

>> *Forum DCSH | Luxemburg 2019* <<

Der Einsatz von DRGs für eine Leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung

-> Ergebnisse des Gutachtens Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen <-

PD Dr. Alexander Geissler

Department of Health Care Management (MiG)

Berlin University of Technology

European Observatory on Health Systems and Policies

WHO Collaborating Centre for Health Systems, Research and Management

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

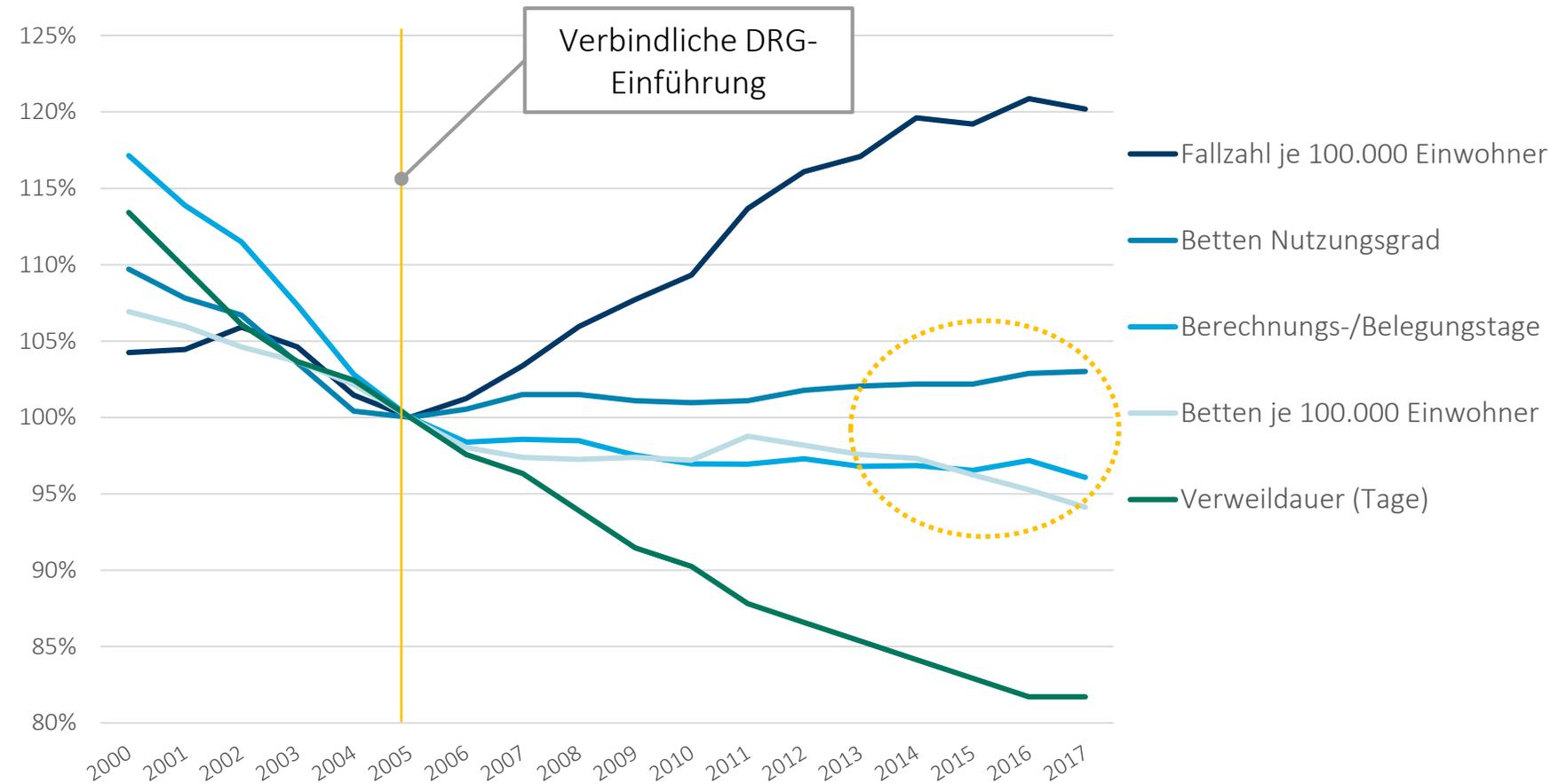
Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Einführung und Struktur des Gutachtens

Handlungsempfehlungen

Trotz kontinuierlich sinkender Verweildauer sind bei steigender Fallzahl das Bettenniveau und der Bettennutzungsgrad in NRW seit 2006 nahezu konstant geblieben

Entwicklung von Versorgungskennzahlen von 2000 bis 2017 in NRW*



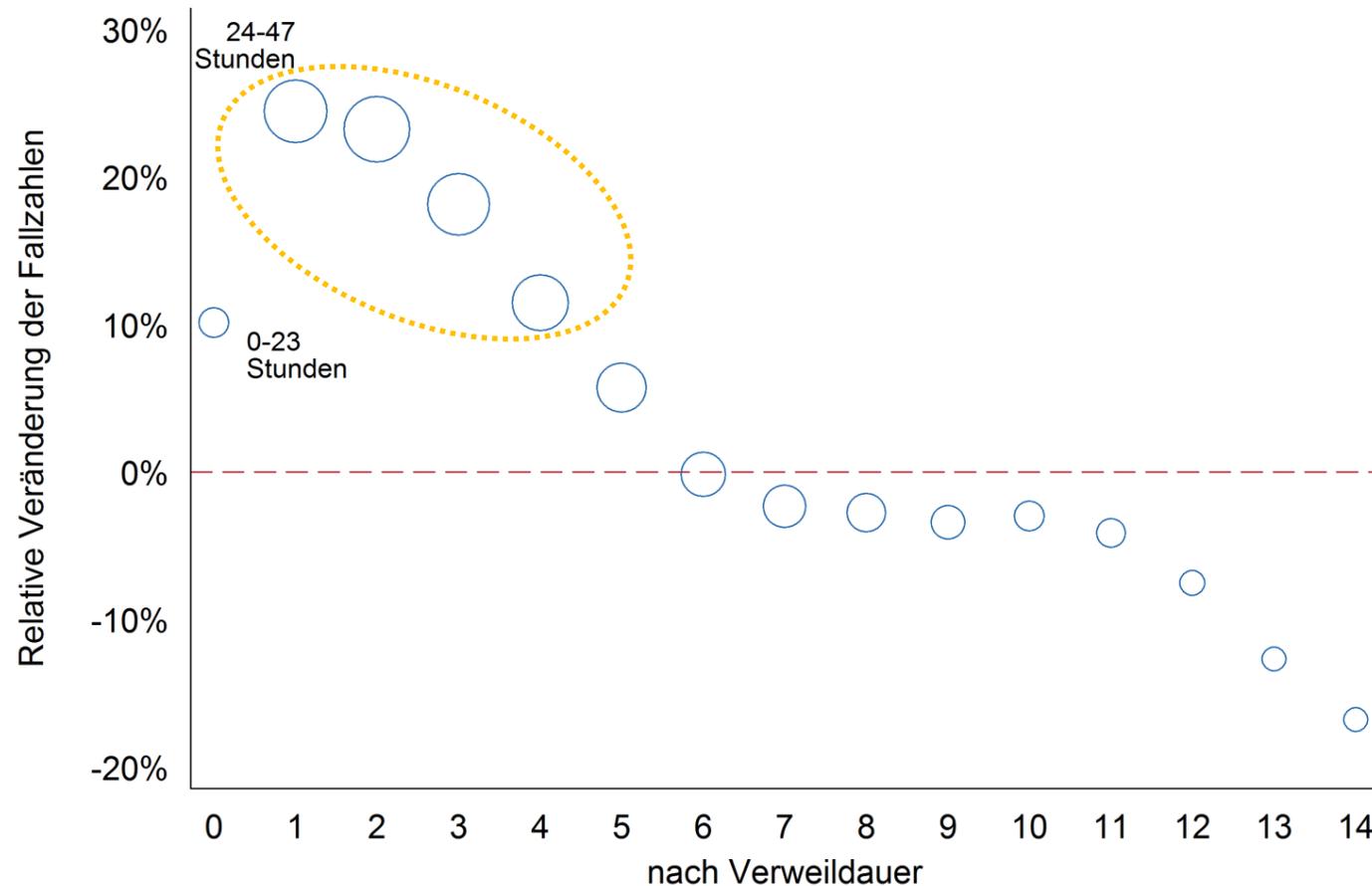
- Gleichermäßen sinkende Verweildauer vor und nach der DRG-Einführung
- Zur Auslastung von (Über-) Kapazitäten bei sinkender Verweildauer wird die Versorgung von höheren Fallzahlen nötig
- Dementsprechend setzt das DRG-Vergütungssystem starke Anreize zur Fallausweitung
- Folglich sind Berechnungs-/ Belegungstage und Betten je 100.000 Einwohner nahezu konstant

* Indexierung der Daten auf das Jahr 2005 (2005=100 %)

Quelle: Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

Fälle mit geringer Verweildauer weisen in Deutschland das höchste relative Fallzahlwachstum auf

Relative Veränderung der Fallzahlen nach Verweildauer von 2007 auf 2012



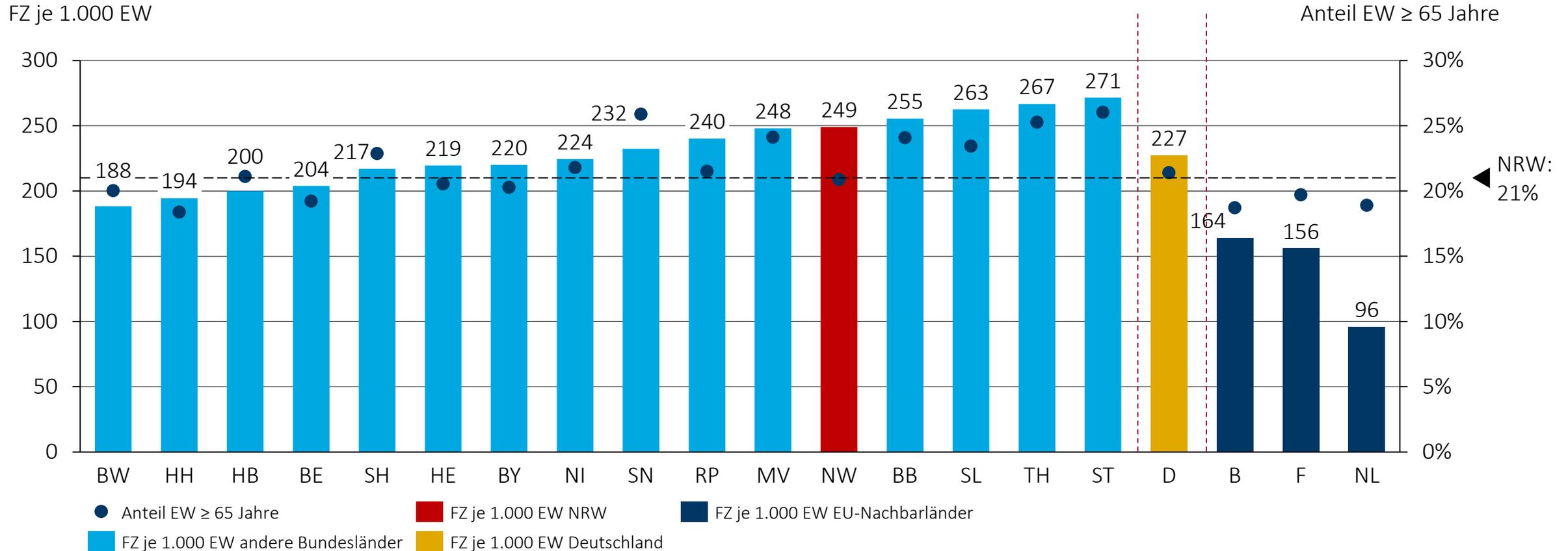
- Wachstum größer als 20% in 5 Jahren von Fällen mit 1 bis 2 Tagen Verweildauer
- Wachstum größer als 10% in 5 Jahren von Fällen mit 3 bis 4 Tagen Verweildauer
- Fälle mit geringer Verweildauer repräsentieren mit Abstand die größten Anteile der Fälle aus dem Jahr 2012

Die Größe der Kreise spiegelt die Größe der jeweiligen Verweildauer-Kategorie wider und ist proportional zur Anzahl der Fälle aus dem Jahr 2012

Quelle: Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg Center for Health Economics (HCHE)

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

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

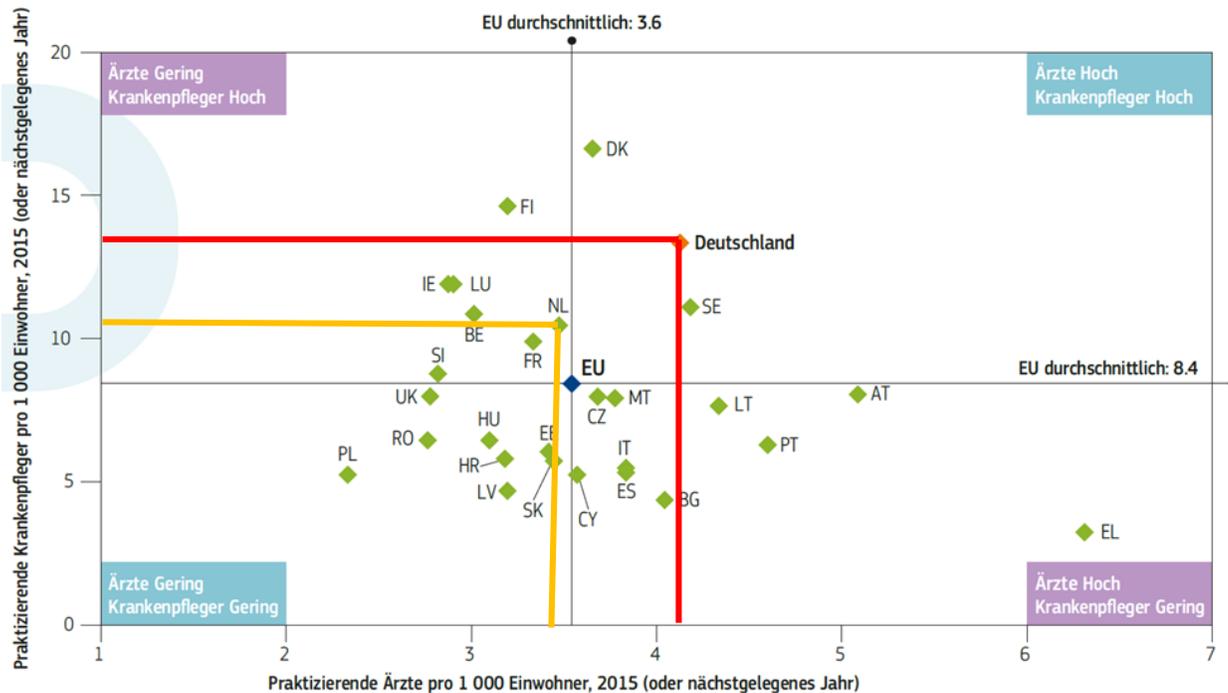


Quelle: Statistisches Bundesamt DRG-Statistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstands basierend auf Mikrozensus 2011; Statistisches Bundesamt, Bevölkerung, Arbeit, Soziales Personen ab 65; OECD Health Statistics 2017

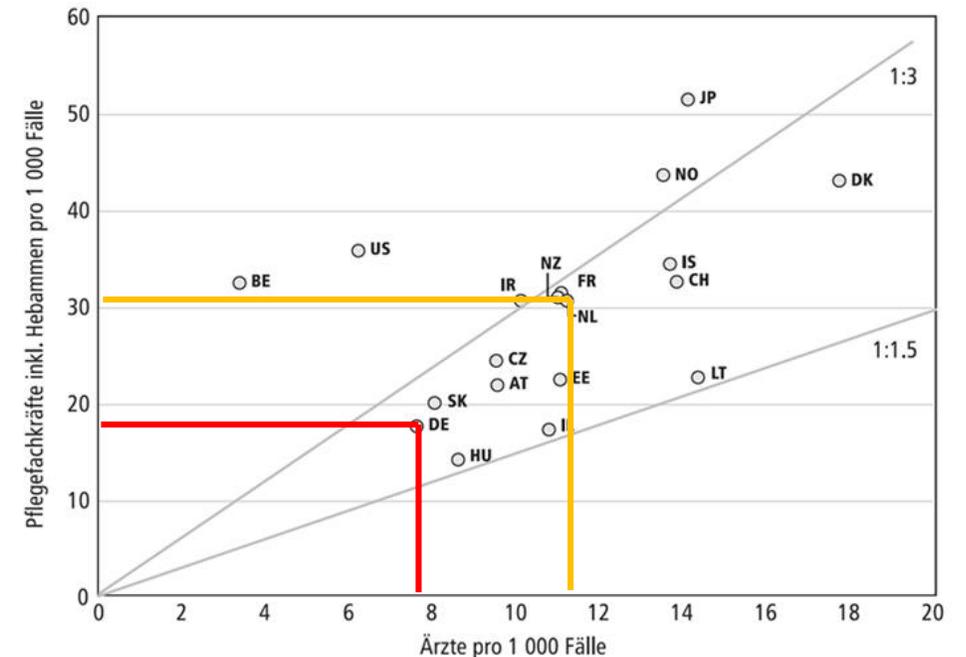
Im intern. Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit dem meisten Personal pro 1.000 Einwohner, gleichzeitig aber am wenigsten Personal pro 1.000 Fälle

Vergleich Pflegepersonal und Ärzte je 1.000 Einwohner und je 1.000 Fälle

Pflegepersonal und Ärzte pro 1.000 Einwohner (2015)



Pflegepersonal und Ärzte pro 1.000 Fälle (2013)



└ Deutschland
 └ Vergleichsland: Niederlande

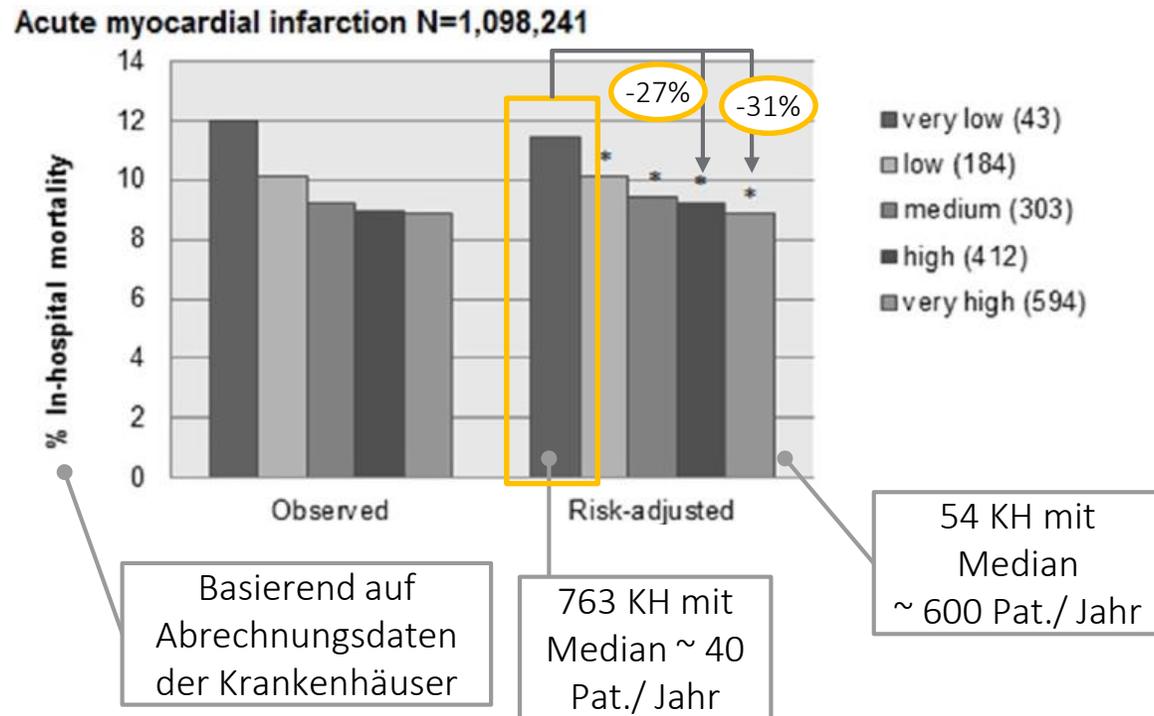
Quellen links: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017); Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, OECD Publishing, Paris

Quellen rechts: OECD Health Statistics 2016; Krankenhaus-Report 2017

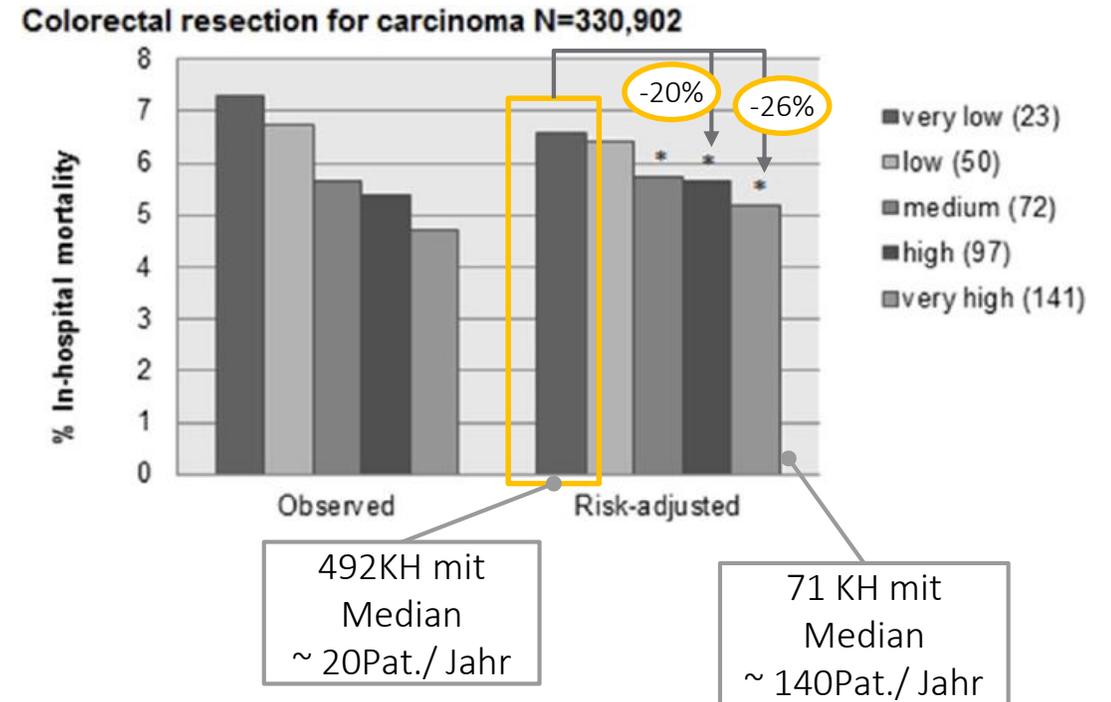
Leistungsfragmentierung führt zu Qualitätsvariationen: Risikoadjustierte KH-Sterblichkeit in Krankenhäusern mit niedrigem Fallvolumen wesentlich höher

Vergleich der Krankenhaussterblichkeit (Datenjahre 2009-2014) zwischen Krankenhäusern in Deutschland mit aufsteigendem Fallvolumen

Beispiel: Herzinfarkt



Beispiel: Kolon-/ Rektumresektion bei Karzinom



Quelle: Nimptsch U, Mansky T (2017): Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014
 BMJ Open 2017;7:e016184. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

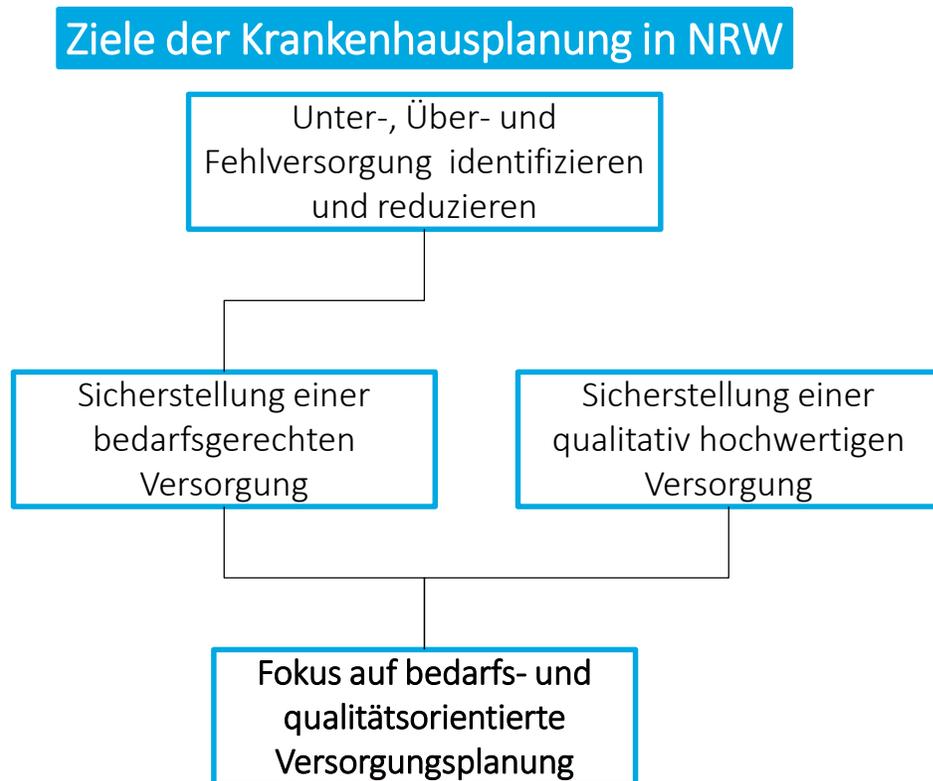
Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Einführung und Struktur des Gutachtens

Handlungsempfehlungen

Zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung NRW wird im Gutachten ein neuer Planungsansatz entwickelt

Ableitung des neuen Planungsansatzes mittels der Ziele der Krankenhausplanung NRW



Um diese Ziele zu erreichen, entwickelt das Gutachten einen Vorschlag für eine neue



leistungsorientierte,



bedarforientierte und



qualitätsorientierte



Krankenhausplanung.

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Einführung und Struktur des Gutachtens

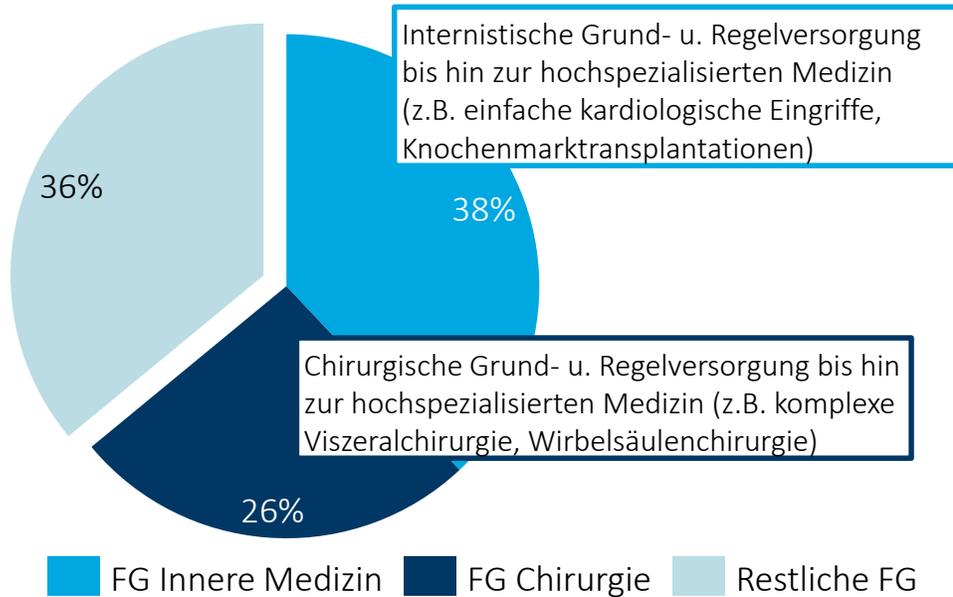
- **Leistungsorientierung**
- Versorgungsanalyse
- Bedarfsprognose
- Qualitätsorientierung
- Neuer Planungsansatz in der Praxis

Handlungsempfehlungen

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

Fallzahlanteil 2017 ausgewählter Fachgebiete (FG)

Fallzahlanteil in %



- 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

Die Stärken der leistungsorientierten Planung überwiegen die der Fachgebietsplanung – folglich ist eine leistungsorientierte Planung zu favorisieren

Stärken- und Schwächenanalyse verschiedener Planungsansätze

 Stärken

 Schwächen

Planung auf
Fachgebietsebene

- Administrativ einfach
- Konsens (historisch gewachsen)

- Geringe Granularität
- Kein Leistungsbezug
- Wenig Kontrollmöglichkeit
- Bezug allein zur stationären Versorgung
- Qualitätsbezug besteht nur in wenigen Fachgebieten

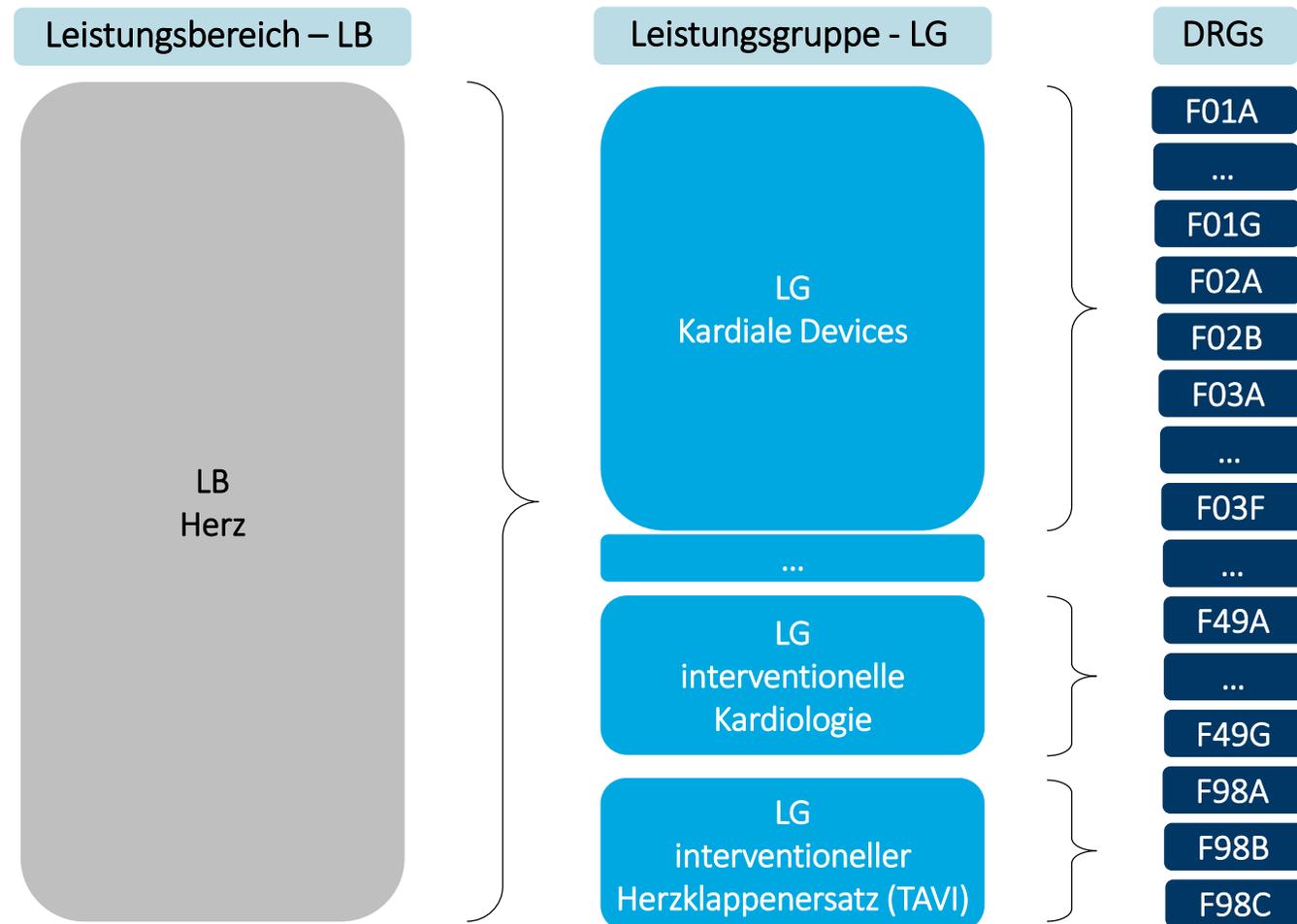
Planung von
Leistungsbereichen
und -gruppen

- Leistungssteuerung
- Skalierbare Granularität
- Skalierbarer Qualitätsbezug
- Berücksichtigung des amb. Potentials
- Freiheitsgrade für Leistungserbringer

- Steigende Anforderungen an Planer
- Steigende Komplexität

Um eine Vergleichbarkeit mit externen Datenquellen herzustellen und einen unkomplizierten Umgang zu ermöglichen, wurde eine eindeutige DRG-Zuordnung durchgeführt

Leistungsgruppensystematik am Beispiel LB Herz



Erklärung der Systematik

- Leistungsspektrum wird in übergeordnete LB aufgeteilt, diese werden – wenn notwendig – in LG weiter unterteilt
- LB wurden angelehnt an Weiterbildungsordnung der Ärzte bzw. eine sinnhafte Fachgebietsstruktur strukturiert
- Jede LB wurde in mindestens eine und bis zu sechs LG differenziert
- Jede DRG des DRG-Fallpauschalenkatalogs wurde eindeutig einer LG zugeordnet
- Insgesamt wurden 25 LB und knapp 70 LG im Bereich Somatik definiert, zusätzlich 10 LG im Bereich PP und KJP

Übersicht: Versorgungskennzahlen für jede LG einsehbar

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	Cardis operativ/interventionell	6,6	1,71	6,8	44.555	10%	0,1%	153	4	1
Gefäße	Peripher/zentrale Gefäße	61,7	2,22	10,6	664.388	90%	1,4%	2.275	26	12
Pneumologie	Pneumologie	89,1	1,10	8,0	713.893	68%	2,0%	2.445	36	13
Pneumologie	Schlaflabor	42,2	0,25	1,7	72.736	32%	0,9%	249	2	1
Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	11,6	3,12	13,2	152.509	100%	0,3%	522	8	3
Gastroenterologie	Gastroenterologie	78,5	1,23	8,2	646.396	100%	1,7%	2.214	37	23
Viszeralchirurgie	Allgemein- und Viszeralchirurgie	99,4	2,24	12,2	1.215.680	82%	2,2%	4.163	80	49
Viszeralchirurgie	Ösophaguschirurgie	0,6	6,75	23,7	14.518	1%	0,0%	50	1	1
Viszeralchirurgie	Pankreas- und Lebereingriffe	11,4	2,77	14,7	167.353	9%	0,3%	573	16	11
Viszeralchirurgie	große Rektumeingriffe	5,7	3,85	17,3	99.315	5%	0,1%	340	5	3
Viszeralchirurgie	Bariatrische Chirurgie	4,6	1,95	5,6	25.527	4%	0,1%	87	2	2
Nephrologie	Nephrologie	17,0	1,87	34,9	594.591	100%	0,4%	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 Knie	36,9	2,39	10,9	400.550	10%	0,8%	1.372	6	3

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

Transplantation	Lungen-Transplantation	0,1	22,05	26,8	26,8	1.499	6%	0,0%	5	2	1
Transplantation	Leber oder Pankreas Transplantation	0,2	16,64	35,7	35,7	6.073	19%	0,0%	21	5	3
Transplantation	Nieren-Transplantation	0,6	6,31	18,9	18,8	10.983	65%	0,0%	38	4	3
Querschnittsbereiche	Intensivmedizin	39,5	12,10	31,4	31,3	1.240.926		0,9%	4.250	56	19
Querschnittsbereiche	Akutgeriatrie - vollstationär	86,0	2,24	21,7	21,6	1.862.954		1,9%	6.380	16	13
Querschnittsbereiche	Akutgeriatrie - teilstationär	10,3		15,0	11,5	155.097		0,2%	531	2	1
Querschnittsbereiche	Kinder- und Jugendmedizin	235,9	0,74	3,5				5,2%			
Querschnittsbereiche	Palliativmedizin	19,5	2,26	16,7				0,4%			
Sonstige	Schmerztherapie	17,1	1,34	12,8	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	6,1	25.080	9%	0,1%	86	13	9
Sonstige	übrige DRGs	9,8	2,56	16,0	15,9	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

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

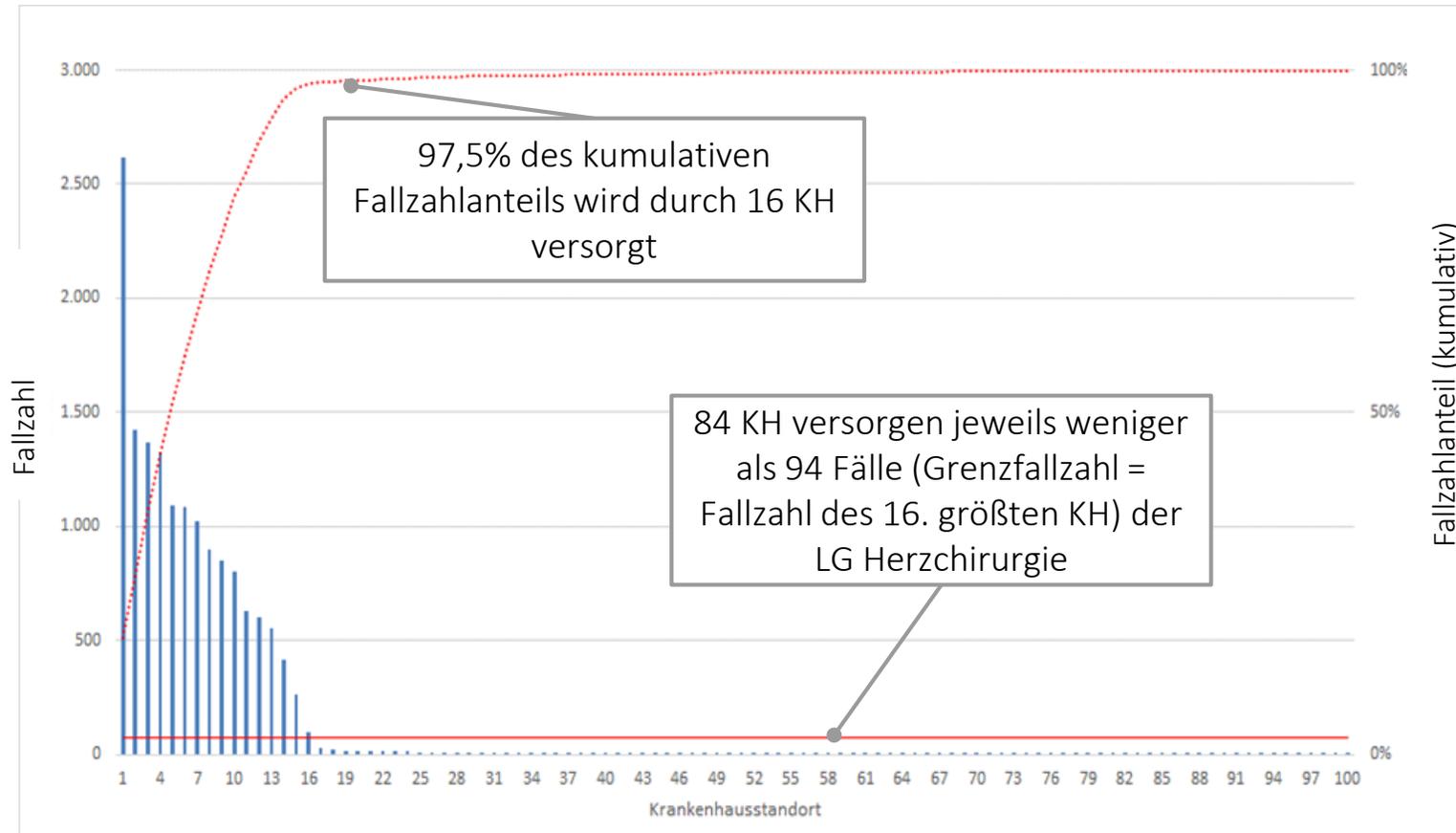
Einführung und Struktur des Gutachtens

- Leistungsorientierung
- **Versorgungsanalyse**
- Bedarfsprognose
- Qualitätsorientierung
- Neuer Planungsansatz in der Praxis

Handlungsempfehlungen

Die Definition der Versorger ist hoch relevant für die Versorgungsanalyse und erfolgte über eine für jede LG algorithmisch abgeleitete Grenzfallzahl

Exemplarisches Beispiel für die LG Herzchirurgie



- Zur Identifikation der relevanten Versorger wurde für jede LG eine Grenzfallzahl definiert
- Die Bestimmung dieser Fallzahl geschieht in der Regel mittels „97,5%-Ansatz“
- Die Fallzahlgrenze wird dabei so definiert, dass kumulativ 97,5% der Fälle in den relevanten Versorgern versorgt werden
- Für besondere LG wurden Ausnahmen definiert um das tatsächliche Versorgungsspektrum korrekt abzubilden (z.B. beide LG der LB Grundversorgung)

Die Versorgungsanalyse basiert auf verschiedenen Einzelanalysen welche gesamt- haft betrachtet eine umfassende Darstellung der Versorgungsstruktur erlauben

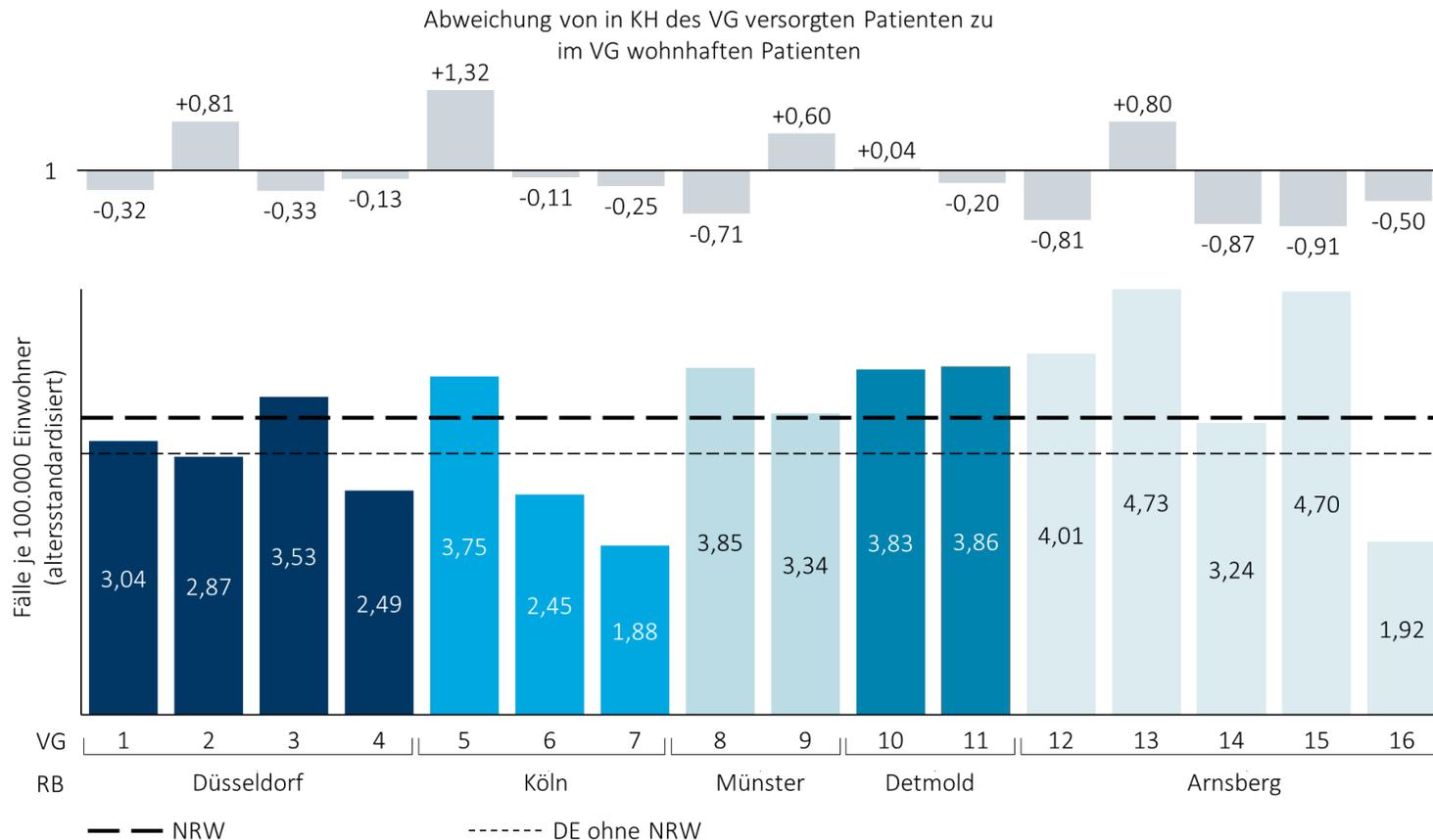
Analysen und Kennzahlen zur Identifizierung von Unter-, Über- und Fehlversorgung

- 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:
Verweildaueranalyse (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 Ösophaguschirurgie ist durch deutliche Wanderungsbewegungen und eine heterogene Krankenhaushäufigkeit gekennzeichnet...

Krankenhaushäufigkeit und Wanderungskennzahl je VG - LG Ösophaguschirurgie



Wanderungsbewegungen

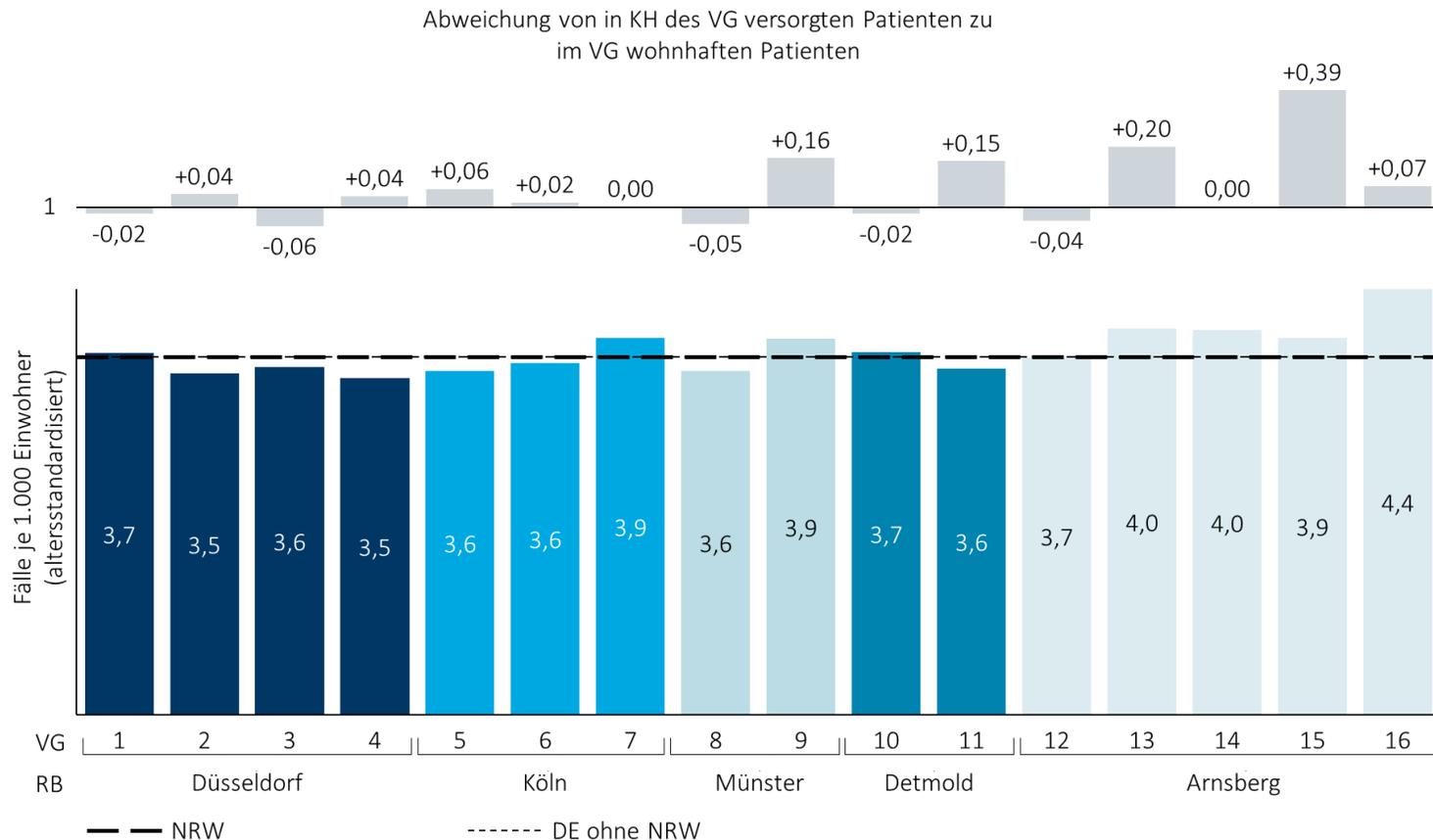
- In der Hälfte der VG ist eine deutliche Zu- bzw. Abwanderung von Patienten in andere VG beobachtbar (u.a. VG 13, 15)
- Wanderungen sind für diese LG aufgrund des stark elektiven Charakters nicht überraschend

Altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit

- Die KH-Häufigkeit je Regierungsbezirk (RB) ist im Deutschlandvergleich unauffällig (Düsseldorf, Köln) bzw. auffällig (Münster, Detmold und Arnsberg)
- Aufgrund der vergleichsweise seltenen KH-Häufigkeit (insgesamt nur 600 Fälle in NRW) sind diese stärker vom Zufall beeinflusst als in anderen LG

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

Krankenhaushäufigkeit und Wanderungskennzahl je VG - LG Endoprothetik Hüfte



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)

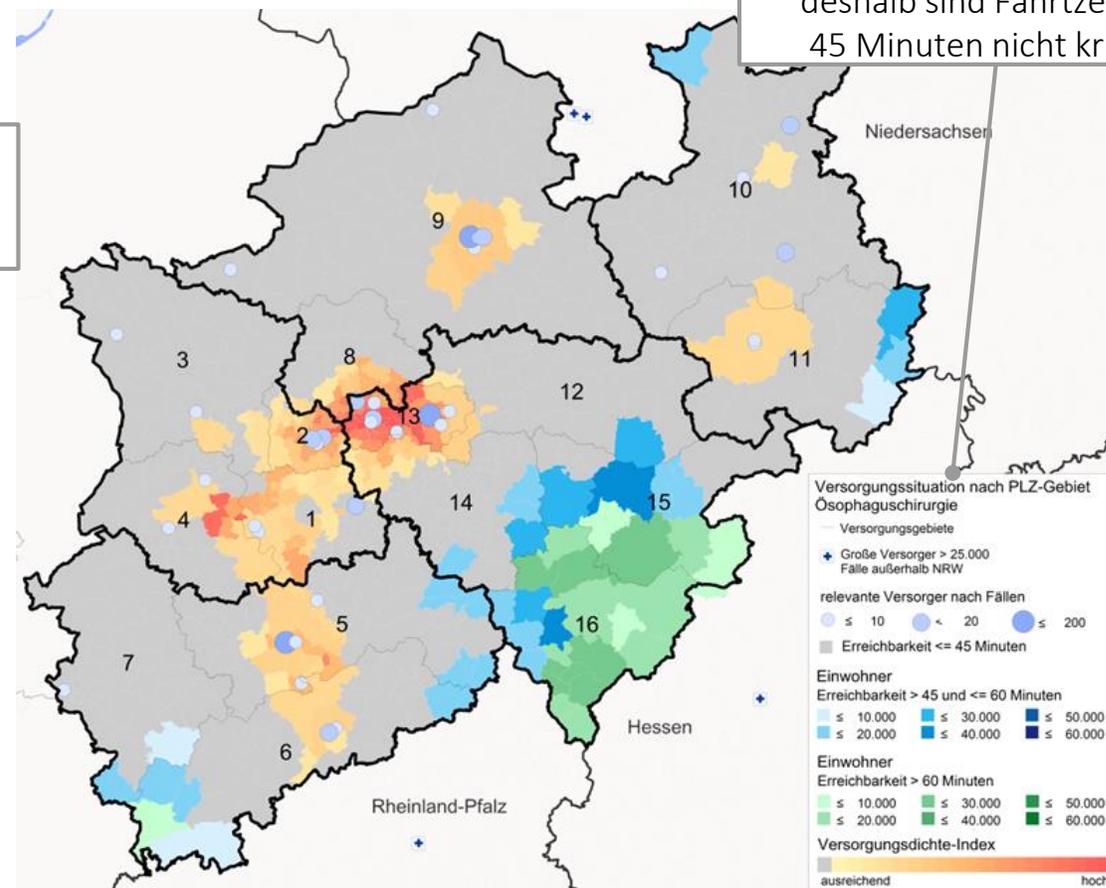
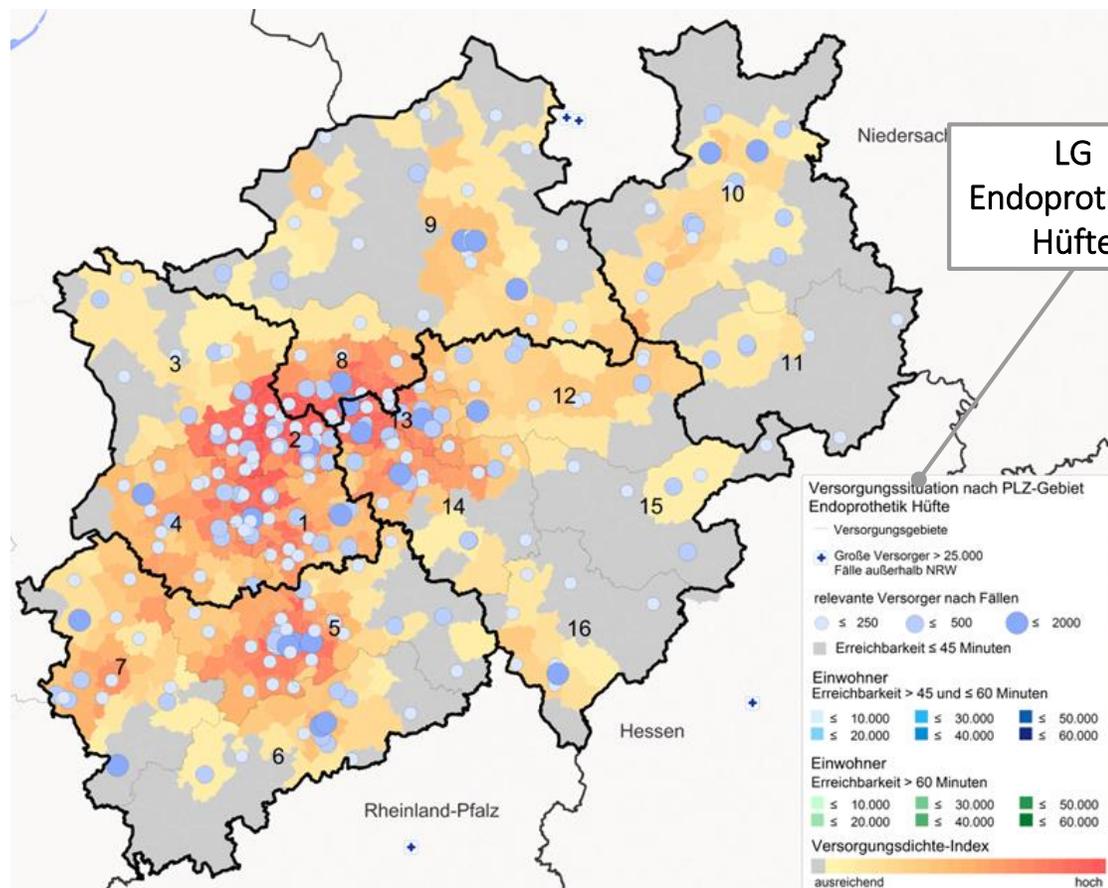
Altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit

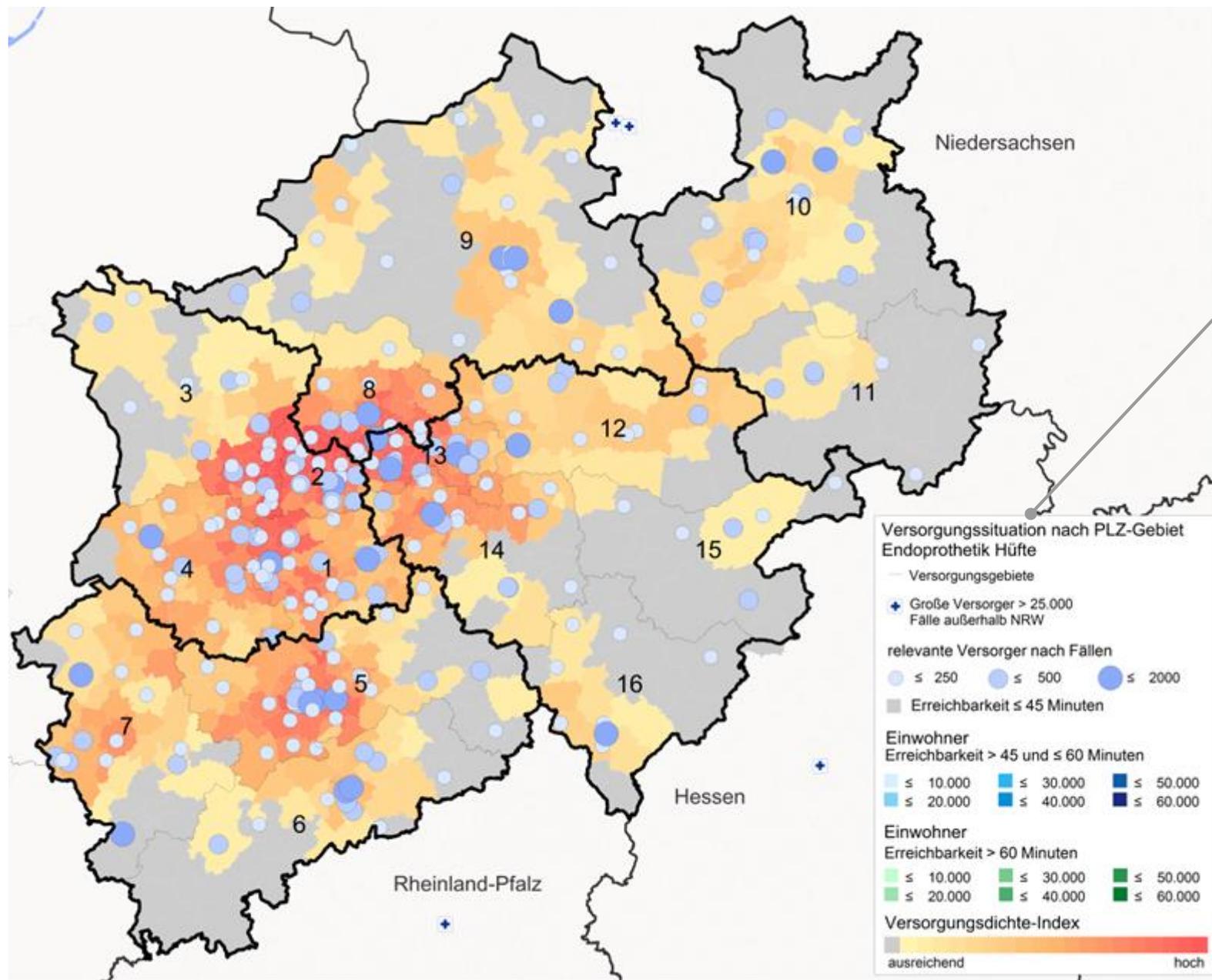
- Die KH-Häufigkeit je Regierungsbezirk (RB) ist im Deutschlandvergleich meistens unauffällig (Ausnahme Arnsberg)
- Grund hierfür könnte jedoch sein, dass deutschlandweit eine Tendenz zur Überversorgung besteht

... und die Erreichbarkeit in den LG Endoprothetik Hüfte und Ösophaguschirurgie ist flächendeckend gewährleistet

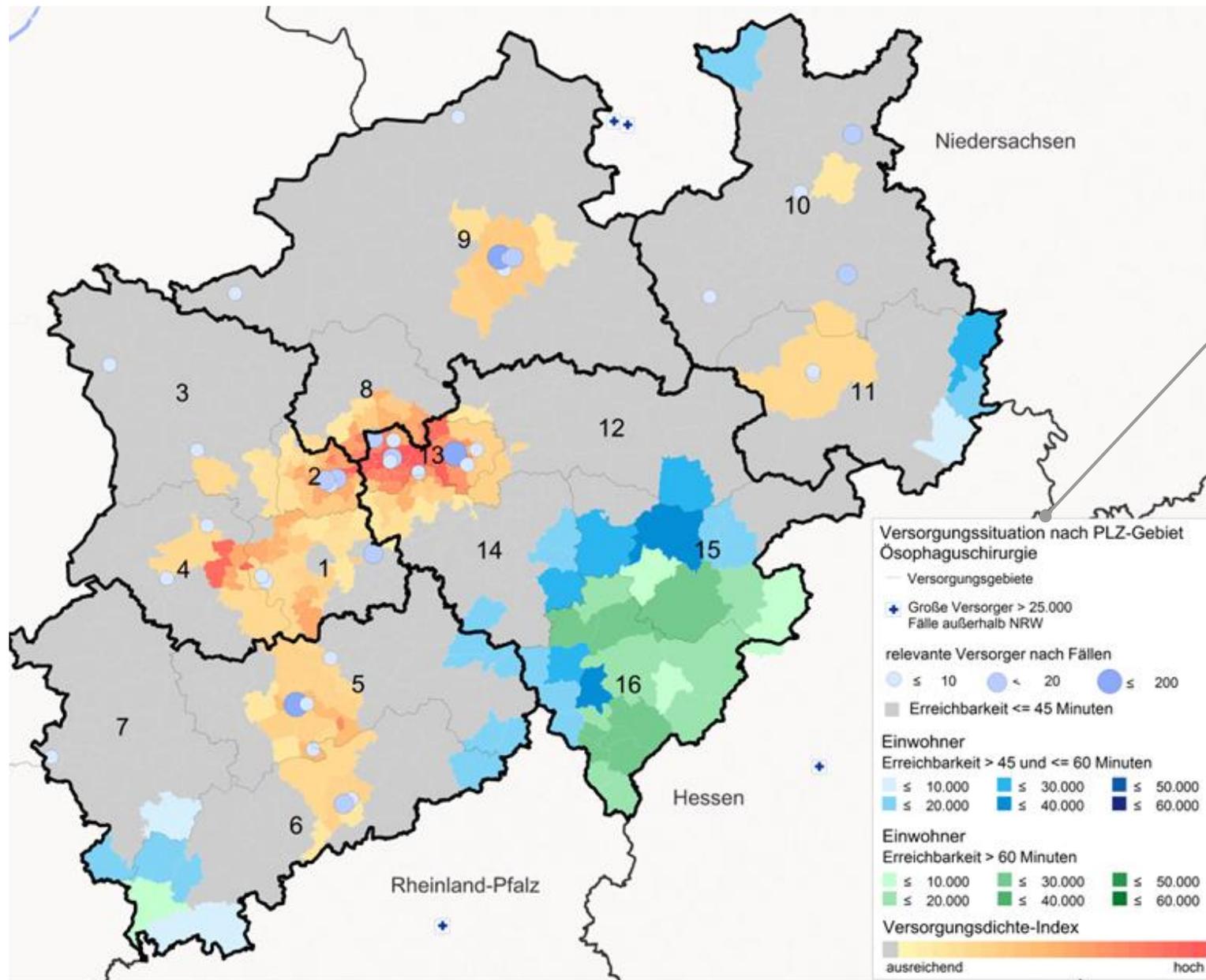
Versorgungsdichte: Fahrtzeiten und Erreichbarkeit definierter Versorger

In der hoch elektiven LG Ösophaguschirurgie sind Fahrtzeiten zweitrangig, deshalb sind Fahrtzeiten > 45 Minuten nicht kritisch





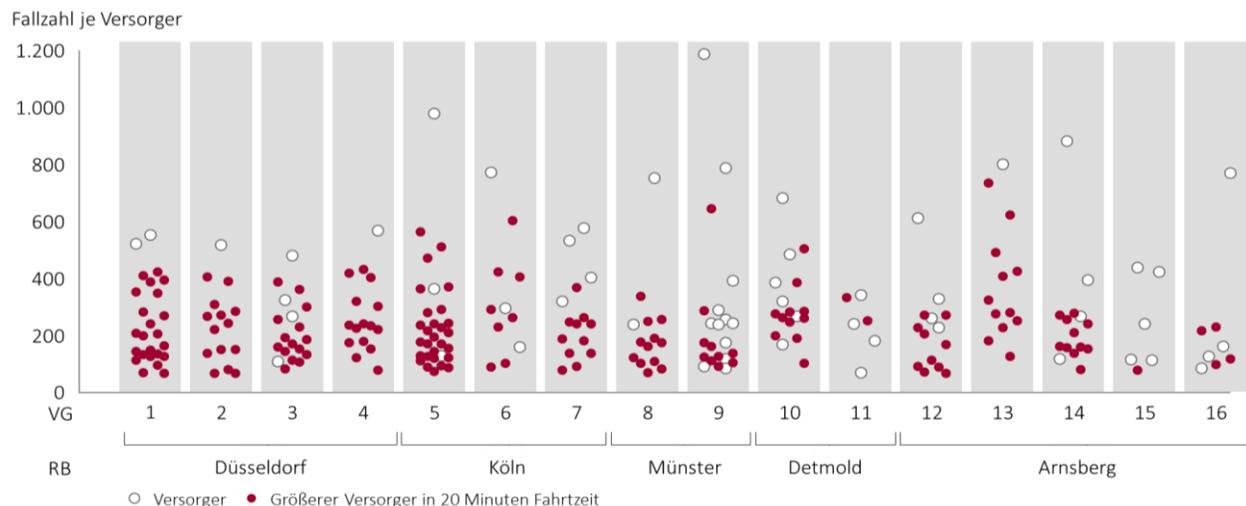
Beispiel: LG
Endoprothetik Hüfte



Beispiel: LG
Ösophaguschirurgie

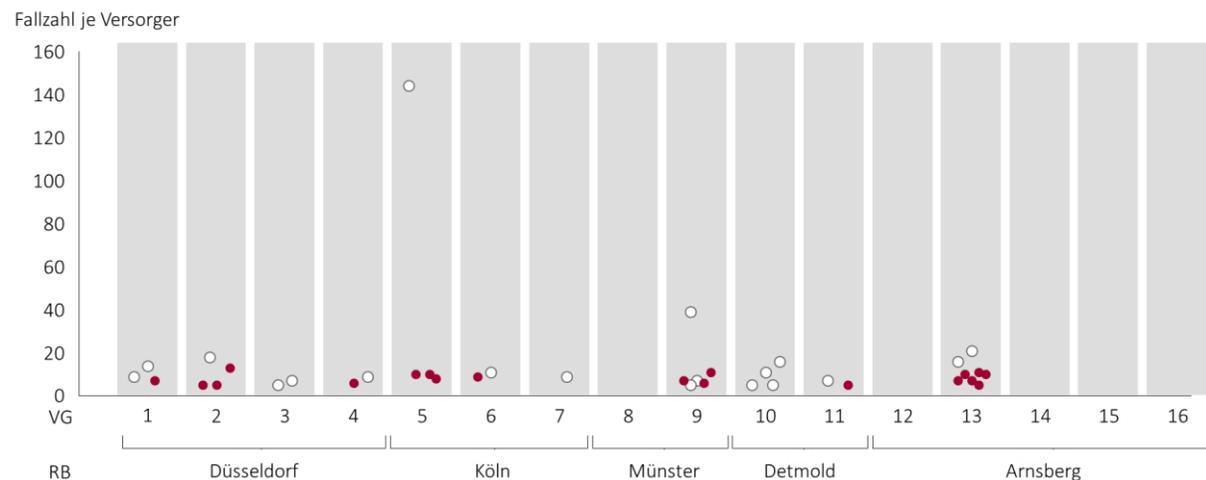
... in den Ballungsgebieten kann eine erhöhte Anzahl an Versorgern und Leistungsfragmentierung für beide LG festgestellt werden

Marktkonzentration: Footprint der Versorger sortiert nach Fallzahl je VG



LG Endoprothetik Hüfte

- 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 >350
- 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)

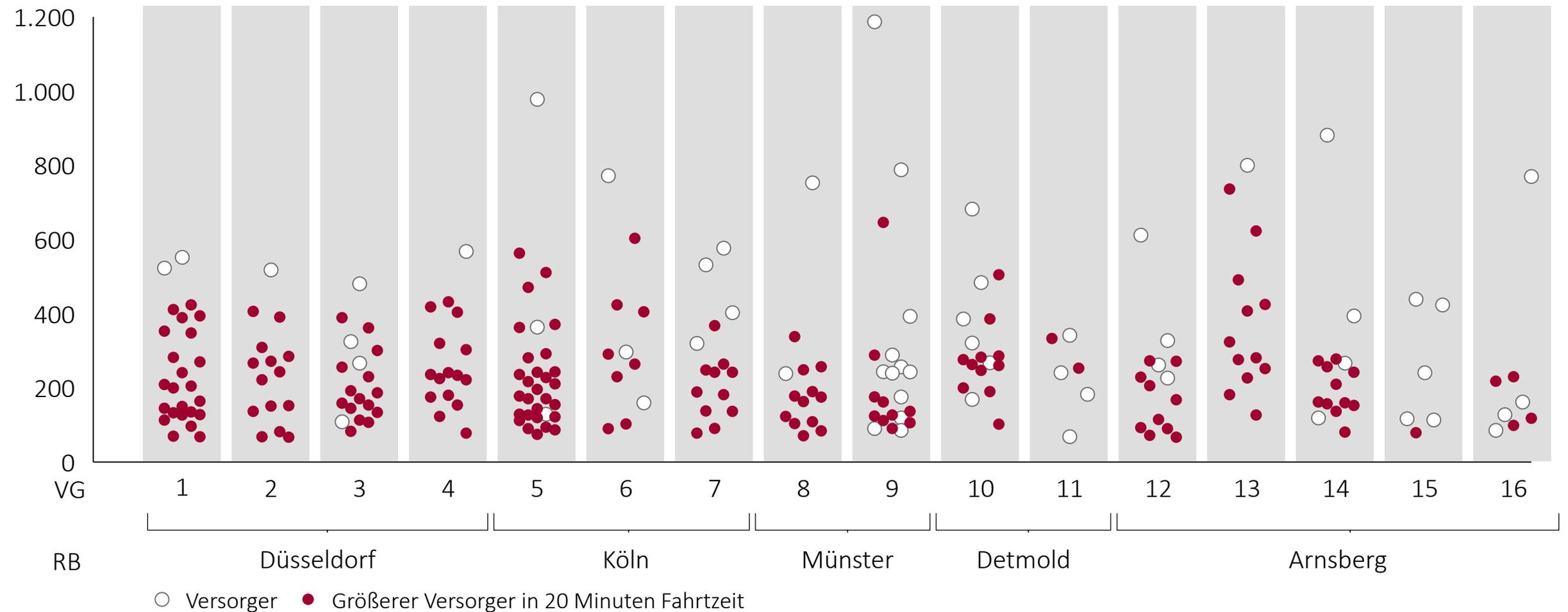


LG Ösophaguschirurgie

- Häufung überwiegend kleinerer KH mit Fallzahlen gleich oder kleiner als 10 in allen RB
- Nur 2 Versorger mit mehr als 25 Fällen (VG 5, VG 9)
- Generell viele Versorger mit geringen Fallzahlen in NRW vorhanden, z.B. VG 13

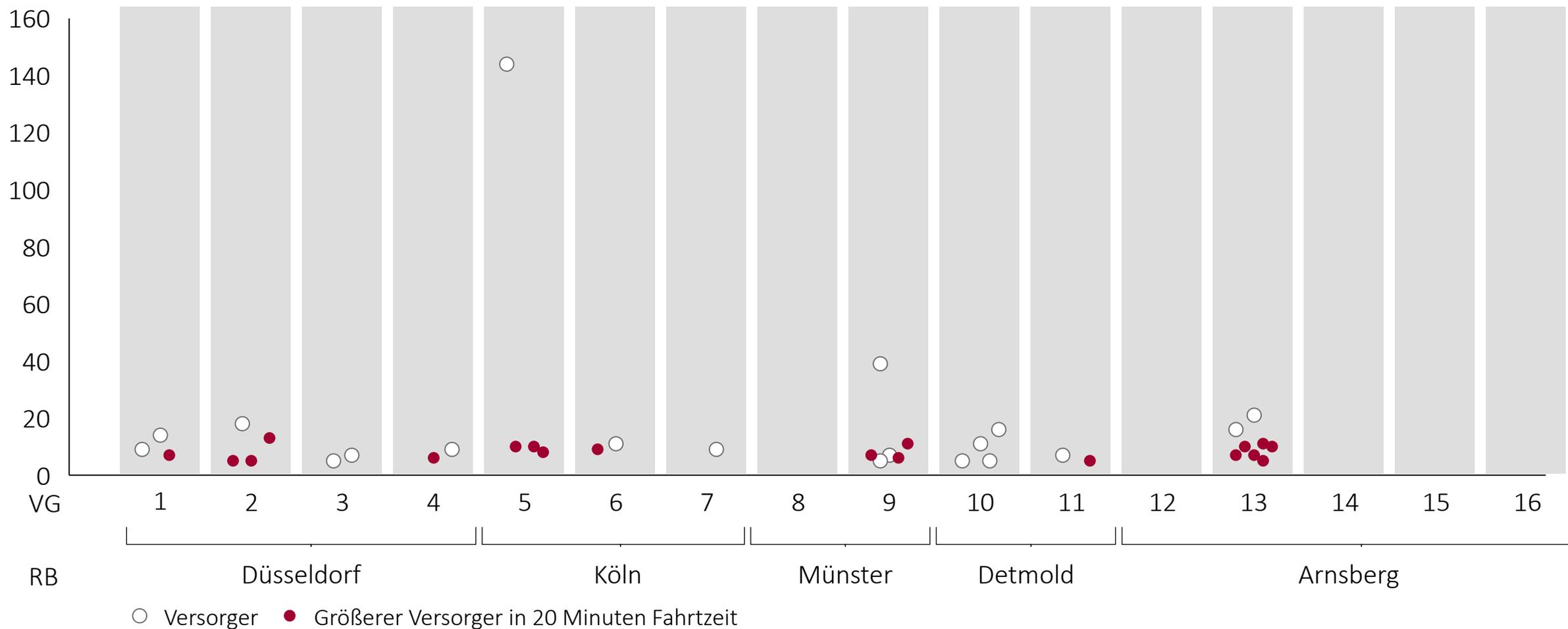
Detailansicht: LG Endoprothetik (Hüfte) – Leistungsfragmentierung und Versorger mit geringer Fallzahl in weiten Teilen NRW

Fallzahl je Versorger



Detailansicht: LG Ösophaguschirurgie – Versorger mit geringer Fallzahl und wenige Zentren

Fallzahl je Versorger



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

- Die endgültige Bewertung der Versorgungssituation wurde standardisiert qualitativ mittels der Ergebnisse der quantitativen Einzelanalysen durchgeführt
- Je nach medizinischer Komplexität der LG, der entsprechend vorzuhaltenden Infrastruktur, der Fallzahl und der Anzahl der KH-Standorte wurde eine andere geografischen Analyseebene gewählt (VG-, RB-, NRW-Ebene)

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	↑	↑	↑	↑	↑	↗	↑	↑	↗	↗	✓	↗	↗	↑	↗	↓
LG Ösophaguschirurgie	↑				↗			↗		↗		✓*				

↑ 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

* Insgesamt bedarfsgerechte Versorgung bei inhomogener Verteilung

Die Analysen zeigen in verschiedenen Bereichen Versorgungsauffälligkeiten

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

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

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

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

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 in Brust“ wurden nicht in Brustzentren durchgeführt

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

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

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

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

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Einführung und Struktur des Gutachtens

- Leistungsorientierung
- Versorgungsanalyse
- **Bedarfsprognose**
- Qualitätsorientierung
- Neuer Planungsansatz in der Praxis

Handlungsempfehlungen

Im Rahmen der Bedarfsprognose wurden verschiedene Faktoren quantitativ oder qualitativ berücksichtigt

Übersicht der Einflussfaktoren auf den Bedarf

Demografische Entwicklung

- Je geografischer Einheit
- Nach Alterscluster und Geschlecht

Veränderung der Krankenhaushäufigkeit

Ambulantisierung (...und Bereinigung Fehlversorgung Kurzlieger)

- Kurzliegende 1-2-Tages-Fälle
- Ambulant-sensitive Fälle
- Medizinisch-technischer Fortschritt mit Verschiebung zur Ambulanz

Veränderung von Prävalenz und Inzidenz

- Aufgrund gesellschaftlicher und ordnungspolitischer Einflüsse
- Aufgrund von med.-techn. Fortschritt und anderen/besseren Möglichkeiten in Diagnostik, Behandlung und Therapie

Veränderung der Verweildauer und des Bettennutzungsgrads („Auslastung“)

- Verweildauerpotenzial, Prozessverbesserungen und med.-techn. Fortschritt
- Durch Demografie & Ambulantisierung bedingte Verschiebung der Krankheitsbilder
- Rein Demografischer Einfluss (unterschiedliche Liegezeit je Alter)

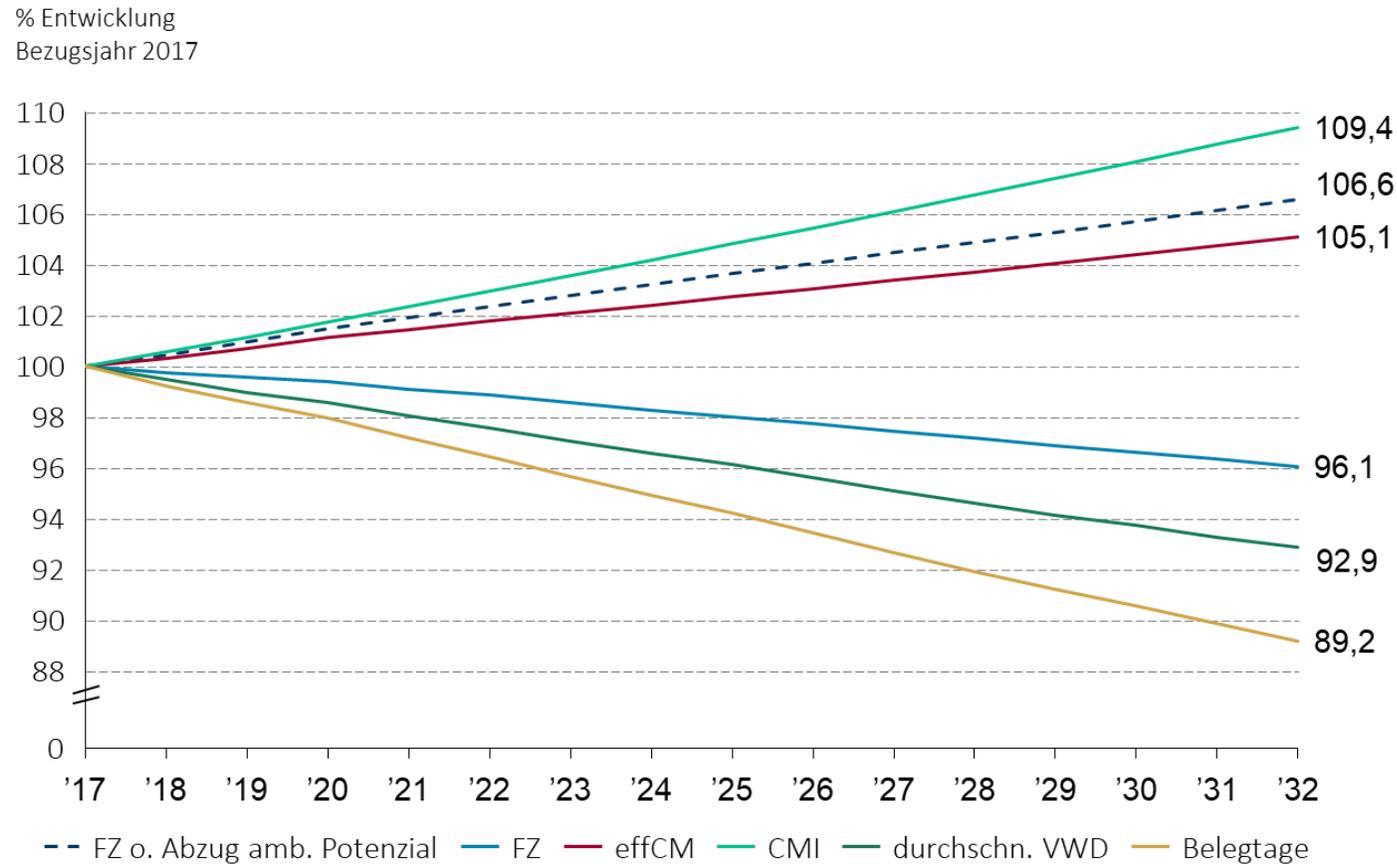
- Die **demografische Entwicklung** ist gemäß Bevölkerungsfortschreibung vorgegeben
- Die **Ambulantisierung** kann auf Basis der vorliegenden Daten algorithmisch bewertet werden
- Aussagen zu Änderungen in der **Prävalenz und Inzidenz** unterliegen diversen äußerst unklaren Einflüssen (im Gutachten nur qualitativ berücksichtigt)
- Zukünftige **Verweildauern** (mit diversen Einflüssen) und **Ziel-Auslastungen** können valide abgeschätzt / prognostiziert werden

Zusammenfassung Prognosemodell:

- 1) Konservatives Modell (Trends werden nicht überschätzt)
- 2) Algorithmisch hinterlegt → einfache Adaption an neue Rahmenbedingungen
- 3) Prognose auf Fallebene, z.B. können Änderungen in den LG leicht abgebildet werden

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

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



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

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Einführung und Struktur des Gutachtens

- Leistungsorientierung
- Versorgungsanalyse
- Bedarfsprognose
- **Qualitätsorientierung**
- Neuer Planungsansatz in der Praxis

Handlungsempfehlungen

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

* 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

Leistungsbe- reich	Leistungs- gruppe (Kürzel)	Strukturqualität					Prozessqualität				MMV			
		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		
	...													

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Einführung und Struktur des Gutachtens

Handlungsempfehlungen

Übersicht: Wesentliche Handlungsempfehlungen zur Umsetzung einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung in NRW



- 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



- 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

Transparenz über das Leistungsgeschehen

- Erarbeitung einer klaren, langfristigen Medizinstrategie wird ermöglicht, 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 aktive Mitarbeit aller Krankenhäuser und deren Träger
- Erschwerte Marktpositionierung für einzelne Leistungserbringer bei hoher Redundanz der Angebote insb. in urbanen Räumen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Weiterführende Materialien rund um das Gutachten:

<https://www.mags.nrw/krankenhausplanung>

Kontakt:

a.geissler@tu-berlin.de

+49 30 314 21020

PD Dr. Alexander Geissler

Department of Health Care Management (MiG)

Berlin University of Technology

European Observatory on Health Systems and Policies

WHO Collaborating Centre for Health Systems, Research and Management