

BBDK

36. Frühjahrskolloquium



Ist weniger mehr? Neuordnung der Krankenhauslandschaft

Vortrag und Diskussion

*Krankenhauslandschaft NRW und zukünftige
Krankenhausplanung aus Sicht eines Gutachters*

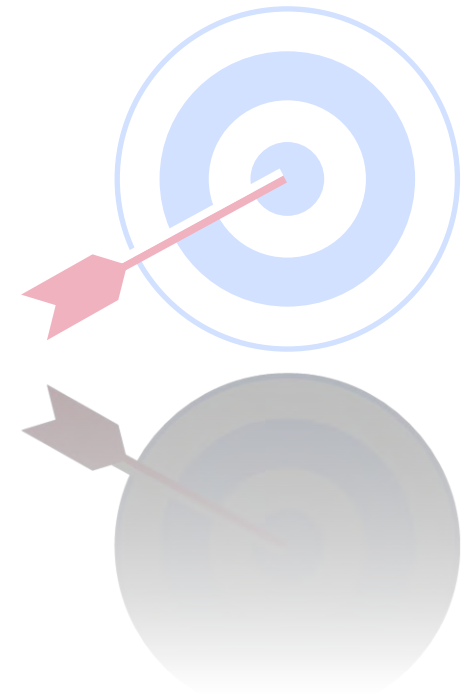
Philipp Letzgus

Meschede, 28.02.2020

Inhaltsverzeichnis

◆ Einführung und Vorstellung

- ◆ Gutachten zur Krankenhausplanung NRW
- ◆ Zusammenfassung & Handlungsempfehlungen



Hinweis: Alle Inhalte und Auswertungen in dieser Präsentation wurden ausschließlich auf Basis des veröffentlichten Gutachtens (Langversion und zugängliche Präsentationen) sowie den frei zugänglichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser erstellt.



Philipp Letzgus
B. Sc., Dipl.-Wirt.-Math.

Kontakt

- pletzgus@lohfert.net
- Telefon +49-40-41906 515

Ausbildung

- Studium Management and Economics an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- Studium Wirtschaftsmathematik an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Berufserfahrung

- Seit 2013 Mitarbeiter bei der Lohfert & Lohfert AG
- 2012-2013 Mitarbeiter im Qualitäts-, Prozess- und Wissensmanagement der icubic AG Magdeburg
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Projekte

- Laufende und abgeschlossene Projekte in über 50 Krankenhäusern
- Projektleiter für strategische Projekte für Einzelhäuser oder Verbünde
- Projektleiter der Lohfert & Lohfert AG für das Gutachten zum Krankenhausplan NRW

Schwerpunkte

- Krankenhausplanung
- Konzeption, Modellierung und Umsetzung der strategischen Leistungsstrukturplanung
- Erstellung von Auswertungstools und komplexen mathematischen Auswertungen in den Schwerpunkt Markt- und Wettbewerbsanalysen

Die Lohfert & Lohfert AG ist eine der führenden und erfahrensten Krankenhausberatungen Deutschlands

Wichtige Kennzahlen



- Wir beraten seit über **50 Jahren** Krankenhäuser zu allen Fragestellungen
- Wir haben insgesamt über **3.000 Projekte** durchgeführt – **aktuell** beraten wir über **80 Kunden** mit mehr als **10 Mrd. EUR Umsatz**, davon **12 Universitätskliniken**
- Wir verfügen über einen Datenpool mit allen wesentlichen medizinischen und ökonomischen Kennzahlen von über **300 Krankenhäusern**
- Wir differenzieren uns am Markt durch die Kombination von ökonomischer Kompetenz gepaart mit breitem medizinischen Wissen und Praxiserfahrung – unser Team verfügt über mehr als **100 Jahre klinische Erfahrung**

Das Gutachten wurde von einem interdisziplinären Expertenteam aus drei Organisationen erarbeitet

Vorstellung des Gutachterteams



- Dr. Thomas Topf
- Winnie von Ameln
- Mariella Franken

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH bietet umfassende projektbezogene Beratungs- und Managementleistungen für Bund, Länder, Kommunen und sonstige öffentliche Auftraggeber zu allen Fragestellungen moderner Verwaltung und Investitionsvorhaben an.

**LOHFERT &
LOHFERT AG**

- Dr. med. Jens Peukert
- Philipp Letzgus
- Dr. med. Tobias Möller

Seit mehr als 40 Jahren ist die Lohfert & Lohfert AG führend im Bereich der strategischen Planung und operativen ökonomischen Steuerung der primären Gesundheitsversorgung. Bei der Schaffung qualitativ hochwertiger und effizienter Versorgungsstrukturen steht der Patient im Zentrum unseres Beratungsansatzes.

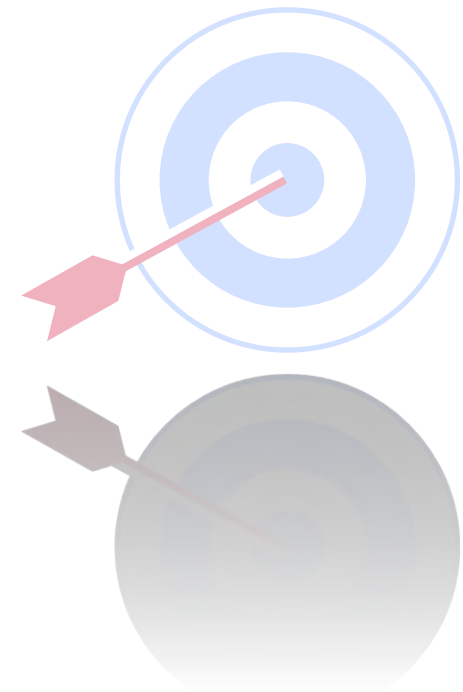


- Prof. Dr. Reinhard Busse
- PD Dr. Alexander Geissler
- Justus Vogel

Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG) beschäftigt sich seit seiner Gründung im Jahr 2002 mit Gesundheitssystemen, Versorgungsforschung, ökonomischen Fragestellungen im Gesundheitswesen, gesundheitspolitischen Maßnahmen und Akteuren sowie Gesundheitstechnologien.

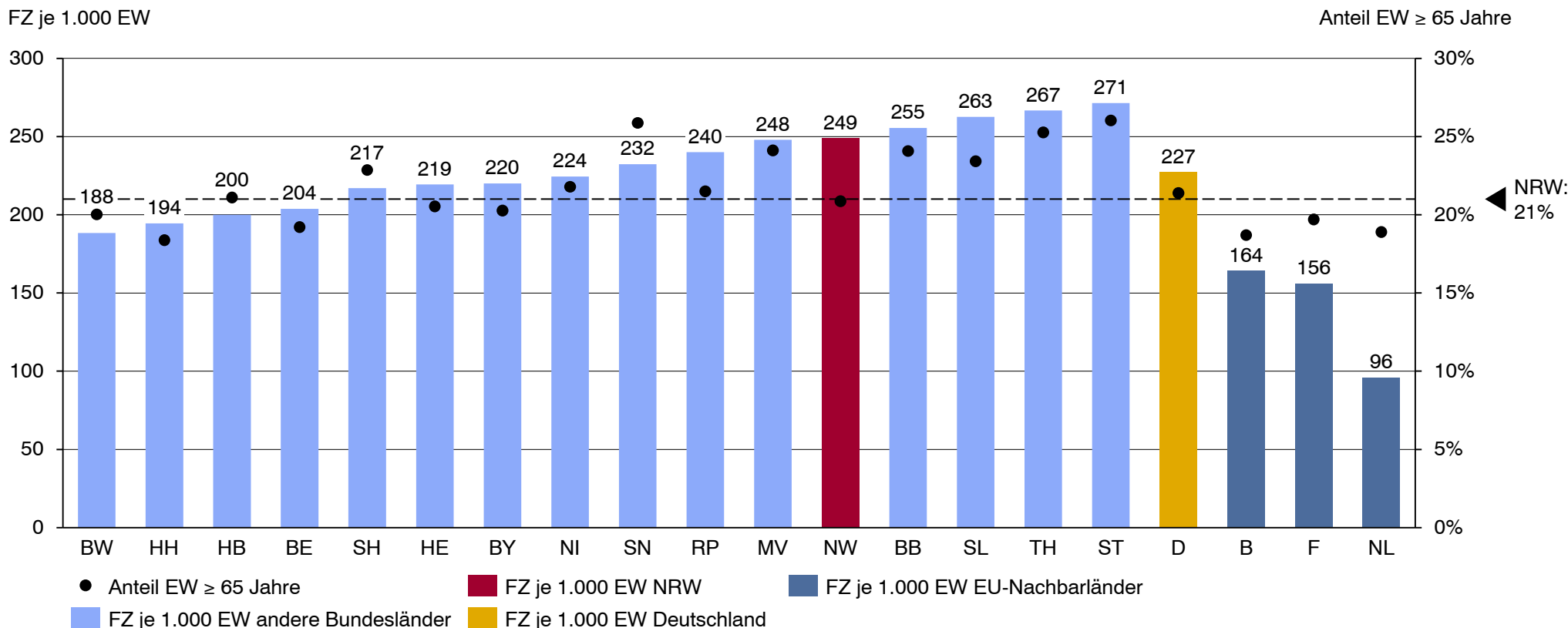
Inhaltsverzeichnis

- ◆ Einführung und Vorstellung
- ◆ **Gutachten zur Krankenhausplanung NRW**
 - ◆ **Short-Summary**
 - ◆ Interpretation und weitergehende Analysen
 - ◆ Zusammenfassung & Handlungsempfehlungen



Die im Bundes- und EU-Vergleich hohen Fallzahlen in NRW lassen sich nicht über die Altersstruktur erklären

Vergleich der Fallzahl (FZ) je 1.000 Einwohner und Anteil Einwohner (EW) ≥ 65 Jahre NRW mit Deutschland und EU-Nachbarländern



1) Quelle: Statistisches Bundesamt DRG-Statistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstands basierend auf Mikrozensus 2011; Statistisches Bundesamt, Bevölkerung, Arbeit, Soziales Personen ab 65; OECD Health Statistics 2017

Das Gutachten ist nach dem Planungsansatz der Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung strukturiert

Kapitel 1-3: Einführung



Status-Quo Analyse

Kapitel 4: Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur Somatik

Kapitel 5: Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur PP und KJP



Leistungsorientierung

Kapitel 6: Leistungsorientierte Krankenhausplanung



Bedarfsorientierung

Kapitel 7: Versorgungsanalyse Somatik

Kapitel 8: Versorgungsanalyse PP und KJP

Kapitel 9: Spezielle Fragestellungen zur Versorgungsanalyse

Kapitel 10: Prognose und Bedarfsabschätzung Somatik bis 2032

Kapitel 11: Prognose und Bedarfsabschätzung PP und KJP bis 2032



Qualitätsorientierung

Kapitel 12: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung



Planung

Kapitel 13: Leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierte Planung in der Praxis



Handlungsempfehlungen

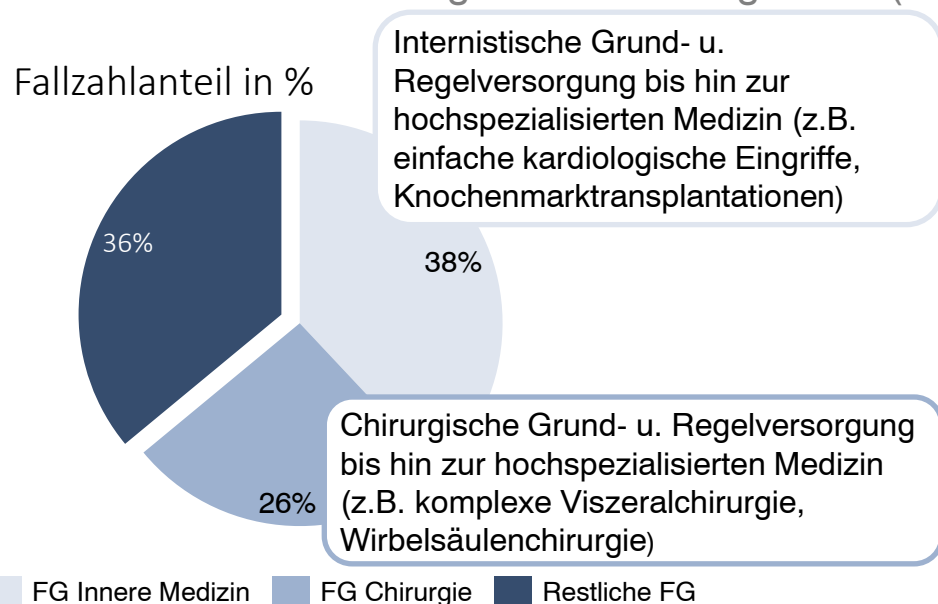
Kapitel 14: Handlungsempfehlungen

1) PP = Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

2) KJP =Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Status-Quo-Analyse ergibt: Hohe Fragmentierung der Leistungserbringung innerhalb der Fachgebiete aufgrund geringer Granularität in der Planung

Fallzahlanteil 2017 ausgewählter Fachgebiete (FG)



- Die FG **Innere Medizin** und **Chirurgie** versorgen gemeinsam **64% der Fälle** und halten **67% der Betten** vor
- Starke Durchmischung von **Basisversorgung** und **hochspezifischer Spezialversorgung** → Risiko für Fehlinterpretationen
- **Unzureichende Kontrollmöglichkeit** über die tatsächlich mit den geplanten Kapazitäten und eingesetzten Ressourcen erbrachten Leistungen
- Tatsächlich aufgestellte Betten intransparent; Nutzungsgrad der im Feststellungsbescheid **aufgeführten Betten** vergleichsweise gering (~74%)
- Problematik besonders gravierend im Bereich Somatik, **FG-Planung für PP und KJP** besser geeignet

Kernaussagen der Status-Quo-Analyse

- 1) In der Somatik ist auf Basis der verwendeten Fachgebietsstruktur **keine Leistungsplanung und -steuerung** möglich
- 2) Diskrepanz zwischen **planerischer Richtgröße** und **tatsächlichem Bettennutzungsgrad**
- 3) Versorgungsgebiete und Regierungsbezirke sind als **geographische Analyseebene** für viele Fragestellungen ungeeignet

Im ersten Schritt wurde eine Leistungsgruppensystematik entwickelt

Exemplarische Kennzahlen am Beispiel der Leistungsbereiche Herz und Grundversorgung

Name	Leistungsgruppe	FZ [Tsd.]	CMI	durchschn. VWD	Belegungs-Tage	FZ-Anteil in LB	FZ-Anteil Ges.	rechn. Betten	Anz. DRGs	Anzahl B.DRGs
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Grundversorgung	internistische Grundversorgung	1.456	0,58	5,0	7.222.185	77%	32,3%	24.734	102	69
Grundversorgung	chirurgische Grundversorgung	426,7	0,66	3,5	1.490.918	23%	9,5%	5.106	53	38
Herz	erweiterte Kardiologie	25,0	1,99	12,7	317.779	10%	0,6%	1.088	23	14
Herz	kardiale Devices	34,5	2,09	6,6	229.485	13%	0,8%	786	25	6
Herz	interventionelle Kardiologie	165,0	1,04	5,1	834.539	63%	3,7%	2.858	25	11
Herz	EPU / Ablation	18,5	2,16	4,2	76.970	7%	0,4%	264	5	2
Herz	Herzchirurgie	15,5	5,80	14,7	228.232	6%	0,3%	782	23	8
Herz	interventioneller Herzklappenersatz (TAVI)	3,9	9,37	13,3	51.291	1%	0,1%	176	2	1
Gefäße	Carotis operativ/instrumentell	6,6	1,71	6,8	44.555	10%	0,1%	153	4	1
Gefäße	Peripheres/centrale Gefäße	81,7	2,22	10,8	684.388	90%	1,4%	2.275	26	12
Pneumologie	Pneumologie	88,1	1,10	8,0	713.893	68%	2,0%	2.445	36	13
Pneumologie	Schlafstörung	42,2	0,25	1,7	72.736	32%	0,9%	249	2	1
Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	11,6	3,12	13,2	13,0	152.509	100%	0,3%	522	8
Gastroenterologie	Gastroenterologie	78,5	1,22	8,2	648.398	100%	1,7%	2.214	37	23
Vaszerchirurgie	Allgemein- und Vaszerchirurgie	99,4	2,24	12,2	1.215.600	82%	2,2%	4.163	80	49
Vaszerchirurgie	Ösophaguschirurgie	0,6	6,75	23,7	14.518	1%	0,0%	50	1	1
Vaszerchirurgie	Pankreas- und Leberergriffe	11,4	2,77	14,7	167.353	9%	0,3%	573	16	11
Vaszerchirurgie	große Rektumergriffe	5,7	3,85	17,3	99.315	5%	0,1%	340	5	3
Vaszerchirurgie	Rektalschirurgie	4,6	1,85	5,6	25.527	4%	0,1%	87	2	2
Neurologie	Neurologie	17,0	1,87	34,9	594.921	100%	1,7%	2.036	16	8
Urologie	allgemeine Urologie	87,8	0,74	3,9	345.135	63%	1,9%	1.182	34	22
Urologie	komplexe Urologie	52,5	1,69	7,6	400.900	37%	1,2%	1.373	29	20
Bewegungsapparat	konservative Orthopädie	23,6	0,75	8,4	198.114	6%	0,5%	678	15	9
Bewegungsapparat	Unfallchirurgie Notfall/Trauma	64,2	1,94	10,5	675.260	17%	1,4%	2.313	42	23
Bewegungsapparat	Endoprothetik/Kopf	36,8	2,30	10,9	400.550	10%	0,8%	1.372	8	7
Transplantation	Lungen-Transplantation	0,1	22,05	26,8	1.499	6%	0,0%	5	2	1
Transplantation	Leber oder Pankreas Transplantation	0,2	16,64	33,7	6.073	19%	0,0%	21	5	3
Transplantation	Nieren-Transplantation	0,6	3,1	18,9	10.983	65%	0,0%	38	4	3
Querschnittsbereiche	Intensivmedizin	39,5	12,10	31,4	1.240.908		0,9%	4.250	56	19
Querschnittsbereiche	Akutergeriatrie - vollstationär	86,0	2,24	21,7	1.682.954		1,9%	6.380	16	13
Querschnittsbereiche	Akutergeriatrie - teilstationär	10,3	0,74	15,0	155.097		0,2%	531	2	1
Querschnittsbereiche	Kinder- und Jugendmedizin	239,9	0,74	3,9	345.135		1,9%	1.182	34	22
Querschnittsbereiche	Palliativmedizin	19,5	2,26	15,7	15,7		0,4%			
Sonstige	Schmerztherapie	17,1	1,34	12,8	218.553	38%	0,4%	748	8	3
Sonstige	weitere Rehabilitationen	0,7	30,9	30,8	22.000	2%	0,0%	75	10	10
Sonstige	Evaluation, Vorbereitung, Nachsorge Trans	4,1	1,13	6,2	25.000	9%	0,1%	86	13	9
Sonstige	übrige DRGs	15,8	2,36	16,0	157.421	22%	0,2%	539	13	7
Sonstige	Fälle aus besonderen Einrichtungen	9,6	13,6	13,6	131.074	21%	0,2%	449	1	1
Sonstige	IV-Fälle	3,7	5,8	5,8	21.478	8%	0,1%	74	1	1

Die Versorgungsanalyse basiert auf verschiedenen Einzelanalysen, welche gesamthaft betrachtet eine umfassende Darstellung der Versorgungsstruktur erlauben

Analysen und Kennzahlen zur Identifizierung von Unter-, Über- und Fehlversorgung

- 1 **Versorgung des Einzugsgebiets:** Altersstandardisierte Fallzahl in Abhängigkeit zur Bevölkerung
Leistungsverteilung: Versorgte Fallzahl vs. Herkunft der Patienten
- 2 **Versorgungsdichte:** Fahrtzeiten und Erreichbarkeit definierter Versorger
- 3 **Marktkonzentration:** Versorger-Footprint - Anzahl der Versorger sortiert nach Fallzahl je VG

Sonderanalysen z. B. zum Aufnahme/ Entlassungsverhalten:
Verweildauermanalyse (z.B. Fälle mit kurzer Verweildauer, altersstandardisiert)
→ Identifikation von Fällen, welche nicht stationär versorgt werden müssen (ambulant sensitive Fälle)
Weitere Analysen für die LG Palliativ und die LG Kinder des Querschnittsbereichs

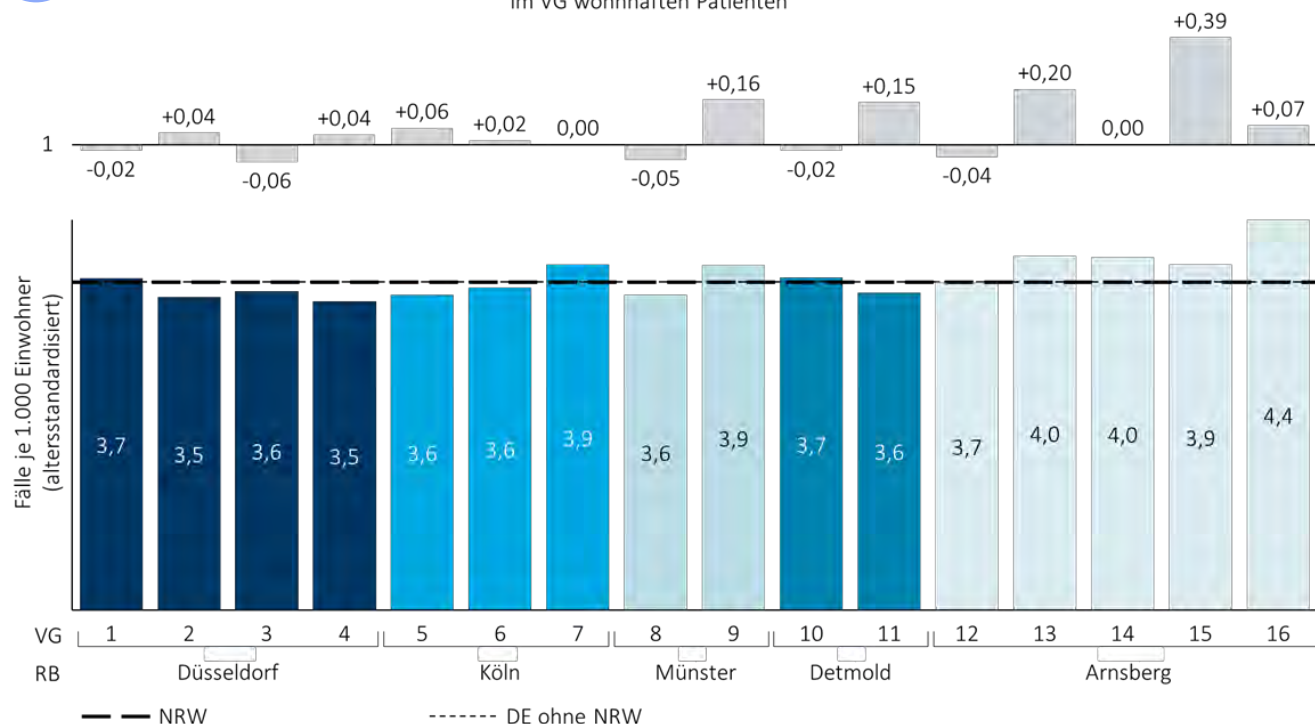
- **Ziel:**
Alle **Versorgungsauffälligkeiten** müssen sich aus der gesamthaften Betrachtung der **Einzelanalysen** ableiten können
- Kennzahlen wurden nach medizinischer Notwendigkeit je **LG** und **geographischer Einheit** (NRW-weit, Regierungsbezirk und/oder VG) analysiert
- Die Analysen werden **kartografisch** oder als **Abbildungen** dargestellt, es wurden weitere Kennzahlen zur Interpretation herangezogen

Beispiel: Die LG Endoprothetik Hüfte ist durch eher schwache Wanderungsbewegungen und eine homogene Krankenhaushäufigkeit gekennzeichnet...

Krankenhaushäufigkeit und Wanderungskennzahl je VG - LG Endoprothetik Hüfte

1

Abweichung von in KH des VG versorgten Patienten zu
im VG wohnhaften Patienten



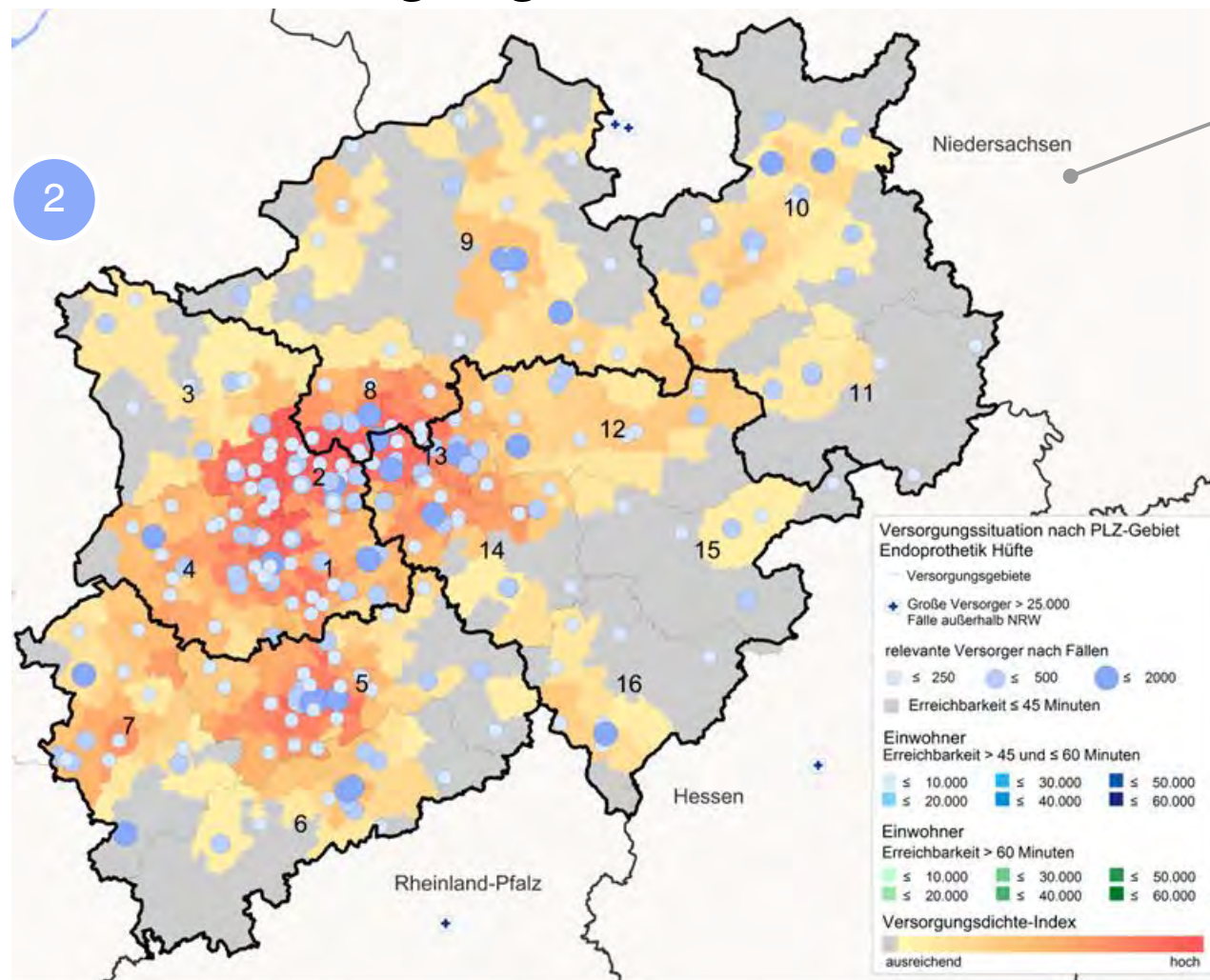
Wanderungsbewegungen

- Mehrheitlich sind Zuwanderungen erkennbar, diese sind vor allem im RB Arnsberg stärker ausgeprägt (VG 13, 15)
- Nur in wenigen VG ist leichte Abwanderung erkennbar (u.a. VG 3, 8)

Altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit

- Die KH-Häufigkeit je Regierungsbezirk (RB) ist im Deutschlandvergleich meistens unauffällig (Ausnahme Arnsberg)
- Grund hierfür könnte jedoch sein, dass deutschlandweit eine Tendenz zur Überversorgung besteht

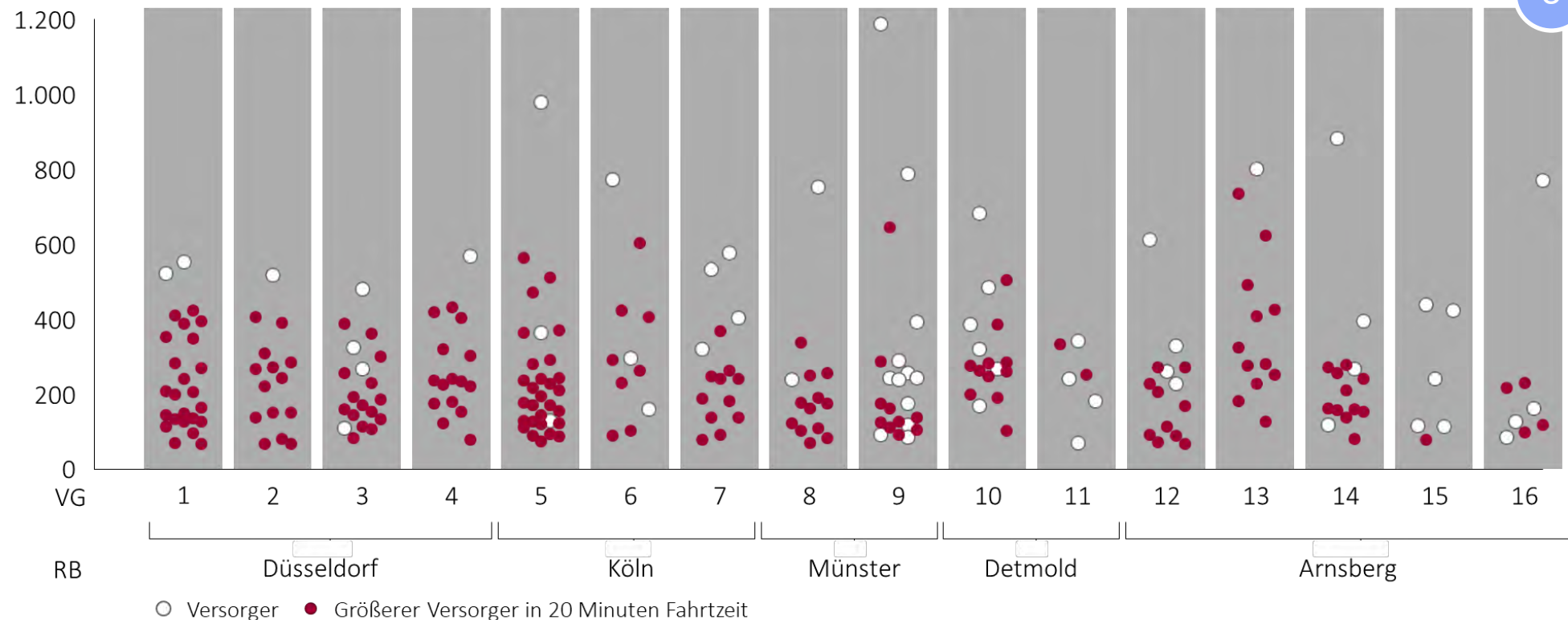
Die Erreichbarkeit in der LG Endoprothetik Hüfte ist bei generell hoher Versorgungsdichte flächendeckend gewährleistet



Beispiel: LG Endoprothetik Hüfte

Detailansicht: LG Endoprothetik (Hüfte) – Leistungsfragmentierung und Versorger mit geringer Fallzahl in weiten Teilen NRW

Fallzahl je Versorger



- Insgesamt zeigt sich eine Konzentration der KH auf die VG 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12 und 13
- Vergleichsweise wenige Versorger mit Fallzahlen >400
- Insbesondere die VG 1, 3, 5 und 8 weisen eine Häufung kleiner Versorger in enger geographischer Lagebeziehung auf
- Ggf. wäre eine Selektion über Mindestmengen zu überlegen (s. Qualitätsorientierung)

Als Ergebnis der Einzelanalysen können (starke) Anzeichen von Über- und Unterversorgung bzw. bedarfsgerechte Versorgung identifiziert werden

Ergebnisse der Versorgungsanalyse für die Beispiele LG Endoprothetik Hüfte und Ösophaguschirurgie

Versorgungsgebiet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Regierungsbezirk	Düsseldorf				Köln			Münster		Detmold		Arnsberg				
LG Endoprothetik Hüfte	↑	↑	↑	↑	↑	↗	↑	↑	↗	↗	✓	↗	↗	↑	↗	↑

↑ Starke Anzeichen für
Übersversorgung

↗ Anzeichen für
Übersversorgung

✓ Bedarfsgerechte
Versorgung

↘ Anzeichen für
Unterversorgung

↓ Starke Anzeichen für
Unterversorgung

Kernaussagen Versorgungsanalyse

- 1) Insbesondere für elektive und hoch komplexe Leistungen sind Analysen abgegrenzter Regionen oftmals ungeeignet
- 2) In weiten Teilen NRW bestehen für den Großteil der LG (starke) Anzeichen für Übersversorgung

Die Analysen zeigen in verschiedenen Bereichen Versorgungsauffälligkeiten

Im Jahr 2017 haben 62 von 102 Kliniken weniger als 10 Eingriffe am Ösophagus (= Mindestmenge) durchgeführt

Es gibt in NRW ein PLZ-Gebiet von dem in 30 Minuten 26 relevante Versorger der LG „EPU/Ablationen“ erreichbar sind

Die Erreichbarkeit einer Geburtshilfe innerhalb von 40 Minuten ist auch bei einer Mindestmenge von 600 Geburten und eigener Pädiatrie bis auf wenige Ausnahmen gegeben (insb. VG16)

In insgesamt 16 KH-Standorten werden regelhaft Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine durchgeführt

In einigen Versorgungsgebieten werden mehr als 20% der Herzinfarkt-Patienten in Standorten behandelt, die keinen Linksherzkathetermessplätze vorhalten

Die Sectio-Quote liegt in NRW bei 32,3% und damit 1%-Pt. über dem deutschen Durchschnitt und mehr als 34% über dem Wert des niedrigsten Bundeslandes

Die Zahl der Totalendoprothesen am Kniegelenk schwankt von 1 bis 1.030 je Standort, fast 50 Standorte erbringen weniger als 50 Eingriffe

Fast 14% der „Primäreingriffe Brust“ wurden nicht in Brustzentren durchgeführt

Die Hälfte der 325 Krankenhäuser mit versorgten Herzinfarkten hat im Jahr 2017 weniger als 62 Fälle behandelt

In der Leistungsgruppe Wirbelsäuleneingriffe (der größte Versorger versorgt mehr als 2.300 Fälle) zeigt sich eine hohen Anzahl kleiner KH mit weniger als 250 Fällen in enger geographischer Lagebeziehung.

Übersicht: Ergebnisse Versorgungsanalyse



Somatik

- Geographische Einteilung (Kreise, VG, RB, Bundesland) oft nicht sinnvoll bei Beurteilung der Versorgungssituation
- Erreichbarkeit spielt in vielen elektiven Bereichen untergeordnete Rolle
- Versorgungssituation deckt in nahezu allen medizinischen und geographischen Ebenen den Bedarf, z.T. deutliche Anzeichen für Überversorgung (insb. Ballungszentren)
- Hohe Anzahl an Leistungserbringern mit geringen Leistungsaufkommen in enger geographischer Beziehung bei gleichzeitig hoher Krankenhaushäufigkeit, insbesondere in elektiven Leistungsgruppen
- Anzeichen für Unterversorgung:
 - LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
 - LG Palliativmedizin (Fehlversorgung)
 - Bewohner VG 15 und VG 16 haben teilweise eingeschränkten Zugang zu wohnortnaher Spezialversorgung (ggf. Abdeckung durch Hessen)



PP und KJP

- Uneinheitliche Abrechnungsformen beeinflussen die Aussagen
- Die Ballungsräume sind in allen LG gut versorgt, im tagesklinischen Bereich zeigen sich aufgrund der deutlich niedriger anzusetzenden Erreichbarkeitsziele vereinzelt Reserven
- Versorgung in den ländlichen Regionen ist eine Herausforderung, insbesondere im Hinblick auf die wohnortnahe Versorgung (vorrangig in der KJP)

Qualitätsdimensionen müssen alle Kriterien erfüllen, um zur Krankenhausplanung vollumfänglich geeignet zu sein

Übersicht Bewertung der Qualitätsdimensionen

Kriterium → Dimension ↓	Verknüpfung mit LG	Standardi- sierte Erhebung	Kontroll- möglichkeit	Methodisch sichere Messbarkeit	Einflussnahme durch KH	Vermeidung Fehlanreize	Geeignet für KH-Planung
Struktur- qualität	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Ja
Prozess- qualität	!	✓	✓	!	✓	!	Ja (selektiv)
Ergebnis- qualität	!	✓	✓	✗	!	!	Nein
Mindest- mengen	!	✓	✓	✓	✓	!	Ja (selektiv)
Service- qualität	✗	✓	✓	!	✓	✓	Nein
✗ Kriterium wird nicht eingehalten		✓ Kriterium wird eingehalten			! Einhaltung bedingt gewährleistet		

1)* Patient-Experience-Questionnaires (PEQ) der Weissen Liste / Bertelsmann Stiftung ** Es eignen sich nicht alle Dimensionen für alle LG

Entlang der Qualitätsdimensionen werden Indikatoren definiert – Ausprägung je LG mit Fachexperten zu definieren

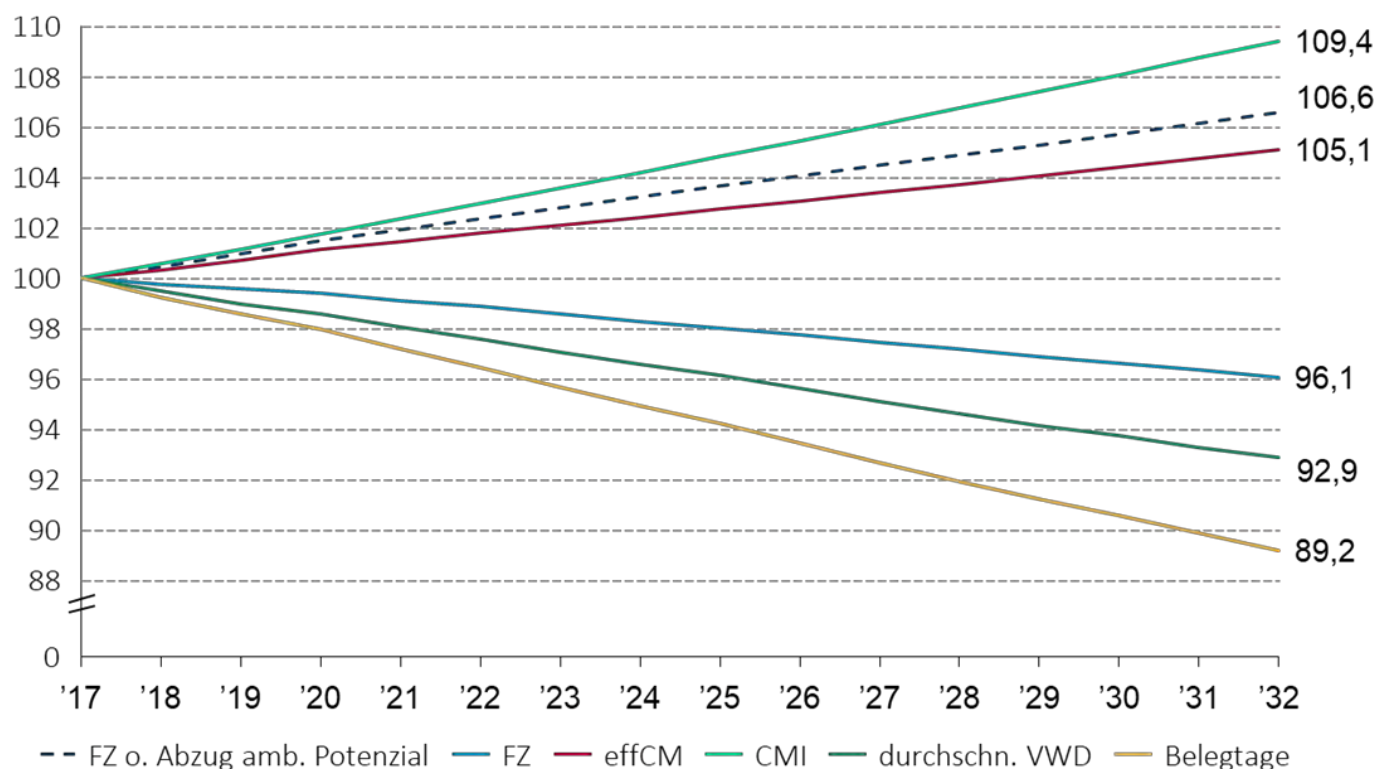
Übersicht möglicher Qualitätsindikatoren je Qualitätsdimension

Strukturqualität							Prozessqualität				MMV			
Leistungsbe- reich	Leistungs- gruppe (Kürzel)	Grund- versor- gung	Erbringung verwandte LG		Fachärztliche Vorgaben		Intensiv- station	Not- fall- station	...	Tumor- board	Morbiditäts- und Mortali- tätskonfe- renz	...	Schwellen- werte	Weitergehende Anforderungen
			Intern	Kooperation	Qualifika- tion	Verfügbar- keit								
...	...													
Viszeralchirurgie (VCH)	Allg. u. Viszeral- chirurgie (VCH 1)	Gesam- ter LB	Gastroente- rologie		Allgemein- u. Viszeralchi- rurgie	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 1		Ja				
	Ösophaguschi- rurgie (VCH 1.1)	Gesam- ter LB	Allgemein- und Viszeral- chirurgie	Chemothera- pie bei Neu- bildungen, Strahlenthe- rapie	Allgemein- u. Viszeralchi- rurgie	Stufe 3	Stufe 3	Stufe 2	Ja	Ja			Festzulegen	
	...													

Im LB Bewegungsapparat ist eine unterschiedliche Entwicklung der Kennzahlen bis 2032 zu beobachten

Relevante Kennzahlen im Jahresverlauf (2017 = 100%) bis 2032 – LB Bewegungsapparat

% Entwicklung
Bezugsjahr 2017



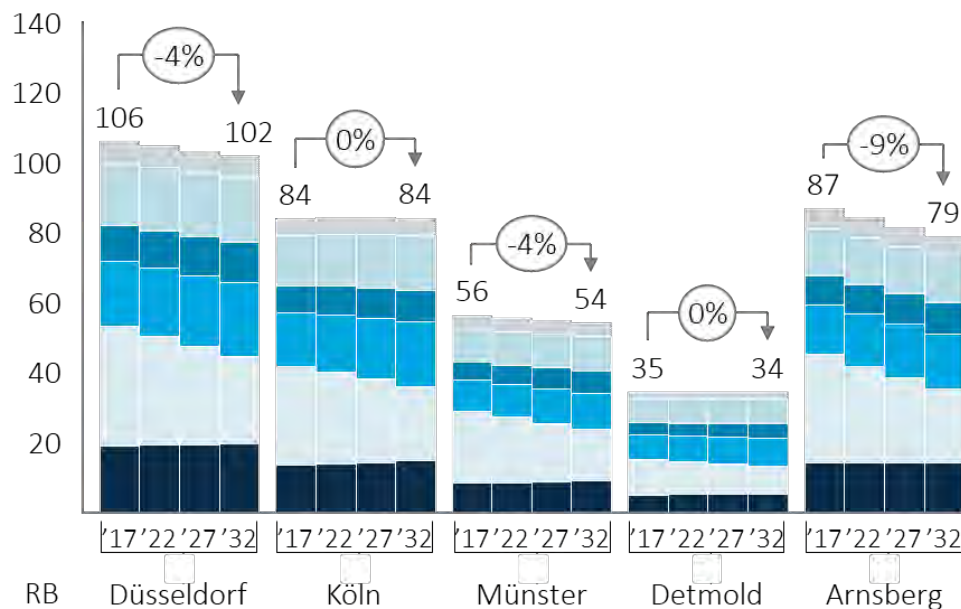
Implikationen:

- Der effektive CM und der CMI steigen im Betrachtungshorizont → zukünftig komplexeres Fallspektrum in der stationären Versorgung
- Erwarteter Fallzahlrückgang unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials
- Die stationären Kapazitäten werden mithilfe der dargestellten Kennzahlen abgeleitet
- Sinkende Fallzahlen, VWD und Belegtage führen zu einem reduzierten Bedarf an stationären Kapazitäten

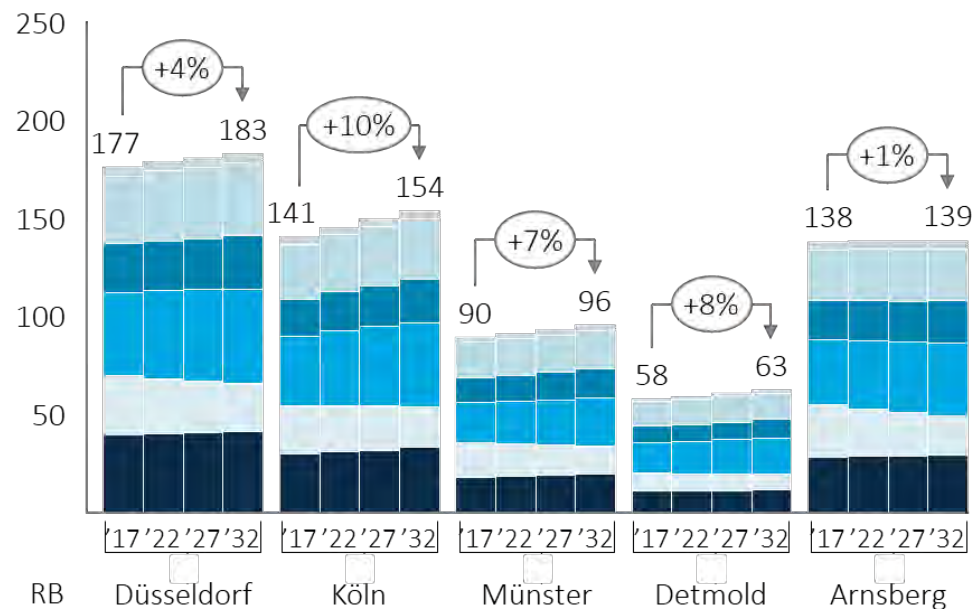
Aus dem prognostizierten Bedarf je LG können Kapazitäten abgeleitet werden, im Beispiel LB sind diese deutlich rückläufig

Fallzahl und effCM nach RB und Prognosejahren im Vergleich zu 2017 – LB Bewegungsapparat

Fallzahl [Tsd.]

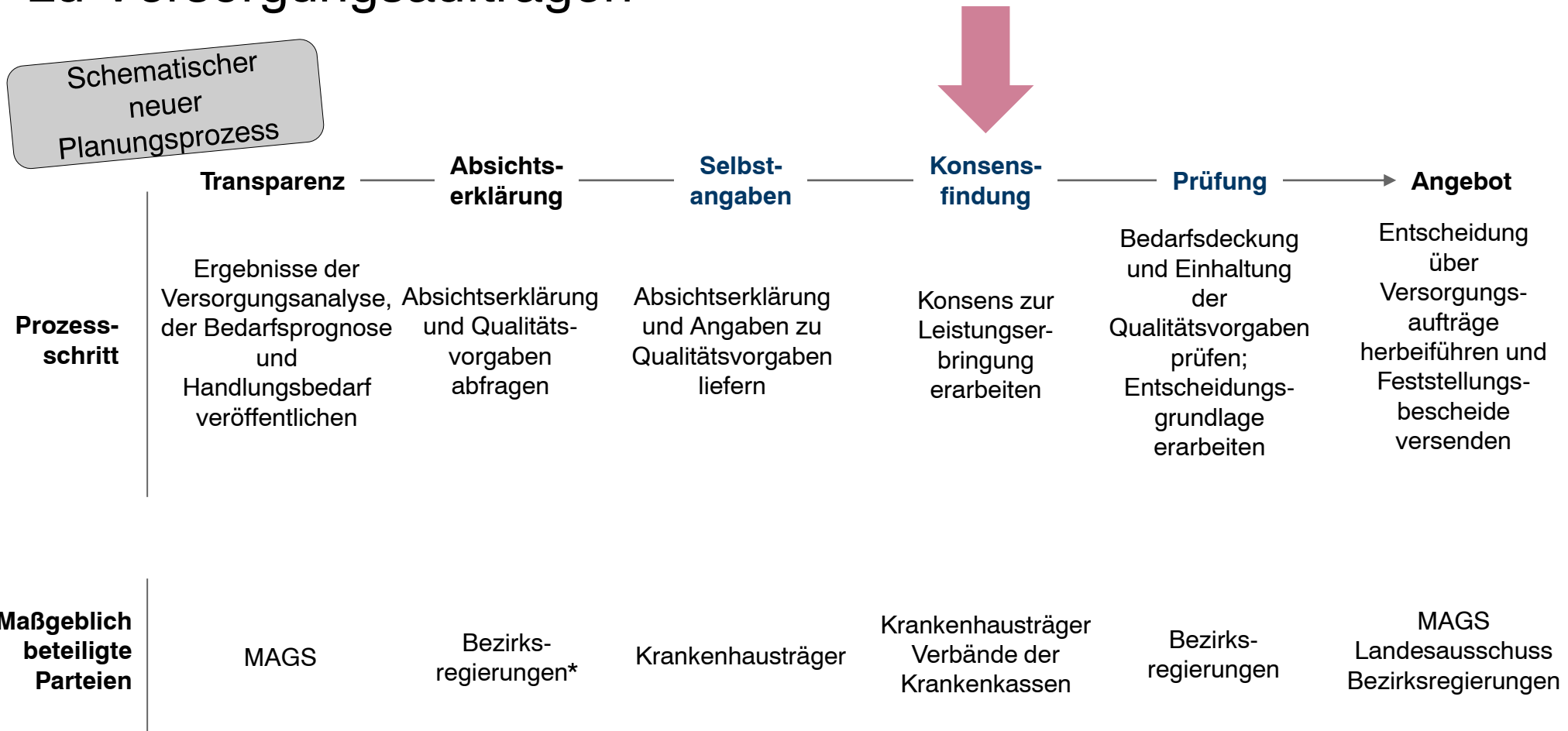


effCM [Tsd. Pt.]



- Aufgrund des ambulanten Potenzials werden zukünftig weniger leichte Fälle stationär behandelt, insgesamt werden eher schwere Fälle stationär behandelt → Weniger Fälle mit deutlich höherem CMI führen zu steigendem effCM
- Aufgrund der sinkenden Verweildauer werden jedoch zukünftig weniger Belegtage anfallen

Nach Konsentierung der Leistungsgruppensystematik und Qualitätsvorgaben führt der Planungsprozess in sechs Schritten zu Versorgungsaufträgen



1) Recht zur Aufforderung zur regionalen Planungskonferenz von Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenkassen nach § 15 KHGG NRW bleibt davon unberührt

Wesentliche Handlungsempfehlungen zur Umsetzung einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten KH-Planung in NRW

Übersicht über die Handlungsempfehlungen des Gutachtens



- Einführung der **leistungsorientierten Planung** (inkl. Einführung LG-Groupen)



- Definition von **Qualitätsvorgaben** je LG



- Herstellung von **Transparenz** durch die Implementierung eines Instruments zur Analyse und Auswertung des Versorgungsgeschehens
- Intersektorale Versorgung und **Überwindung der Sektorengrenzen** stärken



- Implementierung einer Plattform zum **Informationsaustausch für die Selbstangaben**
- Aufbau eines standardisierten und systematischen **Leistungscontrollings**
- Definition der geographischen **Planungsebenen je LB / LG** und Straffung des **Planungsverfahrens**
- Sicherstellung der notwendigen **sachlichen und personellen Ressourcen** für die Krankenhausplanung



- **Verknüpfung von LG** und Investitionsfinanzierung sowie **sachgerechtere Verteilung** auf Basis von Investitionsbewertungsrelation

Der Vorschlag zur Krankenhausplanung bietet den Krankenhäusern große Chancen zugleich aber auch Herausforderungen

Transparenz über das Leistungsgeschehen

- Erarbeitung einer klaren, langfristigen Medizinstrategie wird ermöglicht aber auch nötig, leistungsstarke Bereiche können identifiziert und gestärkt werden
- Abstimmung der Leistungsanbieter bei Verhandlung der Planungskonzepte wird unterstützt, Regionale Netzwerke können sich etablieren

Planungssicherheit wird gestärkt

- Klar definierte Planungszyklen je LG und langfristige Versorgungsaufträge
- konstantes Wettbewerbsumfeld aufgrund klar abgegrenzter Versorgungsaufträge

Qualität

- Erstmals existiert ein strukturiertes Vorgehen, Wettbewerber mit unzureichender Qualität von der Versorgung bestimmter Leistungen auszuschließen
- Qualitätsorientierung regt interne Verbesserungsprozesse in jedem Haus an und unterstützt so die Leistungserbringer bei der Fokussierung auf den Patientennutzen

Ökonomie

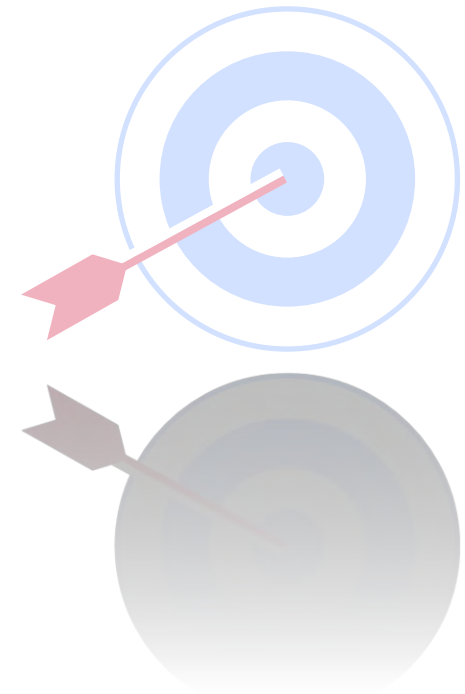
- Qualitätsorientierte Leistungsumverteilung führt zur Realisierung von Skalenerträgen
- Vorhandene Investitionsmittel werden zielgerichteter verteilt

Herausforderungen

- Change Management: Planungsansatz und -prozess benötigt Mitarbeit aller Krankenhäuser und deren Trägern
- Erschwerte Marktpositionierung für einzelne Leistungserbringer bei hoher Redundanz der Angebote in urbanen Räumen

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Einführung und Vorstellung
- ◆ **Gutachten zur Krankenhausplanung NRW**
 - ◆ Short-Summary
 - ◆ **Interpretation und weitergehende Analysen**
- ◆ Zusammenfassung & Handlungsempfehlungen



VG 15 ist bezüglich relevanter Krankenhausplanerischer Kennzahlen auffällig

VG	FZ in VG	FZ in KH je VG	IST-Betten [#]	FZ in KH je VG / FZ in VG	FZ in VG je 1.000 Einwohner	effCM	CMI	Beleg- tage [Tsd]	durch- schn. VWD
A	B	C	D	D	E	F	G	H	I
1	406.446	420.700	9.290	1,04	235,5	463.757	1,102	2.597	6,17
2	245.788	297.874	7.307	1,21	254,4	364.345	1,223	2.007	6,74
3	345.222	315.380	7.743	0,91	271,8	324.152	1,028	2.094	6,64
4	294.732	298.495	6.310	1,01	238,3	305.242	1,023	1.806	6,05
5	479.316	492.562	11.196	1,03	211,4	553.101	1,123	3.144	6,38
6	231.199	246.785	5.539	1,07	207,0	292.575	1,186	1.560	6,32
7	250.603	249.044	5.674	0,99	234,2	274.857	1,104	1.594	6,40
8	304.084	291.138	6.612	0,96	305,8	292.373	1,004	1.936	6,65
9	356.752	388.477	8.669	1,09	219,3	421.781	1,086	2.485	6,40
10	340.430	355.979	8.271	1,05	211,8	403.439	1,133	2.359	6,63
11	104.746	115.640	2.472	1,10	234,4	106.997	0,925	682	5,90
12	251.948	240.572	5.646	0,95	288,0	245.456	1,020	1.579	6,56
13	305.450	360.486	7.783	1,18	275,5	424.295	1,177	2.345	6,51
14	263.339	247.822	6.064	0,94	284,5	244.538	0,987	1.494	6,03
15	71.855	74.472	1.858	1,04	274,7	68.970	0,926	497	6,68
16	95.099	110.693	2.543	1,16	230,4	111.595	1,008	701	6,33
nicht NRW	159.110								
Gesamt	4.506.119	4.506.119	102.977		251,6	4.897.472	1,087	28.880	6,41

In VG 15 zeigen sich ungünstige Krankenhausstrukturen

Übersicht über relevante Krankenhausstrukturindikatoren nach Versorgungsgebiet
Übersicht über Krankenhausstrukturindikatoren je Versorgungsgebiet

VG	Anz. KH	Betten	davon Belegbetten	Bettenauslastung [%] ¹	durchschn. FZ je KH	durchschn. Betten je KH	Betten je 100.000 Einwohner	KH je 100.000 Einwohner
A	B	D	E	F	G	H	I	J
1	32	9.290		73,9	13.147	290	538,3	1,85
2	22	7.307	10	72,7	13.540	332	756,4	2,28
3	23	7.743	23	69,8	13.712	337	609,7	1,81
4	23	6.310		75,2	12.978	274	510,1	1,86
5	40	11.196	78	75,0	12.314	280	493,8	1,76
6	21	5.539	37	75,3	11.752	264	496,0	1,88
7	17	5.674	62	73,6	14.650	334	530,2	1,59
8	23	6.612	13	76,3	12.658	287	664,9	2,31
9	33	8.669	172	76,1	11.772	263	532,9	2,03
10	29	8.271	28	75,3	12.275	285	514,6	1,80
11	11	2.472	26	70,9	10.513	225	553,1	2,46
12	22	5.646	217	73,4	10.935	257	645,4	2,51
13	25	7.783	17	79,4	14.419	311	702,0	2,26
14	25	5.879	178	68,0	9.913	235	635,0	2,70
15	11	1.858	13	71,9	6.770	169	710,3	4,21
16	9	2.543	80	71,6	12.299	283	616,1	2,18
Gesamt	366	102.792	954	74,1	12.312	281	573,9	2,04

Anmerkungen

- Vergleichsweise hohe Betten- und Krankenhausdichte (Betten je 100.000 EW) in VG 15
- Niedrige Krankenhausdichte, insbesondere in VG 7

In den VG 2, 8 und 13 zeigen sich besonders auffällige Versorgungsstrukturen

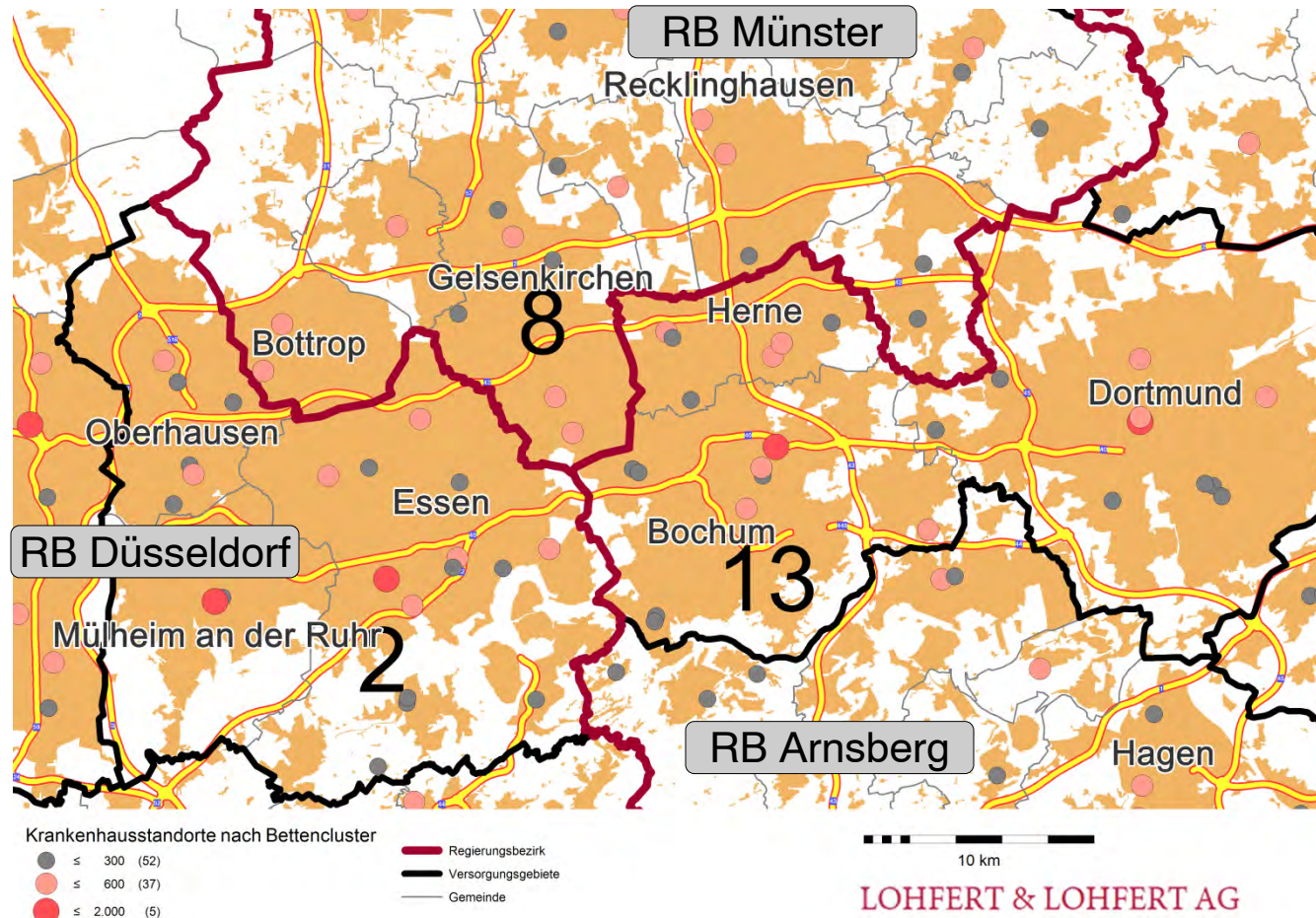
Versorgungseinschätzungen der VG, Anzahl der Nennungen (LG) je Kategorie

lfd. Nr.	Kategorie/ VG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	starke Anzeichen für Überversorgung	15	18	12	7	11	1	3	23	2	2	3	5	19	7	0	2
2	Anzeichen für Überversorgung	13	10	14	19	14	20	13	6	18	19	13	17	9	21	12	15
3	im Wesentlichen bedarfsgerechte Versorgung	2	2	4	4	5	10	13	1	11	9	13	8	2	2	16	12
4	Anzeichen für Unterversorgung	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	2	1
5	starke Anzeichen für Unterversorgung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	"Überversorgungspunkte"	43	46	38	33	36	22	19	52	22	23	19	27	47	35	12	19
7	Rang Überversorgung	4	3	5	8	6	11	13	1	11	10	15	9	2	7	16	13

Anmerkungen

- Gesamthaft ergeben sich in NRW in vielen Gebieten deutliche Zeichen für Überversorgung
- Insgesamt 30 Leistungsgruppen wurden auf VG-Ebene analysiert
- Anzeichen für Unterversorgung zeigen sich nur sehr vereinzelt
-

In den VG 2, 8 und 13 treffen auf engem Raum drei Regierungsbezirke aufeinander



Anmerkungen

- Im Ruhrgebiet stoßen innerhalb von wenigen km² drei Regierungsbezirke aufeinander
- Aus Sicht der Gutachter ist auch die strikte geografische Trennung der KH-Planung ein Grund für die gewachsenen Strukturen
- In den VG 2,8 & 13 gibt es auf etwas mehr als 1.850 km² mehr 70 KH-Standorte, häufig an den Gebietsgrenzen

Die Versorgungssituation muss differenziert nach Leistungsgruppen und geografischen Regionen betrachtet werden

Übersicht über wesentliche Auffälligkeiten in der somatischen Versorgung

Deutliche Anzeichen für Überversorgung

- Geografisch insbesondere in VG 2, 8 und 13
- In VG 15 ungünstige KH-Strukturen

In vielen medizinischen Gebieten gibt es deutliche Anzeichen für Überversorgung

- Endoprothetik, LB Bewegungsapparat im allgemeinen, Polytraumaversorgung
- Komplexe Abdominalchirurgie
- Interventionelle Kardiologie

Ungünstige Versorgungsstrukturen in der Neuro-Frühreha, allgemein sind die Sektorenübergreifenden Versorgungsangebote ausbaubar

Im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik zeigen sich in der Versorgungsanalyse weniger Auffälligkeiten als in der Somatik

Übersicht über wesentliche Erkenntnisse aus der Versorgungsanalyse und Bedarfsprognose

Versorgungsanalyse:

- In einzelnen Bereichen wäre ein weiterer tagesklinischer Ausbau wünschenswert
 - Integrale Betrachtungsweise aller Versorgungsformen (inkl. ambulant) ist notwendig
 - Notfallstrukturen mit Pflichtversorgungsgebieten für jedes Krankenhaus sind nicht bedarfsgerecht
- gestufte Notfallversorgung mit klaren Vorgaben und Möglichkeit der Nichtteilnahme

Bedarfsprognose:

- Weiteres Wachstum im Bereich der teilstationären Versorgung
- Wachstum im Bereich KJP (**Achtung**: zunächst rückläufige FZ, dann deutlicher Anstieg)
- Stationäres Geschäft tendenziell rückläufig

Versorgungsform-übergreifendes Leistungsangebot, inkl. Ausbau weiterer „Satelliten“ für ambulante und teilstationäre Versorgung

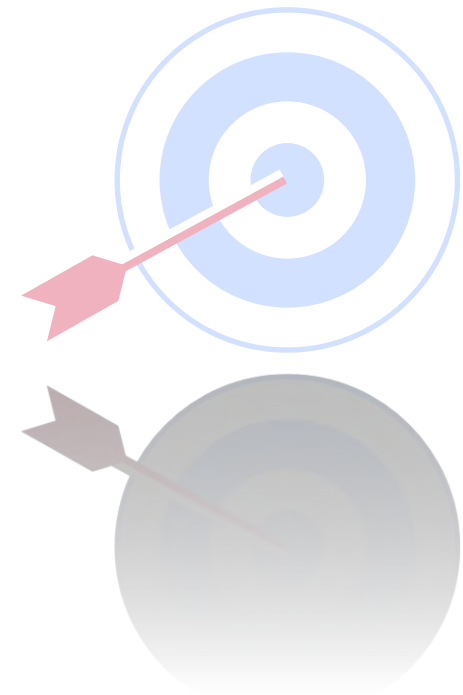
→ **Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und Kooperation prüfen!**

Das Gutachten empfiehlt die ein Neudenken der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

- In vielen Teilen zeigen sich historisch gewachsene, ungünstige Versorgungsstrukturen
- Die Krankenhaus- und Leistungsdichte ist in vielen geografischen und medizinischen Gebieten sehr hoch
- Häufig sehr fragmentierte und wenig leistungstiefe Versorgungsstrukturen
- Ansätze und Ziele der historischen KH-Planung konnten die Probleme nicht lösen
 - ...im Gegenteil es bestanden Fehlanreize und die heutige Situation ist mit Sicherheit auch Konsequenz der KH-Planung
- In NRW benötigt es neue Ansätze zur Krankenhausplanung mit den Zielen
 - ...einer qualitativ und wirtschaftlich hochwertige Versorgung
 - ...einen höheren Patientennutzen zu schaffen

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Einführung und Vorstellung
- ◆ Gutachten zur Krankenhausplanung NRW
- ◆ **Zusammenfassung & Handlungsempfehlungen**



Viele bisher übliche Ansätze zur strategischen Planung werden durch die neuen Krankenhausplanung in Frage gestellt

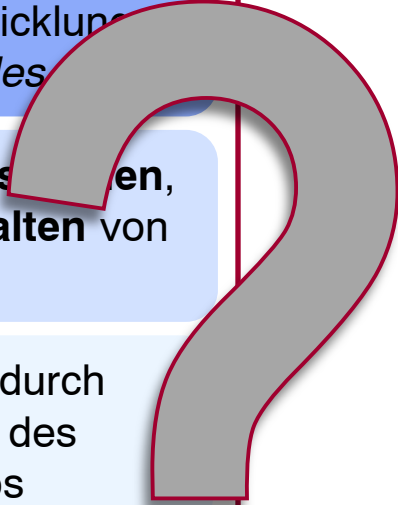
Übliche Ansätze zur medizinstrategischen Planung

Analyse von **Marktanteilen**, sowie der historischen Entwicklung
„Wachstum gegenüber dem Wettbewerb“

Analyse von **Patientenspektren**, und **Zuweisungsverhalten** von Ärzten

Fallzahlwachstum durch Weiterentwicklung des Medizinportfolios

Erweiterung des Portfolios um weitere „Nischen“



Fallzahl-Adaption auf zukünftiges Spektrum

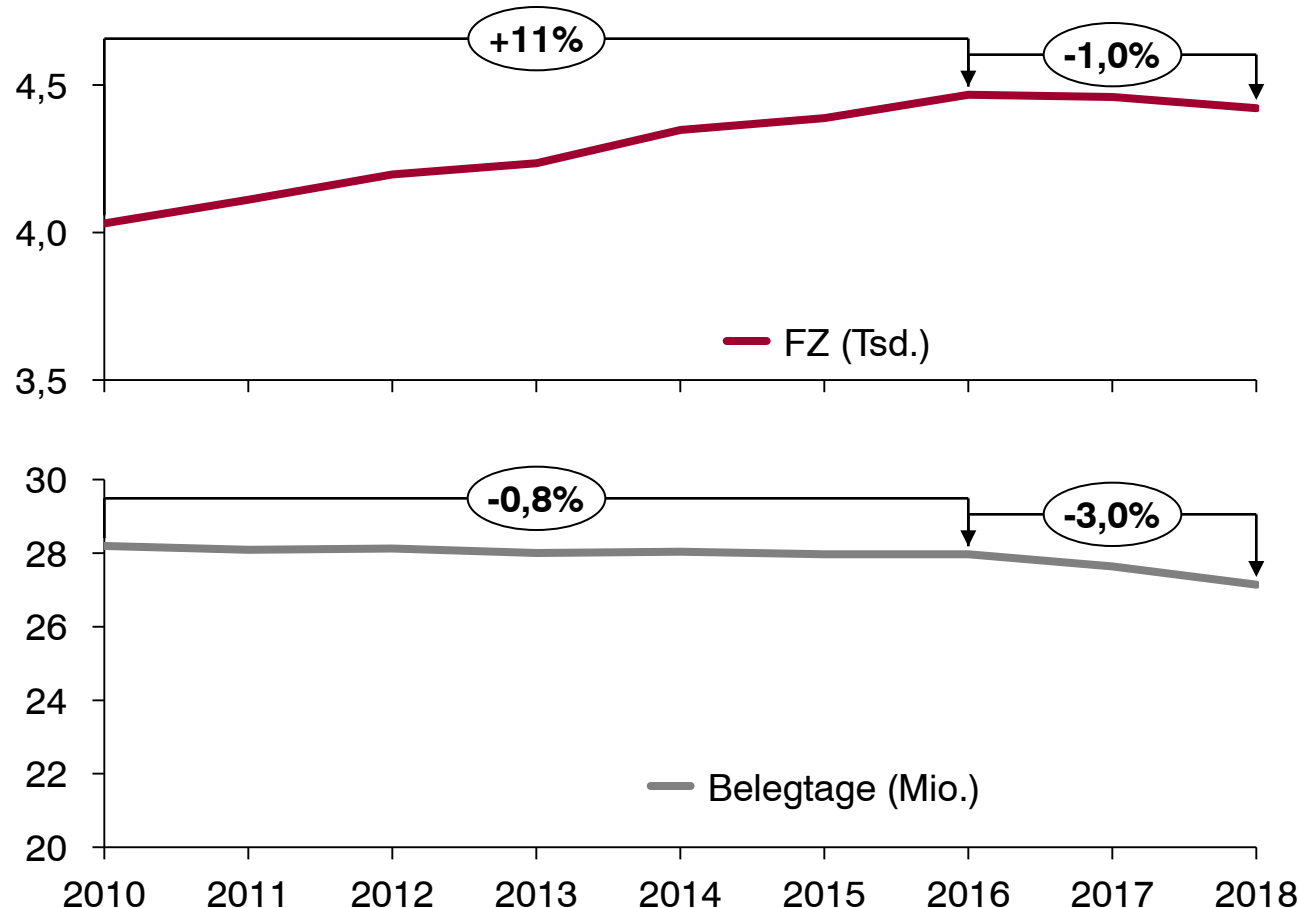


Strategie-Konzept „2030“ (o.ä.)

~~Wachstum durch „Markt“-Wettbewerbsstrategien~~

Es wird erwartet, dass sich in der Zukunft das fortdauernde Wachstum der stationären Fallzahlen nicht fortsetzen wird

Historische Fallzahl- und Belegtagsentwicklung¹ in NRW, 2010 - 2018



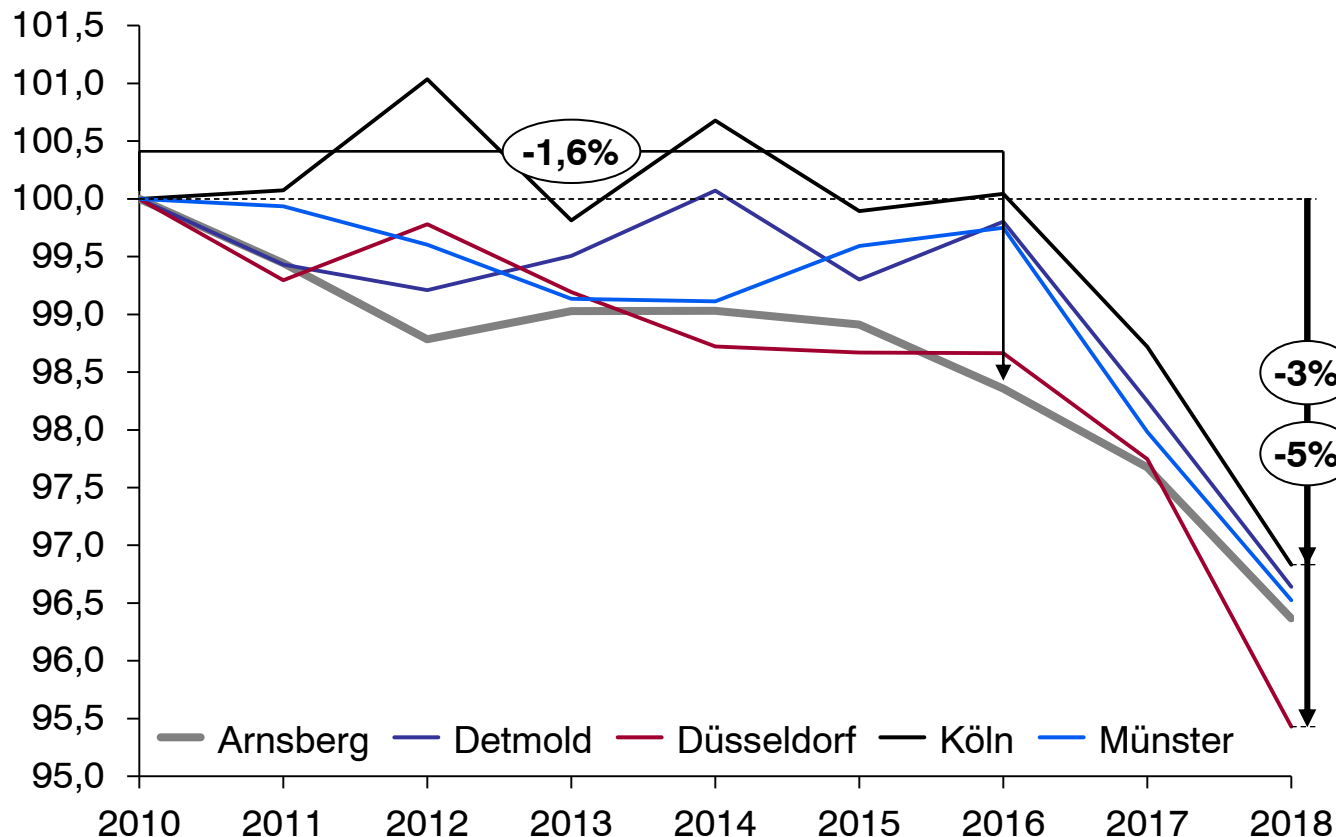
Anmerkungen

- Oben: Nach kontinuierlichem Fallzahlenanstieg ist seit 2017 ein Rückgang festzustellen
- Unten: Die Belegtage sind von 2010-16 nahezu konstant, seit 2016 rückläufig
- Insgesamt wird zukünftig ein deutlicher Rückgang im stationären Bereich erwartet
- In der Zukunft werden vor allem integrative und sektorenübergreifende Konzepte notwendig

¹⁾ Datenbasis: DRG Statistik, stat. Bundesamt (2010-2018)

In der Zukunft werden deutlich rückläufige Belegungstage prognostiziert

Historische Belegtagsentwicklung¹ nach Regierungsbezirk, 2010 – 2018, 2010 = 100%



Anmerkungen

- Die Belegtagsentwicklung über die RB ist uneinheitlich aber ähnlich
- Bis 2016 weitestgehend konstant, 2017+2018 deutlicher Abfall
- Prognose (Bestandteil des Gutachtens) zeigt in der Somatik rückläufige Leistungs- und Kapazitätskennzahlen
- ...wenngleich weniger deutlich als von 2016-2018

¹⁾ Datenbasis: DRG Statistik, stat. Bundesamt (2010-2018)

Um der zukünftigen Krankenhausplanung gerecht zu werden bedarf es neuer Konzepte

Übergeordnete Ziele einer strategischen Planung auf Basis des Gutachtens

Fokus auf **Qualität, Leistungstiefe, Marktkonzentration, Leistungsbündelung** statt auf Leistungsbreite und Fallzahlwachstum

„**Gemeinsam statt Gegeneinander**“,
Fokus auf **Kooperationen** und **Konsensfindung**

Langfristige bedarfsorientierte Leistungsplanung, ohne
kurzfristigem Wettbewerb

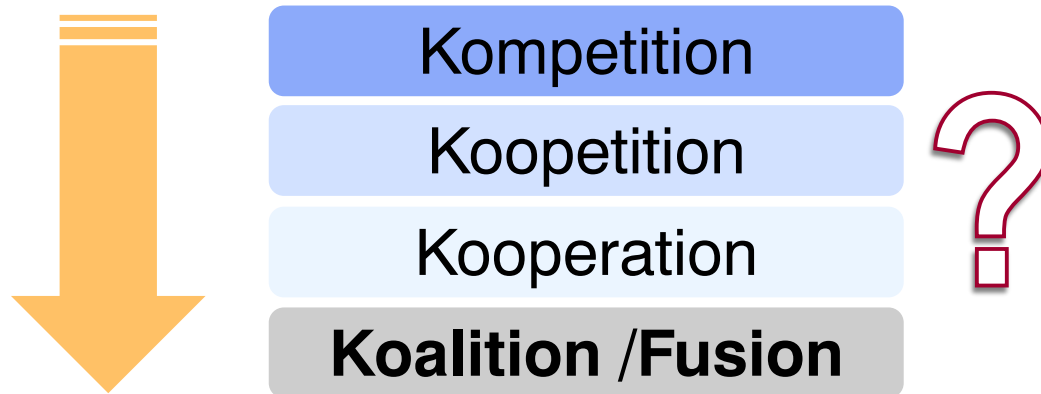
Sektoren-übergreifende Versorgungsangebote,
Erweiterung auf **nicht-stationäre Leistungserbringung**
(Tageskliniken, Ambulanzen, Nach- und Anschlussversorgung)

Maximal **vereinzelt** strategisches **Leistungswachstum** möglich,
in kleinen Sub-Segmenten auch **bewusste Aufgabe** von Leistungen

Anmerkungen

- Strategische Leistungsplanung wird vor neuen Herausforderungen stehen
 - Fokus: **Qualität, Bedarf** und **sektorenübergreifende Leistungserbringung**
 - **Kooperationen** und bewusste Absprachen helfen den strategischen Prozess aktiv zu gestalten
- Umdenken im strategischen Prozess

In der Zukunft werden sich viele Krankenhäuser die Frage nach engerer Kooperation im Markt stellen



Anmerkungen:

- Um im Marktumfeld die größtmöglichen Vorteile zu erzielen wird häufig eine enge Kooperation oder sogar eine Koalition/Fusion die Optimallösung sein

- Umsetzung der Empfehlungen des Gutachtens (klares Kommittent des MAGS) würde die **Krankenhausplanung grundlegend verändern**
- Erreichen der geforderten **Qualitätsaspekte** wird für einige KH herausfordernd
 - In Teilbereichen könnte sich die Leistungserbringung deutlich verändern und verschieben
 - Insbesondere eigenständige Erbringung komplexer und hochkomplexer Leistungen wird zukünftig schwieriger
- **Kooperationen werden an Bedeutung zunehmen**

Medizinstrategie muss diese Rahmenbedingungen berücksichtigen!

Zusammenfassung und Ausblick

- Die Krankenhausplanung in NRW steht einerseits vor großen Herausforderungen, andererseits vor umfassenden Änderungen
 - Im Gegensatz zu vergangenen KH-Plänen gleicht der kommende Plan einer Revolution mit gravierendem Einfluss auf die KH-Landschaft
- Die zukünftige Krankenhausplanung wird dem Grundsatz der **leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierung folgen**
 - Dieser Grundsatz wird das zukünftige Handeln der Krankenhäuser beeinflussen
- Neben großen Chancen bietet dieser Planungsansatz auch Risiken
- Herkömmliche strategische Planungsprozesse werden durch den neuen Planungsansatz hinterfragt
 - Leistungstiefe statt Leistungsbreite, Fokus auf Qualität
 - Gemeinsames Agieren im Markt
 - Auch nicht-stationäre Leistungssegmente rücken in den Fokus
- MDK-Reformgesetz und andere Veränderungen im Gesundheitswesen werden zu zusätzlichen Druck für KH führen und Veränderungsprozesse anstoßen

Die krankenhausesplanerischen Ideen der Gutachter wurden weiterentwickelt und publiziert

**Paradigmenwechsel
in der Krankenhaus-
planung – hin zu Leistungs-,
Bedarfs- und Qualitäts-
orientierung für einen
höheren Patientennutzen**

Justus Vogel, Philipp Letzgus und Alexander Geissler

Anmerkungen

- Die Autoren
 - Justus Vogel
 - Philipp Letzgus &
 - Alexander Geissler
- freuen sich über einen kritischen Austausch sowie Anmerkungen bzw. Hinweise, insbesondere zur praktischen Umsetzung

1) Erschienen in: Klauber et. al: Krankenhaus-Report 2020

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dipl.-Wirt.-Math. Philipp Letzgus, B. Sc.

Operativer Projektleiter der Lohfert & Lohfert AG für das Projekt „Gutachten Krankenhausplanung NRW“

pletzgus@lohfert.net

Lohfert & Lohfert AG

Rothenbaumchaussee 76

D-20148 Hamburg

Telefon: +49-40-41 90 6 515

Telefax: +49-40-41 90 65 55

www.lohfert.net

Hinweis: Alle Inhalte und Auswertungen in dieser Präsentation wurden ausschließlich auf Basis des veröffentlichten Gutachtens (Langversion und zugängliche Präsentationen) sowie den frei zugänglichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser erstellt.