



# Zukunft der Krankenhauslandschaft in NRW

## Neue Arbeitsteilung im Krankenhaus

### 14.Jan.2008 in Essen

Hans-Hermann Heil-Ferrari



# Gliederung meines Vortrages

- Daten, Zahlen und Fakten
- Derzeitige Veränderungen im Gesundheitssystem (Finanzierung)
- Veränderungen bezogen auf:  
Krankenhauslandschaft,  
Krankenhausorganisation,  
Krankenhauspflegeorganisation
- Thesenpapier
- Fazit



# Daten, Zahlen und Fakten

- Abbau von ca. 90.000 VK Stellen in den letzten 10 Jahren, davon 50.000 VK Stellen im Pflegebereich
- 11%=230 Kliniken haben einen Notlagentarifvertrag, d.h. Abkoppelung von der allgemeinen Tarifentwicklung
- Jeder 2. Patient klagt über mangelnde Betreuung durch Pflegepersonal und Ärzte

*Das Krankenhaus 1/08*



# Unterfinanzierung

- 28 % = 600 Krankenhäuser weisen einen Fehlbetrag auf
- Grundlohnraten sind seit 2004 immer unter 1 % (Verbraucherpreise sind um 7,3 % gestiegen)
- Grundlohnrate 2007+2008 = 0,28 + 0,64
- Grundlohnratenermittlung spiegelt 2008 die Grundlohnermittlung der 2. Hälfte 2005/1. Hälfte 2006
- Realistische Grundlohnrate: 2,5%

*Das Krankenhaus 1/08*



# „Produktivität“

- Anzahl der Entlassungen pro Pflegekraft

D	52
F	31
DK	25
NL	14

*Das Krankenhaus 1/08*



# Mc Kinsey Studie

- Deutschland bei Wirtschaftlichkeit und Kostengünstigkeit im Krankenhauswesen spitze.....
- Zugänglichkeit und Breite des Krankenhausangebotes = beste Noten
- International niedriges Gehaltsniveau
- Krankenhausmarkt in D ist besser als der Ruf....
- Sektor ist unterfinanziert: Bund ist verantwortlich für die Vergütung der KH-Leistungen, Länder für Investitionen



# Budgetdeckel

- -0,5 % wg. Sanierungsbeitrag GKV
  - -1,0 % wg. IV-Anschub
  - -0,5 % wg. amb. hochspez. med. Leistungen
  - -1,0 % wg. MWSt
  - + Tarifsteigerungsrate (Ärzte!)
- 
- Aber: Grundlohnsummensteigerungsrate von 0,02% bzw. 0,64



# DRG - Einführung

Durch die Einführung des Fallpauschalensystems der DRG hat sich die Krankenhausfinanzierung grundlegend verändert. Es fand ein Paradigmenwechsel statt. Von der Selbstkostendeckung zum Preissystem. Dieses Preissystem ist allerdings landesweit administriert. Derzeit sind über 1000 DRG kalkuliert.

Derzeit noch Konvergenz, aber nur bis 2009!!!

# GMG 2004 + GKV WSG 2007

- Stellschrauben:
- Amb. OP § 115 SGB V
- IV (SGB V § 140) derzeit 3.488 Verträge
- Hochspezialisierte amb. Medizinische Leistungen durch KH-Ärzte § 116 b
- DMP § 116 (Diab.mell. Typ I+II, Brustkrebs, KHK, Asthma, COPD) MVZ § 95 (666 MVZ, 29% KH Träger aber nur 7 der KH gründeten bisher ein MVZ)

# IV


- §140 a-h SGB V
- Anschubfinanzierung
- Mindestens zwei Sektoren
- Budgetneutral für Krankenhäuser
- Beteiligte (neu SGB XI) ohne Beteiligung der KV möglich
- 99 % indikationsbezogene Rest populationsbezogene Verträge
- Beispiele (TEP, Urologie, Onkologie....)





# Hochspezialisierte medizinische Leistung durch KH § 116 SGB V

- Katalog der Erkrankungen: u.a. Onkologie, MS, Herzerkrankungen,
- Neu: Anschubfinanzierung
- Vertragsgestaltung ohne Beteiligung KV möglich
- Einstieg in den Ausstieg des niedergelassenen Facharztsystems ??



# DMP § 116 SGB V

- Chronikerprogramme der gesetzlichen Krankenkassen mit bestimmten Leistungsanbietern im Gesundheitswesen
- EBM steht im Vordergrund
- Mindestmengen und Rahmenbedingungen
- Leitliniengesteuert
- Freiwillig für die Versicherten
- Bonussystem
- Verknüpfung DMP und RSA für GKV



# MVZ § 95 SGB V


- Mindestens drei unterschiedliche Fachbereiche
- Vertragsfreiheit für Krankenhäuser, Managementlösungen, Zusammenschlüsse
- Ketten machen es vor!
- Ankauf von kassenärztlichen Praxen durch Krankenhäuser
- Bindung der ambulanten Versorgung an die stationäre Behandlung und umgekehrt



# Ambulantes Operieren


## § 115 SGB V

- Katalog der zukünftig ausschließlich ambulant zu erbringender Operationen
- Z.B. Hernie
- Vergütung nach EBM
- Sowohl die ambulant tätigen Ärzte als auch das Krankenhaus kann das ambulante Operieren anzeigen und durchführen
- Achtung OP - Strukturen



# Auswirkungen der DRG auf die Krankenhausorganisation

- VD-Verkürzung (in den Niederlanden: VD bei elektiver TEP = 4 Tage)  
Überkapazitäten!
- Krankenhausschließung
- Erwerbswirtschaftliche KH Unternehmen gewinnen an Bedeutung.
- Spezialisierung
- Vergl.: A. Anderson-Szenario 2000 + RWI – Studie 2006
- Krankenhausplanung NRW



# Landeskrankenhausplanung NRW

- Hill – Burton Formel

$$VD \times KH\text{-Häufigkeit}/100.000 \text{ EW} \times \text{EW}$$

---

$$\text{Belegungsquote} \times 365$$



# Landeskrankenhausplanung NRW

- 16 Planungsregionen
- Selbstverwaltung regelt nach Vorgaben oder Landesregierung übernimmt die Planung
- Grundlage für Mindestgröße sind die Regelungen der Facharztausbildung
- Anpassungen nur nach Krankenhausabteilung oder Krankenhausschließung
- 16 Planungsregionen
- Selbstverwaltung regelt nach Vorgaben oder Landesregierung übernimmt die Planung
- Grundlage für Mindestgröße sind die Regelungen der Facharztausbildung
- Anpassungen nur nach Krankenhausabteilung oder Krankenhausschließung



# Umstellung der Investitionskostenfinanzierung

- Keine Antragsförderung mehr, auch nicht für Großgeräte
- Baupauschalen: Grundlage ist der CM
- Im Durchschnitt jedes Krankenhaus in NW ca. 500 T€ p.a.
- 10 Jahre Ansparzeit für OP Neubau
- Einstieg in den Ausstieg der staatlichen Investitionskostenfinanzierung
- Refinanzierung der Zinsaufwendungen
- Verschärfung der Finanzierungssituation gerade öffentlicher Krankenhäuser



# Thesenpapier eines künftigen Krankenhausszenarios

Das Krankenhaus der Zukunft hat keine Abteilungsstrukturen mehr, sondern gliedert sich in autonome Kompetenzzentren (Kopf, Bauch, Kind-Mutter u.ä.). Hier wird u.a. abteilungsübergreifend die Kurzzeit Chirurgie und das ambulante Operieren betrieben. Die Versorgung der Patienten erfolgt in abgestuften interdisziplinären Versorgungseinheiten (Intensivtherapie, Intensivüberwachung, IMC, Normalpflegeeinheiten und ggf. non-care Einrichtungen).

Ambulante Leistungen werden am Krankenhaus erbracht (IV, MVZ, DMP, hochspezialisierte med. Leistungen nach § 116 u.a.).

Das Krankenhaus beschäftigt Fallmanager.



# Abteilungsübergreifende Profit-Center

Profit-Center (Organisationseinheiten/ Kompetenzzentren) im Krankenhaus sind selbständige, budgetverantwortliche Einheiten die auch die Leistungsmenge bestimmen und u.a. mit personalwirtschaftlichen Kompetenzen ausgestattet sind. Ein Bonus/Malus- System ist eingerichtet.



# Auswirkungen auf den Pflegedienst

- Der Pflegedienst wird mit weitreichenden Veränderungen konfrontiert
- Die Berufsgruppe gestaltet diesen Wandel
- Die Berufsgruppe wird gesteuert
- Neue Ausbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten entstehen
- Der Einfluss im strategischen Management schwindet



# Behandlungspfade und Fallmanagement

Der Clinical Pathway und die damit verbundene Prozessoptimierung, sowie das entsprechende Fallmanagement oder Case management (Terminierung, vorstationäre Aktivitäten, vollstationäre Unterbringung, Operation, nachstationäre Aktivitäten) sind dafür verantwortlich, dass die Verweildauer z.B. bei TEP auf vier Tagen beschränkt ist.



# Neue Aufgabenverteilung im KH

- nichtärztliche Aufgaben
- ärztliche Aufgaben sind delegierbar
- administrative Aufgaben
- Case Management
- nichtpflegerische Aufgaben
- pflegerische Aufgaben,  
werden neu definiert, auch oder nur nach wirtschaftlichem Wert



# Fazit

- Durch die neuen ordnungspolitischen Veränderungen durch Bundes und Landespolitik sind die Veränderungen in der Krankenhauslandschaft und in der Krankenhausorganisation gewollt.



Vielleicht gibt es ja  
schönere Zeiten aber diese  
ist nun mal unsere

J.P. Satre