KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Qualität: Kultur, Kennzahlen, Steuerung – Konsequenzen im klinischen Alltag ?

H. Hollnberger

Was kommt auf die Kliniken zu?

2020 das Jahr der Veränderung

PPUGV

KH-Ärzteverzeichnis

Telematik?!

Pflegebudget

Sanktionsvereinbarung

Struktur-vorgaben

MDK-Reformgesetz

G-BA

Defizit

Neue externe QS-Verfahren

Patienten-befragung

Einschränkung Leistungserbringung

QSFFx-RL - Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Was kommt auf die Kliniken zu?

2020 das Jahr der Veränderung

PPUGV

KH-Ärzteverzeichnis

Telematik?!

Pflegebudget

Struktur-
vorgaben

Sanktionsvereinbarung

MDK-Reformgesetz

Regelungs- und Sanktionsflut

G-BA

Defizit

Neue externe QS-Verfahren

Patienten-
befragung

Einschränkung Leistungserbringung

QSFFx-RL - Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Welche Qualitäts-Kennzahlen gibt es und wozu werden sie eingesetzt?

Vier Phasen der Entwicklung von Indikatoren

- **Implizite Phase**
  „Qualität“ unterlag der Definition und Wertung durch die behandelnden Ärzte

- **Explizite Phase**
  Entwicklung von Messvorgängen und Erhebung erster Daten, allerdings ohne Veröffentlichung

- **Institutionelle Lernphase**
  quantitative Ergebnisse wurden zunächst anonymisiert und dann teilanonymisiert zu Qualitätsvergleichen zwischen den Einrichtungen und für institutionelle Verbesserungsinitiativen genutzt (private disclosure, institutionelles Qualitätsmanagement)

- **Aktuelle Systemphase**
  Qualität der Versorgung für die Öffentlichkeit zugänglich und Verwendung zu Zwecken der Vergütung sowie regulatorischer Steuerung

Gesetzliche Qualitätssicherung

BAQ = Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

→ externe Qualitätssicherung: Versorgungsqualität an den bayerischen Krankenhäusern abbilden und Verbesserungspotenziale aufzeigen

- Abrechnungsdaten und manuelle Erfassung
- Spezifikation durch AQUA-Institut und G-BA
- Jährliche Veröffentlichung im QS-Bericht und Internet

IQTIG= Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

→Zentrales Institut für gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitsweisen in Deutschland: Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren und Beteiligung an deren Durchführung (im Auftrag des G-BA)

Qualitätsindikatoren

- Medizinische Qualität messen, darstellen und vergleichen
- Bewirkung von Qualitätsverbesserungen
- potenziell großer Einfluss auf die Patientenversorgung

Planungsrelevante QI

- Qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf Grundlage des Krankenhausstrukturgesetz(KHSG)
- seit 2017 quartalsweise Daten aus den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie
- Im Jahr 2018 wurden aus 1063 Krankenhausstandorten, 66 statistische Auffälligkeiten mit „unzureichender“ Qualität eingestuft
- Qualitätszuschläge und -abschläge für planungsrelevante QI (Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene)

Gesetzliche Qualitätssicherung (in Bayern BAQ)

- Ursprünglich von Ärzten entwickelt
- Medizinische Dokumentation
- derzeit 23 Module am KSM, 100% Dokumentationsquote

Weitere Qualitäts-Kennzahlen

- Verfahren im Rahmen von **Zertifizierungen**, z.B. medizinische Kennzahlen

- **IQM** (Initiative Qualitätsmedizin)
  - freiwilliges Verfahren
  - länder- und trägerübergreifend mit 500 Krankenhäusern
  - Inpatient Quality Indicators (IQI) Ermittlung aus den § 21 KHEntgG Abrechnungsdaten der Krankenhäuser
  - Festlegung Zielwerte → Einstufung und Bewertung der Auffälligkeiten → ggf. Durchführung von Peer Reviews

- **WIdO-Bericht** (Wissenschaftliches Institut der AOK)
  - Auswertung von Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten
  - zentrale Fragestellungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung und ihrer Finanzierung
  - Forschungsschwerpunkte: Ambulante Versorgung, Arzneimittel, Gesundheitssystem, Heilmittel, Krankenhaus, Pflege, Prävention, Qualitätsforschung

AOK/QSR: Nachteile

- Risikoadjustierung ???
- Daten stehen erst mit einer deutlichen zeitlichen Latenz zur Verfügung
- Keine Transparenz der Daten, Keine Offenlegung der Daten
- Keine Möglichkeit der Analyse und Überprüfung der Auffälligkeiten
- **Vorverurteilung der Kliniken: auffällige Aufgreifindikatoren werden unmittelbar als schlechte Qualität der Klinik interpretiert**
- Aufgreifkriterium ≠ Bewertungskriterium
- Auffälligkeit ≠ schlechte Qualität
- Schwerpunktversorger/Zentren schneiden häufig schlechter ab

Vergleich der Qualitätssicherungs-Systeme

Arten	Medizinische Dokumentation	Abrechnungsdaten Keine medizinische Dokumentation	Ergebnisqualität	Akzeptanz des Verfahrens	Rückverfolg-barkeit der Daten	Sonstiges
Zertifizierungen	☺		☺	☺	☺	Hoher Aufwand, hervorragende Ergebnisse auch langjährig (Kaplan-Meyer-Kurven) Hohe Akzeptanz in der Ärzteschaft
BAQ	☺		☺	☹	☺	Möglichkeit der Stellungnahme und Bewertung durch den Fachausschuss
IQM/QSR		☹	☺	☺	☺	Aufgreifkriterien, primär keine Bewertung, Bewertung bei Peer Review Verantwortung Ärzte
AOK/ QSR		☹	☺	☹	☹	Keine Steuerungsmöglich-keiten, keine Analyse-möglichkeit, keine Transparenz, Auffälligkei-ten werden in der Öffentlichkeit als schlechte Qualität dargestellt

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Problemstellungen

Auswirkungen von QI´s auf die Krankenhausplanung?

- Krankenhausplanung ist Ländersache (§ 6 Abs. 1 KHG Krankenhausfinanzierungsgesetz)
- **Was/wie planen die Länder konkret?**
- **Werden die Länder Ihrer Aufgabe gerecht?**
- **Welche Steuerungsmechanismen werden initiiert, um die insuffiziente Planung auf Länderebene zu kompensieren?**

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - der richtige Weg ?

Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %

→ Streichen einzelner FA aus dem KHP oder der gesamten Klinik?

Tabelle 1: Planungsprozesse sowie Merkmale entsprechender Qualitätsanforderungen

Planungsprozess	Merkmale der Qualitätsindikatoren (Beispiele)
Zulassung	Prospektive Anforderungen an neue Einrichtungen/Abteilungen: ▪ Mindestanforderung an Strukturen ▪ Mindestmengen
Intervention	Anforderungen an Einrichtungen, die bereits Leistungen erbringen: ▪ Strukturmängel ▪ mangelhafte Prozess- und Ergebnisqualität
Auswahl	Auswahl geeigneter Einrichtungen für Weiterentwicklungen des Versorgungssystems: ▪ besonders geeignete Strukturen ▪ beste Prozess- und Ergebnisqualität

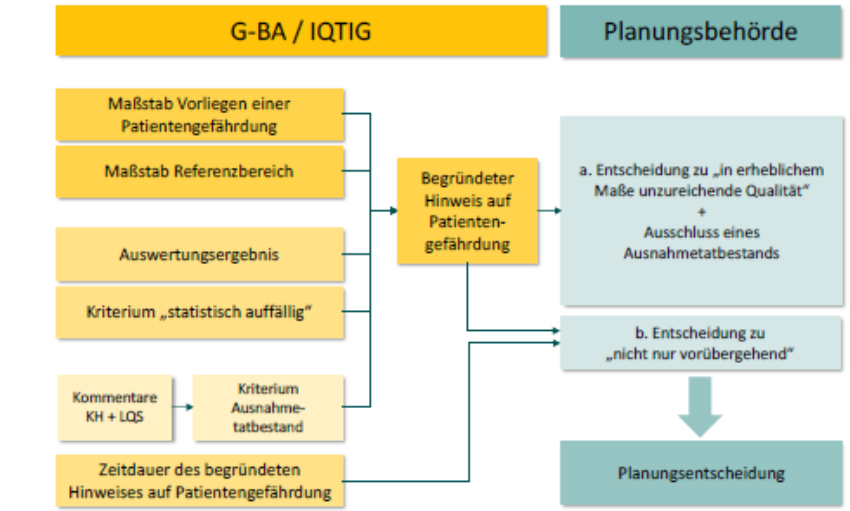


Abbildung 1: Grundlagen und Entscheidungsfindung bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Thematik Mindestmengen

AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

Presse Positionen

Mindestmengen-Transparenzkarte

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Stand 16. Januar 2020 · © GeoBasis-DE / BKG 2019 · © OpenStreetMap-Mitwirkende · qgis2web · Leaflet · QGIS

Kniegelenk-Totalendoprothesen

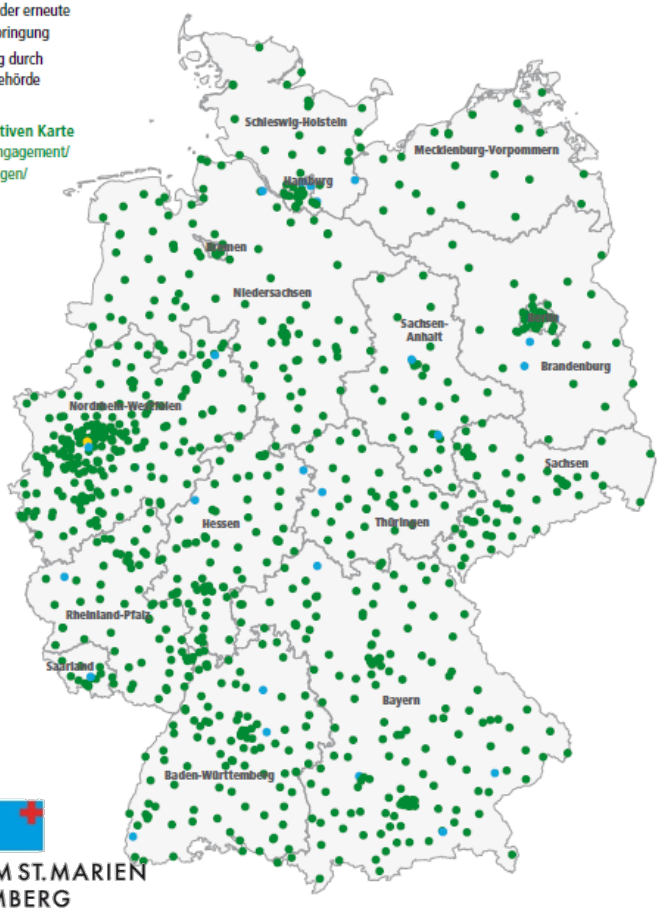
jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 50

Stand: 16. Januar 2020

Mindestmengen-Tranzparenzkarte

- Positive Prognose
- Erstmalige oder erneute Leistungserbringung
- Berechtigung durch die Landesbehörde

Zur interaktiven Karte
aok-bv.de/engagement/mindestmengen/



KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)

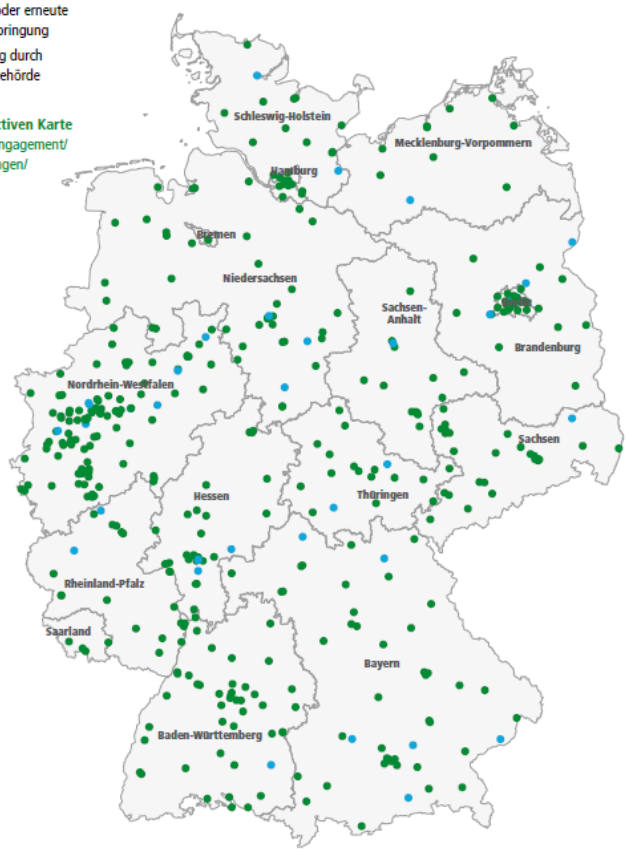
jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Stand: 16. Januar 2020

Mindestmengen-Tranzparenzkarte

- Positive Prognose
- Erstmalige oder erneute Leistungserbringung
- Berechtigung durch die Landesbehörde

Zur interaktiven Karte
aok-bv.de/engagement/mindestmengen/



GeoBasis-DE/BKG 2019 • OpenStreetMap contributors

Thematik Mindestmengen

Journal Club | Published: 28 January 2020

In-hospital-Mortalität nach kolorektaler Karzinomchirurgie in Abhängigkeit des Fallaufkommens

In-hospital mortality after surgery for colorectal cancer depending on the hospital case volume

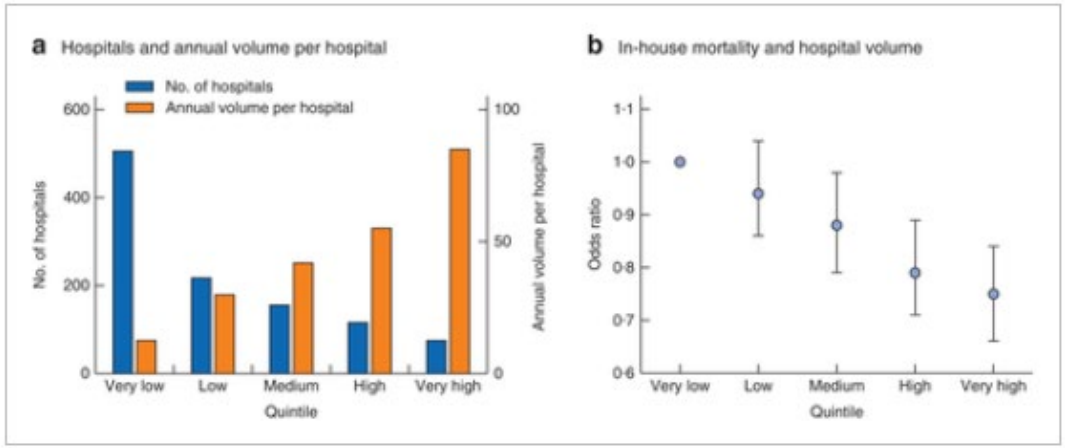


Figure 2

Open in figure viewer | PowerPoint

In House Mortalität 6,9% vs. 4,8% (p< 0,001) bei 12,7 versus 85 Hospitalvolumen
50% der Kliniken sind in der very low Gruppe (n= 129.196)
Anm: DKG: Operateur 15 Colon, 10 Rektum OP´s/a

C.T.Germer, J. Reibetanz

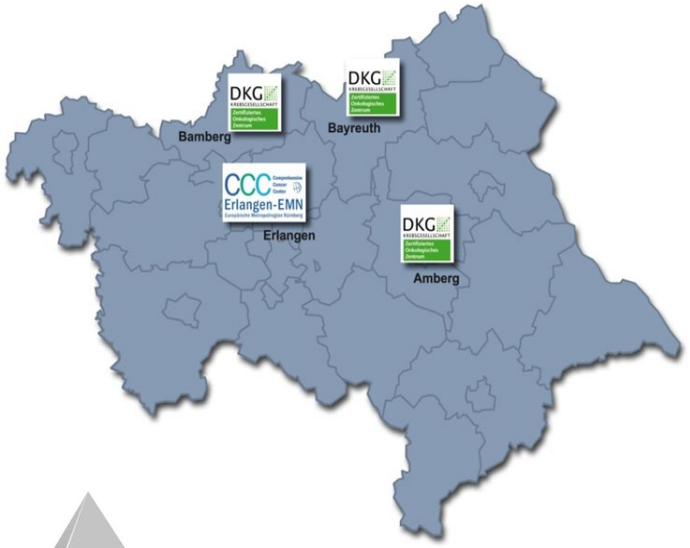
KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

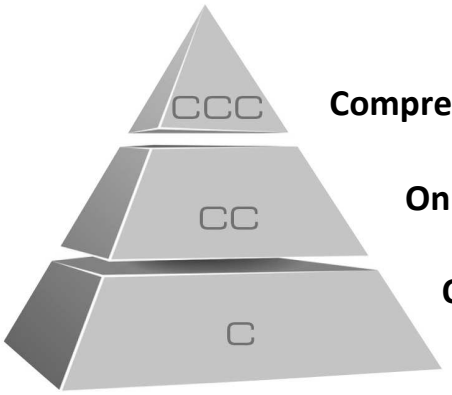
Regionale Verteilung der Onkologischen Zentren und Onkologischen Spitzenzentren

Legende

- Standorte mit Comprehensive Cancer Center und Onkologischem Zentrum (zertifiziert bzw. im laufenden Zertifizierungsverfahren)
- Standorte mit Comprehensive Cancer Center
- Standorte mit Onkologischem Zentrum

Radien: 30 km, 15 km





Comprehensive Cancer Center
CCC: 15
Onkologische Zentren
CC: 106
Organkrebszentren
C: 1983

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Onkologisches Zentrum

CCC Comprehensive Cancer Center Erlangen-EMN

Qualitätsindikatoren Onkologisches Zentrum – Beispiel Darmkrebszentrum

14	5.2.4	Operative Primärfälle Kolon	Siehe Sollvorgabe	Operative Primärfälle Kolon	-----		≥ 30		Anzahl	41	i.o.	
15	5.2.4	Operative Primärfälle Rektum	Siehe Sollvorgabe	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	-----		≥ 20		Anzahl	25	i.o.	
16		Revisions-OP's Kolon	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	Elektive Kolon-Operationen	< 0,01%	≤ 15%	>10%	Zähler Nenner %	3 39 7,69%	i.o.	
17		Revisions-OP's Rektum	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 15%	>10%	Zähler Nenner %	2 25 8,00%	i.o.	
18		Postoperative Wundinfektion	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	Operationen des Nenners mit postoperative Wundinfektion innerhalb von 30 d nach OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	Elektive Operationen (ohne TVE)	< 0,01%	Derzeit keine Vorgaben	> 15%	Zähler Nenner %	1 64 1,56%	i.o.	
19	LL 01 18	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen am Kolon	Patienten des Nenners mit Re-Interventionsbedürftige Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	Patienten mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	< 0,01%	≤ 6%		Zähler Nenner %	0 36 0,00%	i.o. [Plausibilität nahe]	In 2018 keine Anastomoseninsuffizienz Grad D aufgetreten.
20	LL 01 5	Anastomoseninsuffizienzen Rektum	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen am Rektum	Patienten des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-) Laparotomie)	Patienten mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 15%		Zähler Nenner %	0 15 0,00%	i.o. [Plausibilität nahe]	In 2018 keine Anastomoseninsuffizienz aufgetreten.
21		Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	Patienten des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	Elektiv operierte Patienten (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 5%		Zähler Nenner %	3 64 4,69%	i.o.	

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Qualitätsindikatoren Onkologisches Zentrum – Beispiel Darmkrebszentrum

21		Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	Patienten des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	Elektiv operierte Patienten (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 5%		Zähler	3		
									Nenner	64	i.o.	
									%	4,69%		
22		Lokale R0-Resektionen Rektum	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	Operationen des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	Elektive Rektum-OP's (operativ) (ohne TVE)		≥ 90%		Zähler	23		
									Nenner	25	i.o.	
									%	####		
23	LL 01 11	Anzeichnung Stomaposition	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung Stomaposition	Patienten des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	Patienten mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)		≥ 70%		Zähler	12		
									Nenner	16	i.o.	
									%	####		
24a		Primäre Leber-metastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	≥15% primäre Lebermetastasenresektion bei Patienten mit KRK UICC Stad. IV	Primärfälle des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV (ohne TVE)		≥ 15%		Zähler	2		
									Nenner	11	i.o.	
									%	18,18%		

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Konsequenzen im klinischen Alltag

Probleme

Die insuffiziente Krankenhausplanung führt zu Gegenmechanismen, die alle Kliniken in gleicher Weise betrifft.
Auslösung kalter Strukturwandel

- Krankenkassen wollen über Mindestmengen Einfluss auf die Krankenhausplanung nehmen
- Durch Anforderungen und gesetzl. Grundlagen können kleine Häuser nicht mehr bestehen bleiben
- Auch große Kliniken geraten zunehmend unter finanziellen Druck
- Krankenhäuser wollen mehr eingebunden werden
  → mit Krankenhäuser sprechen – nicht über sie

„bad apple picking“

- Fehlertoleranz – was sind die Grenzen?
- Positive Leistungen belohnen
- Auffälligkeiten müssen nachverfolgt werden
  → GBA Verfahren: Filterung über Experten
  → AOK: ungefilterte Zahl als Qualität

Analyse der Abweichung

Durch **intrinsische Motivation** immer besser zu werden

- Meistens Dokumentationsprobleme
- Einzelfälle Abweichung vom „Standard Erkrankungsbild“
  → strukturierter Dialog/Peer Reviews/Audits
- Tatsächliche Abweichungen

Qualitätsindikatoren/Kennzahlen

Gute Steuerung im Rahmen der Auffälligkeit – ohne Kennzahlen keine Steuerung möglich.

Ziel: Patient sollte hier im Fokus sein, nur so ist eine genaue Analyse und Qualitätsverbesserung möglich

Zerstörung intrinsischer Motivation, durch die Umsetzung von Sanktionen

- Finanziell
- Öffentlicher Druck
- planungstechnisch

Positive Fehlerkultur

Ansprüche einer positiven Fehlerkultur:

- Keinen Schuldigen suchen
- Keine Drohungen
- Analyse der Situation
- Verbindlichkeiten und Konsequenzen herstellen
- Erkennen von Optionen

➢ Stärkere Patientenorientierung

➢ Güte der Kennzahlen: für eine positive Fehlerkultur braucht man Kennzahlen

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Schlussfolgerung
-wo wollen wir hin?

Neuer Beschluss - bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Bedarfsplanung

G-BA beschließt bundeseinheitliche Qualitäts-anforderungen für die Übernahme von besonde-ren Aufgaben durch Krankenhäuser der Spit-zenmedizin

Berlin, 5. Dezember 2019 – Besondere medizinische Leistungen, beispielsweise Tumor-konferenzen, können künftig auch für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser in allen Bundesländern an kompetenten Stellen der Spitzenmedizin angeboten und finan-ziert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin einstimmig und mit Zustimmung der Länder sowie Patientenvertreter die Voraussetzungen beschlossen, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um besondere Aufgaben als Zentren übernehmen zu können.

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Neuer Beschluss - bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen

Berlin, 5. Dezember 2019
G-BA beschließt mit **Zentrums-Regelungen** nun **bundeseinheitliche Kriterien**, d. h. Voraussetzungen für Krankenhäuser, um besondere Aufgaben als Zentren übernehmen zu können

Bisher: Finanzierung besonderer Aufgaben allein durch die Ausweisung als Zentrum im Landeskrankenhausplan
→ unsystematische Umsetzung und Streit über die Auswahlkriterien je Bundesland

Jetzt: bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen für die Ausweisung der Zentren
z.B. Vorgaben zu Art und Anzahl von Fachabteilungen, Mindestfallzahlen und Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

Finanzierung besonderer Aufgaben über Zentrumszuschläge, da dies der stationären Patientenversorgung zugutekommt und somit **nicht über das DRG-System** am Patientenfall finanziert werden kann.

Beschlussfassungen

Abgeschlossene Beschlussfassung 2019:

- Zentren für seltene Erkrankungen
- onkologische Zentren
- Traumazentren
- rheumatologische Zentren
- Herzzentren

Ergänzung weiterer versorgungsrelevanter Zentren 2020:

- Schlaganfallzentren
- Lungenzentren
- Sonstige ausgewiesene Zentren
- Nephrologische Zentren
- Kinderonkologische Zentren

→ Jetzt Übergangsregelungen

In Kraft treten der Zentrumsregelungen ab 1. Januar 2020

Erstfassung „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten“ zur rechtlichen Prüfung dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt.

Die finalen Inhalte der Richtlinie werden erst ab Januar/Februar für die Zentren zugänglich sein.

Zusätzliche Regelungen zur Übergangsfinanzierung bestehender Zentren

Die zentrale Fragestellung

Qualität → **Struktur**

?

Struktur → **Qualität**

Mut zur Strukturveränderung für eine bessere Qualität

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Wie viele Kliniken braucht das Land?

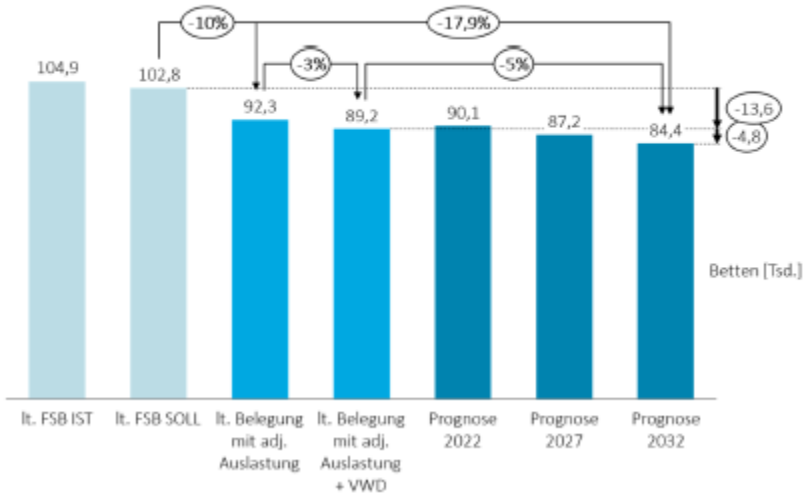
Reduktion von 1.600 auf nur noch 330 Kliniken? Leopoldina fordert Radikalkur für die deutsche Krankenhaus-Landschaft

Christian Beneker

INTERESSENKONFLIKTE | 2. November 2016

> „Das heißt: Wäre Deutschland ‚durchschnittlich', hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35 Prozent weniger."
>
> — Leopoldina

Abbildung 25: Betten im IST (gemäß FSB), mit adjustierten Parametern (2017) und für die Prognosejahre 2022, 2037 und 2032.



4.1 Anzahl benötigter Krankenhausstandorte gemäß Zielmodell

In der Versorgungsregion 5 könnte die Zahl der Krankenhausstandorte auf insgesamt 14 reduziert werden, ohne dass sich die Erreichbarkeit von Krankenhäusern für die Einwohner der Region im Jahr 2030 gegenüber heute veränderte (Anteil der Einwohner, die ein Krankenhaus der Regelversorgung mit mind. 200 Betten innerhalb von 30 Minuten erreichen können).[27] Für die zuvor ermittelte Fallzahl mit Bedarf an stationärer Versorgung im Jahr 2030 würde es ausreichen, wenn vier dieser 14 Standorte Maximalversorger wären (Tabelle 15).

Tabelle 30: Veränderung der Krankenhausstruktur in der Versorgungsregion 5 – Kennzahlen im Überblick

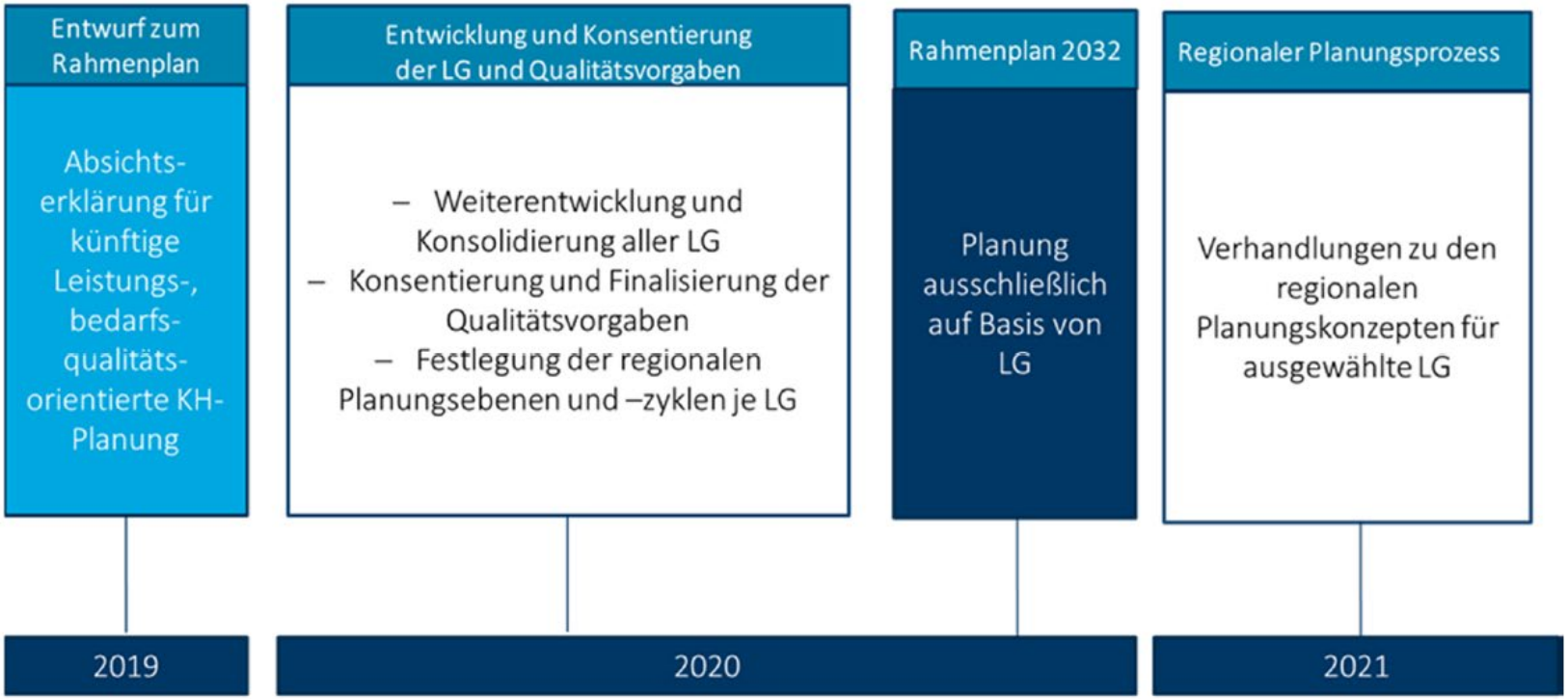
	Ausgangs-situation (AS) (2016 bzw. 2017)	Struktur-modell 1: 2030 (SM1)	Struktur-modell 2: 2030 (SM2)	Veränderung SM 1/SM 2 zur AS
Anzahl Standorte	45	14	12	-69 %/-73%
Bettenzahl	12.826	10.387	10.388	-19 %/-19%
Ø je Standort	285	742	866	+160 %/+203%
Fallzahl	516.037	461.221	461.284	-11 %/-11%

Quelle: IGES

KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Wie viele Kliniken braucht das Land?

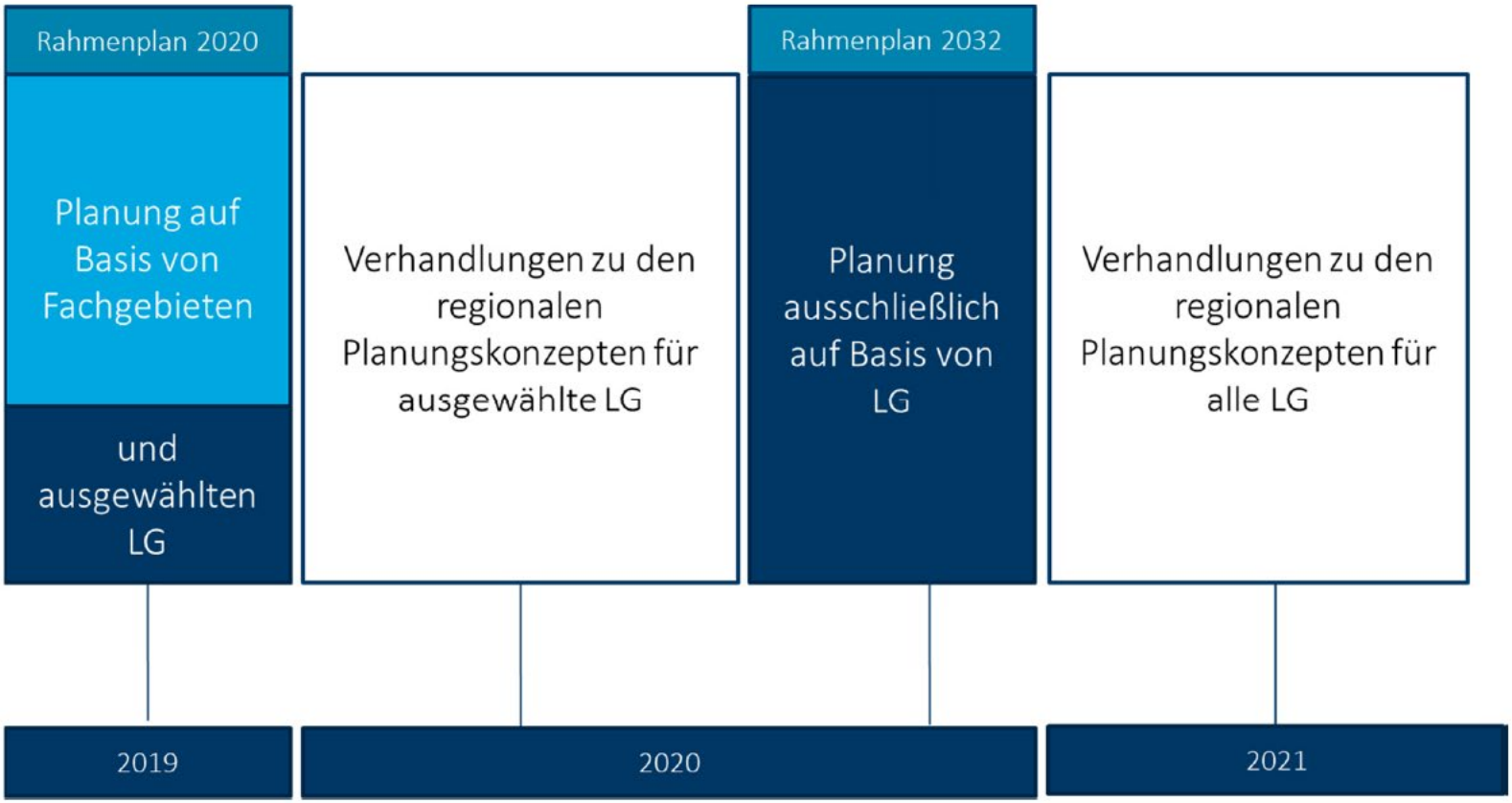
Abbildung 42: Umfassende Einführung einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Planung



KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Wie viele Kliniken braucht das Land?

Abbildung 43: Sukzessive Einführung der leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung



KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

Krankenhäuser in der Region Oberpfalz/Mittelfranken

KRANKENHÄUSER IN DER REGION

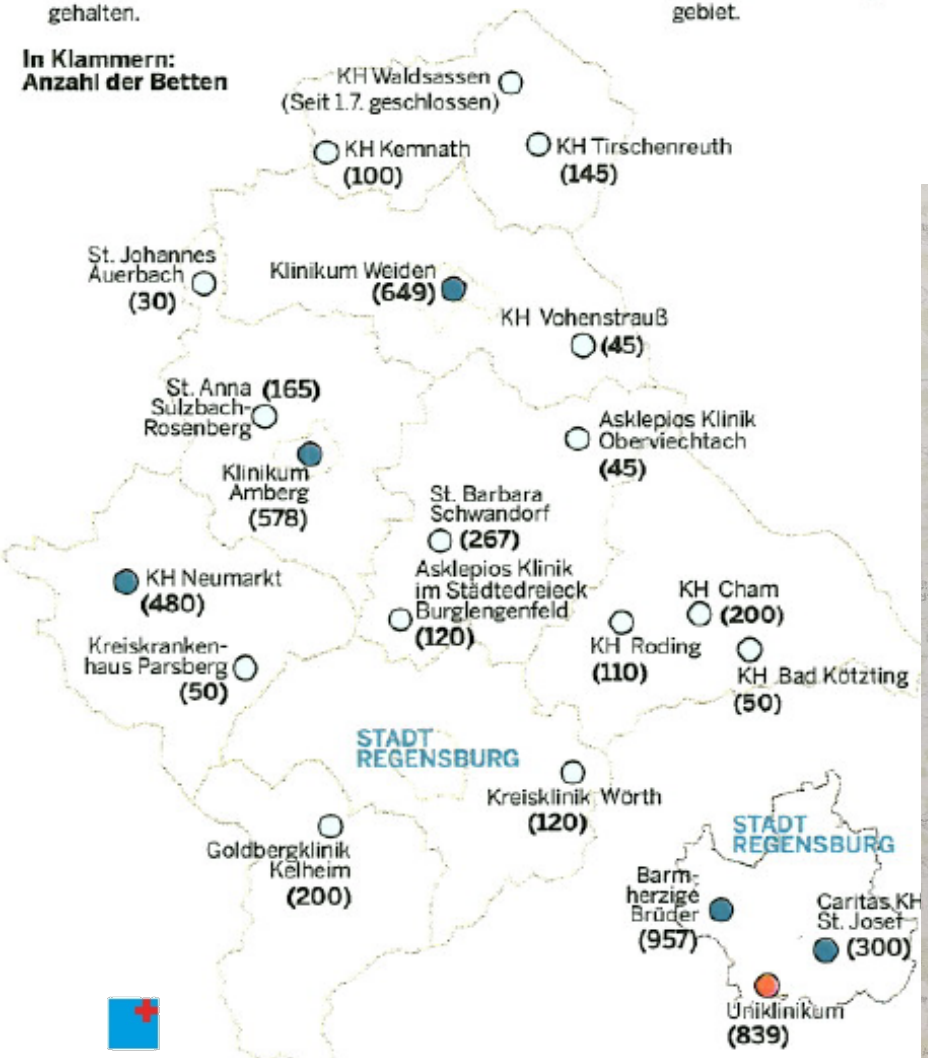
Das Angebot an stationärer medizinischer Versorgung

Versorgungsstufe I
Grundversorgung in der Fläche. Fachrichtungen wie Innere Medizin und Chirurgie werden vorgehalten.

Versorgungsstufe II
Überörtliche Aufgaben, die spezialisierte Untersuchungsmethoden erfordern.

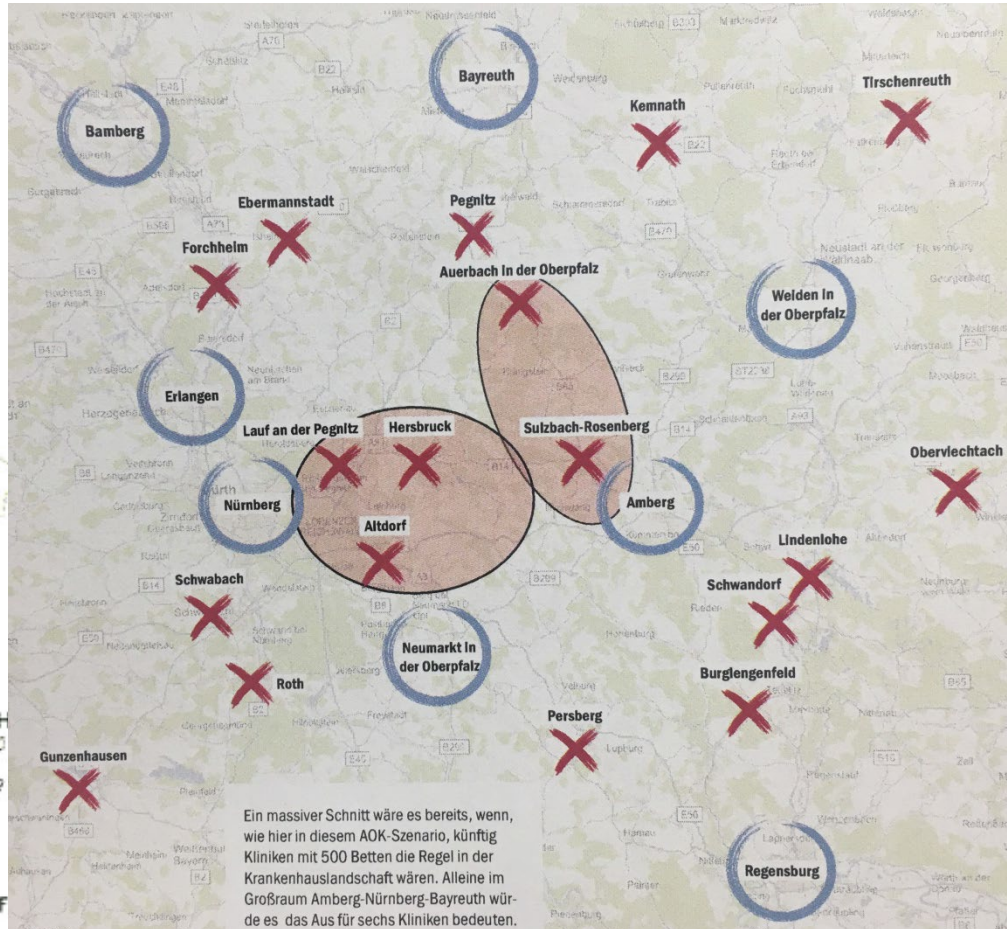
Versorgungstufe III
Umfassendes und differenziertes Leistungsangebot der Maximalstufe. Überörtliches Einzugsgebiet.

In Klammern: Anzahl der Betten



KLINIKUM ST. MARIEN AMBERG

QUELLEN: KRANKENHÄUSER | MZ-INFOGRAF



Fazit:

- Gesundheitsversorgung ist staatliche Hoheitsaufgabe
- Wir brauchen einen Systemwechsel, der primär die Struktur der Krankenhausversorgung an Hand einheitlicher Kriterien definiert (Wegezeiten je Krankheitsbild, Fachabteilungen und Größe von Kliniken ,Versorgungsangebot regional/überregional, Mindestmengen)
- Der Strukturwandel sollte NICHT durch planungsrelevante QI herbeigeführt werden sondern durch eine strukturierte Planung
- Leistungsausschlüsse für Kliniken sind zu definieren (Mindestmengen, Leistungserbringung nur innerhalb onkologischer Zentren…)
- Die Leistungserbringung muss den ambulanten Bereich zwingend einschließen und Zugangsmöglichkeiten für Kliniken für die Behandlung in Zentren schaffen (automatische ASV Genehmigung für Zentren… KVB)
- Vorbild für diese Entwicklung sind beispielsweise der GBA Beschluss zu den Zentren und Zentrumsstrukturen und die damit verbundene Finanzierung und das Bertelsmann Gutachten in NRW.
- Die Kliniken benötigen eine Vollfinanzierung für Investitionen, damit keine Eigenmittel für bauliche Investitionen aufgebracht werden müssen

Fazit:

- Auf dieser Basis ist die Qualität der Leistungen verpflichtend einzufordern und zu überwachen
- Die Finanzierung spezieller Leistungen (Zentren) ist unbürokratisch sicherzustellen (Positivbeispiel Regelung der Notfallversorgung in Stufen mit Pauschalen)
- Die Kliniken benötigen adäquate Instrumente , um bei Schlechtleistung reagieren zu können
- Die Instrumente für die Dokumentation und Überwachung der Qualität sind zu definieren und zu vereinheitlichen (medizinische Dokumentation vs Abrechnungsdaten)
- Wir benötigen eine transparente und positive Fehlerkultur
- Ausgezeichnete Qualität ist positiv zu verstärken
- Für Patienten muss positive Qualität sofort sichtbar sein

KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Medizin. Menschlichkeit. Miteinander