- V. Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Jahresergebnis 2012 – Krankenhäuser in %



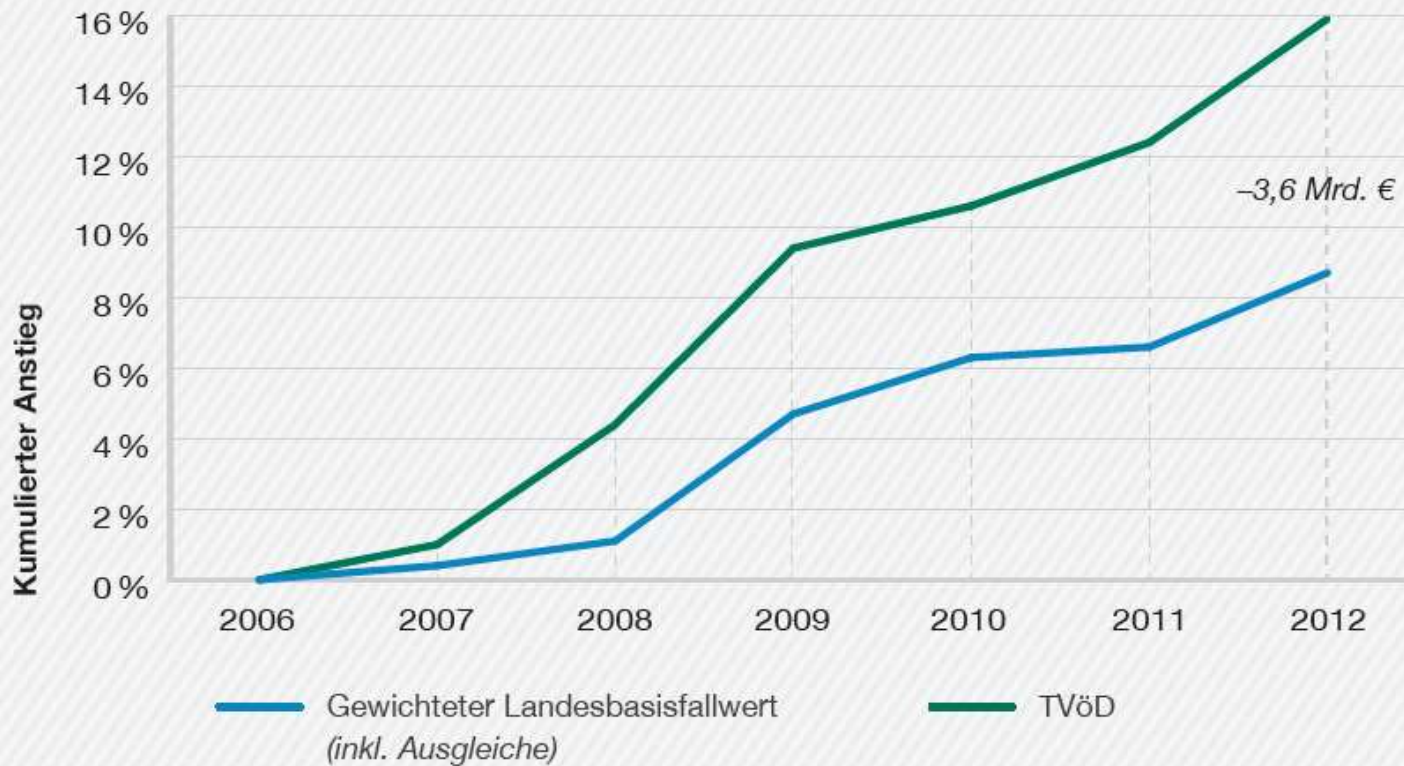
© Deutsches Krankenhausinstitut

Deutsches Krankenhausinstitut, Krankenhaus-Barometer 2013

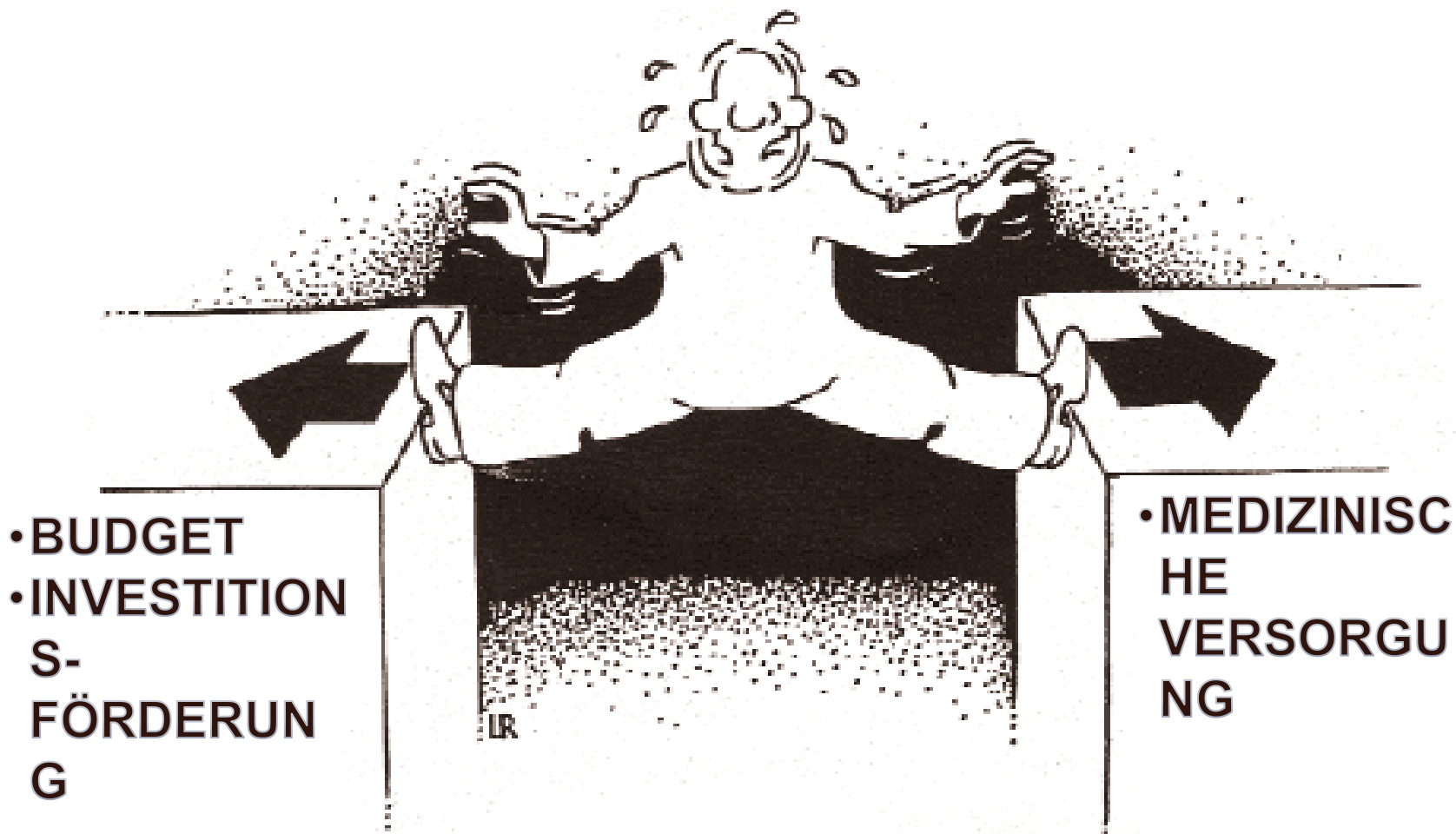
Über Jahre steigen die Löhne schneller als die Krankenhausvergütung

Mit 8,7 % Preiszuwachs können 15,9 % Tariflohnanstieg nicht bezahlt werden

Tariflohn-Erlös-Schere der Krankenhäuser



Quelle: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages



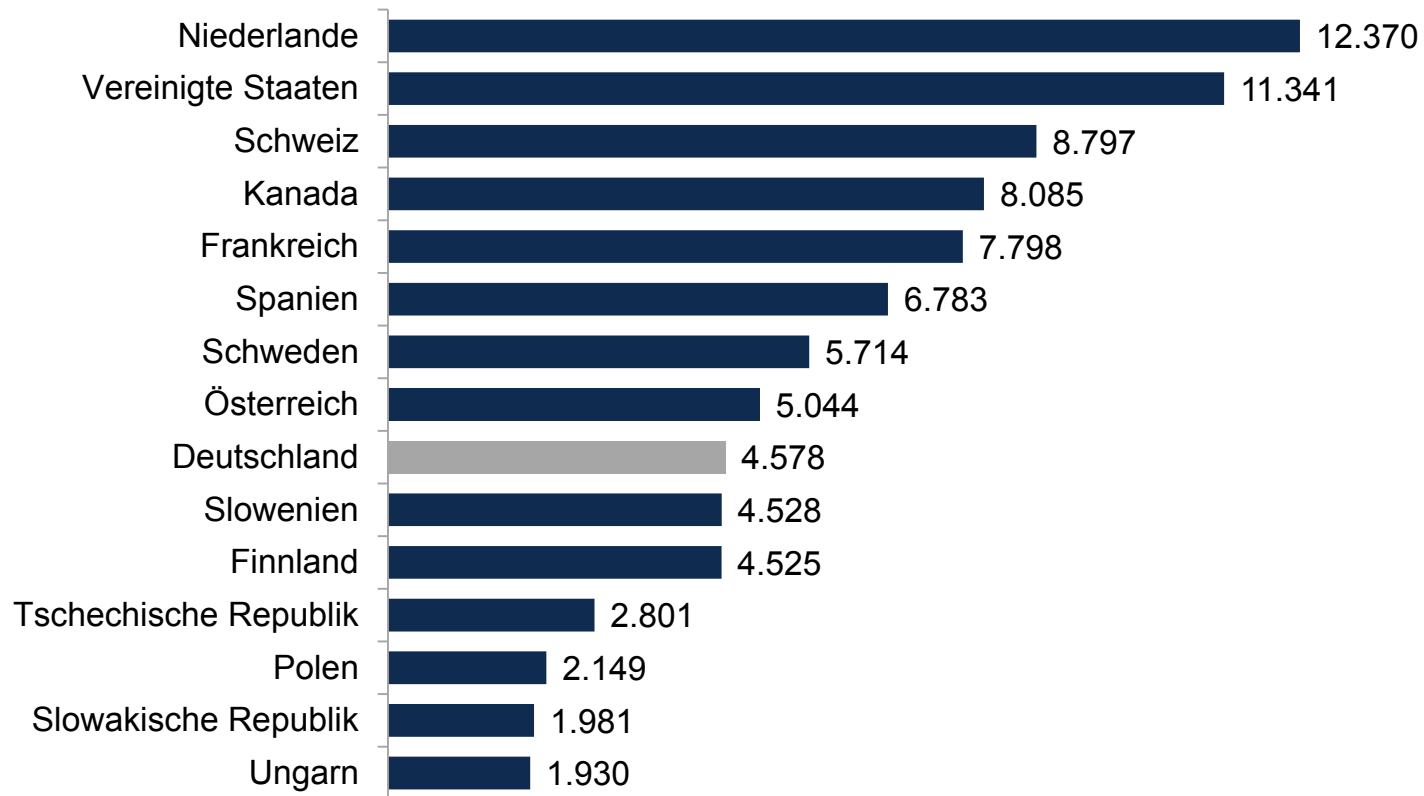
Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/bilder/2007/01/img122579.gif>

„Bund, Länder und Krankenkassen ringen um Kompetenzen und Finanzen – wo bleiben die Krankenhäuser?“



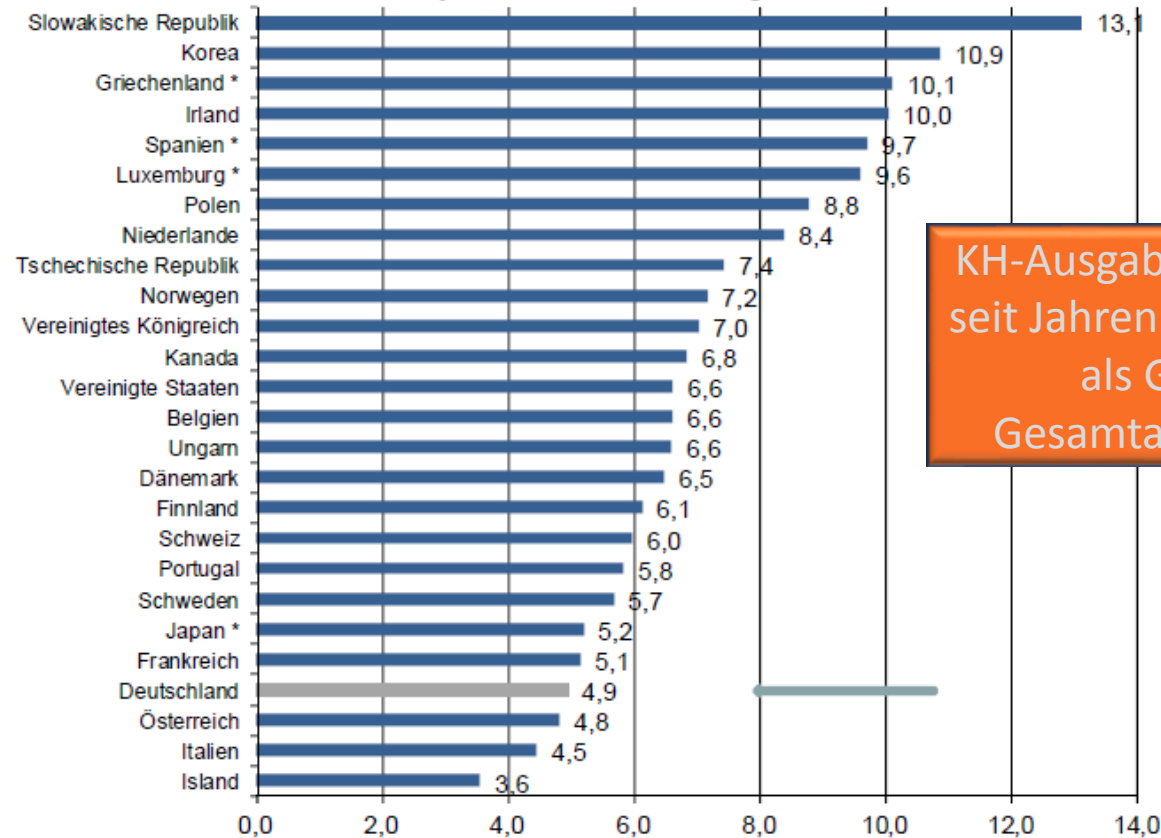
- I. Bestandsaufnahme
- II. **Vorurteile versus Realität**
- III. Herausforderungen 2014
- IV. Kampagne der Krankenhäuser
Entstehung und Fortgang
- V. Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Krankenhauskosten je Fall 2010 in Dollar auf Basis US-Dollar-Kaufkraftparität



Quelle: OECD Health Data 2012

Anstieg der Gesundheitsausgaben 2000-2010 durchschnittliche jährliche Veränderungsrate

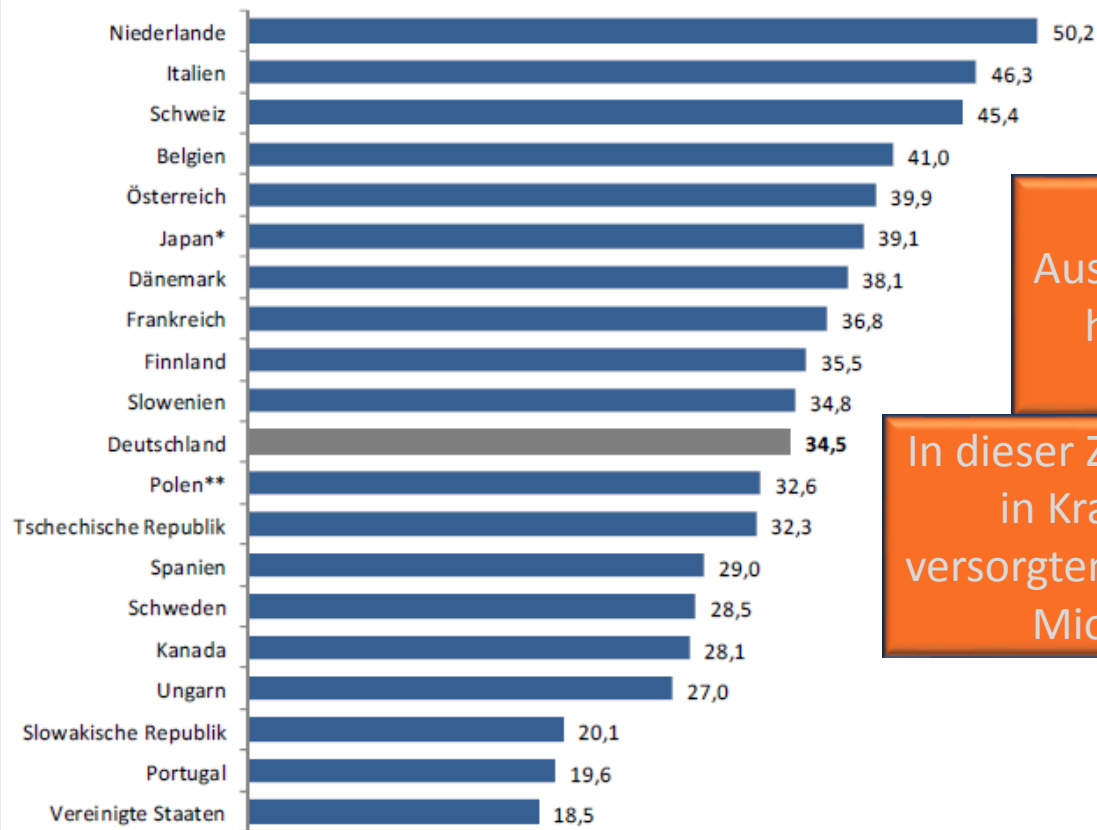


KH-Ausgaben steigen
seit Jahren langsamer
als GKV-
Gesamtausgaben

Aus: „Die Zukunft des Gesundheitswesens“, Alfred Dänzer, Präsident der DKG, 20.08.2012

Quelle: Health at a Glance 2011: OECD Indicators

Anteil der Ausgaben für stationäre Behandlung an den Gesundheitsausgaben 2010 in Prozent



Anteil der KH-Ausgaben heute nicht höher, als vor 10 Jahren

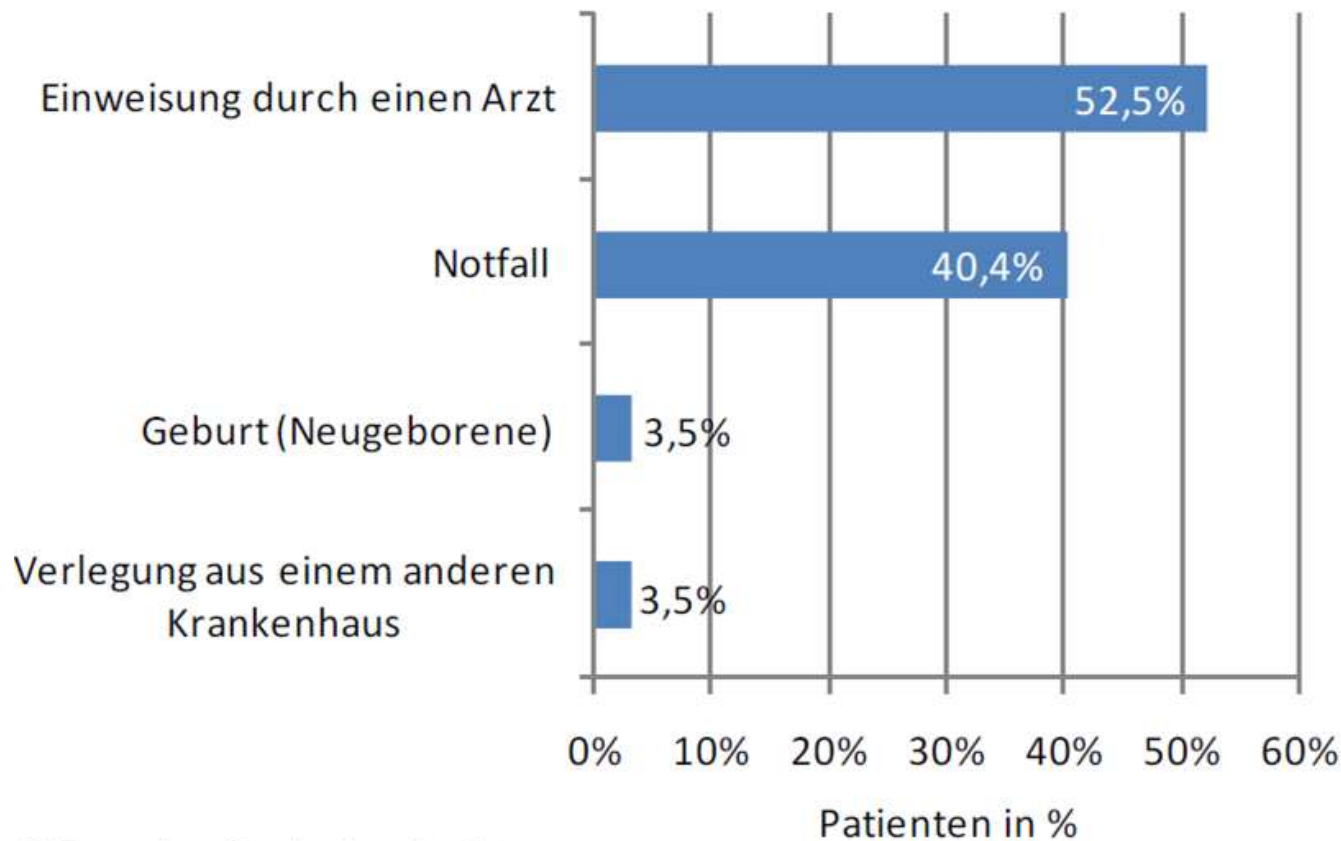
In dieser Zeit ist die Zahl der in Krankenhäusern versorgten Patienten um 1,3 Mio. gestiegen.

Behauptungen:

- ➔ Unnötige Operationen
- ➔ Behandlungsfehler
- ➔ Fragliche Hygienequalität
- ➔ Mehrleistungen

Relative Verteilung der Krankenhauspatienten nach Zugangswegen

Aufnahmearnlass von DRG-Patienten 2011



© Deutsches Krankenhausinstitut

§ 2 Absatz 1 des Landesvertrages nach § 112 SGB V Krankenhausbehandlung [...] wird im Rahmen des Versorgungsauftrages durchgeführt, wenn sie – von Notfällen abgesehen – verordnet [...] ist (...).

- ➔ Zwei ärztliche Entscheidungen
- ➔ Empfehlungen begründen in der Regel die stationäre Krankenhausbehandlung der PatientInnen!
- ➔ Regelhaft Einzelfallentscheidung
- ➔ Straftatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung, bei fehlender Indikation

- „Hamsterradeffekt“
 - Demographie
 - Medizinisch-Technischer Fortschritt
 - Veränderungen in der Gesellschaft – 1. Lebensführung (mit med. Folgen) und 2. Anspruch der Versicherten
 - Indikationsstellung – letztlich Entscheidung der Mediziner
 - (...)
-
- Unzureichende Tarifrefinanzierung
 - Preissteigerungen
 - Mehr- und Mindererlösausgleiche
 - Mehrleistungsabschlag

Ex ante Sicht – soweit sollte es nicht kommen...



Quelle: <http://blogorama.eisbrecher.net/2009/03/04/biss-des-tages-tod-durch-medikamente/>

- I. Bestandsaufnahme
- II. Vorurteile versus Realität
- III. **Herausforderungen 2014**
- IV. Kampagne der Krankenhäuser
Entstehung und Fortgang
- V. Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

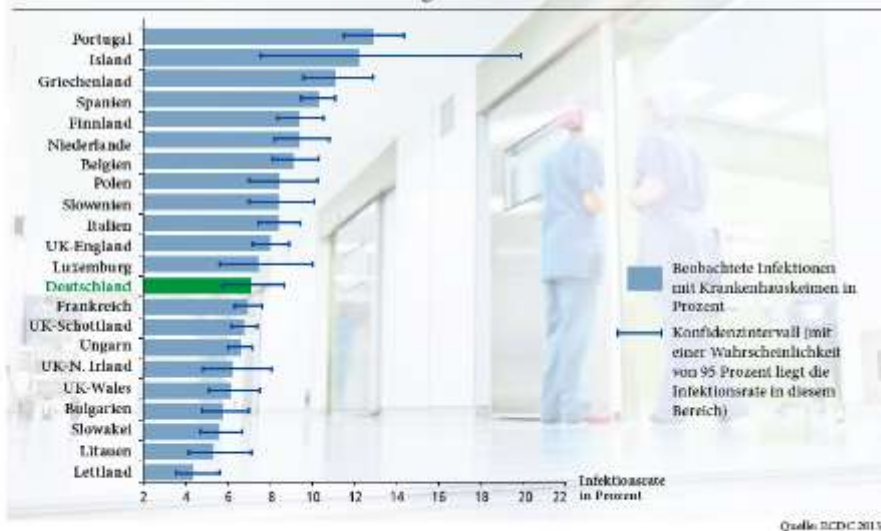
>> Krankenhausleistungen im Fokus

>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> Krankenhausleistungen im Fokus

Krankenhauskeime: Deutschland liegt im Mittelfeld



Jede dritte Infektion ist vermeidbar

Laut European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) infizieren sich jedes Jahr 3,2 Millionen Menschen in Europa mit einem Krankenhauskeim. Täglich müssen europäische Kliniken etwa 80.000 Patienten wegen solcher Infektionen behandeln. Deutschland liegt dabei im Mittelfeld. Nach aktuellen ECDC-Daten ziehen sich hierzulande 5,1 Prozent der Patienten eine Krankenhausinfektion zu. Der europäische Durchschnitt liegt bei 5,9 Prozent. Die höchsten Infektionsraten gibt es laut ECDC in Portugal, in Island und Griechenland, die niedrigsten in Lettland, Litauen und Slowakei.

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene sind mehr als ein Drittel der Krankenhausinfektionen durch hygienische Maßnahmen wie Händedesinfektion vermeidbar. Seit 2008 läuft in Deutschland die nationale Kampagne "Aktion Saubere Hände". Ziel der Aktion ist es, die Compliance bei der Handhygiene zu verbessern. Etwa 1.300 Kliniken, ambulante Einrichtungen und Pflegeheime nehmen inzwischen daran teil. Die deutsche Initiative zur Verbesserung der Handhygiene ist europaweit eine der größten und wurde als einzige von der Weltgesundheitsorganisation ausgezeichnet.

European Center for disease prevention and control
Krankenhausinfektionen:

- ⇒ **5,1 %**
in Deutschland
- ⇒ **5,9 %**
durchschnittlich
in Europa

Haftpflichtversicherung als Kostentreiber im Krankenhaus

Dr. Matthias Offermanns, Dr. Karl Blum, Dr. Sabine Löffert und Dr. Petra Steffen

Probleme beim Abschluss einer neuen Haftpflichtversicherung



Abbildung 5: Abschluss einer neuen Haftpflichtversicherung

- Das **Haftungsrisiko** der Krankenhäuser hat sich durch krankenhauserplanerische Bezugnahme auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen der DIVI im Krankenhausplan NRW 2015 **nicht erhöht**
- **Maßgeblich ist der medizinische Standard**
- **Erst wenn sich** im Zuge der Entwicklung des Krankenhausplans bei den durch Feststellungsbescheid genehmigten Krankenhäusern der **Standard verschiebt, verschieben sich auch die haftungsrechtlichen Anforderungen**

Vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 424/2013 vom 14.11.2013

Exkurs: Routinedaten / AOK- Navigator



Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)⁵
[\[Informationen einklappen\]](#)

Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt
[\[Detailinformationen einklappen\]](#)

AOK Hinweis: Die Informationen aus dem QSR-Verfahren der AOK werden durch die AOK in der Weissen Liste bereitgestellt. Für die Richtigkeit der Angaben und die methodische Güte ist die Weisse Liste nicht verantwortlich.

Einbezogene Fälle ⁵	356
Gesamtbewertung ⁵	
Sterblichkeit ⁵	
Sonstige Komplikationen ⁵	
Erneuter therapeutischer Herzkatheter (PCI) ⁵	
Bypass-OP ⁵	

Gesetzliche Qualitätssicherung
[\[Informationen einklappen\]](#)

Untersuchung an den Herzkranzgefäßen bzw. Behandlung verengter Herzkranzgefäße mit einem eingeführten Schlauch (Herzkatheter): Angemessenheit der Untersuchung von Herzkranzgefäßen aufgrund von Beschwerden
 Krankenhaus gesamt:

[\[Detailinformationen einklappen\]](#)

Weiterführende Informationen zur Qualitätskennzahl: Bundesweiter Referenzbereich für diese Qualitätskennzahl: 100 bis mindestens 80 Prozent.
 Die Zuverlässigkeit und Unterscheidungsfähigkeit der Qualitätskennzahl wird als gut beschrieben. Die Qualitätskennzahl wurde in der abschließenden Bewertung der AOK-Fachkommission als verpflichtend zur Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen.
 Kommentar der Fachkommission: Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Evidenz gut.

Ergebniswert	-
Kommentar/ Erläuterung der zuständigen Stellen	Krankenhaus gesamt: -
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Krankenhaus gesamt: -

Untersuchung an den Herzkranzgefäßen bzw. Behandlung verengter Herzkranzgefäße mit einem eingeführten Schlauch (Herzkatheter): Angemessenheit der Untersuchung von Herzkranzgefäßen aufgrund einer anschließend erfolgten Therapie
 Krankenhaus gesamt:

[\[Detailinformationen ausklappen\]](#)

Untersuchung an den Herzkranzgefäßen bzw. Behandlung verengter Herzkranzgefäße mit einem eingeführten Schlauch (Herzkatheter): Angemessenheit einer wiedereröffnenden Behandlung von Herzkranzgefäßen
 Krankenhaus gesamt:

[\[Detailinformationen ausklappen\]](#)

Bisher: „Harte Fakten für die Suche nach der passenden Klinik.“
 Neu: „Orientierung bei der Suche nach der passenden Klinik.“

In Kliniken muss es vorrangig um das Wohl der Patienten gehen. Das neue Qualitätsinstitut für das Gesundheitswesen ist gut – aber nicht genug

Gute Krankenhäuser belohnen, schlechte bestrafen

Eine Diagnose von Sigrüd König

Unnachbar durch Informationsperme im Krankenhaus? „Beispielpatienten“ und ähnliche Schlagzeilen aus dem Leben. In den meisten Fällen Müll ja alles gut.

Aber jeder Mensch, der durch einen Krankenhausaufenthalt zu Schaden kommt oder eine unnötige Behandlung erfährt, ist einer zu viel.

Die Diskussion um die Zahl der Kunstfehler-Opfer und Taten in den Kliniken zeigt, wie interessant und die Debatte geführt wird.

Kommt jemand in der Öffentlichkeit zu Tode, ist das Unglück meist beklagte Veranstaltung der Sicherheitsstandards aus. Reformen in Krankenhäusern gehen dagegen nur langsam vorwärts.

Ansatzpunkte für Verbesserungen gäbe es viele: Eine moderne Gesundheitspolitik antwortet Patienten beispielsweise dem, operative Eingriffe zu hinterfragen, fördert das Recht auf eine Zweitmeinung, legt hohen Wert auf unabhängige Informationen. Warum müssen Kassen und Patienten immer noch schlechte Qualität finanzieren?

Einige gute Ideen hat die Bundesregierung ja in ihrem Koalitionsvertrag zu Papier gebracht: Qualität als Entscheidungsgrundlage, eine Planung, die um eine erreichbare mediz-



Kämpft für Qualität

Sigrüd König ist seit Juli 2010 Vorständin des BDK – Betriebskrankenkassen Landesverband Bayern. Zuvor war sie im bayerischen Sozialministerium zuständig für den Bereich Krankenversicherung, danach für den Sozialhaushalt.

nische Versorgung bemüht ist, verständliche Qualitätsberichte und mehr Mittel für Hygiene. Doch auch das ist zu wenig. Notwendig wären, einen Masterplan mit allen Befehrpunkten aufzustellen und der politische Mut, diesen zügig umzusetzen.

Sammeln von Forschern unabhängiger Institute und von kritischen Ärzten zu überflüssigen Eingriffen gibt es genug.

Trotzdem müssen Krankenhäuser, die in Deutschland schlechte Qualität liefern, keine Sanktionen fürchten. Warum dieses Leusert-Isart? Die Kassen will zwar die Versorgungsqualität verbessern. In föhlt allerdings der Nachdruck. Die Gründung eines Qualitätsinstituts ist überfällig.

Das neue Institut soll Daten sammeln, analysieren und im Internet veröffentlichen. Das ist wichtig, denn wir brauchen mehr Transparenz und Qualität.

Wir dürfen im 21. Jahrhundert mit einem der besten Gesundheitssysteme zu Recht Qualität erwarten. Dem Nachbar Niederlande gelang ein beispielhaftes Qualitätsmanagement in der Krankenhaushygiene: Keimkontrolle bei der Neuaufnahme von deutlich restriktiver Umgang mit Antibiotika im medizinischen Alltag.

Schon die alte Kommission wollte die Hygiene durch risikoreiche Investitionen verbessern. Doch warum entwickelten sich multi-

resistente Keime in Deutschland trotzdem weiter? Warum wird bei der Lebensmittelsicherheit höhere Qualitätsmaßstäbe festlegen, die Hygiene in Imbissbuden und Kassenkontrollen staatlich prüfen, gibt es bei Deutschlands Krankenhäusern erst einen Aufsicht, wenn etwas gründlich schiefgegangen ist.

Das bestehende System der diagnoseorientierten Vergütung (DRG) setzt falsche Anreize: Für operative Leistungen gibt es regelmäßig mehr Geld als für konservative Behandlungen. Deutschlands Krankenhäuser haben gelernt: „Der Preis bestimmt die Menge.“ Vielen Krankenhäusern geht es darum, möglichst hohe Budgets mit den Kassen zu vereinbaren.

Hohe Fallzahlen werden notwendig, weil diese Kapital für Investitionen in neue Operationssäle und Medizintechniken bedeuten.

Einmal aufgebaut, müssen sie auch ausgelastet werden. Dar- aus entsteht ein Teufelskreis: Der Patient verwandelt sich in ein Wirtschaftsobjekt.

Die Bürger bezahlen dieses System doppelt: zum einen über hohe Beitragssätze – und zum anderen durch unnötige medizinische Eingriffe, in manchen Fällen mit fatalen Folgen. Also: höchste Zeit für Qualität.

Das bestehende System der diagnoseorientierten Vergütung (DRG) setzt falsche Anreize: Für operative Leistungen gibt es regelmäßig mehr Geld als für konservative Behandlungen. Deutschlands Krankenhäuser haben gelernt: „Der Preis bestimmt die Menge.“ Vielen Krankenhäusern geht es darum, möglichst hohe Budgets mit den Kassen zu vereinbaren.

Hohe Fallzahlen werden notwendig, weil diese Kapital für Investitionen in neue Operationssäle und Medizintechniken bedeuten.

Einmal aufgebaut, müssen sie auch ausgelastet werden. Dar- aus entsteht ein Teufelskreis: Der Patient verwandelt sich in ein Wirtschaftsobjekt.

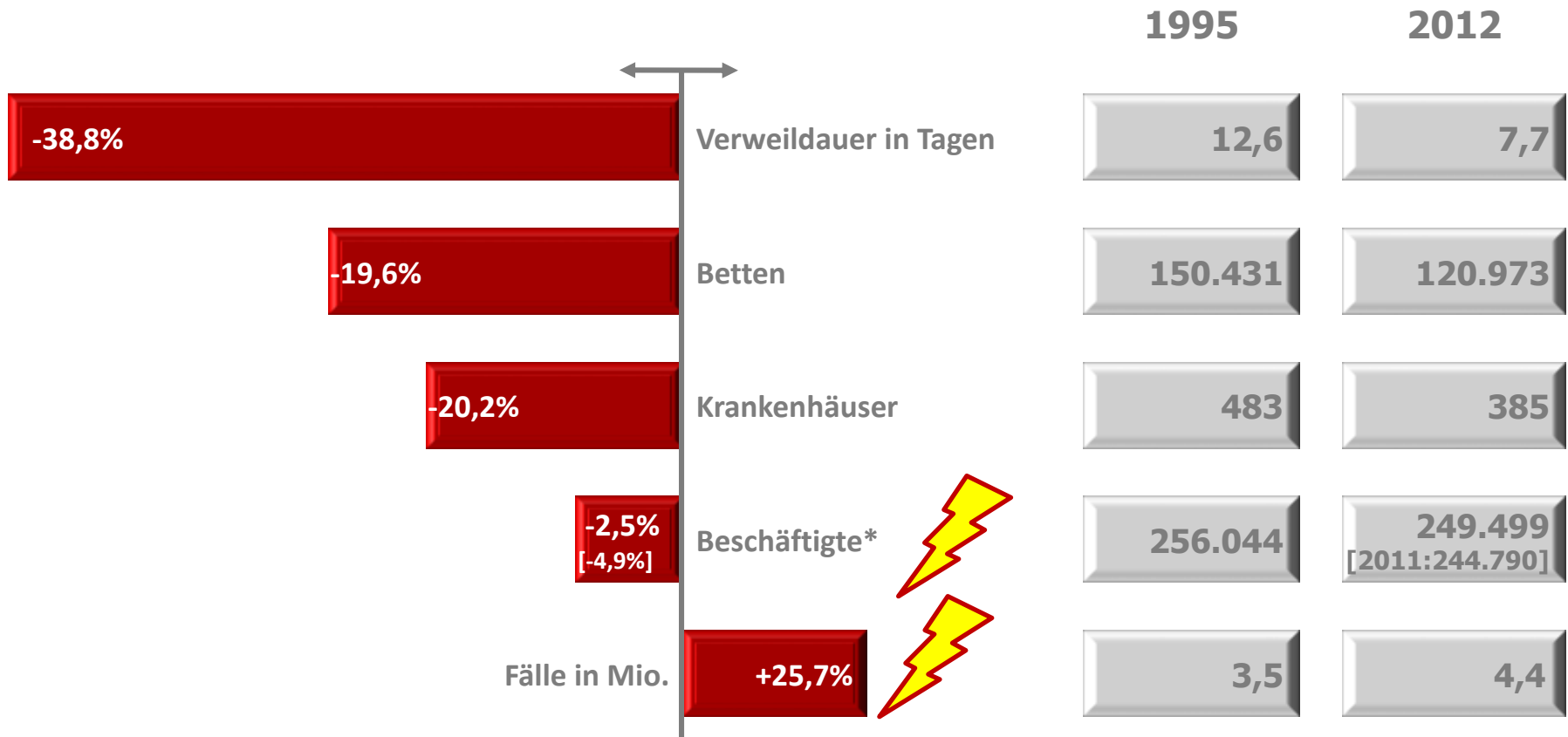
Die Bürger bezahlen dieses System doppelt: zum einen über hohe Beitragssätze – und zum anderen durch unnötige medizinische Eingriffe, in manchen Fällen mit fatalen Folgen. Also: höchste Zeit für Qualität.

Foto: Andreas Meier/SHUTTERPHOTOGRAPHY

FOCUS 18/2014

Strukturdaten Nordrhein-Westfalen

Veränderungen in 17 Jahren

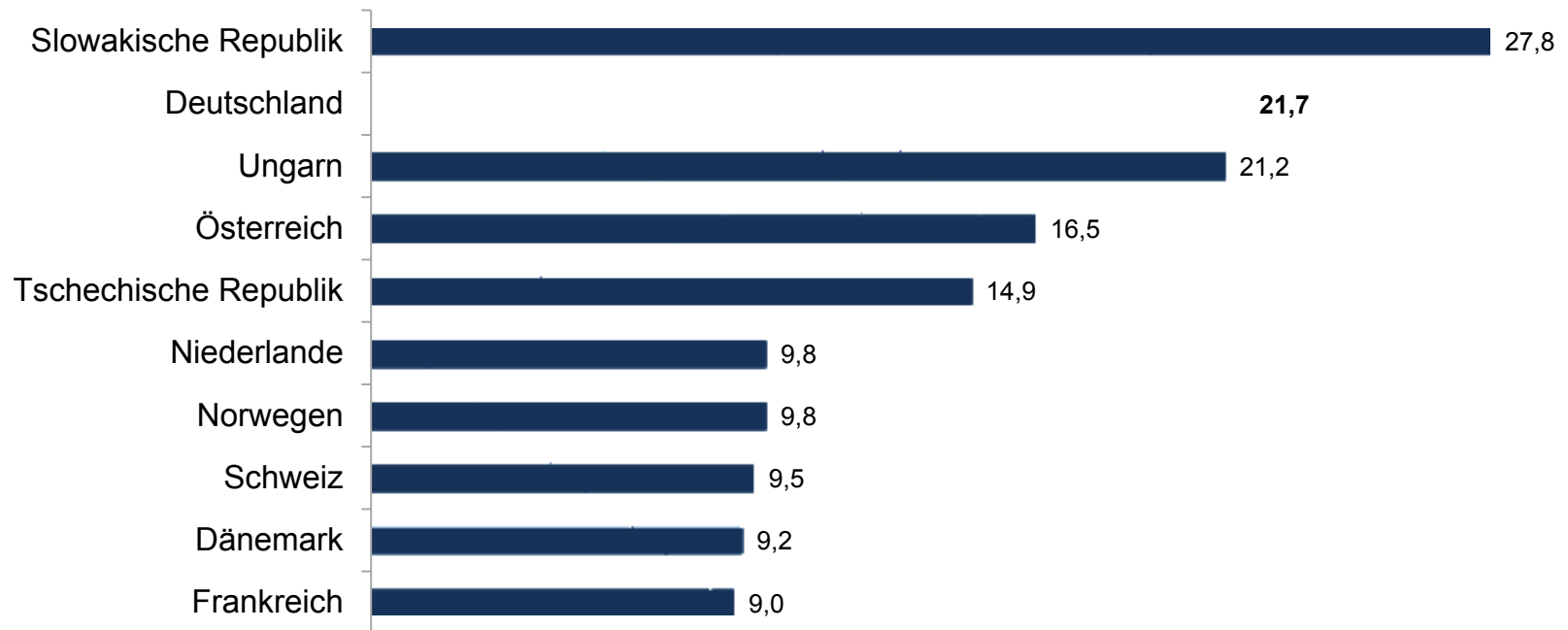


*Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Belegärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten, ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2012

Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen; Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Jg.1995, 2011 und 2012

Patientenentlassungen je Krankenhausmitarbeiter 2010 auf Basis Vollzeitkräfte



Quelle: OECD Health Data 2012



Entscheidung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser



„Die Mehrheit der Krankenhäuser hat in den vergangenen Jahren ihre Betriebsabläufe gestrafft und Rationalisierungsreserven auch im Personalbereich gehoben. Der **weiter bestehende Kostendruck** führt daher nicht mehr zur Effizienzsteigerung und besserer Organisation, sondern **zu weiterer Arbeitsverdichtung und Verschlechterungen im Ablauf des Krankenhausbetriebs, insbesondere in der Pflege.**“

909. Sitzung des Bundesrates am 3. Mai 2013

- I. Bestandsaufnahme
- II. Vorurteile versus Realität
- III. Herausforderungen 2014
- IV. **Kampagne der Krankenhäuser**
Entstehung und Fortgang
- V. Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Krankenhausgipfel – Berliner Petition für eine faire Krankenhausfinanzierung mit dem Appell...

- den Krankenhäusern sofort noch im laufenden Jahr zu helfen,
- ihnen keine weiteren Mittel zu entziehen,
- die Vergütungen für 2013 so anzuheben, dass die unabwendbaren Kostensteigerungen refinanziert werden können,
- die Preisminderungen bei steigenden Leistungen (doppelte Degression) für 2014 zu beenden.
- „Unzureichende Investitionsfinanzierungen und ungenügende Finanzierung des laufenden Betriebs der Krankenhäuser verstärken sich gegenseitig und gefährden die Weiterentwicklung der flächendeckenden Versorgung auf international anerkannt hohem Qualitätsniveau.“



DKG-Präsident Alfred Dänzer:

„Es geht auch darum, ein Zeichen **der Wertschätzung für die Beschäftigten in den Krankenhäusern** zu setzen. Die Kliniken wollen, dass sie an der allgemeinen Tariflohnentwicklung teilhaben können.“



Wir alle sind das Krankenhaus.

Die Leistung unserer Krankenhäuser verdient Anerkennung und Unterstützung von uns allen. Deshalb appellieren wir an die Politik: Faire Krankenhausfinanzierung!

www.ihre-krankenhaeuser.de

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT 
Wann immer das Leben uns braucht.
Ihre Krankenhäuser.

Der Krankenhausdienst muss zum Nutzen derer geführt werden, die ihm anvertraut werden, nicht zum Nutzen derer, denen er anvertraut ist. Frei nach Marcus Tullius Cicero



- ➔ Kein Selbstzweck
- ➔ Fokussierung auf die bekannten Slogan:

Wann immer das Leben uns braucht!
Wir alle sind das Krankenhaus!





**IHRE
KRANKENHÄUSER**
ihre-krankenhaeuser.de

DER PATIENT IM MITTELPUNKT.



Pro Jahr werden rund 38 Millionen Patienten ambulant und stationär in unseren Krankenhäusern behandelt, statistisch also fast jeder zweite Deutsche.

Sie können auf die medizinische und pflegerische Qualität und das gut ausgebildete Fachpersonal in den Krankenhäusern vertrauen. Die Patienten sind in unseren Kliniken mehr als Kranke, denen geholfen werden muss: Die Patienten werden als Menschen angenommen und versorgt. Dieser besonderen Verantwortung stellen sich die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter jeden Tag und arbeiten mit großem Engage-

ment daran, ihr gerecht zu werden. Die Patienten in Deutschland haben Wahlfreiheit: Sie können gemeinsam mit ihrem Arzt das Krankenhaus aussuchen, und im Vergleich zu anderen Ländern gibt es kaum Wartezeiten.

Auch in Zukunft wollen die Krankenhäuser die bestmögliche Versorgung ihrer Patienten. Das geht nicht ohne die Unterstützung

der Politik. Die Kliniken brauchen verlässliche Rahmenbedingungen und ganz besonders eine faire Finanzierung. Das muss uns eine hochwertige, sichere und leistungsstarke Krankenhausmedizin wert sein. Damit wir auch in Zukunft für die Menschen da sein können – „wann immer das Leben uns braucht“.

Alfred Dänzer, Präsident der DKG



Persönliche Zuwendung
und modernste Technik:
In den Krankenhäusern
ist das kein Gegensatz.

Mit mehr als einer Million Mitarbeitern stehen unsere Häuser an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr bereit, um die stationäre und ambulante Patientenversorgung zu gewährleisten.

Dank guter Ausbildung und der engen Verzahnung von Forschung und Praxis bieten die Kliniken in Deutschland ihren Patienten Versorgung auf international anerkanntem Spitzenniveau. Ob bei Geburten, Unfällen oder der Betreuung über längere und schwere Krankheiten hinweg: Mit 2.000 Kliniken in Deutschland sichern wir

den Menschen den wohnortnahen Zugang zu stationärer und ambulanter medizinischer Hilfe. Die Krankenhäuser tragen maßgeblich mit zur ambulanten Notfallversorgung rund um die Uhr bei.

Die Erreichbarkeit der Kliniken und die Nähe zu Angehörigen und Familien sind ein Stück notwendige Lebensqualität und ein Standortvorteil in Deutschland. Die Leistungsfähigkeit der Kliniken für die Menschen in den Städten und Regionen gilt es zu schützen und zu stärken.

Rund 160.000 Ärzte und 400.000 Pflegekräfte sind täglich in den Kliniken für Ihre Gesundheit im Einsatz.

Grundpfeiler der hohen medizinischen und pflegerischen Qualität in unseren Krankenhäusern sind die gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Jede Pflegefachkraft in einem Krankenhaus hat eine rund drei- bis fünfjährige Ausbildung absolviert, Weiterbildungen schließen sich oft an. Bei Fachärztinnen und -ärzten liegt die Ausbildungsdauer oft bei über zehn Jahren, und sie bilden sich ständig fort.

Besonders wichtig ist uns dabei die Praxisnähe von Anfang an. So lernen schon Studierende und Auszubildende von erfahrenen Kollegen, und auch für unser erfahrenes Personal ist regelmäßige Fortbildung eine Selbstverständlichkeit. Damit wir unsere Patienten immer auf dem neuesten Stand der Forschung versorgen können.



**WIR ALLE SIND
DAS KRANKENHAUS.**



Die Krankenhäuser stehen für die innovative Patientenversorgung von morgen.

Gerade in unserer aktiven und alternden Gesellschaft wird die Krankenhausmedizin immer wichtiger. Unsere Krankenhausärzte und Pflegekräfte entwickeln Ideen für verbesserte und neuartige Therapien von morgen. Die Sicherheit und Gesundheit unserer Patienten steht für uns an oberster Stelle. Damit sind die Krankenhäuser

auch im internationalen Vergleich vorbildlich.

Die Kliniken sind mit rund 1,1 Millionen Beschäftigten das Rückgrat des deutschen Gesundheitswesens und Beschäftigungs- und Dienstleistungsmotor in vielen Städten und Regionen Deutschlands.

**HEUTE UND IN
ZUKUNFT FÜR SIE DA.**

Die Kliniken brauchen eine gesicherte Finanzierung für mehr und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für den medizinischen Fortschritt. Sie brauchen mehr Investitionsmittel von den Bundesländern für moderne medizinische Ausstattung und zur Zu-

kunftssicherung. Sie brauchen eine verantwortungsvolle Krankenhauspolitik, um ihre verantwortungsvolle Aufgabe für die Patienten auch weiterhin und noch besser erfüllen zu können. Weitere Informationen finden Sie unter www.ihre-krankenhaeuser.de

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V. (DKG)

Wegelystraße 3 × 10623 Berlin × Tel.: (030) 3 98 01-0

Fax: (030) 3 98 01-30 00 × E-Mail: dkgmail@dkgev.de

„Wann immer das Leben uns braucht“ ist eine Initiative Ihrer Krankenhäuser. Ihr Ziel ist es, die hohe Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhäuser zu stärken und weiterzuentwickeln.

**IHRE
KRANKENHÄUSER**
ihre-krankenhaeuser.de

Bundesweite Aktionen – Beispiel NRW



„Ich kann nur an Politik und Medien appellieren, der **vorgeschobenen Qualitätsargumentation einiger Krankenkassen** nicht auf den Leim zu gehen. Hinter der Forderung der Kassen nach qualitätsorientierter Vergütung steht das Ziel, **Krankenhausleistungen einem Preiswettbewerb auszusetzen**, bei dem die Qualität auf der Strecke bleibt. **Selektivverträge schränken die freie Krankenhauswahl** der Patienten massiv ein und **gefährden** durch ihre Ungewissheit eine **vernünftige ärztliche Weiterbildung.**“

KGNW-Vizepräsident Joachim Finklenburg

- Große Koalition: „Qualitätsoffensive“ soll die Qualität der Versorgung sektorenübergreifend verbessern
- Koalitionsvertrag 18. Legislaturperiode (Deutschlands Zukunft gestalten):
 - Drei Seiten zur Krankenhausversorgung
 - 25 mal (Teil)Begriff „Qualität“
- Ziel: Verbesserung von Erfassung, Vergleichbarkeit und Prüfung der Qualität
- Mittel:
 - Schlechte Qualität → Abzüge
 - Gute Qualität → Zuschläge

- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung aus Routinedaten / Neues Qualitätsinstitut und dessen Aufgaben, Bewertung von Zertifikaten
- Krankenhausplanung und Qualität
- Unangemeldete Qualitätskontrollen des MDK in den Krankenhäusern
- Rechtssichere Mindestmenvorgaben des G-BA unter Beibehaltung der bestehenden Ausnahmebefugnisse der Länder
- Einbindung der Krankenkassen in das Entlassmanagement mit Koordinationsfunktion sowie erweiterte Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser

- Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht
- Qualitätsabhängige Mehrleistungsabschläge und -zuschläge / Verminderung der doppelten Degression
- Termin beim Facharzt – Servicestelle KV (Kooperation mit KK möglich) – eine Woche – Ziel vier Wochen. Ansonsten Termin im Krankenhaus, Vergütung durch KV-Budget Abzug
- Regelmäßige Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung anzustreben
- Vergütungssystem Psychiatrie und Psychosomatik

Selektivverträge – 4 Modellbereiche – Welche?



Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit soll bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte der skizzierten Krankenhausreform erarbeiten

Anmerkung: Die unbestritten unzureichende Investitionsmittelbereitstellung durch die Bundesländer werde überhaupt nicht thematisiert. (Auszug: Pressemitteilung der DKG)

Erwartungen der Krankenhäuser an die Bund-Länder-AG gegenüber den Gesundheitsministern und -ministerinnen der Länder insbesondere,

- eine Krankenhausfinanzierung mit verlässlichen Refinanzierungsregelungen für unabwendbare Kostensteigerungen,
- eine auskömmliche Investitionsfinanzierung sowie
- stabile und faire Rahmenbedingungen für die ambulante Krankenhausversorgung.
- Nationaler Kraftakt unter Beteiligung des Bundes im Hinblick auf die künftige Ausgestaltung der staatlichen Investitionsförderung

- Keine systemwidrige Absenkung der Landesbasisfallwerte
- Vollständiger Orientierungswert sowie Berücksichtigung der Tarifentwicklung
- Refinanzierungsregelungen für G-BA-Vorgaben, z.B. Personalvorhaltung in der Frühchen-Intensivversorgung
- Sachgerechte Sicherstellungszuschläge ohne Absenkung der Landesbasisfallwerte
- „Geplante“ Personalvorhaltungsregeln nicht mit DRG-System kompatibel

Deutschlands Zukunft gestalten

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD

18. Legislaturperiode

Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.

Erwartungen der Krankenhäuser an die Bund-Länder-AG



- Grundlegende Überarbeitung des Psych-Entgeltsystems
- Lösungsbeiträge:
 - Verlängerung der PEPP-Optionsphase
 - Ausgleich des finanziellen Einstiegsrisikos durch einen vollständigen Mindererlösausgleich für die gesamte Dauer der budgetneutralen Phase (budgetneutral heißt nicht erlösneutral)
 - Deutliche Anhebung der Finanzierungsquoten für zusätzliche Leistungen in der Konvergenzphase
 - Abschaffung der „doppelten Degression“ ab Eintritt in die Konvergenzphase
 - Vollständige Ausfinanzierung der Psych-PV bis zum Eintritt in die Konvergenzphase und dauerhafte Refinanzierung der Personalkostensteigerungen

Erwartungen der Krankenhäuser an die Bund-Länder-AG



- Krankenhäuser wollen die Qualität und Sicherheit weiterentwickeln
- unangemeldeten Qualitätskontrollen der medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) weder zielführend noch akzeptabel (MDK ist keine neutrale Einrichtung)
- Keine Selektivverträge
- Qualitätsabhängige Vergütung für den Krankenhausbereich nicht zielführend
- Einrichtung eines eigenständigen Qualitätsinstituts in Verantwortung der Selbstverwaltung

Erwartungen der Krankenhäuser an die Bund-Länder-AG



- Verbesserung der Rahmenbedingungen zur ambulanten Notfallbehandlung durch Krankenhäuser
- Angemessene Vergütung der Hochschulambulanzen
- verbesserte Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten
- Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenvorgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
- Aufhebung der formulierten Restriktionen hinsichtlich des Leistungsspektrums

Daseinsvorsorge und Humane Krankenbehandlung



- I. Bestandsaufnahme
- II. Vorurteile versus Realität
- III. Herausforderungen 2014
- IV. Kampagne der Krankenhäuser
Entstehung und Fortgang
- V. **Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung**

Öffentliche Anhörung am 07.03.2013: Vier Kernpunkte der KGNW



1. Die Festlegung des Versorgungsauftrages liegt in der Letztverantwortung beim Land und muss vor der Budgetverhandlung eines Krankenhauses klar definiert sein.
2. Verbindliche Qualitätskriterien im Krankenhausplan setzen voraus, dass diese evidenzbasiert gemäß der Methodik im Gemeinsamen Bundesausschusses sind und die Folgen vorab analysiert wurden.
3. Insbesondere die Empfehlungen der DIVI zur Größe und Personalausstattung von Intensivpflegeeinheiten werden nicht als verbindliche Kriterien in den Krankenhausplan übernommen.
4. In den besonderen Versorgungsbereichen, beispielsweise in der Unfallchirurgie, muss ein Krankenhaus nicht zwingend das komplette Spektrum vorhalten, um Leistungen anbieten zu können. Auch Kooperationsformen sollten hinreichend sein, um diese besonderen Versorgungsangebote darstellen zu können.

Es ist ein schlechter Plan, der
keine Änderung erlaubt.

Publius Syrus

Krankenhausplan NRW 2015 – pdf-Dokument



- Veröffentlichung (Homepage MGEPA) und Inkrafttreten am 23.07.2013
- 162 Seiten
- Information der Mitglieder des LA für Krankenhausplanung am 25.07.2013
(vgl. KGNW-Rundschreiben Nr. 290/2013 vom 23.07.2013)

NRW - 16 Versorgungsgebiete

Nordrhein-Westfalen
Versorgungsgebiete



Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung

- für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW)
- Ausweis im Krankenhausplan nach Standort, Bettenzahl, Behandlungsplätzen und Fachrichtungen (vgl. § 16 Abs. 1 KHGG NRW)

➔ Insofern ist Krankenhausplanung in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten

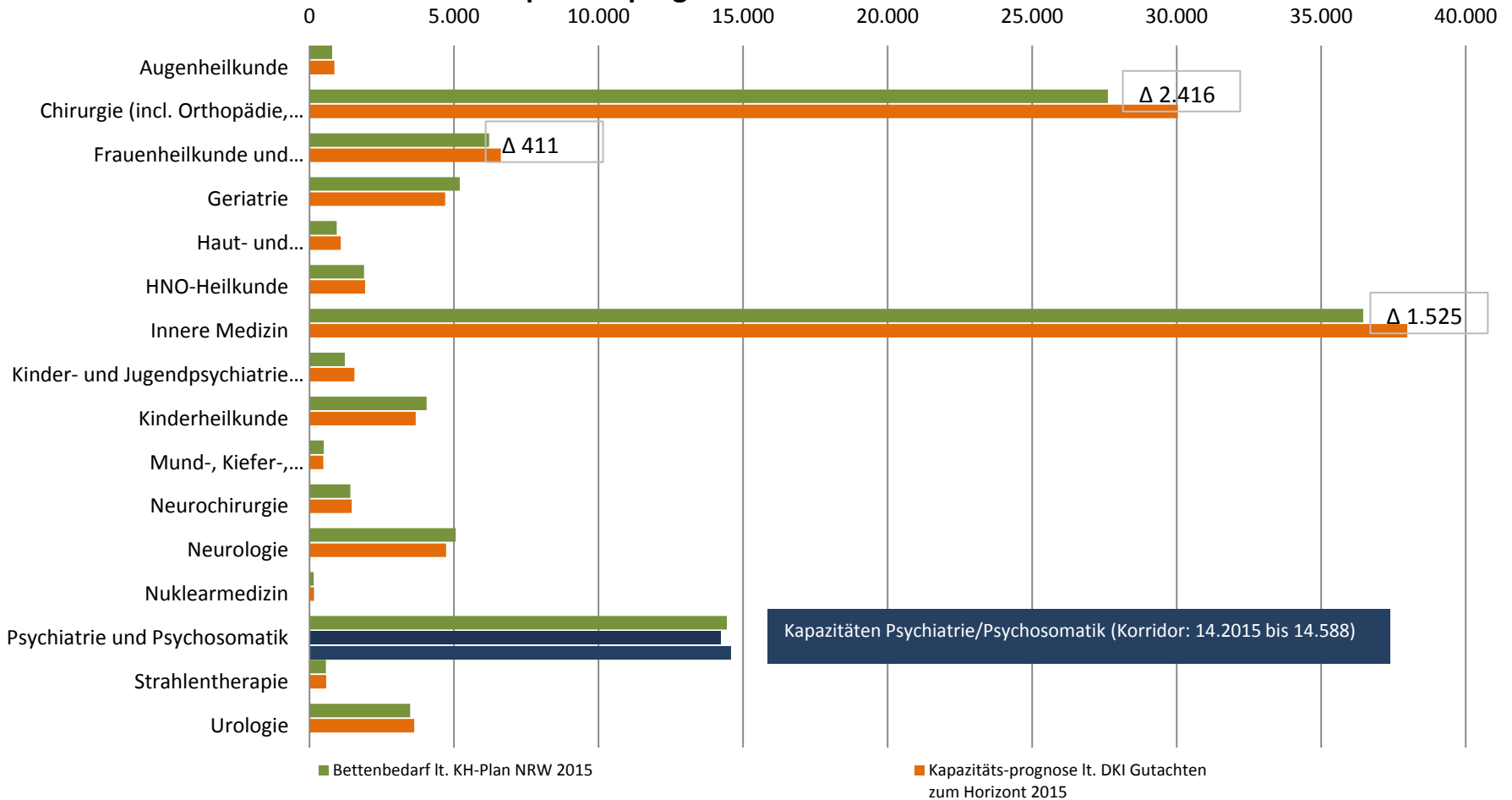
Deutschlands Zukunft gestalten

Koalitionsvertrag
zwischen CDU, CSU und SPD

18. Legislaturperiode



Kapazitätsprognose KH-Plan NRW 2015 zu DKI-Studie*



* Kapazitäten Psy/PsySo und KJP entsprechend KGNW-Positionspapier

(...)

Nach einer neuen Studie des Kölner Gesundheitsökonomen Ludwig Kuntz **steigt die Sterblichkeit in Krankenhäusern, die voll ausgelastet sind**. Bei der Daten-Auswertung von 83 Kliniken und ihren Sterbefällen konnte der Wissenschaftler eine "**Sicherheitsschwelle**" ausfindig machen.

Demnach steigt die Sterblichkeit in den Häusern, sobald sie zu **92,5 Prozent** oder mehr ausgelastet sind. In der Studie hätte nach Ansicht des Wissenschaftlers jeder siebte Sterbefall in einem voll belegten Krankenhaus vermieden werden können. Die erhöhte Zahl der Sterbefälle sei darauf zurückzuführen, dass die personelle Ausstattung auf eine durchschnittliche Auslastung der Häuser ausgerichtet sei. (...)

Quelle: „Mehr Tote in voll belegten Kliniken“, <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/news/mehr-tote-in-voll-belegten-kliniken-aid-1.4259561>

Ich frage daher die Landesregierung:

1. Wird die Landesregierung die „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin aus dem Krankenhausrahmenplan NRW wieder herausnehmen?
2. Hat die Landesregierung im Vorfeld der Implementierung von Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen im Krankenhausrahmenplan NRW eine Kostenfolgeabschätzung für die NRW-Kliniken vorgenommen, bzw. die Machbarkeit vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Medizin und Fachpflege geprüft?
3. Wie will die Landesregierung eine flächendeckende Versorgung unserer Bevölkerung mit intensivmedizinischen Leistungen in Nordrhein-Westfalen sicherstellen, wenn die Krankenhäuser die DIVI-Empfehlungen nicht (kurzfristig) umsetzen können und damit Intensivbettenkapazitäten abbauen?
4. Wie beurteilt die Landesregierung das Vorgehen der Krankenkassen, die die im Krankenhausrahmenplan verankerten Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen als Qualitätsmaßstab in den Budgetverhandlungen einzusetzen?
5. Wie will die Landesregierung nun dem - durch Regierungshandeln verursachten - Abbau von Intensivbetten in Nordrhein-Westfalen entgegenwirken?

Ina Scharrenbach

Auszüge aus der Antwort der Ministerin (Lt-Drucksache 16/5510) :

- die im Krankenhausplan NRW 2015 für verschiedene Versorgungsbereiche herangezogenen **Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen als Orientierung zu verstehen**
- **keine krankenhauserplanerischen Mindestvorgaben**, es sei denn, eine unmittelbare Anwendung im Plan ausdrücklich vorgegeben
- „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) **„nicht um zwingend einzuhaltende Vorgaben, sondern um Zielorientierungswerte handelt“**

Versorgungsauftrag – Regulativ Budgetverhandlung?



Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft - Leistungsfähigkeit



„Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist grundsätzlich dann gegeben, wenn das Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und dem Auftrag aus dem Feststellungsbescheid an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind.“ (S. 22)

Ergänzte Aussage im Krankenhausplan NRW 2015 – Tragweite und Folgen ???



„Die nachfolgend (...) herangezogenen medizinisch-fachlichen Leitlinien (...) sind als wichtige Orientierung zu verstehen und zur Prüfung der Strukturqualität so lange heranzuziehen, bis sich der allgemein anerkannte Stand der Medizin ausdrücklich weiter entwickelt hat, z. B. durch Neufassung einer Leitlinie (S. 24).

„Die Krankenhausplanung übernimmt Leitlinien und / oder Zertifikate der Fachgesellschaften nicht uneingeschränkt, sondern hat eine Auswahl getroffen oder fixiert bestimmte Inhalte. Somit geben Leitlinien und Zertifikate grundsätzlich nur eine Orientierung, es sei denn, eine unmittelbare Anwendung wird planerisch ausdrücklich vorgegeben. Im Übrigen sind zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zusätzliche Kriterien erforderlich. (S.50-51)

Entschließungsantrag

der Fraktion der SPD und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zum Antrag der Fraktion der CDU „Hausärztliche Versorgung in allen Landesteilen sicherstellen“ Drucksache 16/3232

Die Gesundheitsversorgung in NRW sozial ausgestalten und in der Fläche sichern

7. Erreichbare stationäre Versorgung

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind wichtige Partnerinnen in der Gesundheitsversorgung, u. a. stehen sie für Fortschritte in der Medizin, die Weiterentwicklung der Qualität sowie die Ausbildung und Qualifizierung von Fachkräften. Daher müssen die Krankenhäuser auch zukünftig als wesentlichen Teil der Daseinsvorsorge unterstützt werden. Krankenhäuser dürfen nicht dem freien Spiel des Marktes überlassen werden. Dabei gilt es, die wohnortnahe Grundversorgung ebenso zu sichern wie Krankenhäuser der Maximalversorgung und spezialisierte Zentren. Wettbewerb ist für uns der Wettbewerb um die Beste qualitätsvollste Versorgung der Behandlungsbedürftigen Menschen. Auch bezüglich der Erreichbarkeit kommt den Kommunen eine wichtige Rolle zu, u.a. beim ÖPNV.

Die Krankenhäuser werden sich den neuen Herausforderungen, die aus den demografischen Veränderungen resultieren, stellen müssen. Dabei muss den besonderen Bedarfen älterer Menschen und Menschen mit Behinderung entsprochen werden. Zudem müssen sich die Krankenhäuser weiter interkulturell öffnen. Dazu zählt aber auch die Bildung von Leistungsschwerpunkten genauso wie der Um- und Abbau von Betten. Es wird immer wichtiger sein, für eine Durchlässigkeit der Sektoren, zwischen ambulant und stationär zu sorgen. NRW hat hier mit dem neuen Krankenhausplan deutliche Akzente hin zu mehr Patientinnen- und Patientenorientierung und einer stärkeren Ausrichtung der Versorgungsangebote an die Ergebnisqualität gelegt. Diesen Weg werden wir auch in Zukunft fortsetzen.

<http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenaarchiv/Dokument/MMD16-5491.pdf>, Abruf: 01.04.2014

Kapazität - landesweit

Kapazität -
Regierungsbezirk

Kapazität – Kreis/
Kreisfreie Stadt

Kapazität –
Krankenhaus
(-abteilung)

Kapazität
Versorgungs-
-region

Ziel-
kapazität

„Sensible Planungsthemen im Rahmen regionaler Planungskonzepte“



- Auflistung sensibler Planungsthemen
- Zeitnahe Rückmeldung zu den sensiblen Planungsthemen an Ihren Spitzenverband möglich
- Erhebungsbogen
- Prüfung der Teilnahme von Vertretern Ihres jeweiligen Spitzenverbandes an regionalen Planungskonzepten

vgl. KGNW-Rundschreiben Nr.462 /2013 vom 02.12.2013

Anhang zur Anlage zum KGNW-Rundschreiben Nr. 462/2013 vom 02.12.2013

Angaben zum Krankenhaus (ggf. Stempel)



Erhebungsbogen zu „Planungsvorstößen“ der Kostenträger im Rahmen regionaler Planungskonzepte gemäß § 14 KHGG NRW

Bitte informieren Sie Ihren Spitzenverband jeweils zeitnah über etwaige „Planungsvorstöße“ der Kostenträgerseite zur Umsetzung insbesondere der qualitativen Vorgaben des neuen Krankenhausplans im Rahmen regionaler Planungskonzepte. Mit Ihrem Spitzenverband ist vereinbart, dass Ihre Einzelhinweise dort entgegengenommen und der KGNW unmittelbar zur Verfügung gestellt werden.

Zur Abgrenzung, welche Planungsthemen im Rahmen der anstehenden regionalen Planungskonzepte besonders sensibel sein könnten und zu denen deshalb die KGNW zeitnah über „Planungsvorstöße“ der Kostenträgerseite informiert sein sollte, hat die KGNW eine Auflistung „Sensible Planungsthemen im Rahmen regionaler Planungskonzepte“ erarbeitet.

Dieser Erhebungsbogen ist nach Themengebieten gegliedert, die jeweils mit aus KGNW-Sicht möglichen Aussagen/Forderungen der Kostenträgerseite konkretisiert werden. Da nicht sämtliche „Planungsvorstöße“ vorhersehbar sein werden, nutzen Sie bitte die Gelegenheit, Ihre eigenen Erfahrungen als Ergänzung mitzuteilen.

Trifft der geschilderte Hinweis auf Ihr aktuelles regionales Planungskonzept zu, markieren Sie bitte den entsprechenden Aspekt durch Ankreuzen des dafür vorgesehenen Kästchens. Bitte nutzen Sie zur Konkretisierung unbedingt auch die Freitextfelder. Bei weiterem Platzbedarf fügen Sie bitte Zusatzblätter bei. Soweit Ihnen von Kostenträgerseite weitergehende Unterlagen (z. B. Checklisten) zur Verfügung gestellt wurden, bitten wir, diese ebenfalls beizufügen.

Infoportal Krankenhausplan - Informationsangebot der KGNW




Mitgliederservice

Alle Dokumente

Schlüsselwörter

[Rundschreiben](#) >

[Verschönerung](#) >

Gremien

Datenpflege

Paketdownload

Verträge

Empfehlungen

Schiedsstellenverfahren

Infoportal Krankenhausplan

[Rahmenvorgaben \(Krankenhausplan NRW 2015\)](#)

[Regionale Planungskonzepte](#)

[Feststellungsbescheid](#)

[Landesausschuss für Krankenhausplanung](#)

[Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales](#)

Artikles

Pressemitteilungen

Suche

Hilfe

Kontakt

Logout

Sie sind hier: [Startseite](#) > [Mitgliederservice](#) > [Infoportal Krankenhausplan](#)

Infoportal Krankenhausplan

Das „Infoportal Krankenhausplan“ bietet Ihnen die Möglichkeit, umfangreiche Informationen zu diesem Themenkomplex auszuwählen.

Um die Informationen aufzurufen, klicken Sie bitte auf das entsprechende Feld in der unterstehenden Grafik und gelangen so zu einer Kurzfassung über das ausgewählte Einzelthema. Dort stehen Ihnen über weiterführende Links, ergänzendes Informationsmaterial sowie thematisch passende KGNW-Rundschreiben zur Verfügung.



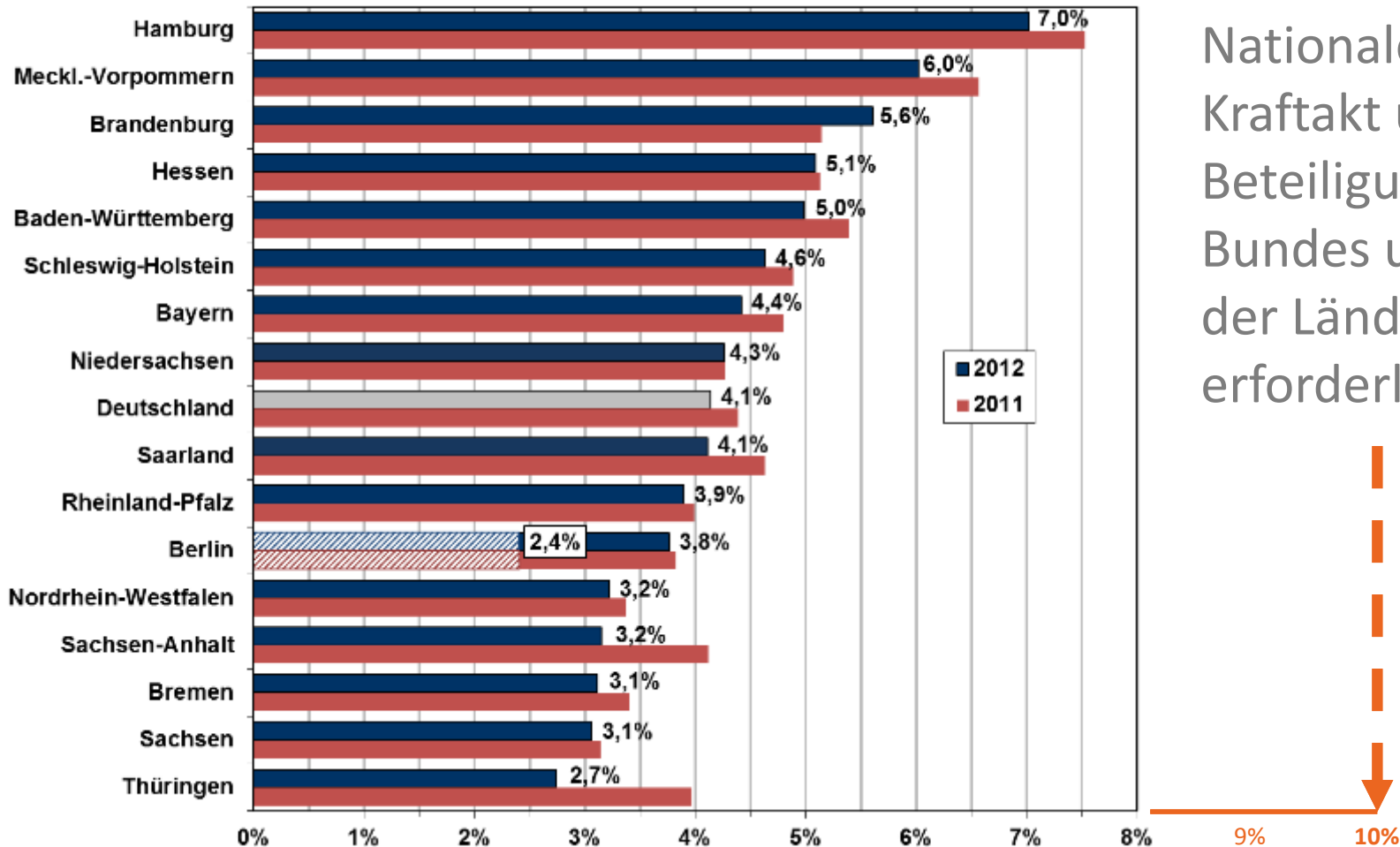
Weitere Informationen erhalten Sie bei folgenden Mitarbeitern der Geschäftsstelle der KGNW:

- Ute Fehholz-Gröfe (Telefon: 0211-47819-14; E-Mail: ufehholz-groefe@kgnw.de)
- Thomas Specker (Telefon: 0211-47819-13; E-Mail: tspecker@kgnw.de)

Investitionsquote nach Bundesländern



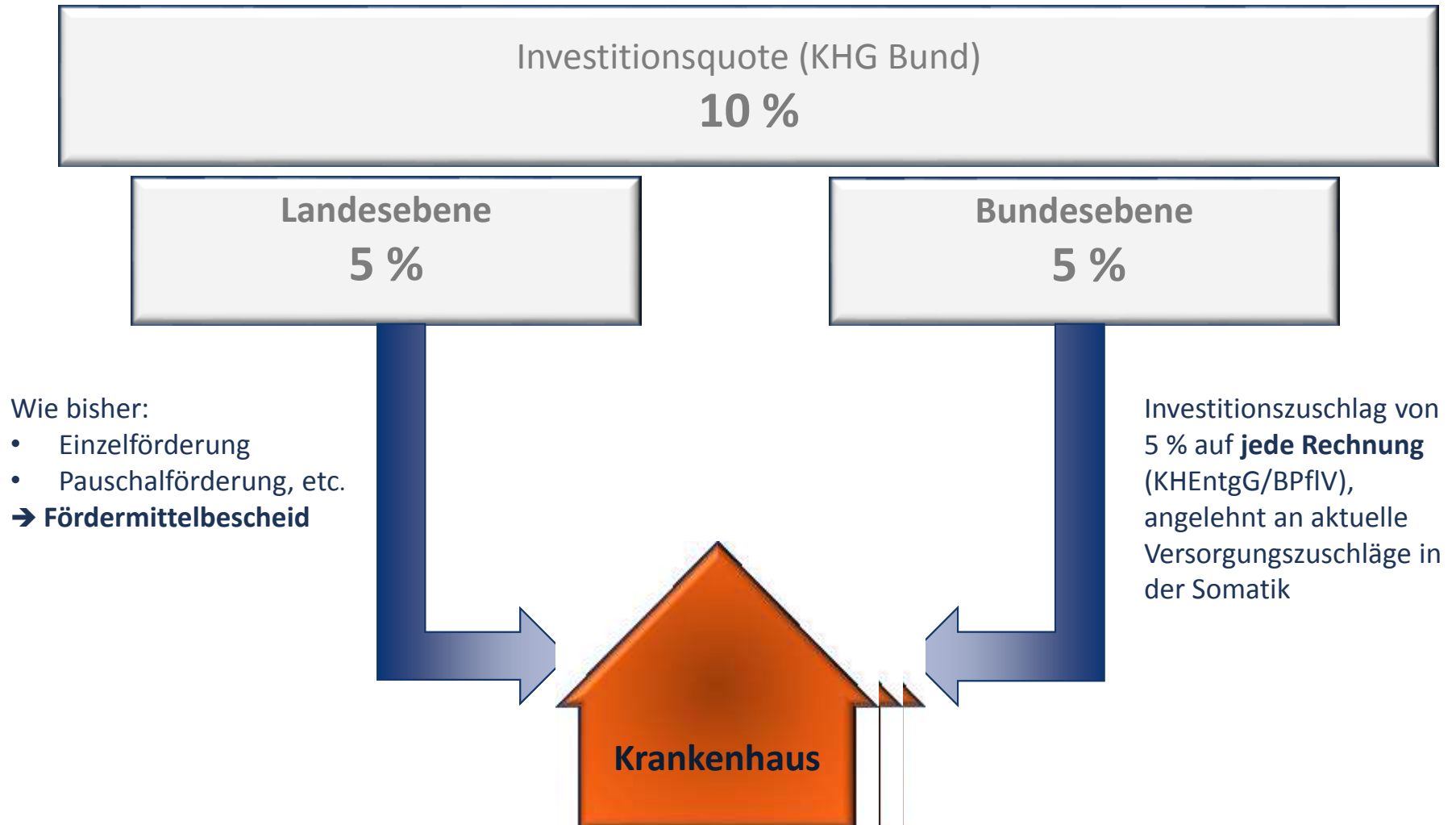
Allgemeine Krankenhäuser: Plankrankenhäuser & Sonstige Krankenhäuser



Nationaler Kraftakt unter Beteiligung des Bundes und der Länder erforderlich!

Quelle: DKG-Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, 2014

Reformvorschlag zur Investitionsfinanzierung



Einstimmiger Beschluss des DKG-Vorstandes vom 09.04.2014 zur Investitionsfinanzierung



- Grundvoraussetzung bleibt die Letztverantwortung der Länder in der Krankenhausplanung.
- Bund und Länder übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die Investitionsförderung der Krankenhäuser im Rahmen einer Quotierung.
- Die Kalkulation des InEK zu den Investitionspauschalen bestätigt den erforderlichen jährlichen Investitionsförderbedarf in einer Höhe von 6 Mrd. Euro.
- Die Investitionsförderung erfolgt dabei wie bisher getrennt von der Finanzierung des Betriebskostenbereiches. Keine Monistik.

- Lösung des Problems der Investitionskostenunterfinanzierung durch Bund und Länder → „nationaler Kraftakt“
- Gesetzlich verankerte Mindestinvestitionsquote in Höhe von 10 %
- Krankenhausplanerische Letztverantwortung verbleibt bei den Ländern
- Keine Monistik



Vielen Dank
für Ihr Interesse!