



**Berliner Krankenhaus-Seminar
04. November 2009**

**Brit Ismer
Berliner Krankenhausgesellschaft**



**Landeskrankenhausplan,
Landeskrankenhausgesetz,
Investitionsmittelvergabe**

in Berlin



Koalitionsvertrag SPD / Die Linke 2006-2011:

Punkt 15: Gesundheit

„In einem wettbewerbsorientierten Krankenhausmarkt mit einer leistungsbezogenen Finanzierung der Krankenversorgung muss sich die Krankenhausplanung zwangsläufig von einer detaillierten, bettenbezogenen auf eine eher flexible, leistungsorientierte Planungsmethodik umstellen.“

...Die Sicherung einer hochwertigen Versorgung und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind dabei gleichrangige Ziele.

Das Land Berlin wird auch künftig der Finanzierungsverantwortung für Krankenhausinvestitionen gerecht.“

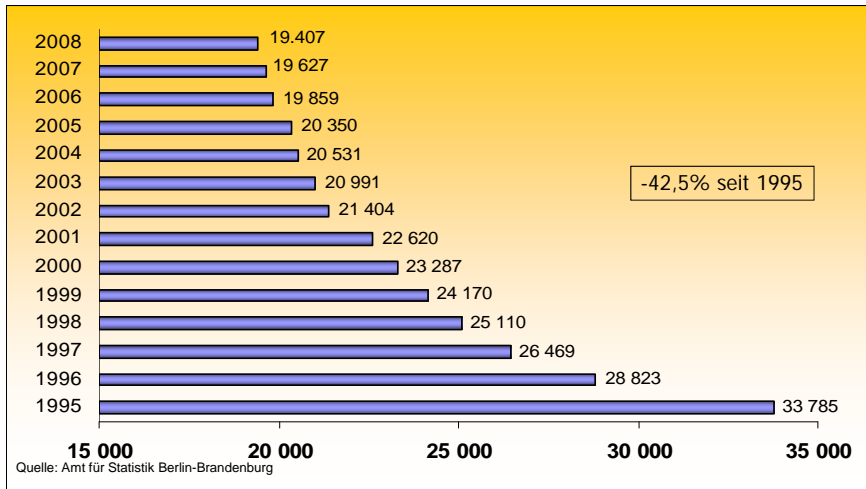


Stand der Krankenhausversorgung in Berlin im Jahr 2009

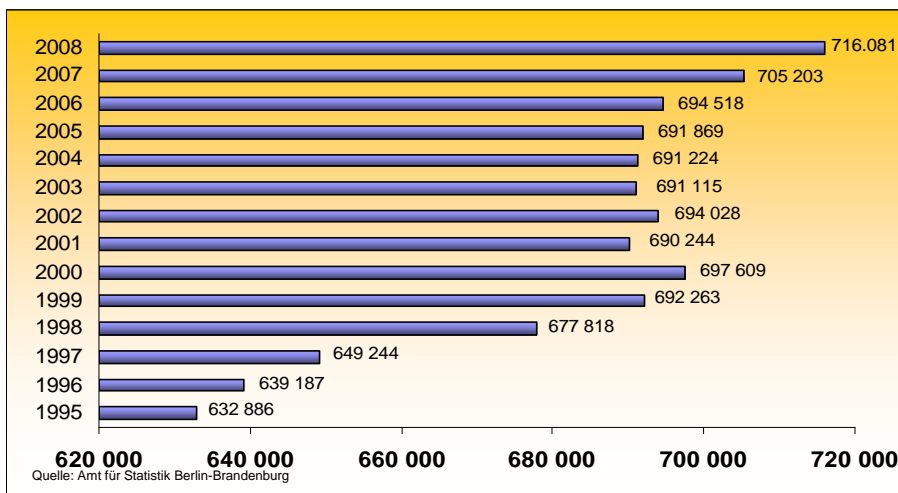
Oktober 2009



Bettenentwicklung 1995 – 2008 (vollstationäre Betten)

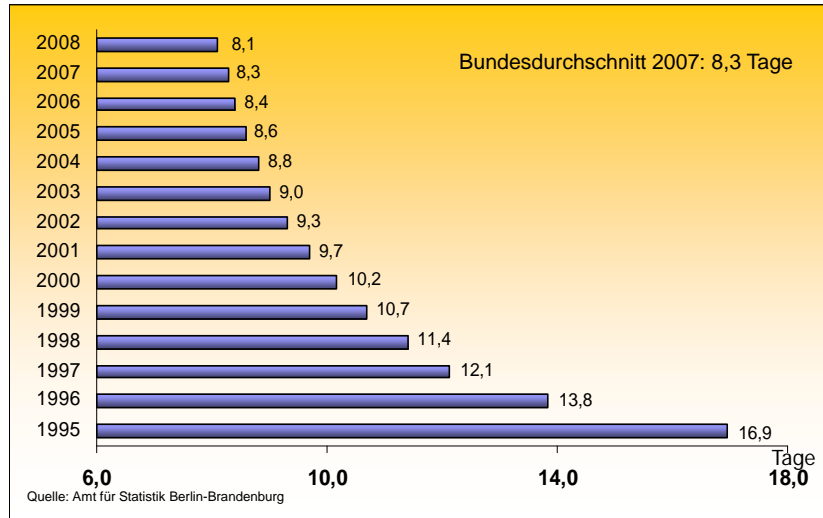


Fallzahlentwicklung 1995 – 2008 (vollstationäre Fälle)

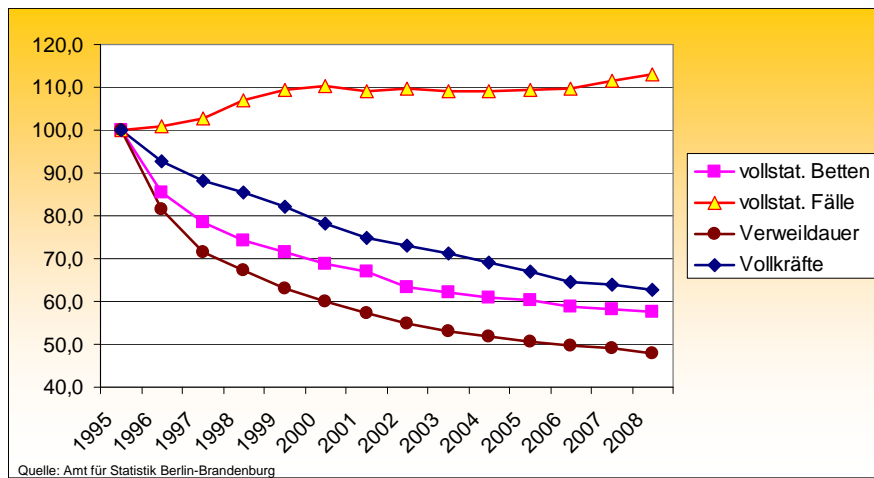




Verweildauerentwicklung 1995 – 2008

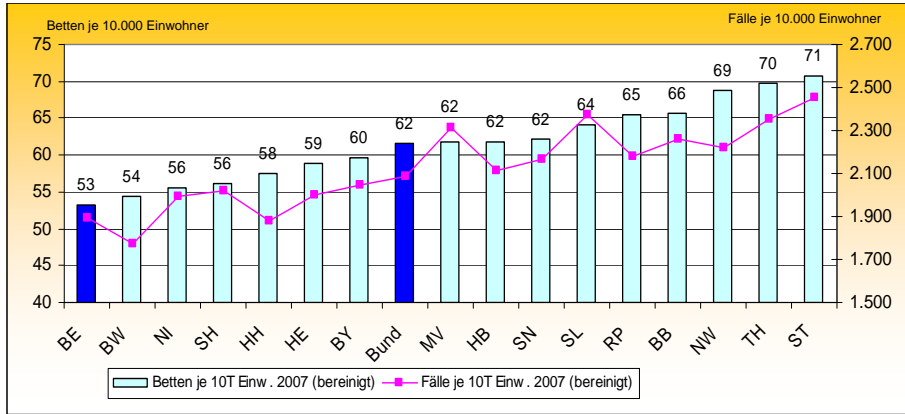


Entwicklungen in der Krankenhausversorgung 1995 – 2008 (Veränderungen ggü. 1995 (1995 = 100))





Krankenhausversorgung im Bundesvergleich 2007 ¹⁾

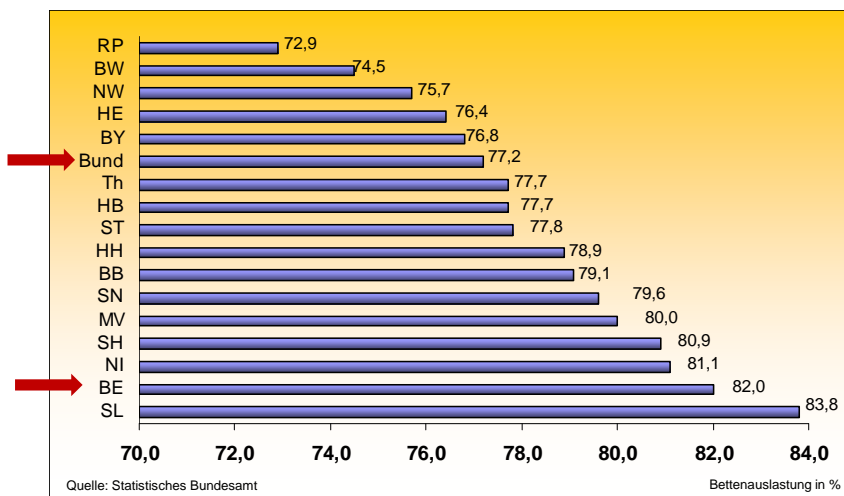


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

¹⁾ Umlandversorgungsbereinigte bevölkerungsbezogene Bettendichte und Fallzahlhäufigkeit



Auslastung im Bundesvergleich 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Bettenauslastung in %



Krankheitsschweregrad nach Wohnort (DRG-Bereich)

Wohnort der Patienten	Fälle %-Anteil	Casemix %-Anteil	CMI 08	VD 08
Gesamt	100,00%	100,00%	1,19	7,19
a) Berlin	85,89%	83,48%	1,15	7,23
b) Brandenburg - direktes Umland	9,17%	9,60%	1,24	6,61
c) Brandenburg - ohne direktes Umland	0,97%	1,36%	1,66	7,67
d) Patienten sonstiger Herkunft	3,97%	5,56%	1,66	7,70

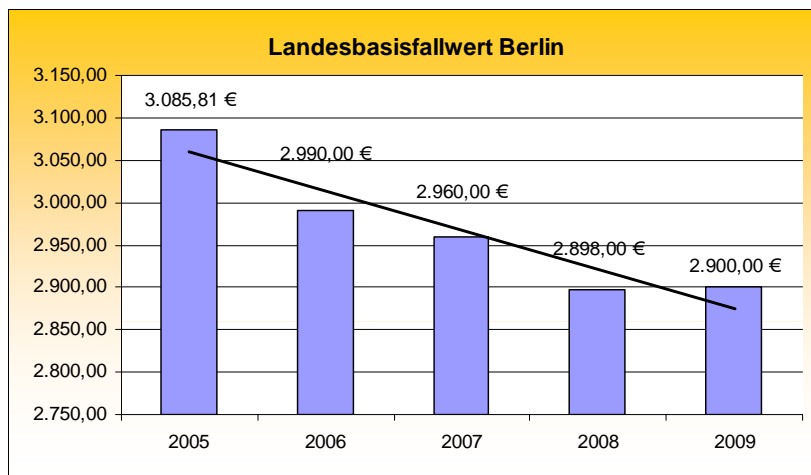
Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG 2008; Grouper 2008



Die in den Berliner Krankenhäusern behandelten Patienten weisen im Jahr 2008 einen um rd. 19 % höheren Schweregrad (Casemix-Index (CMI) = 1,19) gegenüber dem Bundesdurchschnitt (ca. 1,0) auf. Insbesondere die Patienten aus dem weiteren Umland bzw. aus anderen Bundesländern werden aufgrund von schweren Erkrankungen in den Berliner Krankenhäusern behandelt. Deren CMI liegt mehr als 60% über dem Durchschnitt. Insoweit nehmen die Krankenhäuser in Berlin ihre Metropolfunktion und damit ihre Verantwortung auch gegenüber den umliegenden Regionen wahr.

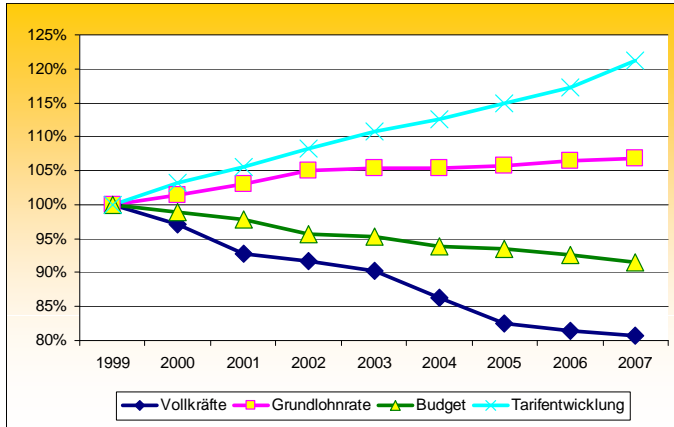


Landesbasisfallwerte Berlin 2005 - 2009





Kosten- und Budgetentwicklung (Veränderungen ggü. 1999 (1999 = 100))



- Bei steigenden Personalkosten und sinkenden Budgets
- müssen immer mehr Patienten durch weniger Personal behandelt werden.

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, DKG, eigene Berechnungen



Notfallversorgung

Berlin ist gut fürs Herz

Im Bundesvergleich sterben in der Hauptstadt die wenigsten Menschen an Infarkt. In Brandenburg ist die Gefahr deutlich höher

Laut dem Herzbericht der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) gab es in Berlin 2008 pro 100 000 Einwohner rund 26 Todesfälle nach Herzinfarkten. Damit lag die Infarkt-Sterbeziffer in Berlin – berechnet für das Jahr 2007 – fast 60 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. In Hamburg waren es 62 Todesfälle pro 100 000 Einwohner, in Sachsen-Anhalt sogar 103, teilte die DGK mit.

Die Ursachen für die positiven Berliner Zahlen können sich die Kardiologen allerdings selbst nicht erklären. Zusammenhänge mit der medizinischen Versorgungsstruktur seien nicht zu erkennen, sagte der Verfasser der Studie, Ernst Bruchmberger. Denn in Südstaaten wie Hamburg und Berlin sind Kliniken im Unterschied zu Flächenländern ähnlich gut und schnell zu erreichen.

Um Umkehrschluss lässt sich so jedoch das schlechte Abschneiden Brandenburgs im Herzbericht erklären: Hier ist die Todesgefahr nach einem Herzinfarkt größer als in vielen anderen Bundesländern. In der Mark haben im vergangenen Jahr laut DKG 312 Menschen je 100 000 Einwohner eine Herzattacke erlitten und 94 starben daran.

Was sind die Gründe? „Wir brauchen in Brandenburg nicht mehr Krankenhäuser oder Katheterplätze, aber mehr Sensibilität bei den Patienten“, erklärte der Oberarzt der Kardiologie der Charité Mitte, Friedrich Köhler. In einem Flächenland wie Brandenburg ist es besonders wichtig, dass die Symptome schnell erkannt werden. „Zwischen Beginn der Schmerzen und einer Öffnung des Gefäßes per Katheter sollten nicht mehr als 90 Minuten vergehen“, sagte Köhler. De-

her dürfte angesichts der weiten Wege in Brandenburg keine Zeit sinnlos verstreichen. Auch das Potsdamer Gesundheitsministerium nannte als wahrscheinlichen Hauptgrund für die relativ hohe Sterbeziffer, dass Betroffene den Herzinfarkt nicht rechtzeitig oder gar nicht als solchen erkennen.

Eine Ministeriumssprecherin verwies zugleich darauf, dass sich Brandenburg in dem Ranking der Bundesländer vom 15. Platz (2003) auf inzwischen Rang 10 verbessert habe. Sie betonte, die Qualität der ärztlichen Versorgung sowie die Ausstattung der Rettungsdienste und Kliniken entsprechen bundesdeutschen Standards. Auch brauchten alarmierte Rettungswagen nicht länger zum Patienten als in anderen Ländern.

Eine Untersuchung der Brandenburgischen Arbeitsgemeinschaft

Kardiologie e.V. in den Jahren 2000 bis 2005 ergab laut Ministerium aber, dass zwischen Schmerzbeginn und Eintreffen im Krankenhaus durchschnittlich drei Stunden vergingen, ein Viertel aller Patienten sogar erst mehr als sechs Stunden nach den ersten Schmerzen in der Klinik ankamen. „Hier muss noch mehr aufgeklärt werden, sowohl über die typischen Erstsymptome als auch über richtiges Verhalten und Handeln“, betonte Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler (SPD).

Franz X. Kleber, Leiter des Herz-Thorax-Gefäßzentrums am Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam, nannte als einen wichtigen Faktor für die vergleichsweise vielen Todesfälle nach Herzinfarkten zudem, dass Brandenburg nur über fast halb so viele Kardiologen pro 100 000 Einwohner wie Berlin ver-

fige. Auch deshalb sei eine effektive Aufklärungsarbeit schwieriger als in der Bundeshauptstadt.

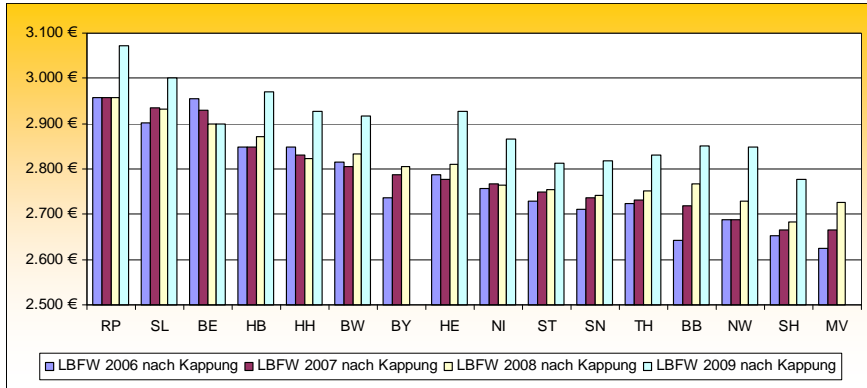
Zur Verbesserung der Betreuungsqualität für Herzinfarktaufnahmen im ländlichen Raum läuft derzeit unter Leitung von Friedrich Köhler das Modellprojekt „Fontane“. Und die AOK Brandenburg hat nach Auskunft von Sprecher Jörg Tringogis seit einem Jahr ein spezielles Programm zum Thema Herzinsuffizienz, bei dem Risikopatienten informiert und Ärzte weitergebildet werden.

Insgesamt ist die Infarktsterblichkeit in Deutschland weiter rückläufig. Dem DGK-Bericht zufolge wurden im Jahr 2008 fast 10 000 tödliche Herzinfarkte weniger gezählt als im Jahr zuvor. Die 80 herzkirurgischen Zentren im Land verzeichneten fast 100 000 Operationen – rund 2000 mehr als 2007. dpa

Berliner Morgenpost 19.10.09

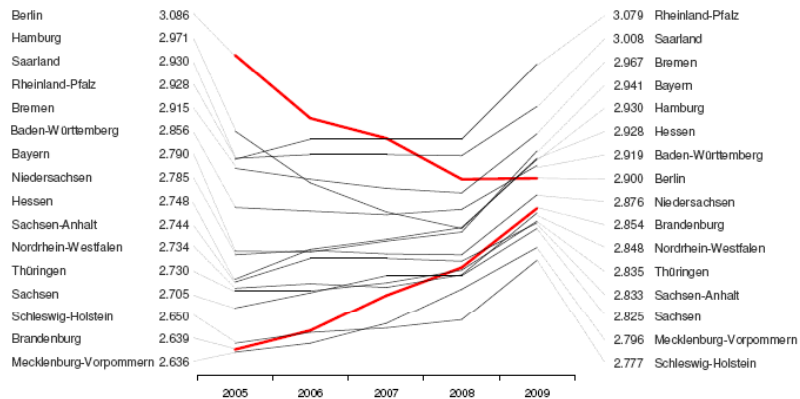


Entwicklung der Landesbasisfallwerte 2006 - 2009

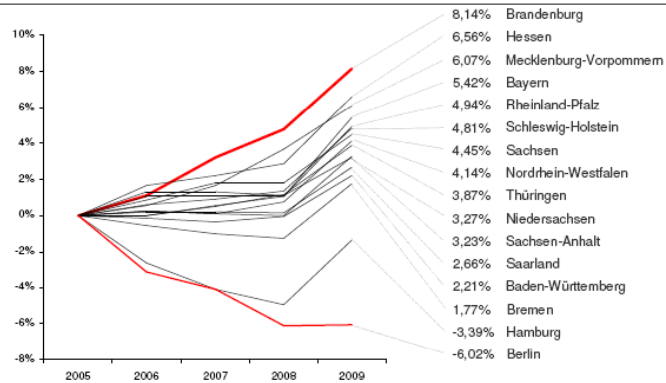


Hinweis: Für Bayern und Mecklenburg-Vorpommern liegt derzeit (26.10.2009) noch kein genehmigter LBFW 2009 vor.

Entwicklung der Landesbasisfallwerte



Entwicklung der Landesbasisfallwerte



Fazit

- Der Landesbasisfallwert in Brandenburg verzeichnet seit 2005 die höchste Steigerungsrate aller Bundesländer.
- Im Gegensatz zu Brandenburg ist der Landesbasisfallwert in Berlin am stärksten gesunken.



AOK Brandenburg

F. Michalak, Untern.verb. Berlin/Brbg., Oktober 2009

34

BKG



Krankenhausplan 2010 bis 2015

„Die Zukunft soll man nicht voraussehen wollen, sondern möglich machen.“

Antoine de Saint Exupéry



Krankenhausplan 2010 bis 2015

Zeitplan

Eckpunkte



Krankenhausplan 2010 bis 2015

Bis zum Jahr 2020 wird fast jeder fünfte Krankenhausfall durch die Altersgruppe der über 80-Jährigen verursacht, im Jahr 2005 war es jeder achte Fall.

Krankheiten, die mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten, wie Herz-/Kreislaufkrankungen und Neubildungen, werden überdurchschnittlich ansteigen.



Die Änderungen im Diagnosespektrum haben Auswirkungen auf die Kapazitäten, die in den einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser vorgehalten werden müssen.



Krankenhausplan 2010 bis 2015

Landespsychiatriebeirat stellt Kapazitätsengpässe fest.

Spitzenwerte in der Bettenauslastung, teilweise über 100%



Prognose: Kapazitätserweiterungen dringend erforderlich

„Der PEP ist auf den Prüfstand zu stellen... Von der zuständigen Senatsverwaltung ist ... ein Modell zur Etablierung von Besucherkommissionen oder Beschwerdestellen zu erarbeiten.“

(Koalitionsvertrag)

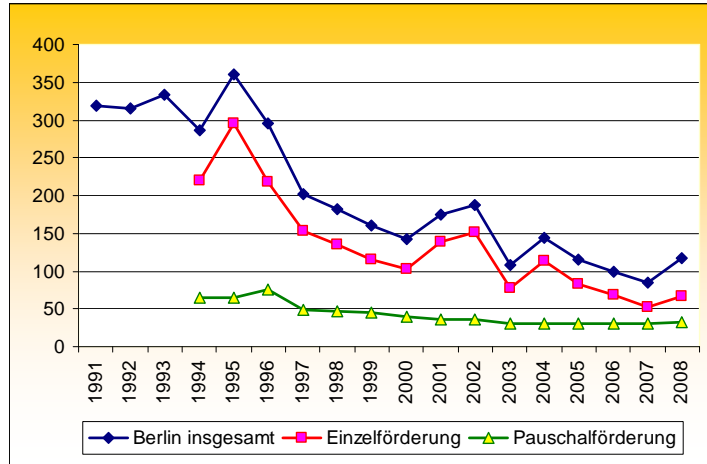


Landeskrankenhausgesetz, Investitionsmittelvergabe

in Berlin



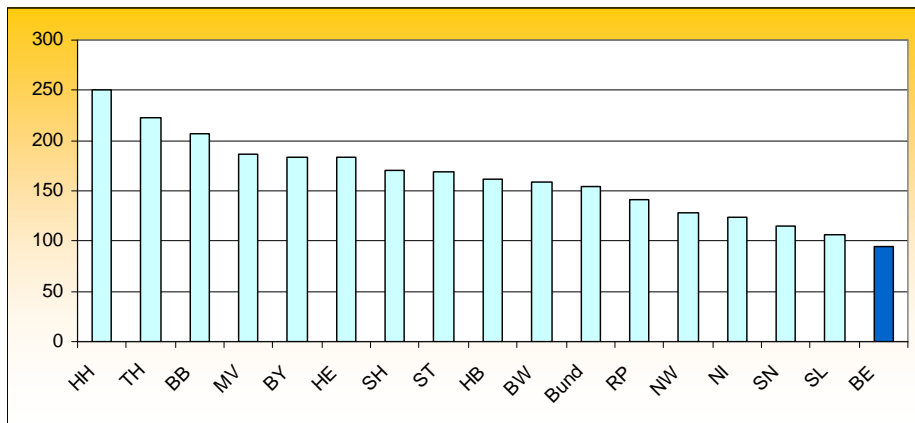
Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel in Mio €
 - vor Abzug des Schuldendienst i.H.v. ca. 33 Mio. €-



Quelle: KHG-Fördermittel gem. Umfrage der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)
 Hinweis: In der Darstellung des Gesamtbetrages für das Jahr 2008 wurde eine Sonderförderung von ca. 19 Mio. Euro berücksichtigt.



KHG-Investitionsförderung 2008 nach Bundesländern je Fall in €



Quelle: KHG-Investitionsfördermittel gem. Umfrage der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG); Fallzahlen gem. Statistisches Bundesamt, Grunddaten 2007; Investitionsförderung Berlin nach Abzug des Schuldendienst (33 Mio. €), die für aktuell betriebsnotwendige Investitionen nicht zur Verfügung stehen



Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes

Anpassung an aktuelle gesetzliche und sonstige rechtliche Rahmenbedingungen

angemessene Investitionsförderung

Deregulierung und Entbürokratisierung

Schaffung und Fortentwicklung unternehmerischer Handlungsspielräume

Überwindung der Sektorengrenzen stationär/ambulant, Krankenhaus als Gesundheitszentrum



„Seit die Zukunft begonnen hat, wird die Gegenwart täglich schlechter“

Dieter Hildebrandt, deutscher Kabarettist