

ver.di b+b

**36. Informations- und Weiterbildungstage
für Arbeitnehmervertreter/innen von
Aufsichtsräten in hessischen
Krankenhäusern und
Altenpflegeeinrichtungen**

**Eine Reform jagt die andere –
die aktuellen Rahmenbedingungen
aus Sicht des HMSI**

Jochen Metzner,
Referatsleiter Krankenhausversorgung, Rettungsdienst
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration,
Fulda, 29. März 2019

**Vieles ist nicht neu, hier Thesen aus
früheren Vorträgen, zufällig ausgewählt...**

2006

„Jedenfalls wird es das traditionelle Einzelkrankenhaus kaum noch geben“
„Ausbau sektorenübergreifender und interdisziplinärer Strukturen, regionale Gesundheitsnetzwerke“
„Moderate Schließung einzelner Häuser, keine Versorgungsengpässe“

2013

„Wichtigste staatliche Aufgabe im Krankenhaus-bereich ist die Notfallversorgung, Rettungskette muss funktionieren, Golden Hour muss eingehalten werden“
„Qualitätstransparenz rückt immer mehr in den Fokus. Der Zug in Richtung Qualitätswettbewerb ist nicht aufzuhalten!“
„Wer muss systemrelevante Kliniken betreiben?“

2010



2014

„professionell ist anders... Auch deswegen muss die Konzernbildung fortgeführt werden“
„Krankenhausplanung hat auch eine Verantwortung für die Struktur und die Zukunftsfähigkeit der Krankenhauslandschaft“

aktuelle
Situation?

**nein, Ausgabe
50/1970!!**



Krankenhausplanung in der Kritik

Politik

Krankenhäuser: Kassen bieten Geld gegen Mitspracherecht

Montag, 3. Juli 2017

Berlin – Angesichts des Investitionsstaus in der Krankenhausfinanzierung hat die Techniker Krankenkasse (TK) angekündigt, dass sie teilweise die Mittel dafür übernehmen wird. Die Kassen aber „ein Recht zur Mitgestaltung“ einräumen“, erläuterte der TK-Vorstand. Das Modell auch nicht ausnutzen, um ihre Investitionen zu finanzieren.

Die kürzlich von der Gesundheitsministerin angekündigten Milliarden Euro von Bund und Ländern für den Investitionsbedarf belaufen sich jährlich auf mehr als 5,5 Milliarden Euro. In Universitätskliniken ging das Wirtschaftswachstum zurück. Der jährliche Investitionsbedarf von 5,5 Milliarden Euro wird nur etwa die Hälfte zur Verfügung, bekräftigte das die Klinik der Krankenkassen.

Die Krankenkassen könnten auf diesem Wege mehr Einfluss auf die Krankenhausstrukturreform nehmen. Sie kritisieren seit langem teure Überkapazitäten bei den Kliniken. Auch das Krankenhausstrukturgesetz zeigt noch keine große Wirkung. Das Gesetz, das seit vergangenem Jahr in Kraft ist, zielt darauf ab, die Krankenhauslandschaft effizienter zu gestalten, ohne die Versorgung in der Fläche zu gefährden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) räumte vor kurzem ein, dass auch er bei der Umsetzung der Reform noch Handlungsbedarf sieht.

Politik

Details für Sicherstellungszuschläge stehen fest

Donnerstag, 24. November 2016



Berlin – Die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) haben heute Regeln beschlossen, mit denen Krankenkassen und Krankenhäuser künftig Sicherstellungszuschläge vereinbaren sollen. Damit wurden bundeseinheitlich die Voraussetzungen festgelegt, für die Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen Zuschläge erhalten können. Dazu zählen die Kriterien, wann ein Krankenhaus als unverzichtbar gilt sowie wann ein struktureller Versorgungsbedarf vorliegt.

Ärzte Zeitung online, 19.04.2018



GBA-Beschluss zur Notfallversorgung



628 Kliniken soll Geld gestrichen werden

Ein Umbruch in der Krankenhauslandschaft kündigt sich an: Hunderte Krankenhäuser sollen nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) keinen Zuschlag mehr für die Notfallversorgung erhalten.

Von Anno Fricke

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren womöglich verfassungswidrig

News des Tages / 14.12.2016

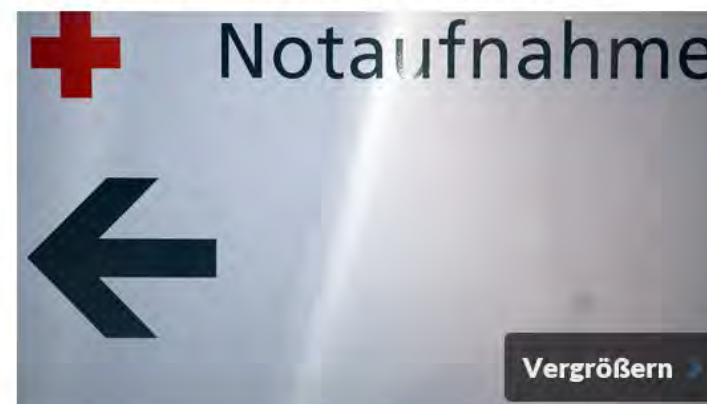


Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die der Gemeinsame Bundesausschuss voraussichtlich morgen beschließen wird, sind womöglich verfassungswidrig. Zu dieser Einschätzung kommt der renommierte Rechtsanwalt Michael Quaaß in der aktuellen Ausgabe von f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus. Demnach stelle es einen „verfassungswidrigen Kompetenzübergang dar“, wenn einem Gremium wie dem G-BA erlaubt werde, den Ländern Vorgaben für die Krankenhausgesetzgebung oder -planung zu machen, die nur dann nicht gelten sollen, wenn das jeweilige Land ersatzweise mit eigenen Regelungen aufwarte. Dies sei „die Umkehrung der vom Grundgesetz gedachten Kompetenzordnung, nach der bundesrechtliche Vorgaben für die Krankenhausplanung nur als ‚Annex‘ zur

Landesplanung erscheinen dürfen und lediglich als allgemeine Richtlinien gedacht sind. „Damit dürfte die rote Linie, die das Grundgesetz dem Bundesgesetzgeber im Bereich des Krankenhauswesens setzt, überschritten werden.“ >> weiterlesen (Abo-Bereich)

Krankenhäuser

Kritik an Krankenhausplanung des Landes: Zu viele Betten und zu viele Kliniken



Europäischer Gerichtshof, Urteil vom 13.05.2003 (C 385/99):

„**Bekanntlich** müssen die Zahl der Krankenhäuser, ihre geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen, oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können, **planbar** sein.

Wie insbesondere das System der vertraglichen Vereinbarungen, um das es in den Ausgangsverfahren geht, zeigt, beruht eine derartige Planung im Allgemeinen auf verschiedenen Bestrebungen.

Zum einen bezweckt sie, in dem betreffenden Staat zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes **Angebot qualitativ hochwertiger** Krankenhausversorgung ständig in ausreichendem Maß zugänglich ist.

Zum anderen soll sie dazu beitragen, die Kosten zu beherrschen und soweit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern. Eine solche Verschwendung wäre umso schädlicher, als der Sektor der Krankenhausversorgung bekanntlich erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen entsprechen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitspflege bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind.“

Bundesverfassungsgericht Beschluss v. 12.06.1990, BvR355/86):

„Die bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhauspflege ist ein unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung, die das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung als **besonders wichtiges Gemeinschaftsgut** ansieht.

Aber auch der soziale Aspekt der **Kostenbelastung** im Gesundheitswesen hat erhebliches Gewicht. Er wirkt sich in erster Linie auf die gesetzliche Krankenversicherung aus, deren **Stabilität** nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts große Bedeutung für das Gemeinwohl hat (BVerfGE 70, 1).

**Krankenhausplanung ist also europaweit erforderlich,
Ziel ist ein ausreichendes Angebot = Bedarfsdeckung,
also Sicherung des Zugangs zu notwendigen und
qualitativ hochwertigen Krankenhausleistungen**

aber: Deutschland hat im Gegensatz zu den meisten Staaten kein staatliches, sondern ein freiheitliches Gesundheitssystem, in dem sich die Akteure frei entfalten können (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG).

Folge: Selbstverwaltung, Trägervielfalt, Geltung des Art. 12 GG (Berufsfreiheit) mit Möglichkeit der Konkurrentenklage, Geltung des europäischen Beihilfe- und Kartellrechts,

Krankenhausplanung

- Ist nach dem Grundgesetz Ländersache, weil sich die Kompetenz des Bundes im Krankenhausbereich nur auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Pflegesätze nach Art. 74 Nr. 19a GG erstreckt (BVerfG, Beschluss v. 07.02.1991, BVL 24/84) und die KH-Planung davon nicht erfasst wird
- Weil der Bundesgesetzgeber aber bestimmen darf, welche Krankenhäuser bevorzugt Förderung erhalten sollen, kann er Einschränkungen vornehmen, also dass Länder Krankenhauspläne aufstellen müssen, aber auch bestimmen, dass qualitativ ungeeignete KHs insoweit keine Förderung erhalten sollen und insoweit aus dem KH-Plan ausscheiden sollen („Annexkompetenz“, (BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990, 1BvR355/86: „es liegt auf der Hand, dass staatliche Förderung und wirtschaftliche Planung erheblich erleichtert werden, wenn unnötige und leistungsschwache KHs möglichst frühzeitig aus dem Wettbewerb ausscheiden....Der Sinn der Förderung wäre verfehlt, käme sie auch allen unnötigen und leistungsschwachen Anbietern zugute.“
- Krankenhausplanung diene seit der in Anschluss an die GG-Änderung 1969 mit der Folge der Gesetzgebung zum KHG und seines Inkrafttretens 1972 dazu, die **"bedarfsgerechte"** Versorgung mit **"leistungsfähigen"** Krankenhäusern sicherzustellen. An die **Leistungsfähigkeit** durften nach Rechtsprechung BVerfG **keine großen Anforderungen** gestellt werden. (BVerfG, Beschluss v. 12.06.1990, s.o.: „Bedeutsam ist, ob die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist. Weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der KHs sind weder geeignet noch erforderlich. Sie würden dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen.“

Grundlagen der Krankenhausplanung und Krankenhausförderung nach Krankenhausreform 2016:

§ 1 KHG: Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patenten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

§ 4 KHG duales System, Länder müssen erforderliche Investitionskosten zahlen (machen sie nicht), Kassen Betriebskosten

§ 8 Abs. 2 KHG: kein Anspruch auf Planaufnahme, bei notwendiger Auswahl entscheidet die zuständige Landesbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen, welches KH den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Hierzu umfangreiche Rechtsprechung BVerfG und BVerwG

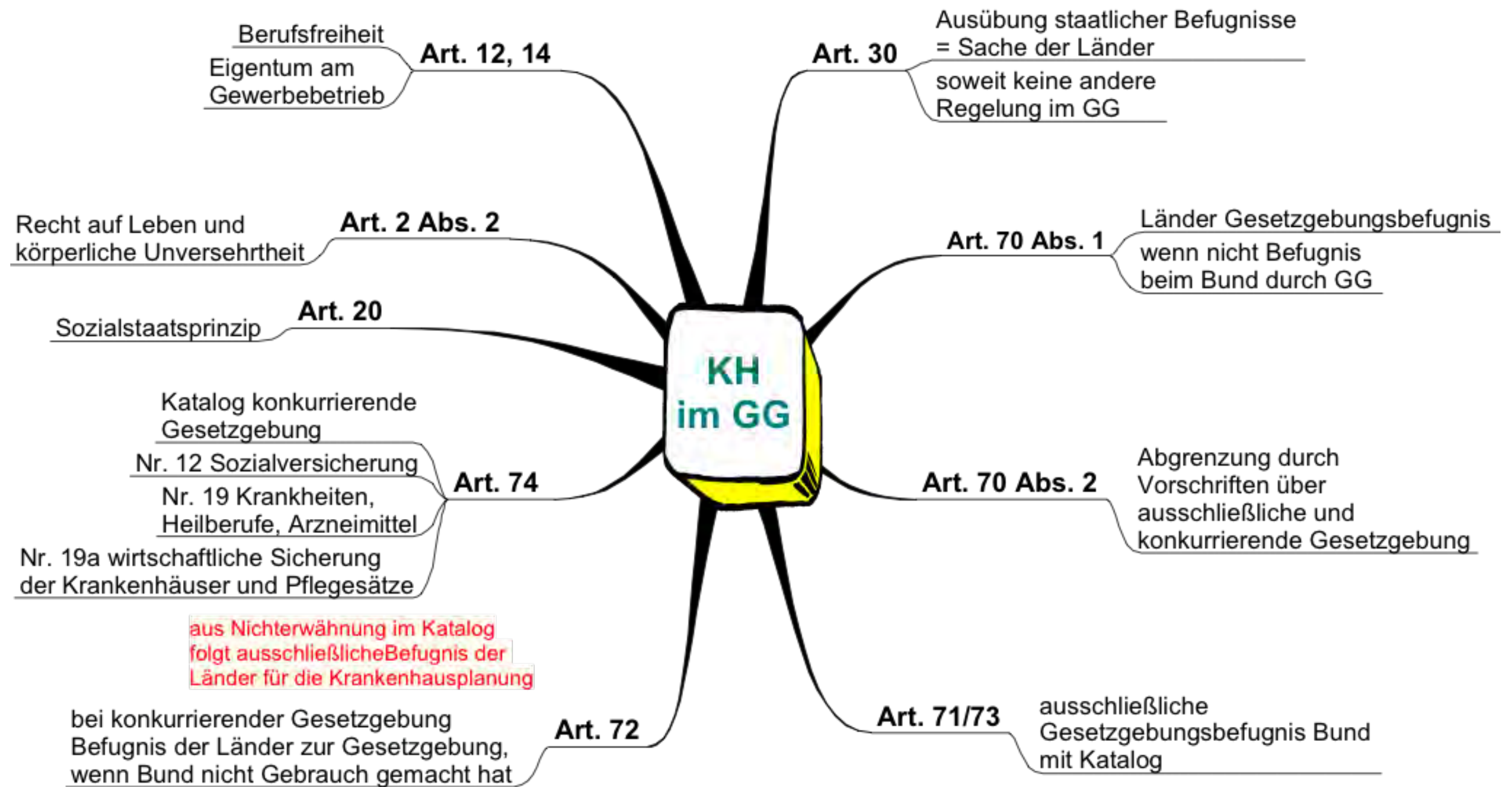
Krankenhausplan

- Der von jedem Land aufzustellende Krankenhausplan hat keine unmittelbare Rechtswirkung nach außen
- Rechtlich verbindlich ist der Feststellungsbescheid
- Dagegen Verwaltungsrechtsweg gegeben

was regelt ein Feststellungsbescheid in der Krankenhausplanung?

- den Versorgungsauftrag des KH = die Konzession (Standort, was und ggfs. wie viel darf das KH mit den KK abrechnen, vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3,4 KHEntgG = die Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden)
- alle Länder legen die Gebiete der WBO der LÄKs zugrunde, einige gehen tiefer und gehen auf Schwerpunkts- oder Facharztebene
- Zusätzlich Regelungen in Ländergesetzen oder KH-Plänen zu Organisationsfragen, Zusammenarbeit, Notfallversorgung, Qualitätsanforderungen (meist Strukturvorgaben)
- Auch Vorgaben zu bestimmten Bereichen (Onkologie, Schlaganfall o.ä.)
- Ländervorgaben sehr unterschiedlich, z.B. macht Hessen in Somatik seit 2011 keinerlei Kapazitätsvorgaben (Betten) mehr

**Krankenhausplanung ist nach
dem Grundgesetz Ländersache**



**durch Aufnahme in den
Krankenhausplan erhält ein
Krankenhaus die Konzession zur
Abrechnung mit der GKV und den
Anspruch auf Förderung seiner
notwendigen Investitionen**

**Krankenhausplanung wurde in den
letzten 15 Jahren schwieriger durch
Rechtsprechung zur
Konkurrentenklage und zur
Berufsfreiheit nach Art. 12 GG**

Hohe Bedeutung der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG in der Krankenhausplanung. Art. 12 GG erfordert Zulassung neuer Anbieter, Kündigung bisheriger Träger rechtlich in der Praxis vor KHSG (fast) ausgeschlossen

„Die maßgeblichen verfassungsrechtlichen Fragen zum Krankenhausplanungsrecht hat das Bundesverfassungsgericht bereits geklärt. Die wirtschaftlichen **Belastungen** durch die **Nichtaufnahme** in den Krankenhausplan sind so schwerwiegend, dass sie einer **Beschränkung der Berufswahl** (**=Krankenhausträger, ist das ein Beruf???**) nahe kommen, weshalb nur **Gemeinwohlbelange** von **hoher Bedeutung** gegenüber dem schutzwürdigen **Interesse** des Aufnahme begehrenden Krankenhausträgers **an ungehinderter Betätigung** den Vorrang verdienen können" (BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004, Az: 1 BvR 88/00)

**Krankenhausplanung soll
die Balance zwischen
Markt und Staat halten**

**Gerichte verlangen die Feststellung
des Bedarfs (= das was ist, nicht was
sein soll), das wird zunehmend
schwieriger (Psychosomatik)**

Wie stellt man den Bedarf an stationären Leistungen fest?

VGH Bad.-Württemberg, Urt. v. 16.4.2002

„Bedarf ist *der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf* und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf. Dem Land ist nicht erlaubt, bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen, und damit eine *Minderversorgung* in Kauf zu nehmen.“

OVG Lüneburg, Urt. V. 15.12.1998

Der tatsächlich zu versorgende Bedarf ergibt sich aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, also Abrechnung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen.

BVerwG, Urteil v. 25.09.2008

„Aus § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG lässt sich ein *Verbot der Überversorgung* mit Plankrankenhäusern *nicht entnehmen*. Erst recht begründet die Vorschrift kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses auf Einhaltung eines solchen Verbots. Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch darauf, dass die Planungsbehörde eine Überversorgung mit Krankenhäusern, die nach § 108 Nr. 2 SGB V kraft Gesetzes zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, vermeidet.“

Krankenhaus**PLANUNG** ist der falsche Begriff!!

Es wird nicht die Anzahl der Herzinfarkte geplant! **Versorgungsplanung** ist der richtige Begriff!

(vgl. Prof. Renner, Krankenhausrechtstag Düsseldorf 2012)

Denn: "**Bedarf ist das, was ist, nicht was sein soll**", also: die Summe der stationären Krankenhauseinweisungen, nicht ein vom Land gewünschter Bedarf. Es soll lediglich auch eine Prognose erfolgen. Es ist nicht Sache des Landes, die Notwendigkeit in Frage zu stellen.

Wenn die Zahl der Krankenhausbehandlungen oder ihr Schweregrad und damit die Verweildauer insgesamt ansteigen, hat das das Land in der Planung zu berücksichtigen, muss dann Kapazitätserweiterungen oder Neuzulassung vornehmen. Eine künstliche Verknappung führte zu Unterversorgung und wäre rechtswidrig.

Unnötige Behandlungen sollte es nicht geben, weil stationäre Behandlung nur nach Einweisung ins KH erfolgen darf und die aufnehmenden Ärzte auch im KH die Notwendigkeit der stationären Behandlung bestätigen müssen.

Und schließlich überprüft der MDK diese Notwendigkeit im Nachhinein

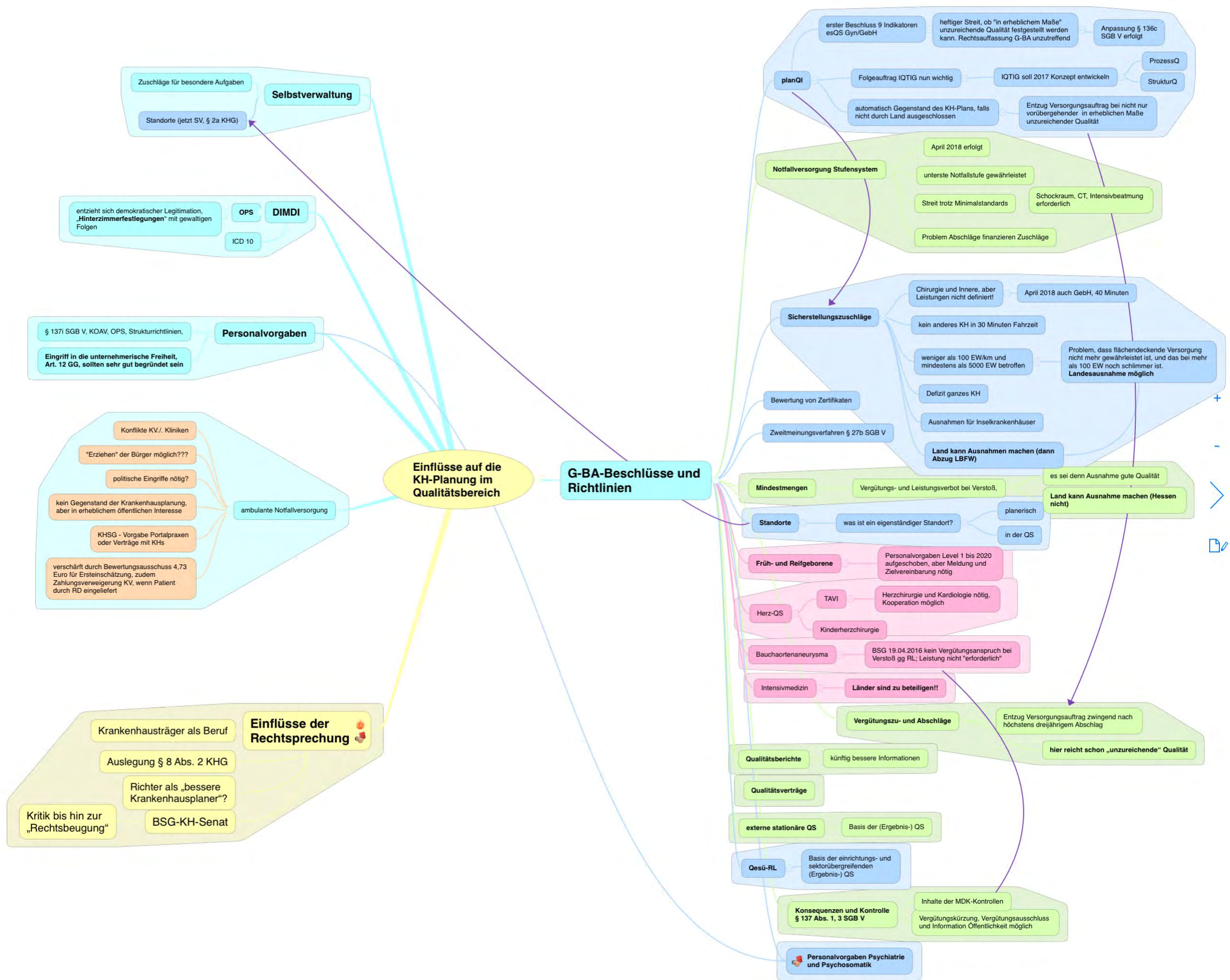
**Gerichte wenden sich gegen die
„Versteinerung der
Krankenhauslandschaft“ und wollen
neuen Anbietern den Zugang
erleichtern**

Hierzu Bundesverfassungsgericht 2004:

"Den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit als Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan hat das Bundesverwaltungsgericht dahin ausgelegt, dass ein Krankenhaus dann **bedarfsgerecht ist, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden** (vgl. BVerwG, Urteil vom 18. Dezember 1986, Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 11). Das ist nicht nur dann der Fall, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu decken, **sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken**. Diese Auslegung des Merkmals der Bedarfsgerechtigkeit wird den Aufforderungen des Art. 12 Abs. 1 GG gerecht (vgl. BVerfGE 82, 209 <225, 226>). **Nur in dieser Auslegung haben hinzutretende Krankenhäuser überhaupt eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, solange sich am Gesamtbedarf nichts ändert**. Ansonsten könnte mit dem Hinweis auf die bestehenden Kapazitäten jeder Neuzugang verhindert werden. Die Beklagte des Ausgangsverfahrens und ihr folgend die Gerichte verengen das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit in verfassungswidriger Weise, wenn sie es auf die Frage eines derzeit ungedeckten Bettenbedarfs reduzieren und die objektive Eignung zur Bedarfsdeckung überhaupt nicht mehr prüfen."

Gleichzeitig wurde vom BVerfG die „Konkurrentenklage“ für zulässig erklärt.

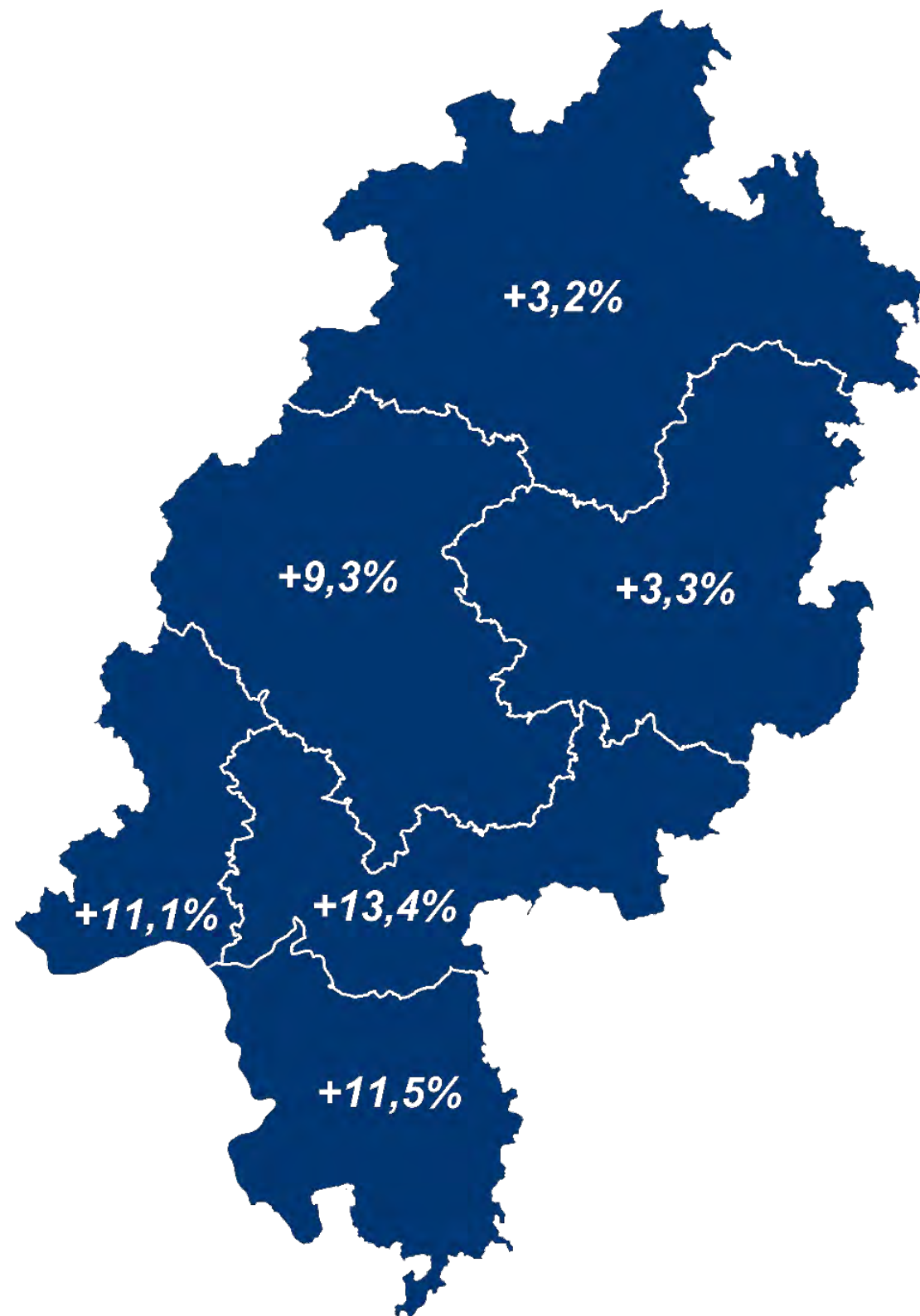
**Der Bund mischt über Vorschriften
zur Qualitätssicherung kräftig mit
in der Krankenhausplanung**



Ziele der hessischen Krankenhausplanung

Ziel Bedarfsgerechtigkeit

Berücksichtigung von Wartelisten



Prognose
2030
(Fallzahlen)

Auswirkungen des demografischen Wandels auf das vollstationäre Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Hessen bis zum Jahr 2030



A4.6.6. Top 10 Diagnosen im LK Offenbach im Jahr 2030 sowie Veränderung zum Jahr 2014

Rang	ICD-Code	Beschreibung	Anzahl Fälle 2030	Rang 2014	Änderung 2014-2030	
					absolut	relativ
1	I50	Herzinsuffizienz	2.450	1	+760	+44,6%
2	I63	Hirnfarkt	1.340	2	+330	+32,8%
3	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1.300	4	+230	+21,7%
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.290	8	+230	+22,3%
5	S72	Fraktur des Femurs	1.100	14	+370	+50,9%
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	1.100	6	+230	+26,0%
7	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.090	3	-50	-4,8%
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1.080	5	+240	+28,6%
9	I70	Atherosklerose	1.010	10	+230	+29,3%
10	I20	Angina pectoris	970	9	+130	+15,9%

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

A4.6.7. Entwicklung ausgewählter Prozeduren im LK Offenbach 2014 - 2030

Jahr	Anzahl OPS				
	geriatrische Komplexbehandlung (8-550)	intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-890)	neurologische Komplexbehandlung Schlaganfall (8-891 und 8-98f)	Komplexbehandlung multiresistenter Erreger (8-897)	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-892 und 8-98e)
2014	1.420	2.110	1.260	370	210
2020	1.710	2.330	1.410	420	230
2030	2.100	2.600	1.630	480	250
2014-2030 abs.	+680	+490	+360	+110	+40
2014-2030 in %	+47,6%	+23,3%	+28,8%	+28,4%	+17,6%

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

Ziel Trägervielfalt

Tabelle 1: Hessische Plankrankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2016

Trägerschaft	Anzahl	Fallzahl	Anzahl aufgestellter Betten
öffentlich	48	765.674	19.138
freigemeinnützig	39	370.816	9.333
privat	41	231.511	6.789
Summe	128	1.368.001	35.260

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2016, Darstellung der Hessen Agentur.

Ziel Sicherung der speziellen Belange der Notfallversorgung und Intensivmedizin

Privilegierung bereits in

IVENA

Codierungskatalog – Rettungsdienst übermittelt an Leitstelle
3-stelliger Diagnosecode, 2-stellige Altersangabe und 1-stellige Zuweisungsdringlichkeit

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Abmelden

Regelversorgung

Übersicht KHS

Alarmierungen

Schließungen

MANV

Mehr

Sie sind angemeldet als Hans Georg Jung (Version 3.6)

Krankenhaus-Auswahl für

PZC 333 45 1 (Akutes Koronarsyndrom (Sonstiges), 45 Jahre, Notfallversorgung)

PZC-Eingabe:

Diagnose

↓ ↓ ↓

Fachbereichs steuernde Kriterien

Fachlich einschränkende Kriterien

Reanimation

Beatmet

Ansteckungsfähig

Schockraum

Herzkatheter

Arbeitsunfall

Schwanger

DA (2)

DaDi (1)

FB (5)

GG (2)

GI (4)

HEF (0)

HG (2)

HP (5)

KrOF (2)

KS

LW (2)

MK (0)

MTK (1)

MaBi (1)

OF (1)

OW (1)

RTK (0)

WI (3)

LaDi (3)

FD (3)

BU (2)

Leitstelle Frankfurt		08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	SR	HKU	ANG	SU	GEE	NFD	Rö	CT	MRT	CIS	CIB	IIS	IIB	NIS
Bürgerhospital	PuP: ZNA, Schockraum (Kardiologie)	10 5 0 0								R				R					R	R	R	R	
Bethanien Krankenhaus	PuP: CPU, Haus E, 1. OG (Chest Pain Unit)	11 11 6 56								R	R	R		R					R	R	R	R	
Hospital zum Heilig Geist	PuP: ZAA, Schockraum (Chest Pain Unit)	7 3 0 20								R	R			R					R	R	R	R	
KH-Sachsenhausen	PuP: ZNA, Liegendanfahrt (Chest Pain Unit)	8 5 2 13								R	R			R					R	R	R	R	
Katharinen Krankenhaus	PuP: ZNA, Liegendanfahrt (Kardiologie)	17 10 0 3								R	R	R	R	R					R	R	R	R	R
Klinik Rotes Kreuz	PuP: 1 Stock, Intensivstation (Chest Pain Unit)	0 0 0 17								R	R								R	R	R	R	
Klinikum F-Höchst	PuP: über ZNA, Liegendanfahrt (Chest Pain Unit)	37 13 1 28								R	R	R	R	R					R	R	R	R	R
Krankenhaus Nordwest	PuP: ZNA, Schockraum (Chest Pain Unit)	19 7 1 14								R	R	R	R	R	R				R	R	R	R	R
Marien Krankenhaus	PuP: Intensivstation EG. (Kardiologie)	4 4 0 0												R							R	R	
Markus Krankenhaus	PuP: über ZNA, CPU (Chest Pain Unit)	25 16 3 18								R	R			R	R				R	R	R	R	

Notfallversorgung hat eine besondere Bedeutung

Notfallpatienten = unmittelbare Lebensgefahr oder schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten, wenn keine schnellstmögliche medizinische Versorgung oder Überwachung und ggfs. Transport in Krankenhaus erfolgt (§ 3 Hess. Rettungsdienstgesetz).

„Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, menschliches Leben zu schützen. Diese Schutzpflicht hat ihren Grund in Art. 1 Abs. 1 GG; ihr Gegenstand und – von ihm her – ihr Maß werden durch Art. 2 Abs. 2 GG näher bestimmt.“

Bundesverfassungsgericht, Urt. v. 28.5.1993

§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG: Entgelte dürfen bei Notfällen auch außerhalb des Versorgungsauftrags berechnet werden.

Aus hessischer Sicht ist Notfallversorgungsgung jedenfalls Kernelement staatlicher Daseinsfürsorge und Gefahrenabwehr.

Daher gehört die Gewährleistung der Notfallversorgung in Krankenhäusern auch zum Sicherstellungsauftrag der Landkreise und kreisfreien Städte.

Notfallversorgung und Krankenhausplanung

Paradigmenwechsel im Hessischen Krankenhausgesetz 2011

§ 1 Abs. 2: „Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert insbesondere die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern, die die **Notfallversorgung** sicherstellen, sowie ausreichende **intensivmedizinische** Kapazitäten. Planbare Krankenhausleistungen sollen **in jedem Versorgungsgebiet** zeitnah zur Verfügung stehen.“

§ 17 Abs. 2: „Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser **Vorrang**, die eine **umfassende und ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung** sicherstellen und mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken.“

Daher ist Notfallversorgung elementarer Bestandteil der Krankenhausplanung!!!

Rechtsgrundlagen des G-BA-Beschlusses zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

(§§ 17b Abs. 1a Nr. 1 KHG, 7 Abs. 1 Nr. 4 KHEntgG, 136c Abs. 4 SGB V)

- Der G-BA beschließt ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme. Für jede Stufe sind Mindestvorhaltungen insbesondere zu Zahl und Art der Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen
- Die Zuschläge betragen in Stufe 1 159.000 € in Stufe 2. 459.000. €. und in Stufe 3 688.500. €
- Abschläge pro Fall 60€

Beschluss des G-BA vom 19.04.2018

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Fach-abteilungen	Chirurgie/ Unfallchirurgie und Innere Medizin	+ 4 Fachabteilungen aus Kategorie A und B; davon mindestens 2 aus Kategorie A	+ 7 Fachabteilungen aus Kategorie A und B; davon mindestens 5 aus Kategorie A
Medizinisch-technische Ausstattung	CT 24/7 immer verfügbar (Kooperation möglich) Schockraum	+ MRT <u>und</u> Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie <u>und</u> Notfallendoskopische Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt <u>und</u> PCI	
		Hubschrauberlandestelle (ggf. mit Zwischentransport)	Hubschrauberlandestelle ohne Zwischentransport
Intensiv-medicin	6 Intensivbetten davon 3 Beatmungsbetten	10 Beatmungsbetten	20 Beatmungsbetten
		Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Minuten auch für beatmungspflichtige Patienten	
Personal-vorgaben	Je Fachabteilung ein angestellter Facharzt sowie jeweils ein Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie 24/7 innerhalb von max. 30 Minuten am Patienten verfügbar		
	Verantwortlicher Arzt und Pflegekraft für die Notfallversorgung benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind.		
ZNA (3 Jahre Frist)	Notfallversorgung findet ganz überwiegend in <u>einer</u> ZNA am Standort statt. Der Zugang ist grundsätzlich barrierefrei.		
	Triage und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten.		
	Beobachtungsstation mit mindestens 6 Betten		

Konkretisierung der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und deren Definition durch den G-BA sind sehr zu begrüßen!

Warum? Weil

- es der Einstieg in die Bezahlung von Vorhaltung ist (das DRG-System bezahlt sonst Leistung)
- Notfallversorgung der wichtigste Teil der stationären Versorgung ist und gestützt werden muss
- bundesweit einheitlich auch die notwendigen Anforderungen definiert werden
- Die bundesrechtliche Regelung hat aber auch sehr starke Bedeutung für die Krankenhausplanung - Kliniken, die man braucht, müssen auch die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung erfüllen!
- Zudem erlaubt die Regelung des G-BA, dass die Länder „in eng begrenzten Ausnahmefällen“ bedarfsnotwendige (Fach-)Kliniken von den Abschlägen befreien

Wie soll die Notfallstufung in der KH-Planung umgesetzt werden?

- Grundsätzlich sind Zuschläge in den Budgetverhandlungen zu beantragen und dort zu gewähren
- In Hessen wird aber heute schon Teilnahme an der Notfallversorgung im Bescheid ausgewiesen. Künftig auch Nichtteilnahme und Stufe (Änderung Hessisches Krankenhausgesetz). Teilnahme und Stufenänderung müssen dann beantragt werden (Bestandteil des Versorgungsauftrags). Grund: KHS sollen verpflichtet werden zur NFV, andererseits soll überflüssiges „Hochrüsten“ vermieden werden

Ziel Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkliniken

gesetzlicher Vorrang von Allgemeinkliniken, die

Ziel Verbundbildung und Standortkonzentration

Struktur der Krankenhausversorgung noch zu kleinräumig,

Was ist eine „flächendeckende“ oder „ortsnahe“ Versorgung? Oder auch: welche Krankenhäuser brauchen wir eigentlich?

FINANZMÄRKTE | 07.10.2008

EU WILL "SYSTEMRELEVANTE" BANKEN STÜTZEN



WEGSCHAUEN IST KEINE LÖSUNG, DIE FINANZKRISE GEHT WEITER...

DIE EU WILL IM KRISENFALL BANKEN STÜTZEN, DIE FÜR DAS GELDSYSTEM RELEVANT SIND. "WIR HABEN BESCHLOSSEN, SYSTEMRELEVANTE FINANZINSTITUTE ZU UNTERSTÜTZEN", HEIßT ES LAUT BUNDESFINANZSTAATSEKRETÄR JÖRG ASMUSSEN IN DER ABSCHLUSSERKÄRUNG DER FINANZMINISTER. WELCHE BANK SYSTEMRELEVANT SEI, SOLLE VON FALL ZU FALL ENTSCIEDEN WERDEN, SAGTE ASMUSSEN.
(DEUTSCHE WELLE, ONLINEAUSGABE; 7. OKTOBER 2008)

Sicherstellungszuschläge

§§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG, 5 Abs. 2 KHEntgG, 136c Abs.3 SGB V

Beschluss des G-BA vom 24.11.2016

- Notwendige Vorhaltung = "basisversorgungsrelevante Leistungen = Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Stufe 1 der Notfallversorgung
- **Flächendeckende Versorgung** = innerhalb von 30 (PKW-Fahrzeit-) Minuten ist ein KH der Basisversorgung erreichbar. Nicht gegeben, wenn mindestens 5000 EW durch Schließung des KH längere Fahrzeiten haben
- Geringer Versorgungsbedarf = im Versorgungsgebiet (30 Minutenradius) weniger als 100 EW pro km²
- Ausnahmen für Insel-KH, immer geringer Versorgungsbedarf gegeben, Notfallstufe 1 muss nicht erfüllt sein

Ergänzender Beschluss des G-BA zu Sicherstellungszuschlägen vom 19.04.2018

- Einbeziehung Geburtshilfe: flächendeckende Versorgung gefährdet, wenn mindestens 950 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren mehr als 40 Minuten Fahrtzeit haben
- Kein Zuschlag, wenn KH bei planungsrelevanten Indikatoren unzureichende Qualität aufweist

Problem aber::

- KHs, durch deren Schließung mehr als 5.000 EW Fahrtzeiten von mehr als 30 Minuten zum nächsten KH haben, aber mehr als 100 EW pro Km² = kein geringer Versorgungsbedarf
- KHs, die innerhalb von 30 Minuten Alternativhaus im Nachbarbundesland haben, aber Hessen keinerlei Einfluss hat, ob das Haus wirklich Alternativhaus ist (z.B. Voraussetzungen der NFV erfüllt, etwa Intensivstation)
- **Lösung: Landesausnahme-Verordnung** (in Hessen in Kraft getreten am 28.12.2018) = geringer Versorgungsbedarf wird anders berechnet (150 EW km²), nur hessische KH werden berücksichtigt
- Geringer Versorgungsbedarf spielt nach VO keine Rolle mehr,
- wird über Landesbasisfallwert finanziert

**Verordnung
zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung – KHSichZV)*)**

Vom 17. Dezember 2018

Aufgrund des § 5 Abs. 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615), in Verbindung mit § 33 Abs. 2 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 vom 21. Dezember 2010 (GVBl. I S. 587), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. September 2018 (GVBl. S. 599), verordnet der Minister für Soziales und Integration:

§ 1

Flächendeckende Versorgung

Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren unabhängig vom Vorliegen eines geringen Versorgungsbedarfs nach § 5 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen nach § 5 des Krankenhausentgeltgesetzes Sicherstellungszuschläge auch dann, wenn abweichend von § 3 Satz 7 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses) vom 24. November 2016 (BAnz AT 21. Dezember 2016 B3), geändert durch Beschluss vom 19. April 2018 (BAnz AT 22. Mai 2018 B1), mindestens 3500 Einwohner PKW-Fahrzeiten von

mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen.

§ 2

Geringer Versorgungsbedarf

Abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 150 Einwohnern je Quadratkilometer liegt.

§ 3

Verfahrensregelung

Abweichend von § 7 Abs. 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden bei der Ermittlung der flächendeckenden Versorgung nur Krankenhäuser berücksichtigt, die in den Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommen oder einbezogen sind.

§ 4

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft.

Wiesbaden, den 17. Dezember 2018

Der Hessische Minister
für Soziales und Integration

Grüttner

Wichtig für eine
Reihe von KHs
im ländlichen
Raum!!!

Ziel Patientengerechtigkeit

Patienteninformationsbroschüren

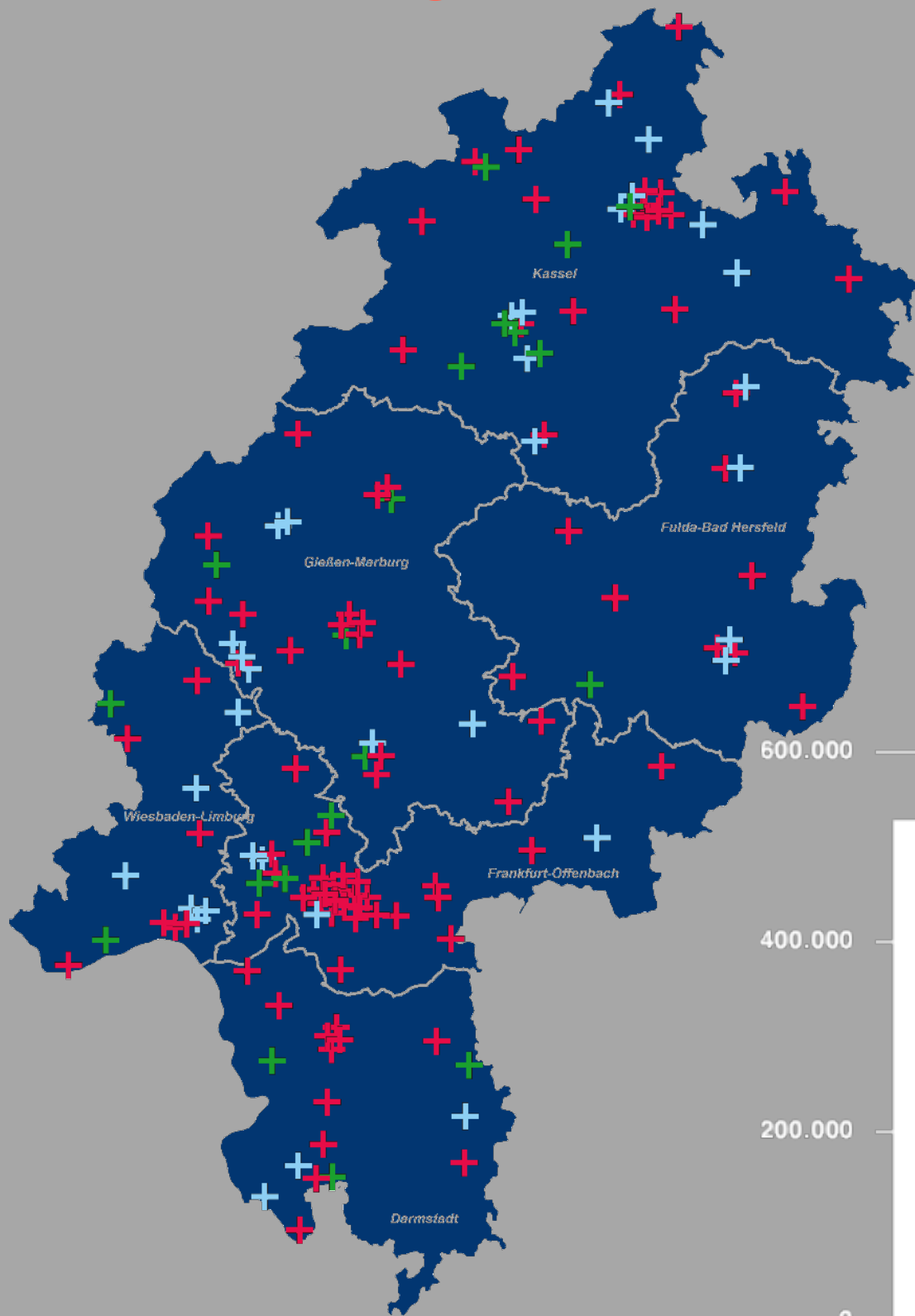
Ziel qualitativ hochwertige Versorgung

Bekenntnis zu bundeseinheitlichen Regelungen: kein

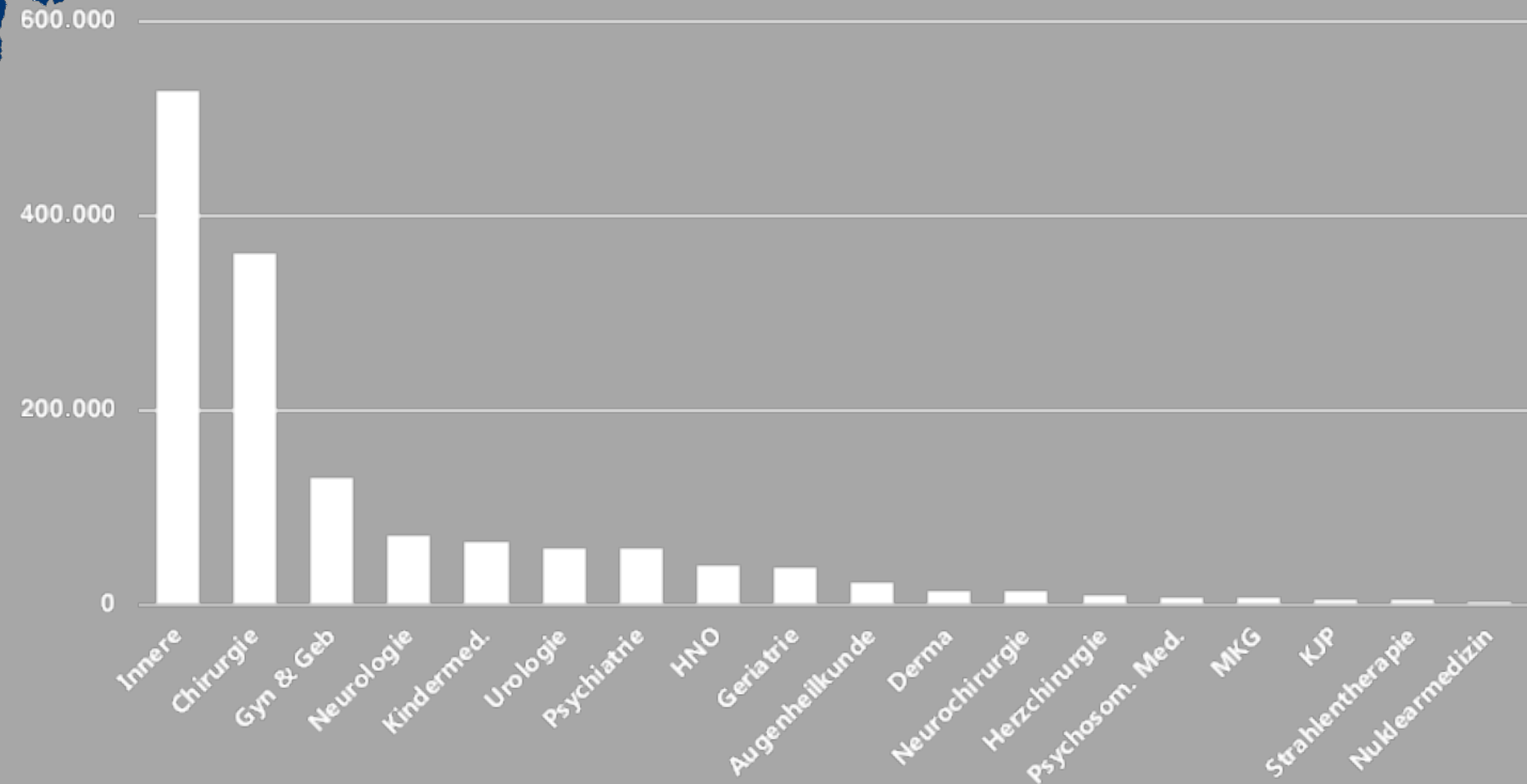
Ziel sektorenübergreifende Versorgungsplanung

unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten

Verteilung der. Kliniken



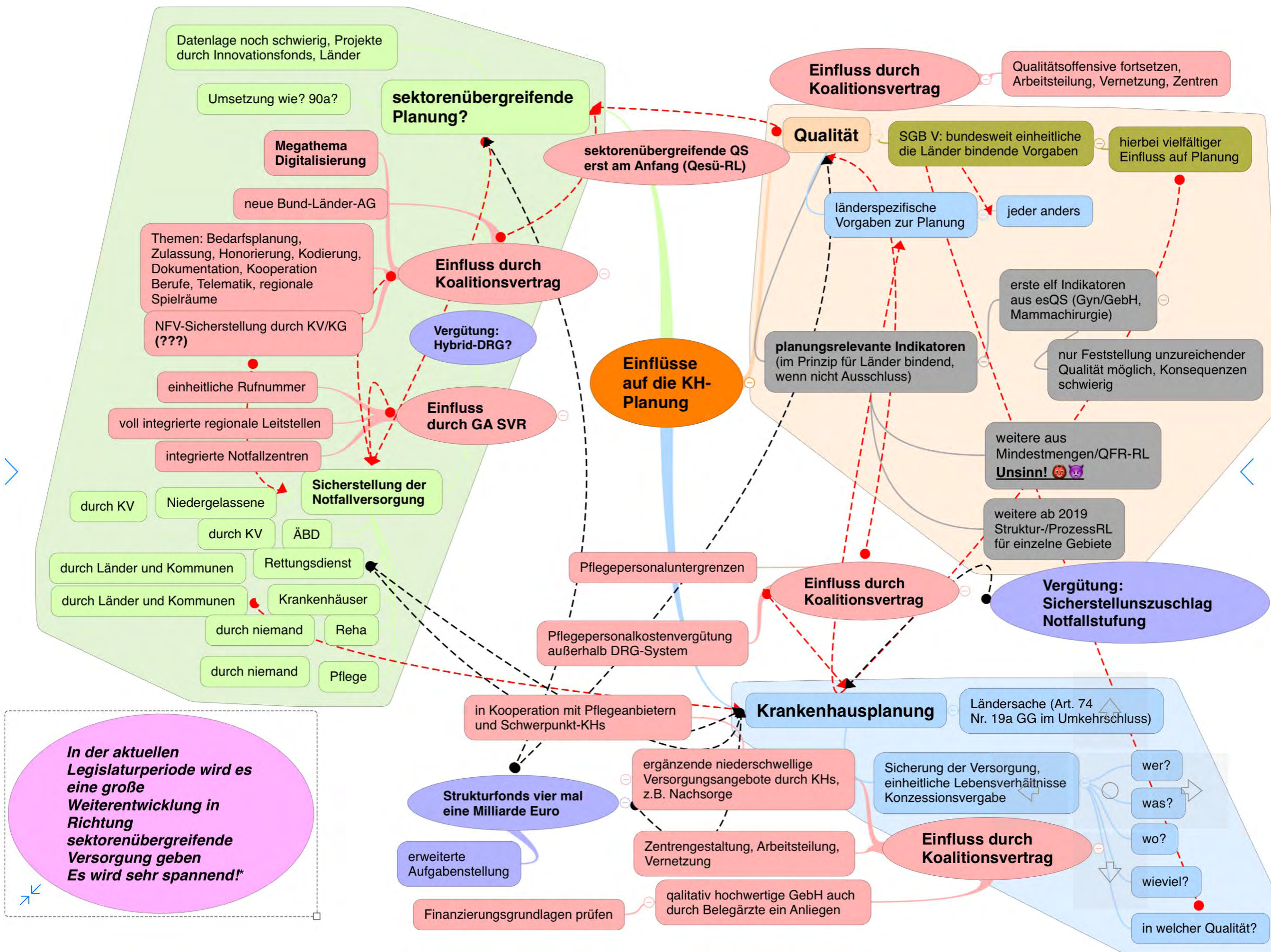
Verteilung der Fallzahlen

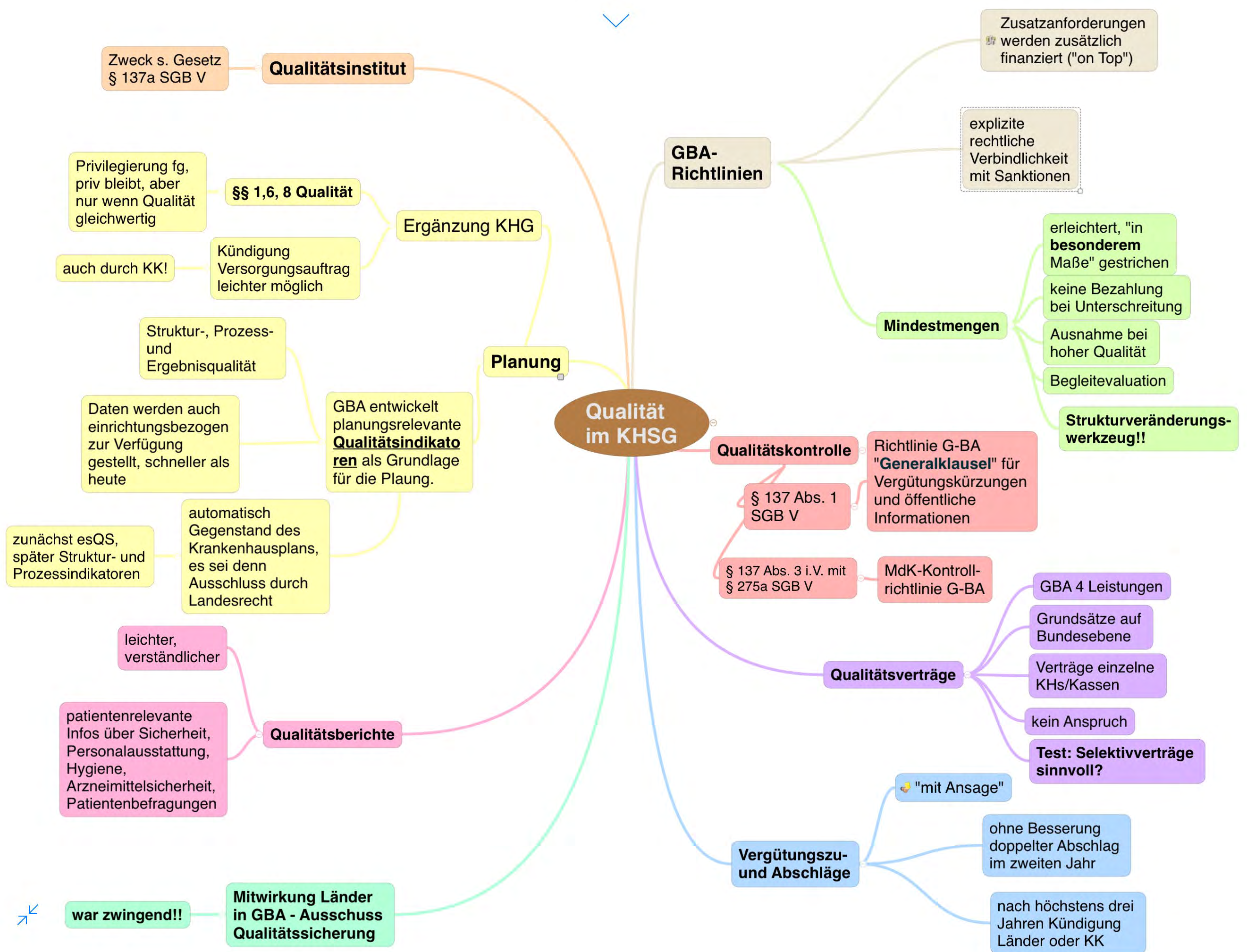


Was heißt das für die Versorgungsregionen?

Hessen hat als Flächenland sehr unterschiedliche Regionen

**die Komplexität ist insgesamt hoch
(siehe nächste Folie)**





Krankenhausplanung - Schwächen bisher:

- Bisher: keine hohen Anforderungen an "Leistungsfähigkeit" (BVerfG v. 12.06.1990)
- Bisher: fraglich, ob und welche die ergänzend zu Landesrecht möglich sind, und welche Konsequenzen es bei Verstößen gibt 
- Bisher: Konsequenzen auch rechtlich kaum möglich wg. Art. 12 GG und Fehlen spezialgesetzlicher Regelungen



07:58
jww.de

Die Entscheidungen

Das VG Düsseldorf hat den Klagen auf einen entsprechenden Feststellungsantrag hin stattgegeben. Die Qualitätsklausel sei keine Nebenbestimmung und nicht isoliert nach § 42 VwGO anfechtbar.

Ein feststellungsfähiges Rechtsverhältnis bestehe, weil die Reichweite des Versorgungsauftrags streitig sei. Dies müsse auch alsbald geklärt werden, weil das Krankenhaus sein künftiges Verhalten hiernach ausrichten müsse. Auch sei beispielsweise mit der Rückforderung von Fördermitteln zu rechnen. Dies sei nicht zumutbar.

Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan seien nach § 13 Abs. 1 KHGG NRW zwar möglich, hätten aber nicht zur Folge, dass bei Nichterfüllung die Leistung als außerhalb des Versorgungsauftrags nicht zu vergüten wäre. Dies lasse sich dem Krankenhausplan nicht entnehmen. Es handele sich um bloße Zielvorgaben, nicht um aktuell zu erfüllende Anforderungen.

FAZIT | Derzeit ist Qualität kein Kriterium im Sinne von § 1 KHG. Dies wird sich durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) voraussichtlich ändern; entsprechende Vorgaben sind im aktuellen Entwurf vom 30. Juni 2015 (**BT-Drs 18/5372, S. 6**) sowie ferner in der Stellungnahme des Bundesrates vom 10. Juli 2015 (BR-Drs. 277/15) vorgesehen. Bis dahin sind derartige normative Vorgaben im Krankenhausplan unzulässig (vgl. auch VG Saarland, Urteil vom 10.3.2015, Az. 2 K 422/14, Berufung anhängig beim OVG Saarland unter dem Az. 1 A 110/15).

Cookies erleichtern die Bereitstellung unserer Dienste. Mit der Nutzung unserer Dienste erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Cookies verwenden.

- Bisher: kein Einblick des Landes in Daten aus strukturiertem Dialog. Möglichkeit in Qualitätsbericht zu schauen (wenn er vorliegt), aber keine einheitliche Bewertung
- Bisher also: Krankenhausplanung als "**stumpfes Schwert**"

Was wollte die Neuregelung zur Qualität in der Krankenhausplanung bewirken?

- Ziel: bundesweit einheitliche Qualitätsstandards, aber Klarstellung, dass eigene Regelungen durch Landesrecht möglich
- Daher planungsrelevante Indikatoren nun verbindlich, wenn nicht durch Landesrecht ausgeschlossen
- Konsequenzen nicht nur möglich, sondern obligatorisch, bis hin zum Ausschluss aus dem Krankenhausplan
- Gilt ausdrücklich auch für landesrechtliche Regelungen

§ 136c SGB V: G-BA beschließt Planungsrelevante Indikatoren

- zu Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans werden.
- Der G-BA übermittelt den Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse **sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse**
- Gesetzesbegründung: zunächst ESQS-Indikatoren verwenden
- Länder in die AG des G-BA eingebunden (NRW, Hessen)

Krankenhausplanung im KHSG

- § 1 KHG: "qualitative Hochwertigkeit" und "Patientengerechtigkeit" neu aufgenommen, bisher nur "Leistungsfähigkeit" und "Bedarfsgerechtigkeit"
- § 6 Abs. 2 KHG: PlanQI **sind** Gegenstand des Krankenhausplans, wenn nicht durch Landesrecht ausgeschlossen
- § 8 Abs. 1b KHG: Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planQI "nicht nur vorübergehend" "in erheblichem Maß unzureichende" Qualität aufweisen, sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V

Erstfassung

Vom 15. Dezember 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2016 die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V beschlossen:

- I. „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL)

„Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryeingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Padiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32

Die ersten 11 Indikatoren
sind beschlossen,
Klinikergebnisse im Oktober 2018
veröffentlicht, auch zu
„unzureichender Qualität. Mäßiges
Interesse der Öffentlichkeit.
Größter Erfolg:
alleine durch die Tatsache, dass die
Indikatoren planQI wurden, haben
sich die Ergebnisse deutlich
verbessert = alleine die Androhung
von Konsequenzen wirkt

BAnz AT 02.01.2017 B1

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %"

"

Der Beschluss tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. Dezember 2016

planQI können noch eine Erfolgsgeschichte werden

- alle Hoffnung liegt nun beim IQTIG - Entwicklung von grundlegenden Struktur- und Prozessvorgaben, die die Patienten legitimerweise erwarten dürfen
- und die erfüllbar sind
- Hessen hat jedenfalls die planQI nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern per Krankenhausgesetz ihre Anwendung ausdrücklich vorgesehen

Strukturwandel - Aussagen im KHSG



- „Anstehender Umstrukturierungsprozess soll vorangebracht werden“
- „Strukturwandel hat sich in letzten Jahren nur langsam entwickelt“
- „Gesetzgeber kann hinsichtlich der Förderungswürdigkeit der Krankenhäuser differenzierende Regelungen treffen“
- „Effizienz- und Qualitätssteigerung durch Bündelung und Schwerpunktsetzung“
- „Es wird Marktbereinigung angestrebt, dadurch mittel- und langfristig Qualitätsverbesserungen und Einsparungen“

Strukturwandel - was wurde erreicht?



- Voraussetzungen für „**flächendeckende Versorgung**“ und Lage **systemrelevanter** Krankenhäuser durch Beschluss des G-BA zu Sicherstellungszuschlägen nun **bundesweit einheitlich** definiert (mit Abweichungsmöglichkeiten der Länder, aktuell VO in Hessen zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung 👍)
- Voraussetzungen für zuschlagswürdige Teilnahme an der **Notfallversorgung** nun bundesweit einheitlich definiert 👍
- Definition und Voraussetzungen von **Zentren** und Zuschlagstatbeständen durch PpSG nun an G-BA gegeben 👍
- „**Strukturfonds** (eine Mrd Euro, 1/2 Kassen, 1/2 Länder) war ein Erfolg, wird nun mit erweiterter Aufgabenstellung vier Jahre lang mit jeweils einer Mrd Euro fortgesetzt 👍
- Leider immer noch unzureichende **Investitionsmittel** der Länder, trotz einiger Lichtblicke 👎

Strukturwandel - was ist noch zu tun?



- eins ist klar: Deutschland hat ein freiheitliches Gesundheitssystem, kein staatliches, d.h. Art. 12 GG (Berufsfreiheit) gilt, das hochgelobte „Modell Dänemark“ kann es hier so nicht geben.

Notwendig dennoch:

- verstärkte Verbundbildung
- Im Verbund notwendige Spezialisierung deutlich einfacher als beim Konkurrenzverhältnis. „Kooperationen“ scheitern meist, weil jeder nur auf die eigene Kasse schaut
- Im Verbund auch Standortkonzentrationen einfacher
- auch weiter notwendig: Schließung von Kliniken, die für die flächendeckende Versorgung nicht erforderlich sind
- **all das ist (auch) Aufgabe der Krankenhausplanung!**

Vielleicht hilft der Strukturfonds II?

- 2019 bis 2022 jeweils eine Mrd. Euro Volumen inkl. Kassen- und Ländermitteln

Weiterhin Förderung von:

- Schließungen, Konzentrationen, Umwandlungen,

Aber auch:

- Erweiterung Krankenpflegeschulen
- Integrierte Notfallzentren
- Maßnahmen zur IT-Sicherheit i.R. kritischer Infrastruktur
- Telemedizinische Netzwerke
- Verlagerungen i.R. von Kooperationen

In Hessen stehen jährlich 70 Mio Euro (ohne länderübergreifende Vorhaben) zur Verfügung

In Hessen auch klare Aussage im KOAV: „wir werden die **Investitionsfördermittel deutlich** erhöhen“

was läuft noch?

- in allen Ländern diverse Strategien und Projekte, um die Versorgung im ländlichen Raum zu erhalten und ihn attraktiver zu machen (Förderung Aus- und Weiterbildung Hausärzte, Ansiedlungsförderung Hausärzte, Ärztenetze, NÄPAs)
- in Hessen z.B. Gesamtstrategie „Heimat Hessen“ und „Pakt für Versorgung“
- verknüpft damit diverse Projekte zur Förderung digitaler Kommunikation und künstlicher Intelligenz
- viele Projekte gefördert im. Innovationsfonds, um best. practice-Beispiele zu identifizieren

Pakt für Versorgung/Gesundheit spakt

9:14 AM [67]

Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration

HESSEN

HESSISCHER GESUNDHEITSPAKT 2.0

FÜR DIE JAHRE 2015 BIS 2018

zwischen

- Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
- Landesärztekammer Hessen,
- Junge Hessische Allgemeinmedizin (HESA) e.V.,
- Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.,
- Hessischer Apothekerverband e.V.,
- Landesapothekerkammer Hessen,
- Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V.,
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.-LG Hessen-
- Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen,
- Hessischer Landkreistag,
- Hessischer Städtetag,
- Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.,
- Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt,
- Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps-Universität Marburg,

und

Hessische Landesregierung

9:49 PM [57]

Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration

HESSEN

Hessischer Gesundheitspakt 3.0

für die Jahre 2019 – 2022

Versorgung sichern,
kooperative Versorgungsstrukturen stärken

9:47 PM [58]

Hessischer Gesundheitspakt 3.0
2019 - 2022

INHALT

1. Medizinstudium und ärztliche Weiterbildung

- a) Medizinstudium
- b) Ärztliche Weiterbildung
- c) Bessere Integration von Ärztinnen und Ärzten mit ausländischen Berufsabschlüssen
- d) Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

2. Ambulante Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum

- a) Erleichterter Übergang in die eigene Niederlassung durch ein Praxisübergabe-/übernahme- Coaching
- b) Gewinnung von Quer- und Wiedereinsteigern/-einsteigerinnen für die Allgemeinmedizin
- c) Unterstützung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Hessen durch dezentrale und digitalbasierte Angebote
- d) Modellprojekt Synergien im Fokus (Versorgung im Team durch Arzt und Pflegedienst)
- e) Wirtschaftliche Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- f) Abstimmung von Unterstützungsleistungen

3. Sektorenübergreifende Versorgung

- a) Regionale Gesundheitsreporte
- b) Ausbau sektorenübergreifender Dialogstrukturen
- c) Kooperative Versorgungsstrukturen stärken
- d) Regionale Gestaltungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand – regionale Gesamtstrategie
- e) Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung bzw. Überleitung, insbesondere beim Medikationsprozess, unter Einbindung von E-Health
- f) (Weiter-)Entwicklung indikationsspezifischer Fachkonzepte
- g) Sektorenübergreifende Notfallversorgung

4. Fachkräftesicherung und Pflege

- a) Hebung und Nutzung inländischer Fachkräftepotenziale
- b) Stärkung der Beschäftigten in der Pflege
- c) Attraktivität der Arbeitgeber und der Arbeitsplätze in der Pflege
- d) Anwerbung und nachhaltige Integration internationaler Pflege- und Gesundheitsfachkräfte
- e) Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung

was kommt als nächstes?

Bund-Länder-AG

zur sektorübergreifenden Versorgung:

- intermediärer („hybrid“-) Bereich?
- erleichterte Zulassung kleiner KHS zur ambulanten Versorgung dort, wo es Unterversorgung gibt oder sie droht?

Reform der (ambulanten) Notfallversorgung

Eckpunktepapier des BMG

- gemeinsame Notfallleitstellen
- integrierte Notfallzentren (ein Tresen-Prinzip, Patienten-zuweisung in richtige Versorgungsebene)

Ärgernis Strukturvorgaben in den OPS (siehe Schlaganfallversorgung)

Reform nötig, OPS ist Abrechnungsvorschrift, Strukturvorgaben gehören in den G-BA

Überraschung durch die DKG

Service

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT 

PRESSE

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 fehlsteuernden 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 vereinigen 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 Strukturbereinigung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

Folgen der bundesrechtlichen Reformen langfristig

Strategien werden sich ändern

- Wachstum wird geringere Rolle spielen, Qualitätsorientierung, Sicherheitskultur, Patientenorientierung wird (hoffentlich) zunehmen („Qualität statt Quantität“)
- **Qualität als Kernkompetenz (was sonst??)**
- verstärkte Ausbildung von Pflegekräften und verstärkte Gewinnung aus dem Ausland (Selbstkostendeckung in der Pflege wird aber nicht anhalten)
- zunehmende Beachtung Intensivmedizin, Notfallversorgung, chronische Erkrankungen
- Kettenbildung mit Schließen kleiner Standorte, schon wegen Qualitätsanforderungen
- weitere und stetige Prozessoptimierung zwingend nötig (Produktivität muss alleine wg. demographischer Entwicklung kontinuierlich steigen!)
- die digitale Revolution wird ihr Übriges tun...

**Krankenhausplanung
ist vielleicht doch
besser als ihr Ruf?!**