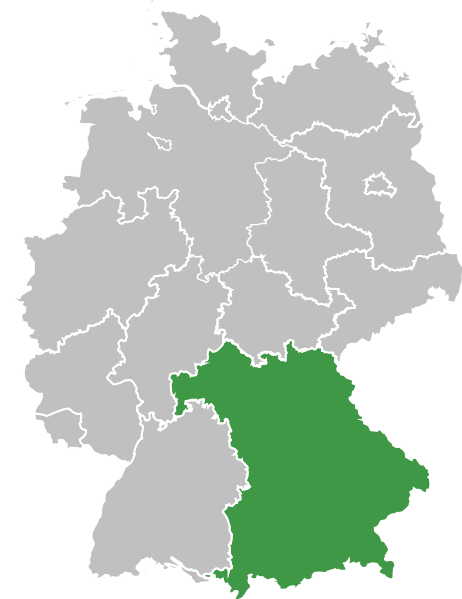


# Szenarioanalyse (I)

Simulation der Auswirkungen einer Krankenhausreform für das Bundesland Bayern auf Grundlage von Vorschlägen der Regierungskommission

Februar 2023

Maximilian Schmid



# Disclaimer

---

Diese Unterlagen wurden durch die BinDoc GmbH erstellt. Sie sind ausschließlich für Mitarbeiter des Auftraggebers bestimmt. Die Verteilung, Zitierung und Vervielfältigung - auch auszugsweise - zum Zwecke der Weitergabe an Dritte ist nur nach vorheriger Absprache mit der BinDoc GmbH gestattet.

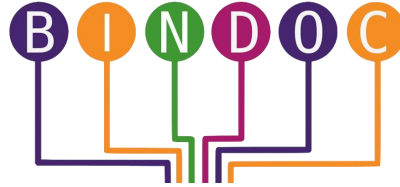
Die BinDoc GmbH garantiert die Vertraulichkeit aller sensiblen Informationen, die im Rahmen dieses Projektes oder dessen Vorbereitung bekannt werden. Alle durch die BinDoc GmbH einbezogenen Mitarbeiter unterliegen vertraglich der Verpflichtung zur Wahrung der Vertraulichkeit. Die BinDoc GmbH trifft technische Vorkehrungen zum Schutz sensibler Kundendaten und Informationen.

Die Angaben basieren neben eigenen Recherchen auf Angaben und Datenlieferungen des Auftraggebers. Die Ergebnisse spiegeln den derzeitigen Stand der Analyse – gemäß den angegebenen Quellen und Datenlieferungen der/s Auftraggeber – wider. Eine Rohdatenprüfung erfolgt nach Absprache mit dem Auftraggeber.

Der Auftragnehmer haftet nicht für die Richtigkeit der gemachten Angaben sowie das Eintreffen der getroffenen Prognosen. Rundungsdifferenzen können sich ergeben.

# Agenda

---



- 
1. Abstract
  2. Versorgungslandschaft und Versorgungsdichte
  3. Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen in Bayern
  4. Versorgungsanalyse: Leistungsbereich - Intensivmedizin
-

# Abstract (1/4): Hintergrund & Methodik

## Hintergrund

- Im Dezember 2022 hat das Bundesgesundheitsministerium mit einer berufenen Regierungskommission ein Konzept für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform in Deutschland vorgelegt.
- Das Reformkonzept gilt als Arbeitsgrundlage für eine Bund-Länder-Gruppe zur zukünftigen Planung und Umsetzung der Reformvorschläge.
- Die Versorgungslandschaft in Deutschland gilt mit Blick auf einzelne Bundesländer und deren Versorgungsregionen als heterogen.

- 
- **Ziel** der Szenarioanalyse ist es, die Auswirkungen der geplanten bundespolitischen Reformvorschläge auf die somatische Krankenhausstruktur im Bundesland Bayern zu simulieren.

## Methodik

- Datengrundlage:
  - Bevölkerungsstatistik, Destatis (2021)
  - Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen), Destatis (2021)
  - DRG-Statistik (fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik), Destatis (2021)
  - Strukturierte Qualitätsberichte nach § 136b SGB V, G-BA (2020)
  - Krankenhausplan Bayern (2022)

- 
- Die **Grundlagen** zur analytischen Herleitung der Ergebnisse basieren auf der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission.

# Abstract (2/4): Limitationen

## Versorgungslevel

- Die Regierungskommission empfiehlt eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (nachfolgend Versorgungslevel genannt), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen.
- Zur Festlegung der Versorgungslevel schlägt die Regierungskommission eine Strukturqualität als Mindestvoraussetzungen vor, deren Einhaltung vom Medizinischen Dienst überprüft werden soll.
- Bundesweit besteht im Status quo keine einheitliche Definition von Versorgungsleveln oder Versorgungsstufen.
- Bei Fachkliniken bestehen zum aktuellen Zeitpunkt bei der Zuordnung der Versorgungslevel zwei Herausforderungen:
  - Deutschlandweit existiert keine einheitliche Definition einer Fachklinik.
  - Die Regierungskommission hat, im Unterschied zu den anderen Versorgungsleveln, die Mindestvoraussetzung einer G-BA Notfallstufe nicht aufgenommen.
- Außer den G-BA Notfallstufen gibt es keine weiteren Kriterien, die zum jetzigen Zeitpunkt transparent messbar sind und sich für eine exaktere Versorgungslevel-Zuordnung eignen würden, da:

- 
- ▼
- Intensivmedizinische Betten, ärztliche Anwesenheit und telemedizinische Anbindung bis dato nicht strukturiert und nicht einheitlich erfasst werden,
  - Medizintechnische Infrastruktur zwar in Teilen strukturiert über die G-BA Qualitätsberichte auswertbar ist, allerdings die Definition der Regierungskommission offen lässt, ob eine kooperative Vorhaltung in einem bestimmten Fahrtzeitradius ausreichend ist,
  - Das Kriterium einer 30 minütigen PKW-Fahrzeitdistanz zum nächstgelegenen Krankenhaus zur Einteilung von Grundversorgern mit Notfallversorgung (Level: In) aus Versorgungsstufen abgeleitet wird, die nicht bundeseinheitlich definiert sind und den Bundesländern zudem das Recht zur Erteilung eines besonderen Versorgungsauftrages eingeräumt werden soll,
  - Die Leistungsgruppen nicht final definiert sind.

# Abstract (2/4): Limitationen

## Leistungsgruppen

- Die Regierungskommission schlägt im Rahmen der dritten Stellungnahme für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vor, das Behandlungsspektrum einer Klinik bundeseinheitlich zu definieren und dabei eine Granularität anzusetzen, die feiner untergliedert ist als eine Fachabteilungszuordnung nach §301 SGB V und gröber als DRG-Fallpauschalen.
- Modelle aus der Schweiz sowie der Krankenhausplanung in NRW gelten als Referenz.
- Die Definitionen sollen nach Vorstellungen der Regierungskommission von einem unabhängigen, an das InEK assoziierten Ausschuss festgelegt werden.



- Eine dezidierte Ausarbeitung soll innerhalb des Jahres 2023 abgeschlossen sein.
- Zum jetzigen Zeitpunkt liegt keine finale Definition der Leistungsgruppen, mit Ausnahme von Vorschlägen für den Leistungsbereich der Intensivmedizin, vor.

# Abstract (3/4): Definition - Versorgungslevel

## G-BA Notfallstufe (gemäß §136c Abs. 4 SGB V)

Fachkrankenhaus
Keine Notfallstufe
Basisnotfallversorgung
Erweiterte Notfallversorgung
Umfassende Notfallversorgung
Umfassende Notfallversorgung und Uniklinik

## Zugeordnetes Versorgungslevel

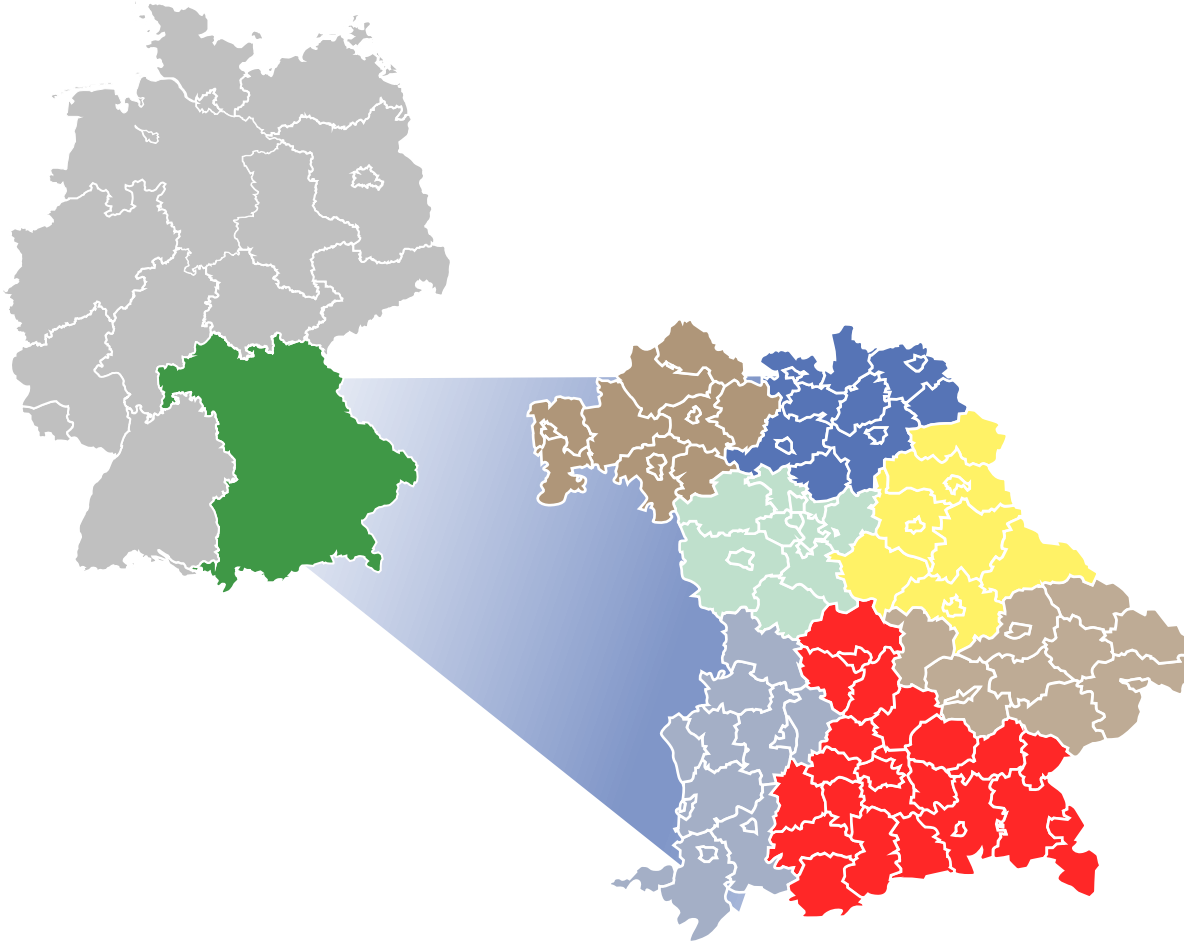
Fachklinik
Versorgungslevel Ii
Versorgungslevel In
Versorgungslevel II
Versorgungslevel III
Versorgungslevel IIIU



- Die Zuordnung der Versorgungslevel wurde gemäß dem oben skizzierten Schema durchgeführt.
- Aufgrund der Tatsache, dass von den Mindeststrukturvoraussetzungen bislang nur die G-BA Notfallstufen gemäß den G-BA-Richtlinien nach § 136c Abs. 4 SGB V final definiert sind, kann eine vorläufige Operationalisierung ausschließlich auf dieser Basis erfolgen.
- Fachkliniken wurden in der Stellungnahme der Regierungskommission in unzureichender Detailtiefe behandelt. Für den Freistaat Bayern wurde die Zuordnung von Fachkliniken aus der entsprechenden Versorgungsstufe „Fachkrankenhaus“ des bayerischen Krankenhausplans übernommen.

# Abstract (4/4): Konzeptioneller Aufbau

## Freistaat Bayern und Planungsregionen



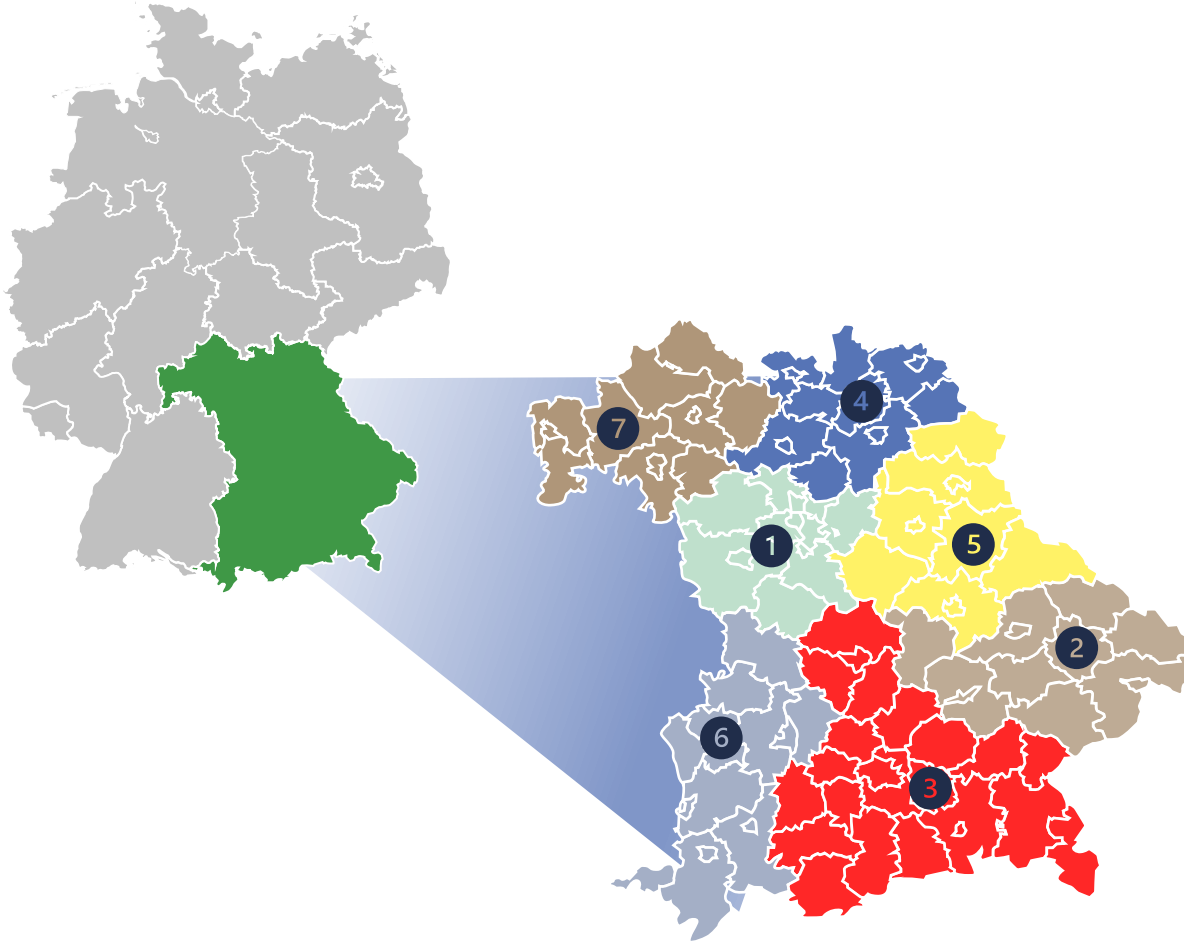
## Ergebnisse

- Die Ergebnisse der Szenarioanalyse lassen sich in drei Abschnitte unterteilen:
  1. Versorgungslandschaft und Versorgungsdichte
  2. Versorgungslevel vs. Versorgungstufen
  3. Versorgungsanalyse – Leistungsbereich: Intensivmedizin
- Zur niederschweligen Einordnung der Ergebnisse werden die vorgestellten Analysen nach geographischer Granularität heruntergebrochen, wodurch eine konsistente Logik resultiert.



# Abstract (4/4): Konzeptioneller Aufbau

## Freistaat Bayern und Planungsregionen



### 1. Mittelfranken

- 12 Landkreise
- 1,8 Mio. Einwohner
- 39 Kliniken

### 2. Niederbayern

- 12 Landkreise
- 1,2 Mio. Einwohner
- 41 Kliniken

### 3. Oberbayern

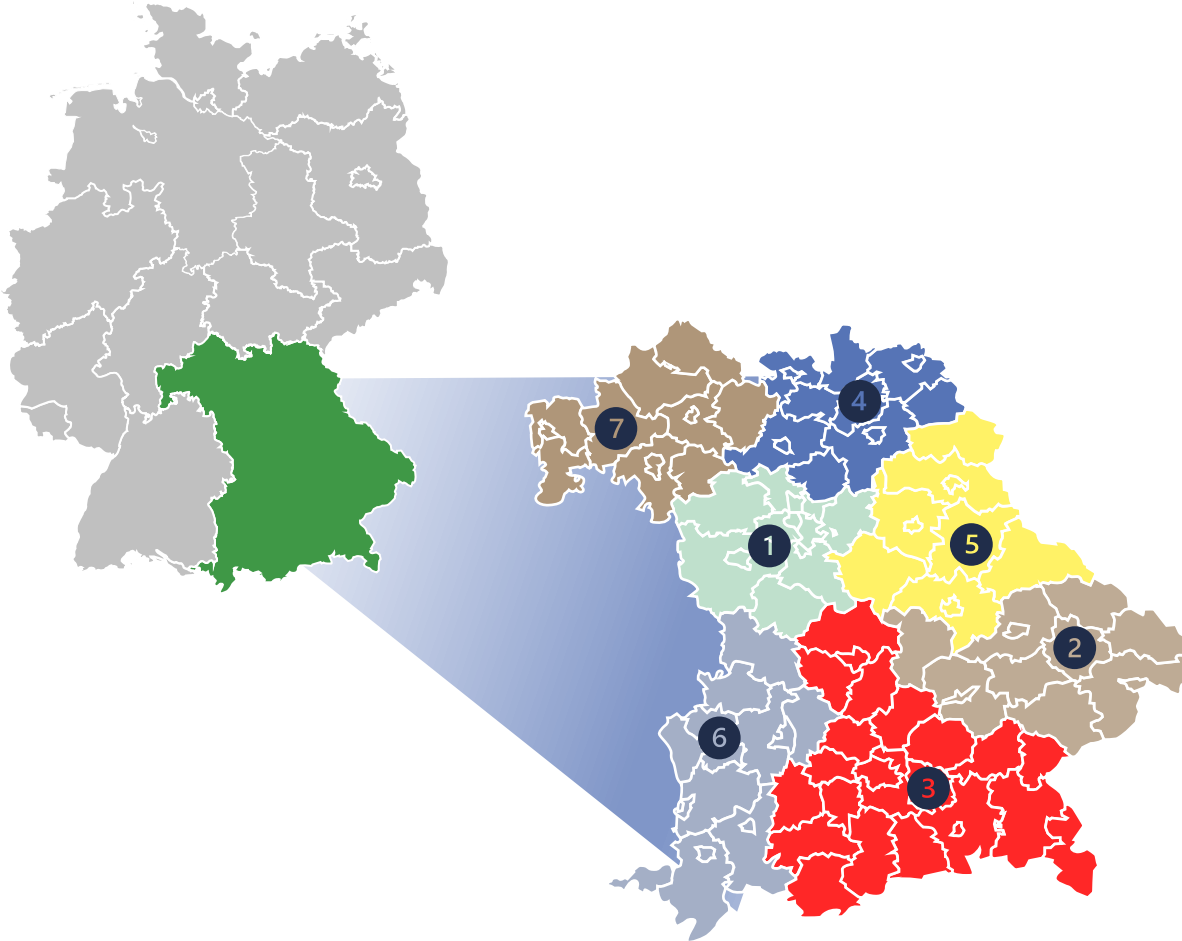
- 23 Landkreise
- 4,7 Mio. Einwohner
- 160 Kliniken

### 4. Oberfranken

- 13 Landkreise
- 1,1 Mio. Einwohner
- 33 Kliniken

# Abstract (4/4): Konzeptioneller Aufbau

## Freistaat Bayern und Planungsregionen



### 5. Oberpfalz

- 10 Landkreise
- 1,1 Mio. Einwohner
- 32 Kliniken

### 6. Schwaben

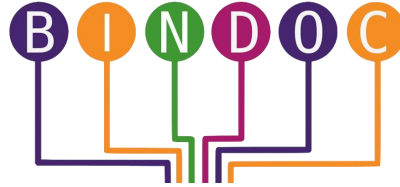
- 14 Landkreise
- 1,9 Mio. Einwohner
- 52 Kliniken

### 7. Unterfranken

- 12 Landkreise
- 1,3 Mio. Einwohner
- 40 Kliniken

# Agenda

---



---

1. Abstract

2. Versorgungslandschaft und Versorgungsdichte

3. Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen in Bayern

4. Versorgungsanalyse: Leistungsbereich - Intensivmedizin

---

# Management Summary (1/2)

## Versorgungslandschaft & Versorgungsdichte

### Zentrale Ergebnisse

- Die Ergebnisse aus den Analysen zur Versorgungslandschaft und Versorgungsdichte zeigen, dass die **Anzahl** an **Kliniken** im Freistaat **Bayern** im Verhältnis zur **Einwohnerzahl** nahe dem **bundesdeutschen Durchschnitt** liegt.
- Anhand der **unterdurchschnittlichen Anzahl** von Kliniken im Verhältnis zur **geographischen Größe** des Freistaates **Bayern** und seiner Planungsregionen ist entlang der Ergebnisse davon auszugehen, dass eine **flächendeckende Versorgung** bei der angenommenen **Verteilung von Versorgungsleveln** entlang von Vorschlägen der Regierungskommission **gefährdet** sein kann.
- Die **Versorgungslandschaft** in **Bayern** ist durch eine relativ **hohe Versorgungsdichte** an **Fachkliniken** im Vergleich zu Deutschland geprägt. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern in Deutschland wird Fachkliniken im Freistaat Bayern eine **stärkere Versorgungsrolle** zu Teil.
- Aufgrund der hohen **Versorgungsrelevanz** von **Fachkliniken** in Bayern wird empfohlen, die bis dato **unspezifischen Regelungen** im Rahmen eines Bund-Länder-Dialogs zu **konkretisieren**.

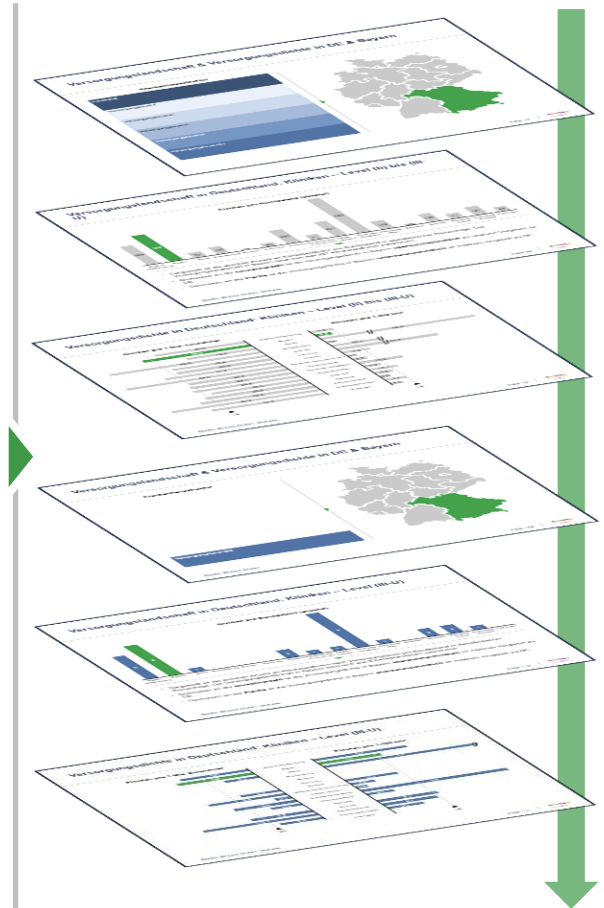


# Management Summary (2/2)

## Versorgungslandschaft & Versorgungsdichte

### Zentrale Ergebnisse

- Im Gegensatz zu der Anzahl und Verteilung von Fachkliniken wird die **zukünftige Versorgungslandschaft** Bayerns durch eine **relativ niedrige Versorgungsdichte** sowohl gemessen an der Anzahl an Einwohner als auch der Fläche bei **Kliniken des Level In und Level II** im Vergleich zu Deutschland **geprägt** sein.
- Aufgrund des **relativ hohen Anteils von Fachkliniken** und des **relativ niedrigen Anteils von Level In und Level II** Kliniken ist durch die bundespolitische Absicht die Ausgestaltung von Leistungsangeboten für Kliniken im Sinne vordefinierter Leistungsgruppen zu diktieren, von der Gefahr eines resultierenden **Versorgungsdefizits** auszugehen.
- Eine Analyse zur Auswirkung auf den **Versorgungsbedarf** und das **Versorgungsdefizit** entlang von noch zu definierenden Leistungsgruppen sowie der Dimension von **Erreichbarkeit und Fahrzeit** wird **empfohlen**, insbesondere für den Bereich der Notfallversorgung.



# Versorgungslandschaft & Versorgungsdichte in DE & Bayern

## Krankenhausstruktur

Fachklinik

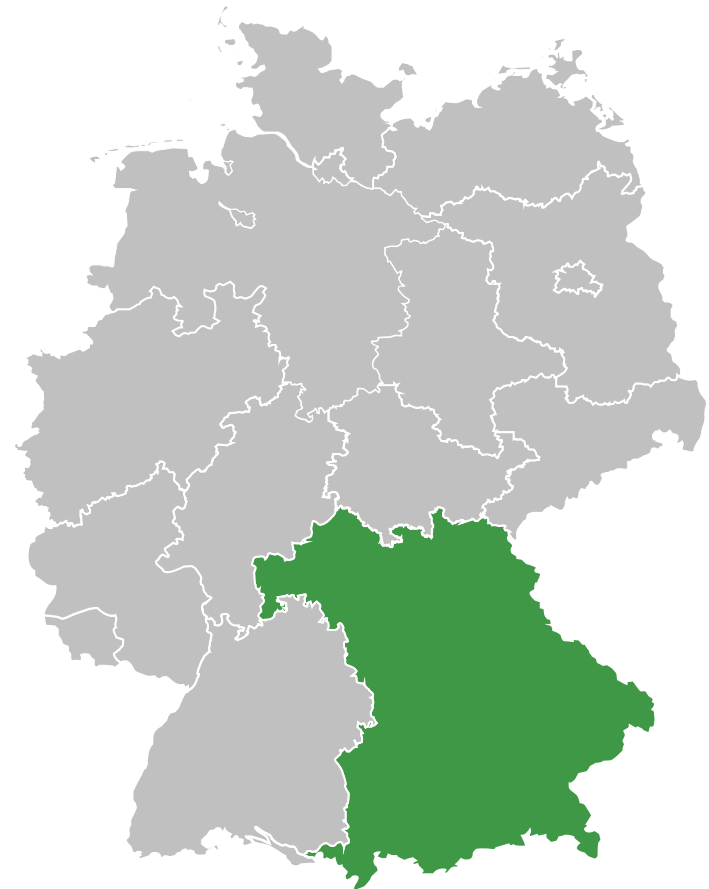
Versorgungslevel Ii

Versorgungslevel In

Versorgungslevel II

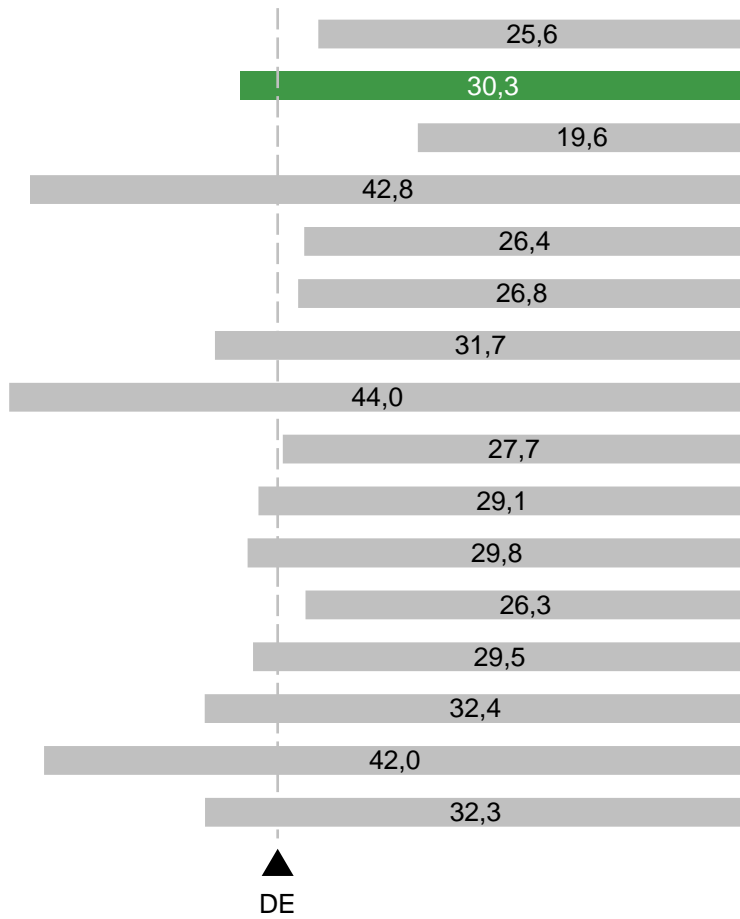
Versorgungslevel III

Versorgungslevel IIIU

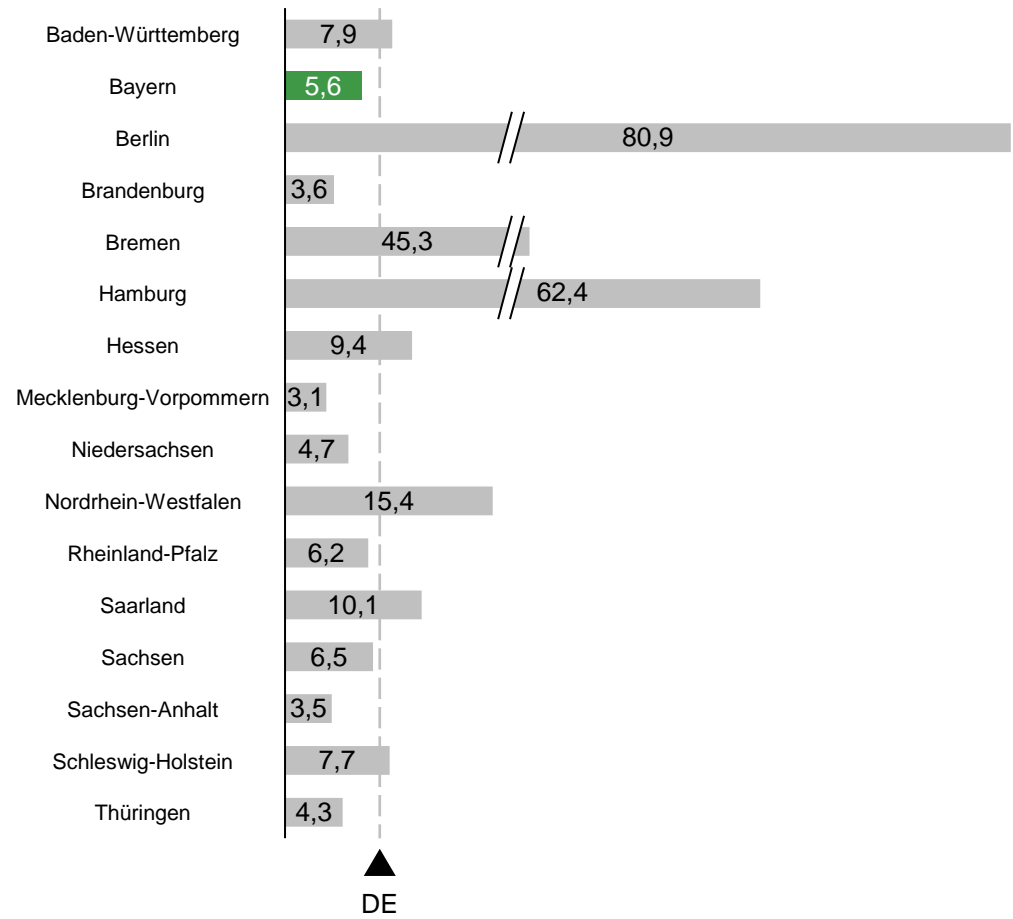


# Versorgungsdichte in Deutschland: Kliniken – Level (II) bis (III-U)

## Kliniken pro 1 Mio. Einwohner



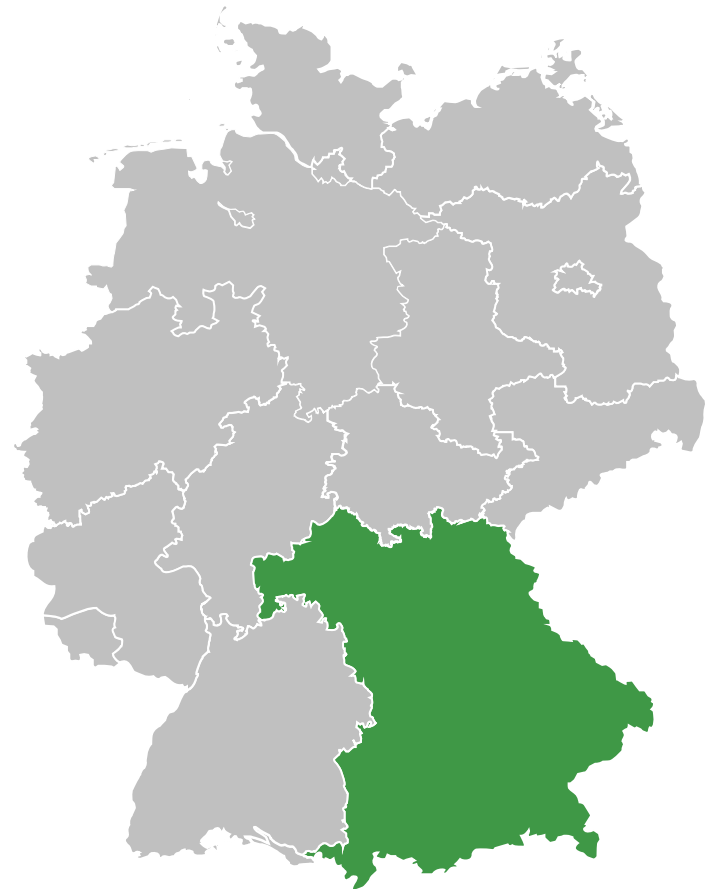
## Kliniken pro 1.000 km<sup>2</sup>



# Versorgungslandschaft & Versorgungsdichte in DE & Bayern

## Krankenhausstruktur

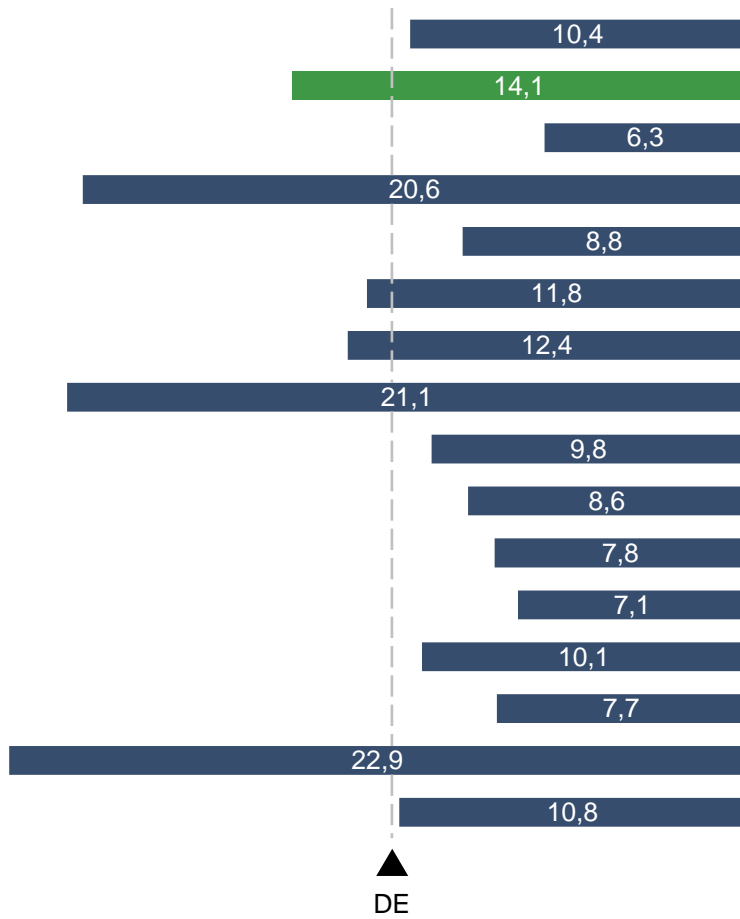
Fachklinik



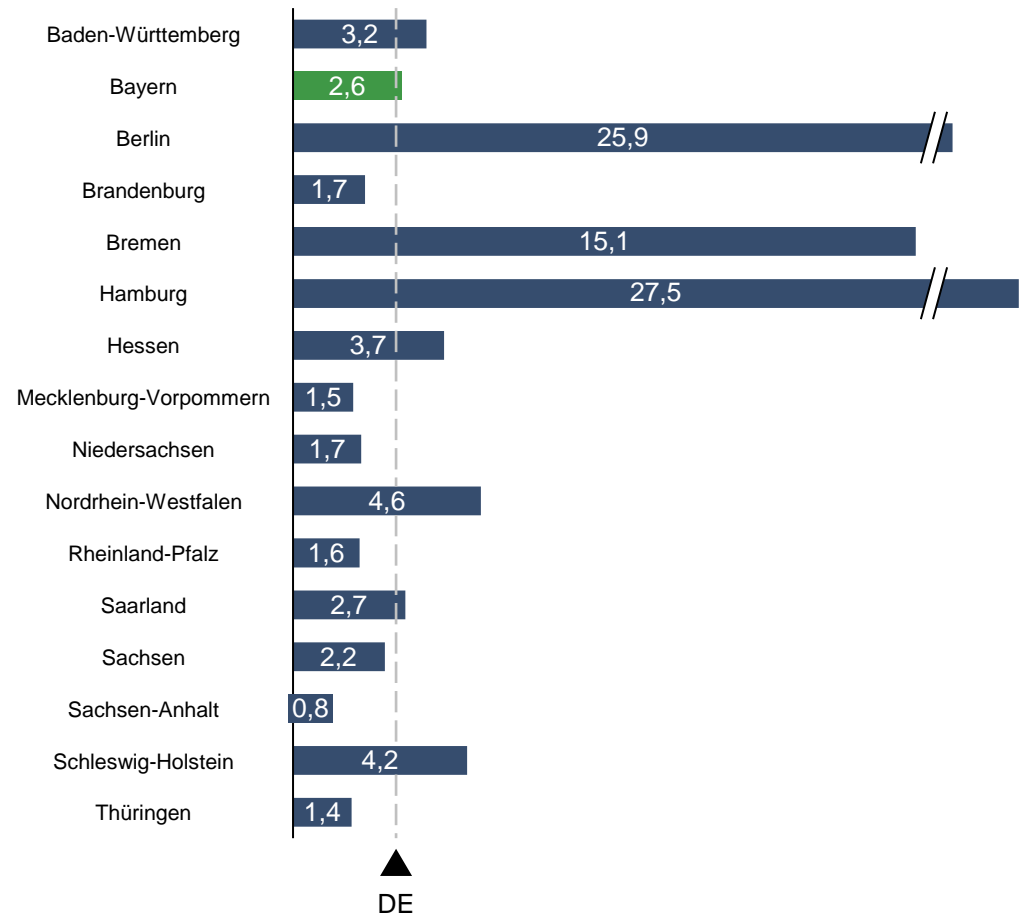


# Versorgungsdichte in Deutschland: Kliniken – Level (FA)

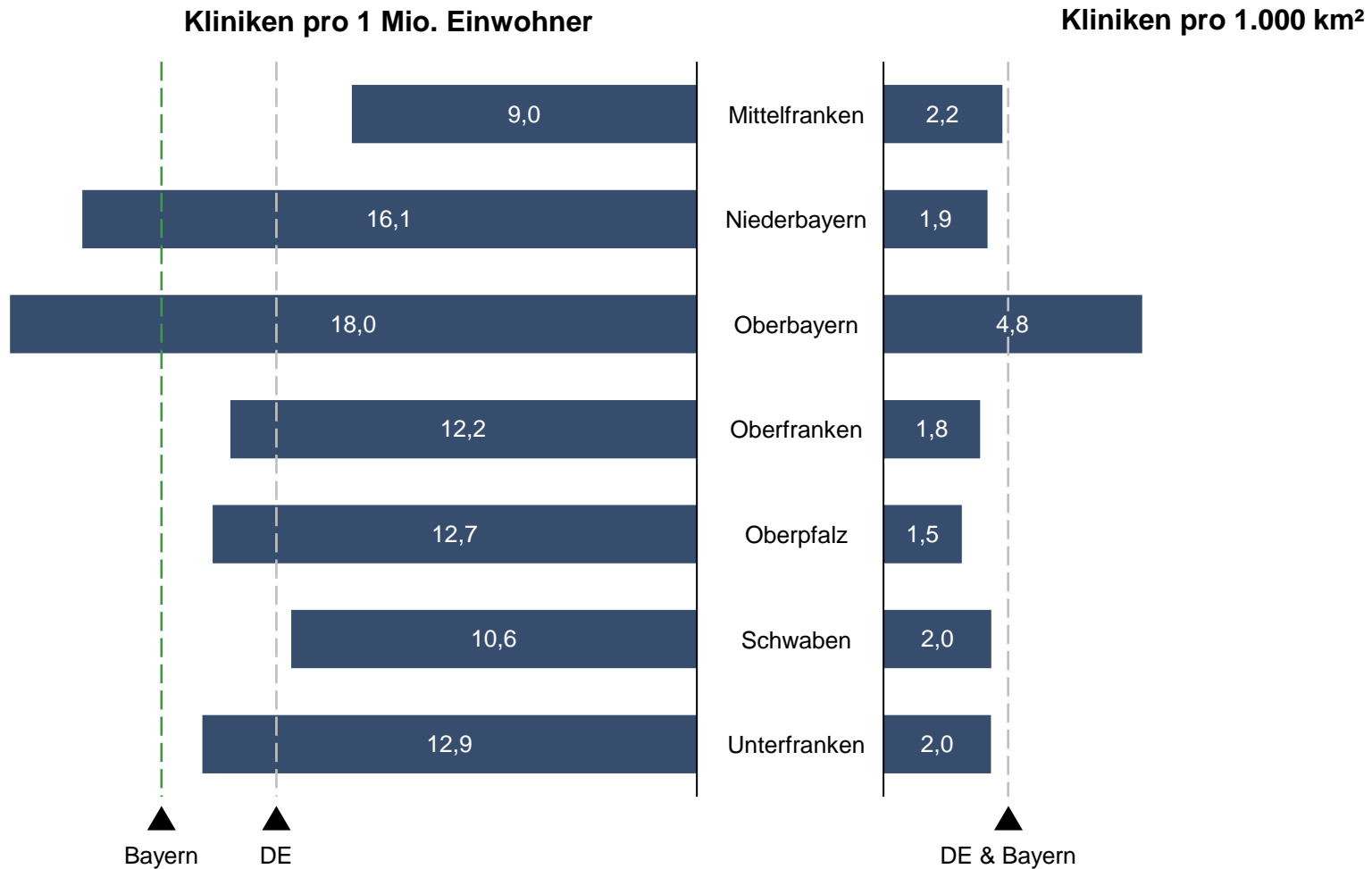
## Kliniken pro 1 Mio. Einwohner



## Kliniken pro 1.000 km²



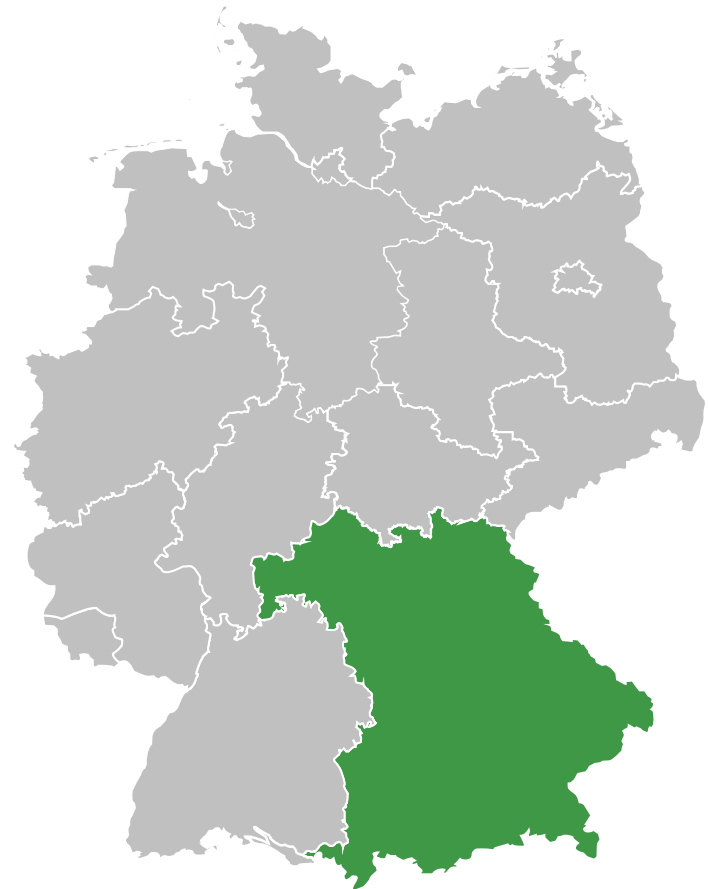
# Versorgungsdichte in Bayern: Kliniken – Level (FA)



# Versorgungslandschaft & Versorgungsdichte in DE & Bayern

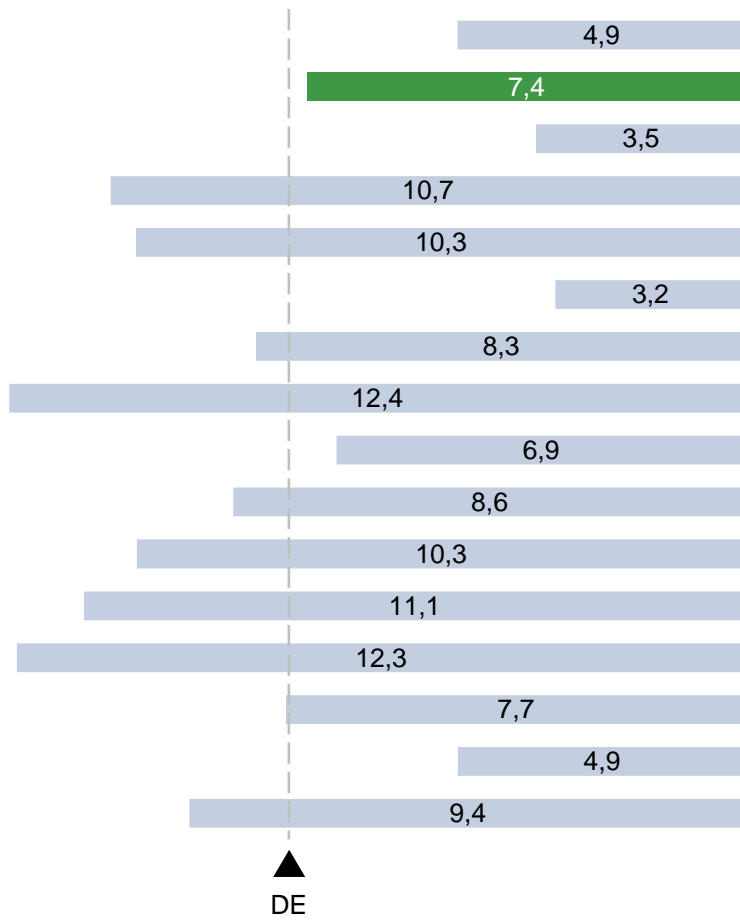
## Krankenhausstruktur

Versorgungslevel In

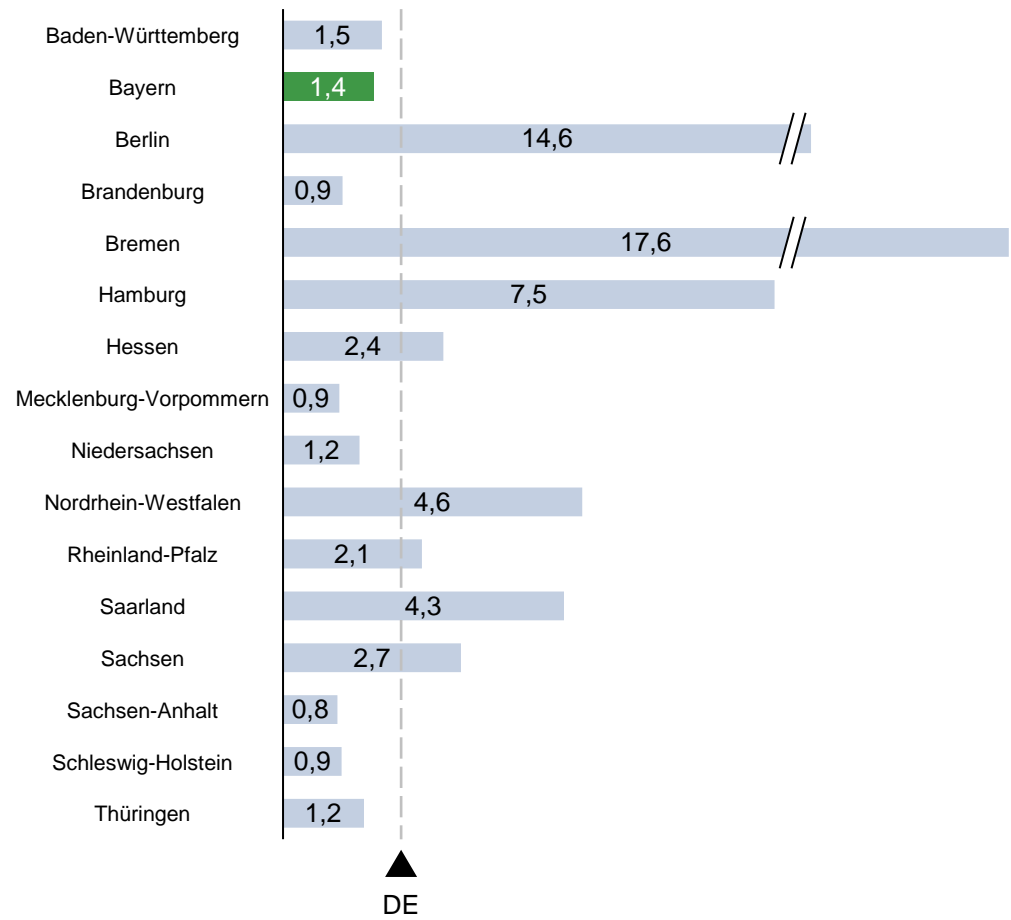


# Versorgungsdichte in Deutschland: Kliniken – Level (In)

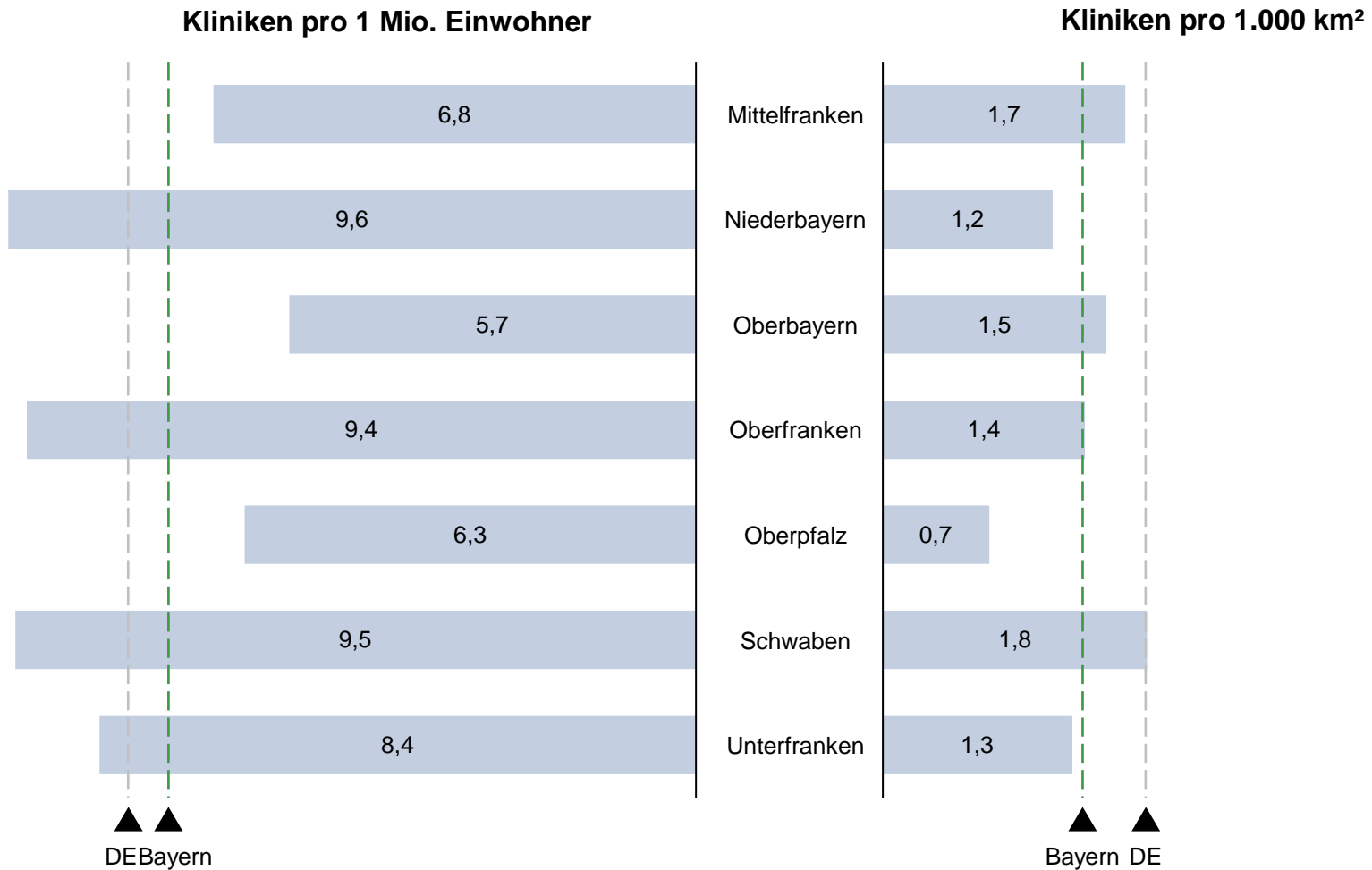
## Kliniken pro 1 Mio. Einwohner



## Kliniken pro 1.000 km<sup>2</sup>



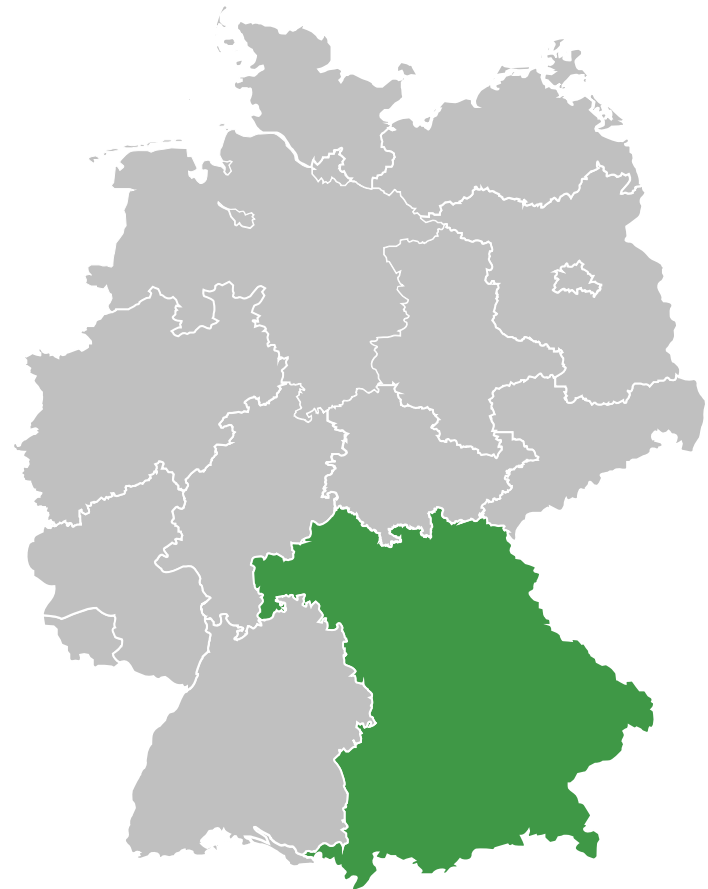
# Versorgungsdichte in Bayern: Kliniken – Level (In)



# Versorgungslandschaft & Versorgungsdichte in DE & Bayern

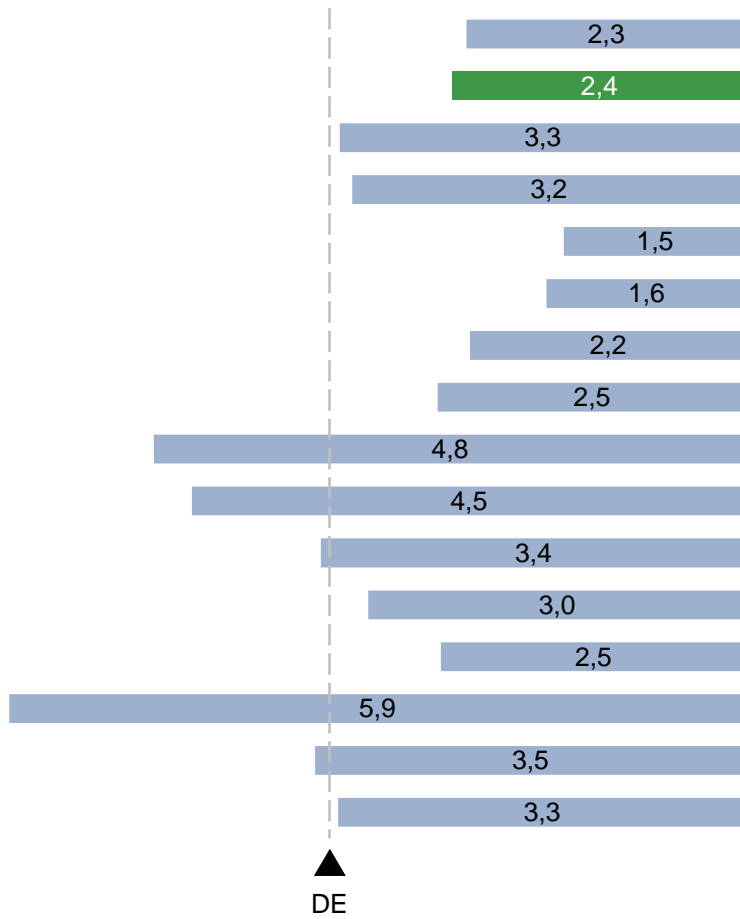
## Krankenhausstruktur

Versorgungslevel II

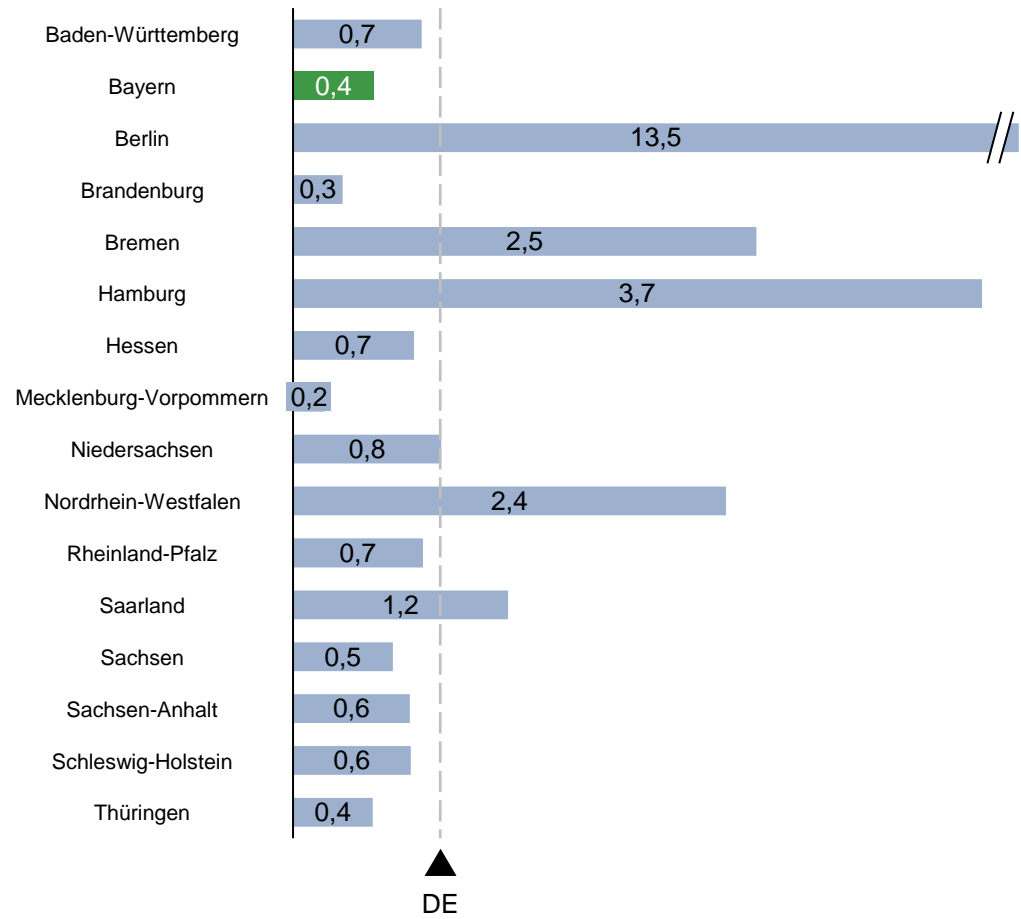


# Versorgungsdichte in Deutschland: Kliniken – Level (II)

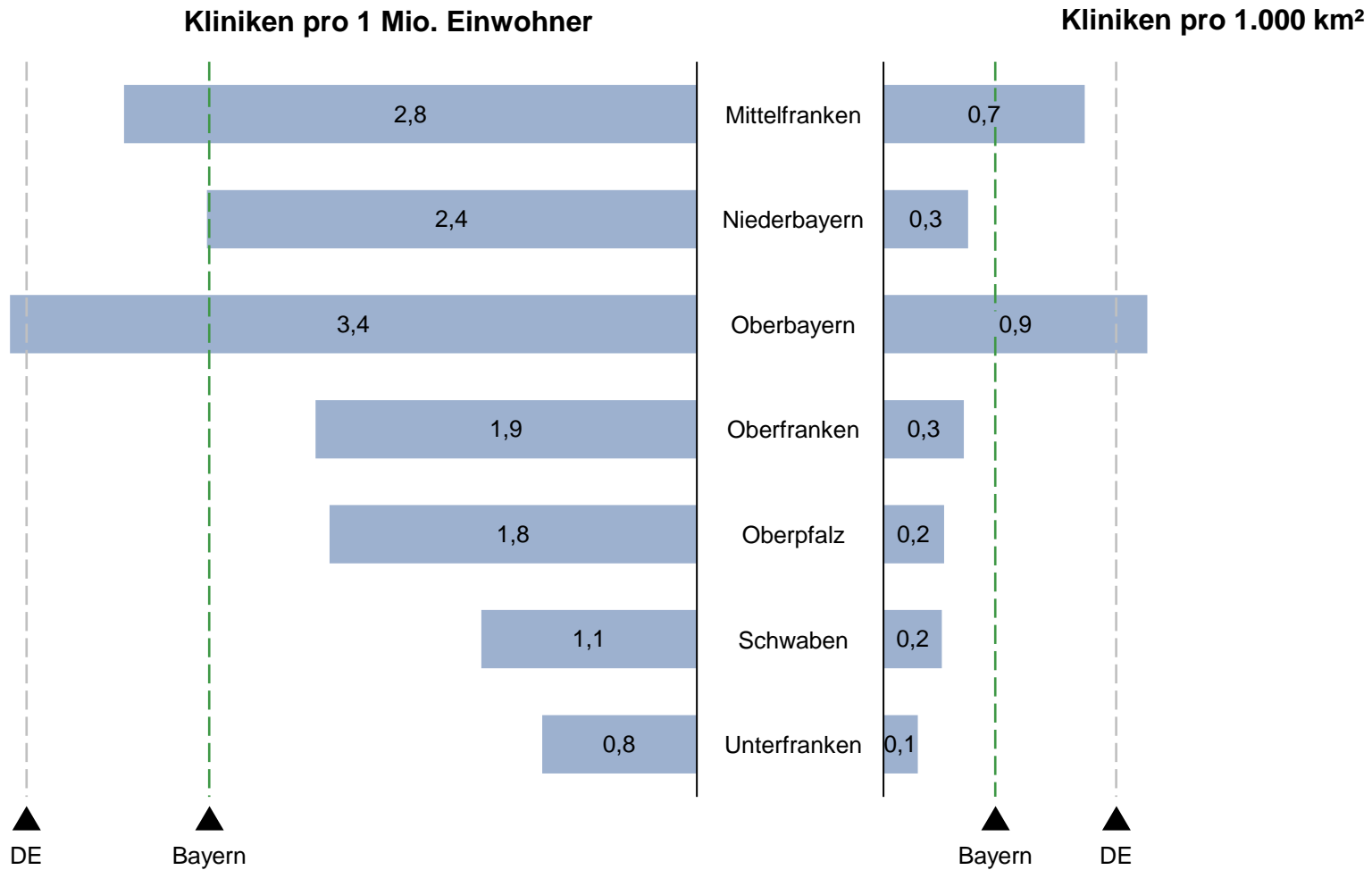
## Kliniken pro 1 Mio. Einwohner



## Kliniken pro 1.000 km<sup>2</sup>



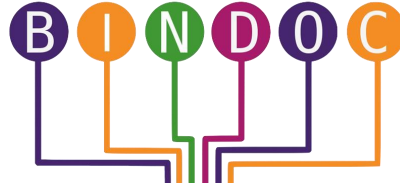
# Versorgungsdichte in Bayern: Kliniken – Level (II)





# Agenda

---



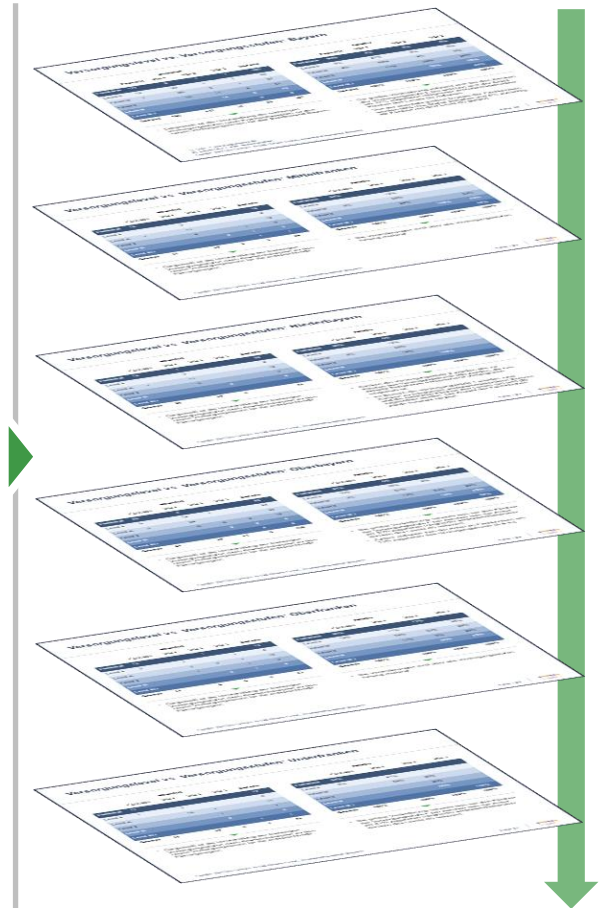
1. Abstract
  2. Versorgungslandschaft und Versorgungsdichte
  3. Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen in Bayern
  4. Versorgungsanalyse: Leistungsbereich - Intensivmedizin
-

# Management Summary (1/1)

## Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen

### Zentrale Ergebnisse

- Die Ergebnisse aus den Analysen zur Veränderung der Versorgungslevel im Vergleich zum Status quo System der Versorgungsstufen zeigen, dass **Krankenhäuser** der bayerischen **Versorgungsstufe 1** am **stärksten** von den Veränderungen **betroffen** wären.
- Bayernweit würde sich der Anteil an **Krankenhäusern** der **Versorgungsstufe 1** um **27% zugunsten** integrierter ambulant/stationärer **Klinik Level (II)** reduzieren.
- Bei den Versorgungsstufen 2 und 3 geht der Trend in Richtung Schwerpunkt- und Maximalversorger. Mehr als **50% der Kliniken der Versorgungsstufe 2** würden nach dem neuen Konzept in das **Klinik-Level (III)** überführt werden.
- **90% der Fachkliniken** würden nach der aktuellen Ausgestaltung **erhalten bleiben**. Hier ist allerdings anzumerken, dass dieser Teil in der Stellungnahme der Regierungskommission noch unzureichend definiert ist. Wir empfehlen eine detaillierte Betrachtung der Fachkliniken, sobald neue Parameter der Mindestvoraussetzungen operationalisiert werden können.



# Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen in Bayern

## Krankenhausstruktur

Fachklinik

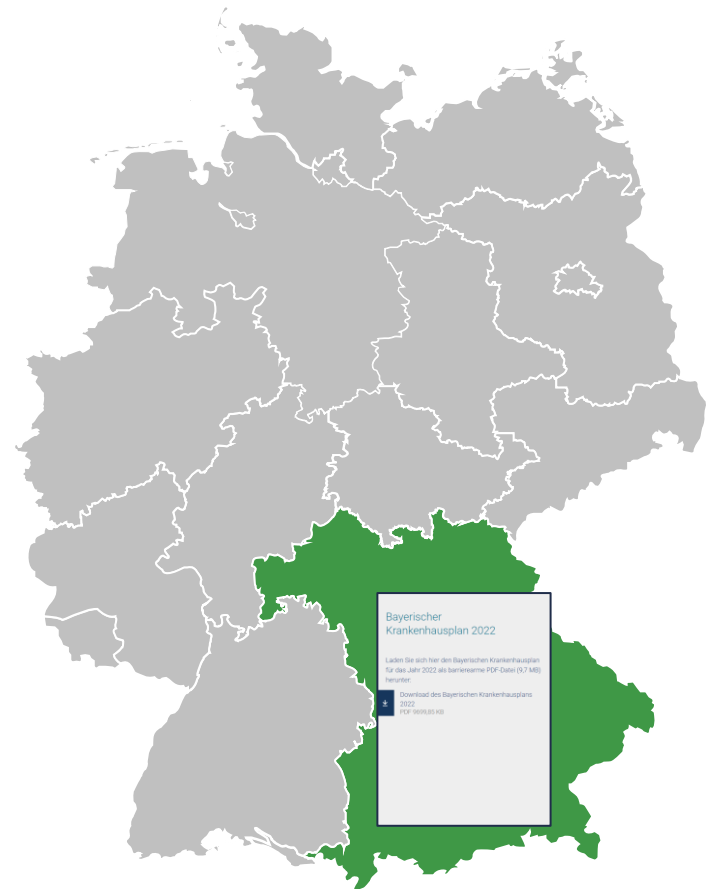
Versorgungslevel II

Versorgungslevel I

Versorgungslevel II

Versorgungslevel III

Versorgungslevel IIIU



# Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen: Bayern

	absolut				
	Fach-KH	VSt 1	VSt 2	VSt 3	Gesamt
Fachklinik	177	6	1	1	185
Level li	12	39	1	1	53
Level In	7	86	3	1	97
Level II		16	11	4	31
Level III			18	5	23
Level IIIU				8	8
<b>Gesamt</b>	<b>196</b>	<b>147</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>397</b>

	relativ			
	Fach-KH	VSt 1	VSt 2	VSt 3
Fachklinik	90%	4%	3%	5%
Level li	6%	27%	3%	5%
Level In	4%	59%	9%	5%
Level II		11%	32%	20%
Level III			53%	25%
Level IIIU				40%
<b>Gesamt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

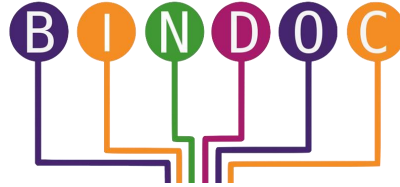
- Dargestellt ist die Umwandlung der bisherigen Versorgungsstufen nach Krankenhausplan zu den neuen Versorgungsleveln für das Bundesland Bayern.

- Die größte Veränderung vollzieht sich bei den Kliniken der Versorgungsstufe I, bei welchen sich der Anteil um 27% zugunsten integrierter ambulant/stationärer Kliniken des Levels (li) reduziert.
- Von der ebenfalls großen Gruppe der Fachkliniken werden 90% ihre Status behalten und 6% zukünftig als Kliniken mit dem Level (li) geführt.

1) VSt. = Versorgungsstufe  
2) Level IIIU = Inkl. Außenstellen

# Agenda

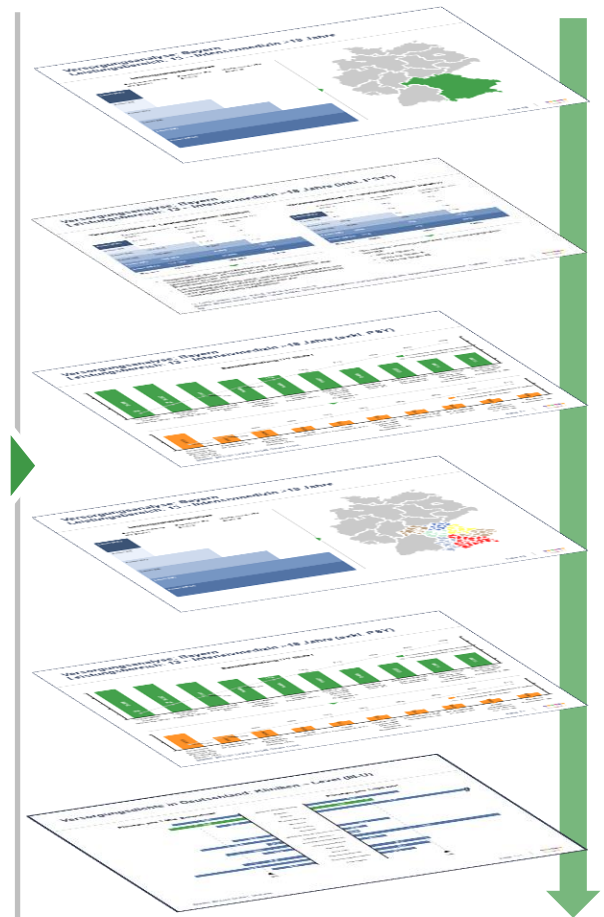
---



1. Abstract
2. Versorgungslandschaft und Versorgungsdichte
3. Versorgungslevel vs. Versorgungsstufen in Bayern
4. Versorgungsanalyse: Leistungsbereich - Intensivmedizin

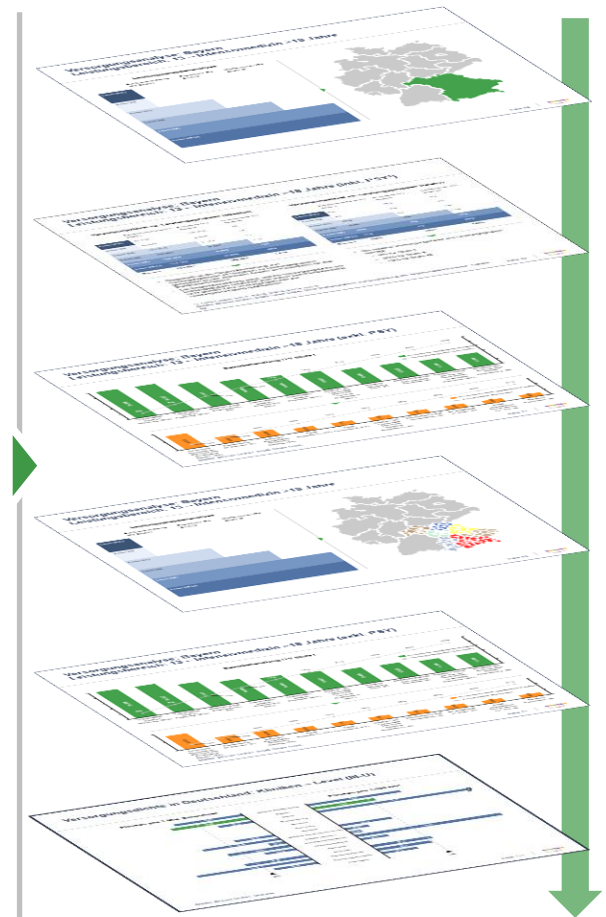
### Zentrale Ergebnisse

- Im Rahmen der Versorgungsanalysen werden für den **Leistungsbereich** der **Intensivmedizin** die dazugehörigen Leistungsgruppen den zukünftigen **Versorgungsleveln** gegenübergestellt.
- Die Ergebnisse aus den Versorgungsanalysen zeigen, dass **Versorgungslücken** durch die **Neuordnung** der **Versorgungslandschaft** entlang einer Einteilung in Versorgungslevel **entstehen**.
- Die **Versorgungslücken** entstehen dadurch, dass Kliniken, die im Status quo an der Versorgung partizipieren, zukünftig aufgrund ihres zugeteilten **Versorgungslevels nicht mehr** zur Leistungserbringung **qualifiziert** sind.
- In der Konsequenz daraus müsste die **zukünftige Versorgungslandschaft** so angepasst werden, dass die entstehenden Versorgungslücken durch Kliniken **kompensiert** werden können, die sich gemäß ihres **zukünftigen Versorgungslevels** weiterhin zur Leistungserbringung **qualifizieren**.



### Zentrale Ergebnisse

- Die Ergebnisse zur Versorgungsanalyse in Bayern für den Leistungsbereich der Intensivmedizin (exkl. PSY<sup>1</sup>) zeigen, dass durch den **Wegfall** von zukünftig nicht zur **Leistungserbringung** qualifizierten Kliniken folgende **Versorgungslücken** entstehen:
  - 9 % für die Basisbehandlung Intensivmedizin Stufe I (Leistungsgruppe 13.0)
  - 33 % für die erweiterte Intensivmedizin Stufe II (Leistungsgruppe 13.1)
  - 19 % für die umfassende Intensivmedizin Stufe III (Leistungsgruppe 13.2)
- Die **Versorgungslücken** in Bayern für den **Leistungsbereich der Intensivmedizin** (inkl. PSY<sup>1</sup>) **unterstreichen** den aktuellen **Stellenwert** von **Fachkliniken** für die erweiterte Intensivmedizin Stufe II (Leistungsgruppe 13.1)



1) OPS-Codes: 9-617; 9-618; 9-619; 9-61a; 9-61b

# Ansprechpartner & Kontakt



**Maximilian Schmid (COO)**  
Chief Operating Officer

**BinDoc GmbH**  
Karlstraße 3  
72072 Tübingen

**t** +49 707 1754 3170

**e** [maximilian.schmid@bindoc.de](mailto:maximilian.schmid@bindoc.de)

**[www.bindoc.de](http://www.bindoc.de)**