

39. Frühjahrskolloquium des BBDK  
15.03.2024  
Meschede  
Prof. Dr. med. Norbert Roeder

# **Bedeutung der neuen Krankenhausplanung für das Management eines Krankenhauses**

# **Dies ist eine Präsentationsunterlage**

Die Inhalte wurden durch den mündlichen Vortrag ergänzt und erläutert.

Zur Vermeidung von Missverständnissen bitten wir, dies zu berücksichtigen.

# Verändertes gesundheitspolitisches Umfeld

- ▶ **Der gesundheitspolitische Rahmen für Krankenhäuser verändert sich dramatisch**
- ▶ **Der politische Unterstützungswillen aus der Corona-Pandemie für Krankenhäuser existiert nicht mehr**
- ▶ **Geld ist knapp in den Bundes- und Landeshaushalten und die Beitragssätze der GKV stehen vor der 2. Erhöhung innerhalb von zwei Jahren**
- ▶ **Überkapazitäten, die Finanzierbarkeit und Personalverfügbarkeit dominieren die Diskussion über das deutsche Gesundheitswesen**

# Empfehlungen der Regierungskommission des Bundesgesundheitsministers



**Reduzierender Einfluss auf stationäre Fallzahlen**  
(circa 50 % der Fälle kommen über die Notaufnahme!)

# Die planerische Krankenhausreform-Idee



- ▶ **Krankenhäuser reduzieren**, Leistungsangebote konzentrieren
- ▶ **Personal umverteilen** → Mangel relativieren
- ▶ **Stationäre Fallzahl** durch Anreizreduktion & Ambulantisierung **senken**
- ▶ **Umstellung der Krankenhausfinanzierung**
  - **Mix aus fixer Basisfinanzierung und leistungsorientierter Finanzierung**
- ▶ **Erlösbudget Krankenhaus in jedem Bundesland umverteilen**
  - Unterfinanzierung beseitigen → „Entökonomisierung“
- ▶ **Und dann wird alles** (Qualität, Personal, Finanzierung etc.) **gut... ??**

# **1. Kernelement der Reform: Die Umstellung auf die „Leistungsgruppen“**

# Wesentliche Unterschiede der Anwendung der Leistungsgruppen

## NRW- Krankenhausplanung

- ▶ Leistungsgruppen **NUR** zur Verteilung des Versorgungsauftrages
- ▶ **Ermittlung des konkreten Bedarfs** (Fallzahl pro LG)
- ▶ Detaillierte Verteilung des Bedarfs auf die beantragenden Krankenhäuser, die die Mindestvoraussetzungen erfüllen **und die Leistungen erbringen sollen.**
- ▶ **Konzentration bisher moderat (Votum Ministerium steht noch aus!)**
- ▶ **Konzentrationswirkung?**

## Bundeskrankenhausreform

- ▶ **Knüpfung von Vorhaltefinanzierung an die Leistungsgruppen (DRG 2.0?)**
- ▶ Zunächst wohl **keine Bedarfsermittlung vorgesehen**  
(Bundesländer könnten diese aber durchführen)
- ▶ Bekommt jedes KH was die Mindestvoraussetzungen erfüllt auch die Leistungsgruppe?
- ▶ **Konzentrationswirkung?**

# Sind Ende 2024 in NRW zugewiesene Leistungsgruppen sicher?

**Krankenhaus beantragt Leistungsgruppe (LG) bei der Planungsbehörde**

**Planungsbehörde prüft und weist zu.**

**Vorbehalt: Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD)**

**Mit dieser Prüfung fällt dann die tatsächliche Entscheidung! Der MD wird dem Ministerium das Ergebnis der Prüfung mitteilen, das Ministerium hat die Letztentscheidung. Hierbei kann ein Teil der ursprünglichen LG-Zuweisungen wieder relativiert werden.**

## **2. Kernelement der Reform: Die Umstellung der Betriebskostenfinanzierung**

# Weitere Herausforderungen

# Mindestmengen werden scharf geschaltet

neue Regelung ab 2024

## **Chefärzte warnen vor Schließung vieler Frühchenstationen in BW**

Stand: 11.6.2023, 10:02 Uhr

## **Geburtshilfe: Frühchen-Versorgung in SH steht auf der Kippe**

Stand: 12.02.2024 05:00 Uhr

Der Frühchenstation am Klinikum Itzehoe droht das Aus, weil zu wenige Frühchen dort versorgt werden. Der Direktor des Klinikums warnt vor einem Schlag für die Kindermedizin in Schleswig-Holstein insgesamt.

AKTUELL

## **Frühchenversorgung: Aussetzungsantrag der Bundesländer bei Mindestmengen abgelehnt**

Dtsch Arztebl 2023; 120(31-32): A-1298 / B-1114

Beerheide, Rebecca

# Ambulantisierung im Wettbewerb

## Schon 2000-mal Narkose im Jahr: Ambulantes OP-Zentrum will noch mehr erreichen

11.02.2024, 10:00 Uhr

Von: [Jens Dörr](#)



## Trend ambulante OP: Klinikum Hoyerswerda rüstet nach

Die Krankenkassen werben vermehrt für ambulante OPs. Denn die Genesung Zuhause verläuft oft schneller. Das Klinikum in Hoyerswerda hat nun in einen ambulanten OP-Bereich investiert.

**MDR SACHSENSPIEGEL**

Sa 10.02.2024 19:00 Uhr | 02:10 min

Blick in einen der beiden OP-Säle der Anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis auf dem Groß-Umstädter Krankenhaus-Berg. Von links: Anästhesie-Schwester Apolonia Sailer, OP-Manager Sebastian Steinhaus, Betreiber und Anästhesist Ibrahim El Jaar und Anästhesie-Schwester Jessica Le. Zwischen El Jaar und Le ist der neueste der beiden Videotürme zu sehen, die etwa genaueste Blicke in Knie und in Gebärmütter ermöglichen. © Dörr

# Integrierte Notfallversorgung BMG-Pressekonferenz am 16.1.24

- ▶ „Flächendeckend“ Integrierte Notfallzentren (INZ) **mit KV-Notdienstpraxen** in „unmittelbarer Nähe“ von Kliniken
- ▶ Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) soll grundsätzlich beim Krankenhaus liegen.
- ▶ **INZ-Standorte an KH der erweiterten & umfassenden Notfallversorgung** (derzeit rd. 420 KH), Festlegung durch erweiterten Landesausschuss, bei Nichteinigung das Bundesland
- ▶ **Pro 400 000 Einwohner:Innen soll es ein INZ geben** (→ also circa 200 für die BRD!) (Regierungskommission ermittelte Bedarf von 450, GKV-Spitzenverband von 730!)
- ▶ **G-BA soll technische & personelle Ausstattung sowie Ersteinschätzungsverfahren festlegen**
- ▶ **Lauterbach hofft, dass die neuen Strukturen Geld einsparen werden** (25-30 % weniger Patienten in der KH-Notaufnahme!).

Notfallversorgung

Lauterbach legt Eckpunkte zur Notfallreform vor

News des Tages / 16.01.2024



Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neues-reformkonzept-fuer-notfallversorgung-13-02-2023>

**Die DNA dieser Reform ist eine Verringerung  
von Krankenhausstandorten!**


**Nur so würde die Verbesserung der  
Krankenausfinanzierung durch Umverteilung  
funktionieren**

# Große Frage


**Wie schaffe ich es, auf die zukünftig richtige Seite zu kommen?**  
(Gilt insbesondere für frei-gemeinnützige Krankenhäuser)




# Umsetzung Krankenhausplanung: Unterschiedliche strategische Szenarien der Krankenhäuser



**Wir machen so weiter wie bisher:**  
Komplettes Leistungsspektrum  
beantragen und durchsetzen



**Wir setzen um, was wir realistisch auch  
in der Zukunft erbringen können**  
(Personal, Mindestmengen, Nachfrage)



**Wir sprechen uns ab und sortieren  
die Leistungen in der Region  
zusammen mit Mitanbietern**

# Leistungsgruppe = Lizenz zur Leistungserbringung

Welche Leistungsgruppen in die Zukunft führen?

→ Sechs wichtige Prüfschritte auf dem Weg zum Erfolg

Erfüllung  
Mindestvoraussetzungen (MD)

1

Wirtschaftlichkeit der Erbringung  
der einzelnen LG

2

Verknüpfungen zwischen den LG  
(z.B. Pneumologie/Thoraxchirurgie)

3



4

Wettbewerb, Inanspruchnahme

5

Personal/Ressourcen

6

Qualität  
(können wir das wirklich gut?)

# Was bedeutet das alles für mein Krankenhaus?

- ▶ **Aktuell agieren in umfassender Unsicherheit**
- ▶ Zukünftige (Re)Finanzierung der Betriebskosten bisher noch nicht im Detail bekannt
- ▶ Zukünftige Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung aktuell nicht belastbar bewertbar
- ▶ Ist mein Krankenhaus überhaupt systemrelevant?

# Große Spanne von Herausforderungen

Zukünftiges  
Leistungsspektrum?

Zukünftige  
Leistungsfinanzierung?



**Notwendige  
Investitionen**

**Mindestmengen**

**Strukturvorgaben**

# Bedeutung für das Management

➔ **Überprüfung der aktuellen Strategie** (wenn überhaupt vorhanden)

▶ **Wo wollen wir in 5, wo in 10 Jahren stehen?**

▶ **Leistungsspektrum**

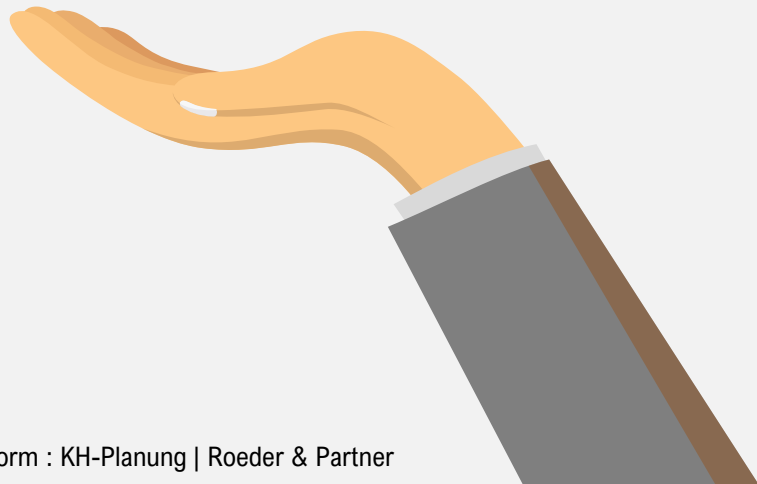
- Was können wir realistisch auch in der Zukunft erbringen?
  - Krankenhausplanung, Mindestmengen, Personal,
  - Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb

▶ **Medizinkonzepte/-strategien für die Zukunft?**

▶ **Dazu notwendige Investitionen?**

# Perspektive verändern!

**Problem**(orientierung)



**Lösung** (sorientierung)



**Handeln**

# Nicht auf die Reform warten, sondern jetzt handeln!!

- ⇒ **Der Transformationsprozess wird auf jeden Fall kommen**
- ⇒ **Deshalb frühzeitig und offen für Veränderungen mit den potentiellen Auswirkungen auf die eigenen Häuser auseinandersetzen.**
  - **Stärken und Schwächen** selbstkritisch hinterfragen
  - **Versorgungsbedarf** in der Region und Berücksichtigung des Wettbewerbs (redundante Leistungsangebote) analysieren – **eigene Positionierung?**
  - **Systemrelevanz** der eigenen Leistungsangebote
  - **Zukünftiges Leistungsangebot hieran orientierend entwickeln**
- ⇒ „**Ich bin der beste und werde die anderen verdrängen**“ wird mit großer Wahrscheinlichkeit **nicht** erfolgreich in die Zukunft führen.  
**Eher ein: „Ich muss mit den anderen (die noch bleiben) gemeinsam die Versorgung in meiner Region gestalten.“**
- ⇒ **Die Mitarbeitenden einbinden und für die Zukunftsgestaltung gewinnen**  
➔ **Positive Zukunftsszenarien zeigen, statt Untergangsstimmung verbreiten**

# Was ist zu prüfen für mein Krankenhaus?

- ▶ Systemrelevanz selbstkritisch prüfen
- ▶ Alleine weiter oder Partner suchen
- ▶ Relation (Vorhalte) Kosten – Erlöse für jedes Leistungsangebot prüfen, auch unter den Anforderungen der Krankenhausplanung (Mindestvorgaben je Leistungsgruppe)
- ▶ Effizienz Personaleinsatz (Strukturen, Prozesse)?
- ▶ Patientenorientierung (Zufriedenheit), Zuweiserbeziehungen
- ▶ Kooperationen mit anderen Leistungserbringern
- ▶ Digitalisierung
- ▶ Beschaffungsmanagement, Produktstandardisierung

# Wachstumsstrategie??

→ **Mehr Patienten nur zu Lasten anderer Krankenhäuser  
(Umverteilung)**

→ **Besser sein, als der Wettbewerb!**

- Größere Einheiten (bessere Relation Vorhaltung zu Inanspruchnahme (Refinanzierung))
- Konzentrieren auf die Dinge, die wir wirklich können
- Mehr Patienten durch gute Qualität, **auch in der Patientenorientierung!**
- Gute Beziehungen zu Zuweisern pflegen (aufbauen?)
- Leistungsangebot bekannter machen (Öffentlichkeit, Zuweiser)

# Neue Leistungen etablieren??

## Ein Beispiel aus der Kardiologie: MitraClip

- ▶ **Innovative Therapieoption bei Mitralklappeninsuffizienz**
- ▶ **Noch (!) in jeder interventionellen Kardiologie möglich**
- ▶ **Leistung für „meine“ Kardiologie?**

## **VIELE FRAGEN SIND ZU DISKUTIEREN:**

- ▶ **Indikationshäufigkeit in meiner Region?**
- ▶ **Technische und personelle Voraussetzungen?**
- ▶ **Wertschöpfungsgrad (sehr hoher Sachkostenanteil)?**
- ▶ **Zwingend notwendig zur Abrundung meines Leistungsangebotes?**
- ▶ **Alternativ: Erbringung beim Kooperationspartner mit Herzchirurgie  
Kooperation und Gründe öffentlichkeitswirksam darstellen**

# Die Zukunft gehört wahrscheinlich den Verbänden

## ▶ Mögliche Gründe für eine gesellschaftsrechtliche Verflechtung

- **Medizinkonzept mit Konzentration einzelner Leistungen auf einzelne Standorte des Gesamtunternehmens** (räumliche Nähe notwendig!) → Größere (wirtschaftlichere) Einheiten
- **Reduktion des Aufwandes in Tertiärbereichen**
- **Anbindung** eines wirtschaftlich angeschlagenen Krankenhausunternehmens **an einen wirtschaftlich stabileren Partner.**

→ **Im Ergebnis einer Fusion muss ein Krankenhausunternehmen entstehen, das besser aufgestellt ist als die jeweiligen Einzelunternehmen.**

- In der Regel ist das nur durch ein neues Medizinkonzept zu erreichen (z.B. Abbau von redundanten Leistungsangeboten, Schaffung größerer Leistungseinheiten)

**Cave: Transparenz zu wirtschaftlichen Risiken, Investitionsbedarf zur Umsetzung Zukunftskonzept, Simulation Betriebskosten des Zielbildes etc. unerlässlich**

**Zusammengefasst bedeutet das...**

# Zusammenfassung I

- ▶ Die aktuell diskutierte neue Krankenhausstrukturierung schließt über die Zuweisung / Nichtzuweisung von medizinischen Leistungsgruppen zukünftig insbesondere kleine Krankenhäuser (KH) von bestimmten Leistungserbringungen aus.
  - ➔ **der Vorbehalt der schon dargestellten MD-Prüfung wird Relevanz bekommen!**
- ▶ **Alle Vorgaben gelten für Krankenhausstandorte!**
  - ➔ krankenhausinterne Ausgestaltung im Sinne einer Strategie des Trägers möglich
- ▶ Die Krankenhausreform wird zu umfangreichen Veränderungen führen
- ▶ **2026 voraussichtlich Basisjahr für die Ermittlung der Vorhaltebudgets!!**
- ▶ **Die Strategie sollte sein:**
  - **Medizinisch sinnvolle Cluster bilden!!** ➔ weg vom medizinischen Leistungssammler
  - Leistungen an Standorten bündeln
    - ➔ Relation Vorhaltung zur Leistungsmenge verbessern
    - ➔ dazu möglich große Leistungsangebote (hohe Fallzahlen) in Fachabteilungen

# Zusammenfassung II

- ▶ Durch eine **enge Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister in der Region gemeinsam** die zukünftige Versorgung gestalten.
- ▶ **Eventuell Neusortierung der Leistungsangebote der Standorte**
  - Notfallversorgung mit sehr professioneller Notaufnahme, der Intensivmedizinischen Versorgung in den notwendigen Fachabteilungen im Haus
  - Weiterentwicklung des zur stationären Versorgung korrespondierenden ambulanten Angebotes
  - Aufstellen für eine wirtschaftliche Erbringung ambulanter Leistungen (AOP, Hybrid-DRGs)
- ▶ **Sicherstellung einer kontinuierlichen medizinischen Versorgungsbereitschaft** (Insbesondere Notaufnahme, weiterbehandelnde Kliniken)

# Und der Patient

- ▶ wird lernen müssen, Liebgewonnenes aufzugeben  
(Krankenhaus in der Nähe)
- ▶ wird Wartelisten häufiger kennenlernen  
(Leistungskonzentration & Personalmangel)
- ▶ wird **vielleicht** eine Verbesserung der Qualität bei  
hochspezialisierten Leistungen erfahren durch Konzentration
- ▶ und er wird wahrscheinlich mehr zahlen...

# Schlusswort

- ▶ **Es besteht große Einigkeit!**
  - ➔ **Wir brauchen eine Reform, das ist unbestritten!**
  - ➔ Nur über das **WIE** wird noch diskutiert.
- ▶ **Auch in der zukünftigen Krankenhausstruktur benötigen wir eine relevante Anzahl von Krankenhausstandorten!** (Tendenziell werden diese jedoch im Durchschnitt größer sein als aktuell.)
- ▶ **Wir sollten und müssen den Gestaltungsauftrag annehmen und die von uns verantworteten Krankenhausstrukturen erfolgreich in die Zukunft führen, wenn dies nach selbstkritischer Betrachtung sinnvoll und notwendig ist.**
  - ➔ Für viele Krankenhausstandorte wird dies der Fall sein.
- ▶ **Das erfordert eine frühzeitige Auseinandersetzung mit den voraussichtlichen Rahmenbedingungen für die Strukturreform und eine Antizipation der wahrscheinlichen Auswirkung auf das eigene Krankenhaus.**



# Roeder & Partner Ärzte

Berater im Gesundheitswesen

## **Roeder & Partner**

Ärzte, Partnerschaftsgesellschaft

**DRG-Research-Group**

Am Dorn 10, 48308 Senden

[www.roederpartner.de](http://www.roederpartner.de)

Dr. med. Wolfgang Fiori  
Geschäftsführender Partner

Prof. Dr. med. Norbert Roeder  
Geschäftsführender Partner

Dr. med. Holger Bunzemeier  
Geschäftsführender Partner