



Berliner Krankenhausseminar

Veranstaltungsreihe der TU Berlin, 50. Semester

Gesundheitspolitik und
Krankenhausplanung in Berlin –
neue Aspekte nach der Wahl

Mario Czaja | Senator für Gesundheit und Soziales |

INHALT

- I. Ausgangslage der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in Deutschland
- II. Krankenhausplanung in Berlin
- III. Berliner Investitionsförderung
- IV. Neuausrichtung der Investitionsförderung ab 2015
- V. Auswirkungen des Koalitionsvertrages-Vertrages auf die Krankenhäuser



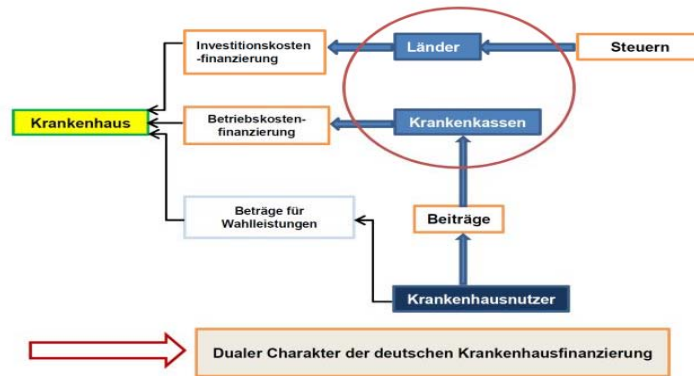
I. Ausgangslage der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in Deutschland

I. Ausgangslage der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Grundsätze der Krankenhausplanung in Deutschland

- **Gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung = Kernbereich der öffentlichen Daseinsvorsorge**
- Vorhaltung von Krankenhäusern ist wesentliches Element der Daseinsvorsorge (stationär)
- **Sicherstellung und Steuerung der stationären Krankenhausversorgung durch die Länder und Kommunen**
- **bundesweit noch zu viele Krankenhaus-Betten (nicht in Berlin)**

Vereinfachte Systematik der deutschen Krankenhausfinanzierung



Ordnungsbehördlich genehmigte Krankenanstalten und Krankenhausbereiche in Berlin - incl. Reha-Einrichtungen (Stand: 12.06.2013)

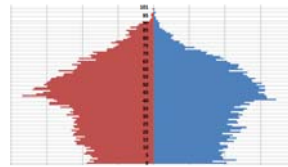
II. Krankenhausplanung in Berlin



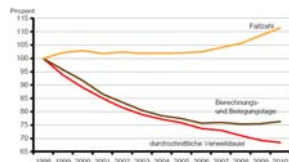
Seit nunmehr 40 Jahren (Start des KHG) tiefgreifende Veränderungen in der stationären Versorgung



Medizinischer und medizintechnischer Fortschritt



Demographischer Wandel

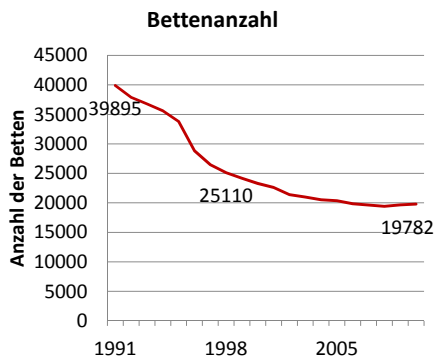


Reduzierung Verweildauern

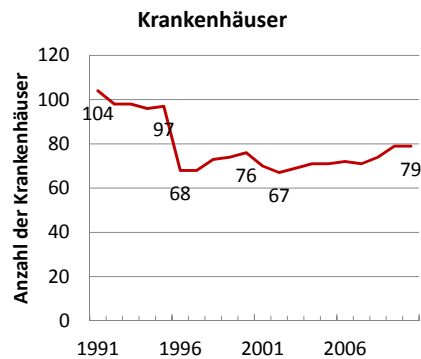


neue Versorgungsstrukturen

Entwicklung von den 90-er Jahren bis heute



Amt für Statistik Berlin-Brandenburg



Planungstiefe des Krankenhausplans 2010

- **Fachspezifische Darstellungen im Krankenhausplan sind wesentliche Grundlage für Ableitung des Versorgungsauftrages;**
- **Fachabteilungssystematik bleibt orientiert an Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO); Ausweisung der Gebiete als Hauptabteilung mit Bettenzahl;**
- **Darstellung einzelner Facharztkompetenzen als Subdisziplinen; für etwa die Hälfte der Subdisziplinen erfolgen qualitative Planfestlegungen – Ausweisung ohne Betten - (z.B. für Orthop./Unfallchir., Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie);**
- **Ausnahme: „Geriatric“ wird als Hauptabteilung mit Kapazitätsangabe ausgewiesen, sichert in Anbetracht der demografischen Entwicklung qualifiziertere Planung;**

Planungstiefe des Krankenhausplans 2010

- **Notfallversorgung: zweistufig: 33 Notfallkrankenhausstandorte und 6 Notfallzentren;**
- **Gefäßmedizin: Ausweis von zertifizierten Gefäßmedizinischen Schwerpunkten;**
- **Tumormedizin: Förderung der Konzentrationsprozesse bei hochspezialisierten Angeboten bzw. seltener Tumorentitäten; Förderung der Qualitätssicherung durch Zusammenschluss der Krankenhäuser zu fünf Tumorzentren: Ausweis onkologischer Schwerpunkte und Verpflichtung zur Sicherstellung palliativmedizinischer Angebote;**
- **Transparenzdarstellungen zur operativen Tumormedizin mit dem Ziel Konzentrationsprozesse zu unterstützen und Patienten bei Wahl eines geeigneten Krankenhauses zu helfen**
- **Psychiatrische Versorgung: regionalisierter Planungsansatz mit Vollversorgungsverpflichtung (Erwachsenenpsychiatrie: Bezirk)**

Neuer Berliner Krankenhausplan ab 2016

- Auftaktworkshop am 6. Dezember 2012
- (Dokumentation im Internet)
- Fachausschuss Krankenhausplanung am 27.02.2013:
- Detailfragen zur Ausgestaltung in Arbeitsgruppen (Geriatric/Demenz, Methodenfragen, Notfallversorgung,)
- Neue Akzente in der Berliner Krankenhausplanung vor allem in den Bereichen:
 - Qualität der Versorgung
 - Notfallversorgung
 - Stärkere Abstimmung der Planungen mit dem Land Brandenburg

Neuer Berliner Krankenhausplan ab 2016

Zur Versorgungsqualität

- **Facharztstandard**
Qualifizierung der Vorgaben zu fachärztlichen Personalausstattung von Abteilungen in Plankrankenhäusern
- **Pflegepersonal**
Empfehlungen zur Personalausstattung von geriatrischen Abteilungen
- **Regelungstiefe**
Wenn durch detaillierte Planfestlegungen Strukturqualität verbessert werden kann, soll dies erfolgen (z. B. abschließende Planung in der Herzchirurgie)

Neuer Krankenhausplan ab 2016

Zur Notfallversorgung

- Anforderungen an Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren sollen geschärft bzw. „scharf gestellt“ werden
- Auseinandersetzung mit der Struktur- und Prozessqualität in der Notaufnahme
- Bessere Abstimmung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung
- Konzept zur Schlaganfallversorgung

neuer Krankenhausplan ab 2016

Stärkere Abstimmung der Krankenhausplanungen Berlin/Brandenburg

- Berlin und Brandenburg vertiefen und erweitern ihre Zusammenarbeit abgestimmt auf die besonderen Belange beider Länder (zwei Krankenhauspläne in der gemeinsamen Gesundheitsregion Berlin – Brandenburg);
- bereits „Routine“: Berlin- Brandenburg- Tage der beiden Krankenhausreferate;
- Zusammenarbeit wird jetzt schon praktiziert: Transplantationsmedizin; Herzchirurgische Versorgung: Sicherstellung für die Gesamtregion durch DHZB, Charité, Herzzentren Bernau und Cottbus. Betreuung von Schwerbrandverletzten: im UKB; Seuchenstation: in der Charité für die gesamte Region; AIDS-Versorgung: in Berlin für die gesamte Region; Universitätsklinika: Ausbildung von Medizinern durch medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin.
- Stationäre Reha: Brandenburg-Berlin-AG, um die künftige Ausgestaltung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung der Berliner Einwohner mit stationären Rehabilitationseinrichtungen abzustimmen

Neuer Berliner Krankenhausplan ab 2016

Zu methodischen Aspekten

- **Planungshorizont**
noch keine abschließende Festlegung, vsl. bis 31.12.2019
(Abstimmung mit Brandenburg)
- **Normauslastung**
Weiterentwicklung des bisherigen Modells: Berücksichtigung
weiterer Verweildauerverkürzung ; und notwendige
Bettensperrungen wegen vermehrter Aufnahme von
isolierpflichtigen Patienten;
- **Bedarfsprognose**
Harmonisierung der Vorgehensweise mit Brandenburg
(Datengrundlagen, Methodik)

Neuer Berliner Krankenhausplan ab 2016

Zu Geriatrie / Demenz

**Krankenhausplan wird geriatrisches Versorgungskonzept enthalten
mit Regelungen zu:**

- **Strukturanforderungen an die geriatrische Krankenhausversorgung
(vollstationär, teilstationär, Abteilungsgröße, Stellung von
geriatrischen Fachkrankenhäusern);**
 - **Empfehlungen zur Personalausstattung;**
 - **Verbesserungsmöglichkeiten der Behandlungsprozesse
(geriatrisches Screening in der Notaufnahme,
Entlassungsmanagement, Beteiligung an Maßnahmen der
Qualitätssicherung, bessere Vernetzung)**
- Erfordernisse zur Verbesserung der stationären Akutbehandlung von
Demenzkranken**

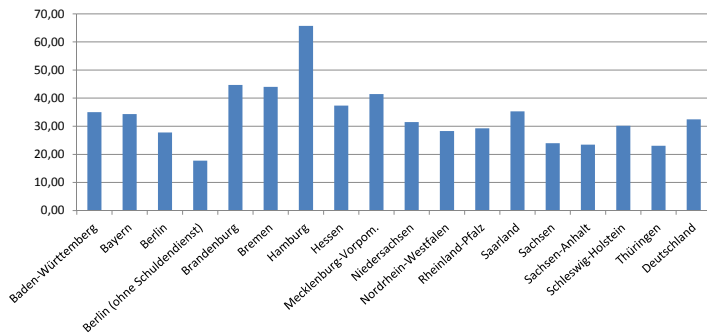


III. Berliner Investitionsförderung

III. Berliner Investitionsförderung

Vergleich Krankenhausförderung 2012 – Bundesländer

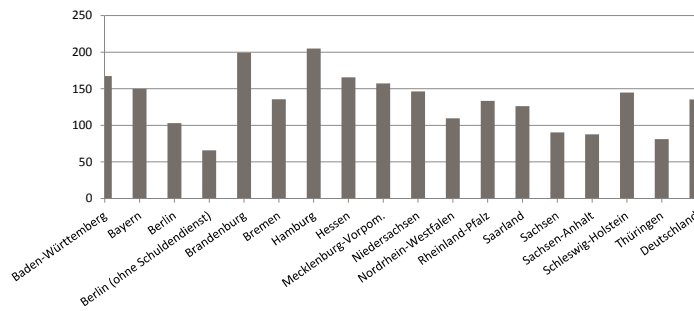
Ansatz je Einwohner in €



*Quelle: Umfrage Nieders. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie Gesundheit und Integration (12.11.2013),
 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik 2012)
 Grunddaten der Krankenhäuser 2012 (© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013) u. eigene Berechnungen

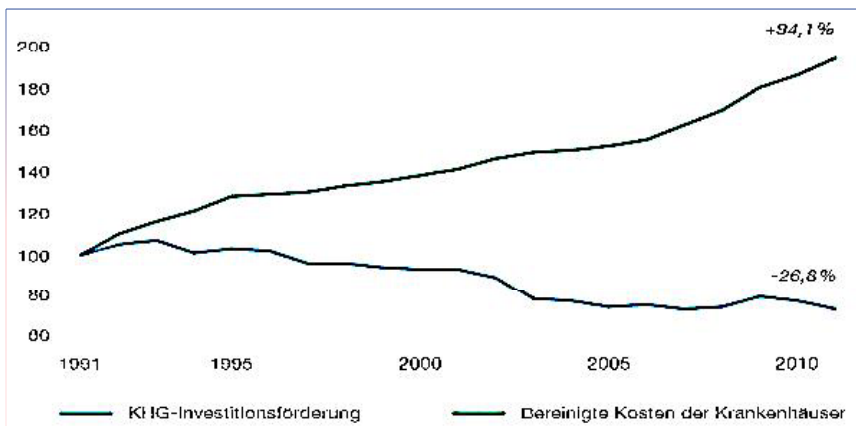
Vergleich Krankenhausförderung 2012 – Bundesländer

Ansatz je CM-Punkt in €



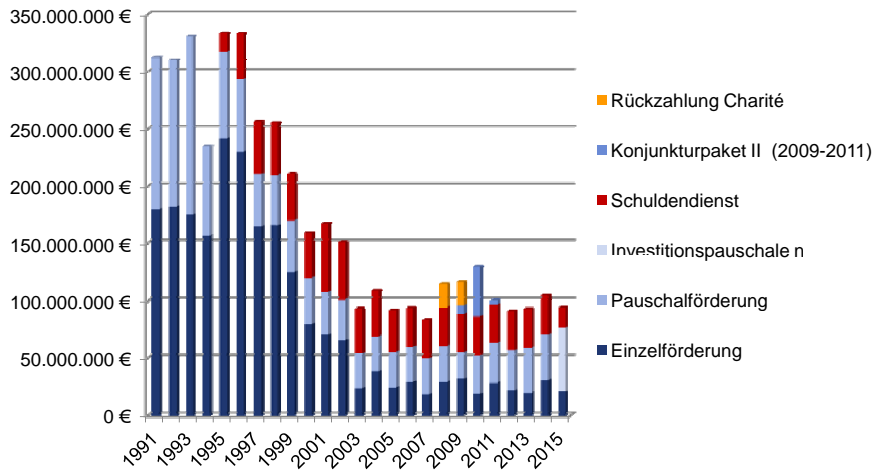
*Quelle : Umfrage Nieders. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie Gesundheit und Integration (12.11.2013), Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik 2012), Grunddaten der Krankenhäuser 2012 (© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013) u. eigene Berechnungen

Entwicklung der Investitionsförderung der Krankenhäuser und der bereinigten Kosten von 1991-2011 aller BL

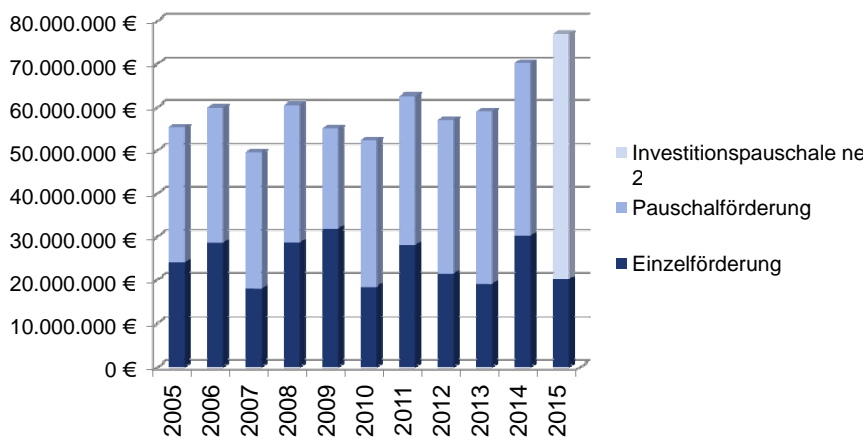


(Grafik: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen der DKG) Deutsche Gesundheitsnachrichten, 2. August 2013, Forderungen der DKG

Berliner Investitionsförderung seit 1991



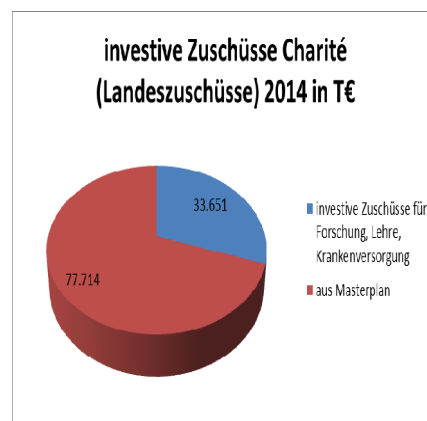
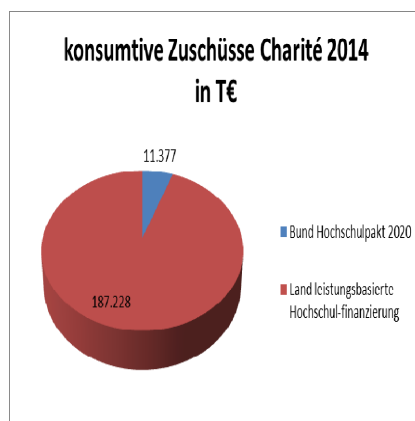
Netto-Investitionsförderung



Finanzierung der Hochschulklinika

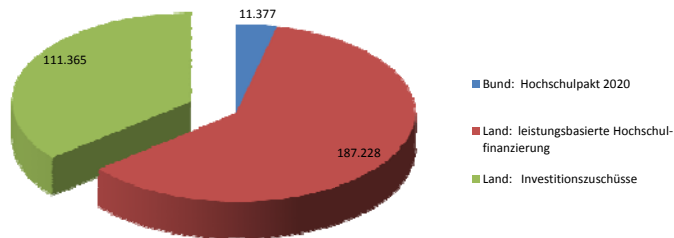
- öffentliche Finanzierung von Forschung und Lehre sowie der Investitionskosten (konsumtive und investive Zuschüsse)
- DRG-Erlöse
- Drittmittel
- Universitätsklinika = Supramaximalversorger

Charité – konsumtive und investive Zuschüsse des Landes



Charité – Landes- und Bundeszuschüsse

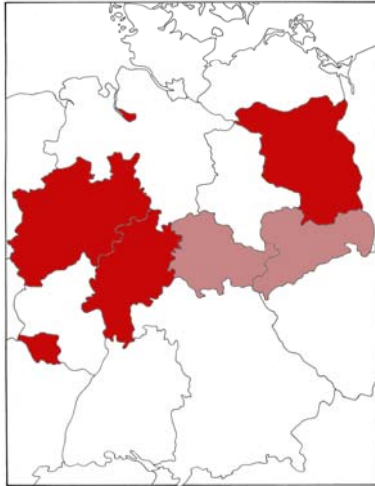
2014 in T€



Pauschalierung der Investitionsförderung

Wegfall des Darlehensprogramms	<ul style="list-style-type: none"> • jährlicher Schuldendienst von 33,8 Mio. €
Sicherung der HH-Mittel für Krankenhaus-Investitionsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • 2015: • Schuldendienst bis 15.06. - 17 Mio. € • zusätzliche Inv.mittel für KHS - 17 Mio. €
geplanter Umstieg von der Einzelförderung hin zur Pauschalförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausfinanzierung der noch lfd. Einzelfördermaßnahmen in 2015 • Beginn der Pauschalierung in der Diskussion
von anderen Ländern lernen	<ul style="list-style-type: none"> • auf Erfahrungen der Länder, die bereits pauschaliert haben, zurückgreifen

Investitionspauschalierung in den Ländern



■ Investitionspauschale eingeführt

- NRW (2008)
- Saarland (2010)
- Bremen (2011)
- Brandenburg (2013)
- Hessen (Gesetzesinitiative vom Kabinett beschlossen)

■ Prüfung der Einführung

- Thüringen
- Sachsen

Seite 27

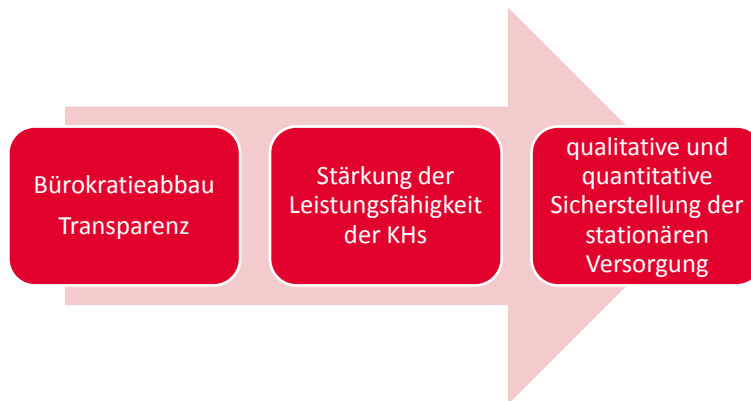
Ergebnisse der Länderumfrage 2012

- **Erfahrung mit Investitionspauschalen überwiegend positiv**
 - NRW (Vorreiter der Pauschalierung) schreibt das Landesgesetz aufgrund der Erfahrungen derzeit fort
- **Investitionspauschalen**
 - kein Allheilmittel gegen eine unzureichende Bereitstellung von Fördermitteln
 - eigenverantwortliche Durchführung erforderlicher Investitionen

➤ **auch in Berlin Pauschalierung der Förderung von mittel- und langfristigen Investitionen geplant**

Seite 28

Ziele der Investitionspauschale



Derzeitiges Verfahren der Einzelförderung nach der Krankenhausförderungs-VO


- **Bürokratisches Verfahren**
- **zeitnahe Umsetzung von Investitionen nicht oder nur unzureichend möglich**

Inhalte

- Bewertungsrelationen des InEK (vgl. ende des I. Quartals 2014) + weitere Parameter
- Förderhistorie ?
- jährliche Bewilligung
- Verwendung für kurz-, mittel- und langfristige Anlagegüter, Nutzungsentgelte, Schuldendienst
- Anzeigepflicht für mittel- und langfristige Investitionen
- Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung durch WP-Testat

Für eine Umstellung auf eine pauschalierte Investitionsförderung sind die Änderung des LKG und der RVO erforderlich.

Das parlamentarische Verfahren zur Gesetzesänderung soll rechtzeitig beginnen.



V. Auswirkungen des Koalitionsvertrages auf die Krankenhäuser

Qualitätsoffensive

- 1. Qualität als Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung**
- 2. Verbindlichkeit von Qualitätsrichtlinien und Mindestmengenvorgaben durch GBA**
- 3. Erhöhung der Transparenz und Verständlichkeit der Qualitätsberichte**
- 4. Unangemeldete Kontrollen des MdK zur Einhaltung der GBA-Vorgaben**

Qualitätsoffensive

- 1. Einstieg in den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen KH und KK bei ausgewählten planbaren Leistungen**
- 2. Einstieg in „pay for performance“ bei Mehrleistungen**
- 3. Gründung eines Qualitätsinstitutes zur Sammlung, Auswertung und Veröffentlichung sektorenübergreifender Qualitätsdaten sowie zur Bewertung von Zertifikaten**

Entgeltrechtliche Regelungen

- 1. Verminderung der Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen**
- 2. Aufhebung von nicht nachvollziehbaren Unterschieden der Landesbasisfallwerte**
- 3. Festlegung der Kriterien für Sicherstellungszuschläge durch GBA**

Entgeltrechtliche Regelungen

- 1. Überprüfung der Finanzierung der stationären Notfallversorgung**
- 2. Bessere Vergütung der besonderen Aufgaben von Uni-Kliniken und KHs der Maximalversorgung im DRG-System**
- 3. Sachgerechte Vergütung von Hochkostenfällen und Hochschulambulanzen**
- 4. Sicherstellung der ausreichenden Berücksichtigung von Personalkosten bei der DRG-Kalkulation und Nachweis Mitteleinsatzes durch KH in Budgetverhandlungen**
- 5. Veränderungen beim Vergütungssystem in Psychiatrie / Psychosomatik**

Sonstiges

1. Koordinationsfunktion der Krankenkassen beim Entlassungsmanagement
2. Ausweitung der Möglichkeiten für KH zur Leistungsverordnung bei Entlassung
3. Ziel der regelhaften Kooperation von KVen und KH bei ambulanter Notfallversorgung
4. Recht auf Einholung einer Zweitmeinung bei vom GBA festgelegten Behandlungen
5. Aufbau eines Transplantations- und eines Implantateregisters

