

Die Krankenhausreform: Wichtiger Schritt vorwärts zur Verbesserung der Versorgung – oder „Bettvorleger“ ?

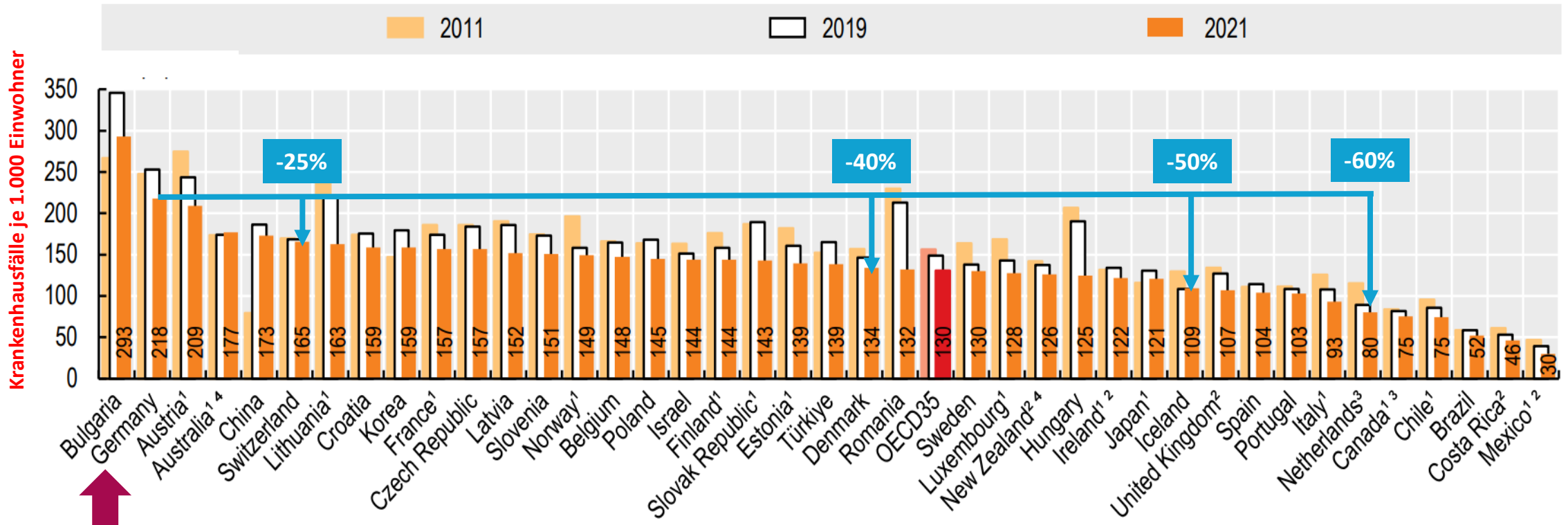
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) &
European Observatory on Health Systems and Policies



Warum?

Krankenhauszahl, stationäre Bettenzahl und Fallzahl sind in Deutschland sehr hoch ...



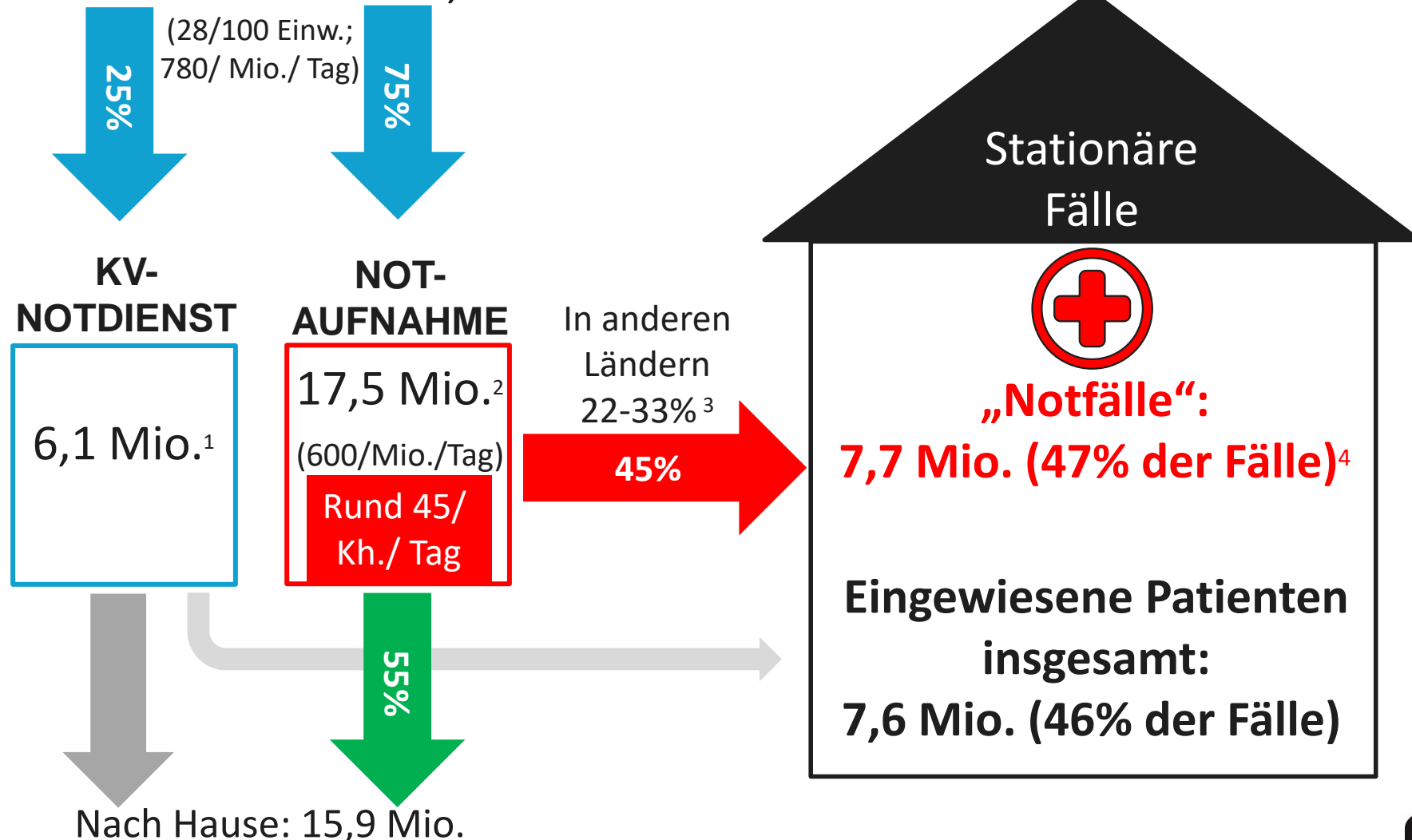
1. Data exclude discharges of healthy babies. 2. Data include only activity in public or publicly funded hospitals (in Ireland, private hospitals account for about 15-20% of hospital discharges). 3. Data include discharges for curative (acute) care only. 4. 2021 data refer to 2020.

Source: OECD Health Statistics 2023.



Aber wie schaffen es die Krankenhäuser, die vielen stationären Patienten zu rekrutieren? Primär über die Notaufnahmen (2021)

„Sichtbare“ Notfälle: 23,6 Mio.

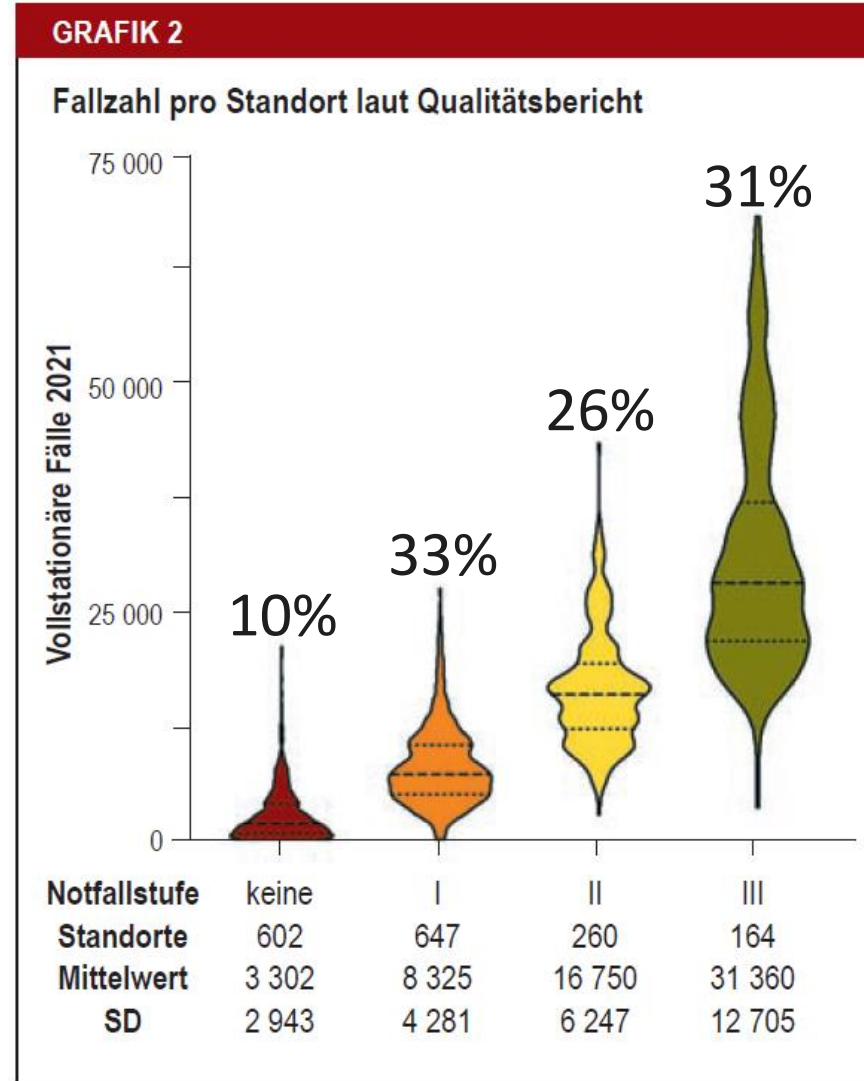
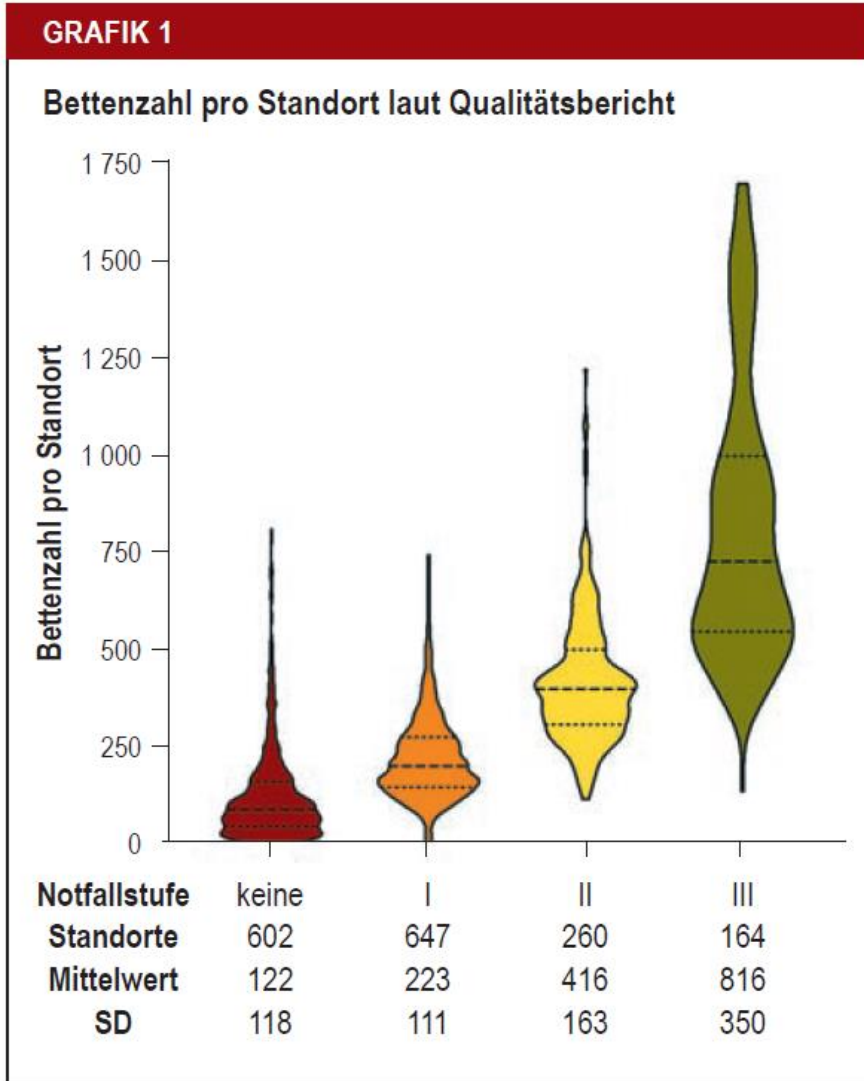


Datenquellen: 1. Zi (2023): Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland; 2. Statistisches Bundesamt 2022; 3. Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauer J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2017: Schwerpunkt Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 41-59; 4. eigene Berechnungen nach INEK 2023



Insbesondere die 1250 Standorte ohne Notfallstufe bzw. mit Notfallstufe 1 sind klein und behandeln wenige (der insgesamt zu vielen) Fälle* ... während die 424 mit Notfallstufe 2 & 3 fast 60% versorgen

* Nicht nur ambulatisierbare Operationen, auch „ambulant-sensitive Fälle“ und stat. Krebsbehandlungen (bei uns im Schnitt 4 / Krebspatient, um uns herum 2!)



POLITIK

Krankenhausreform

Ineffiziente Strukturen überwinden

Bund und Länder wollen in diesem Jahr eine Krankenhausreform beschließen. Dabei müssen sie berücksichtigen, dass die Strukturen von heute infolge des demografischen Wandels nicht bewahrt werden können. Ohne mutige Entscheidungen droht dem stationären Sektor ein Desaster.



Unsere derzeitige Situation mit ihren 2 Kernproblemen

Mit dem Ziel von „Wohnortnähe“ viele (im Schnitt kleine) Krankenhäuser mit sehr vielen Betten (150% des EU-Schnitts)

Problem 1 (häufiger im Fokus)

Problem 2 (genauso wichtig)

Notwendige Fälle verteilen sich auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser

Unnötige Krankenhausnutzung (unangemessene Fälle, zu viele Fälle, zu lange Verweildauer)

Nicht nur ambulatisierbare Operationen, auch „ambulant-sensitive Fälle“ und stat. Krebsbehandlungen ...

Fachärzte außerhalb von Kernarbeitszeiten haben 30 min. Zeit

Unnötig schlechte Qualität

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal (dritthöchste Zahl pro 1000 in EU nach FIN und IE)

Gefährdung durch Krankenhauskeime, unnötige Kosten, Ineffizienz

Notwendige Fälle werden zu häufig in Krankenhäusern mit inadäquater Ausstattung behandelt

Katheter bzw. PCI reduziert Sterblichkeit/
Reinfarkt/ Schlaganfall erheblich (14% → 8%)

Bei Inzidenz von 500 Fällen am Tag:
>1.000 Krankenhäuser behandeln
Patienten mit transmuralem
Herzinfarkt, davon nur 578 mit
Linksherzkatheter (viele nicht 24/7)

Bei Inzidenz von 600 Fällen am Tag:
>1.100 Krankenhäuser behandeln
Patienten mit **Hirninfarkt**,
davon haben nur 328 eine zertifizierte
Stroke Unit (und knapp 150 eine andere)

1-Jahres-Sterblichkeit in Häusern
mit vs. ohne Stroke Unit:
ein Viertel niedriger (23% vs. 30%)

WiZen-Studie: bei 11 Krebsarten deutliche
Überlebensvorteile bis zu 23% in Zentren!

Trotz Mindestmengenregelung nehmen allein in NRW

102 Krankenhäuser komplexe

Pankreaseingriffe vor, obwohl nur **25** ein

Pankreaskrebszentrum haben (Berlin: 26 bzw. 10)

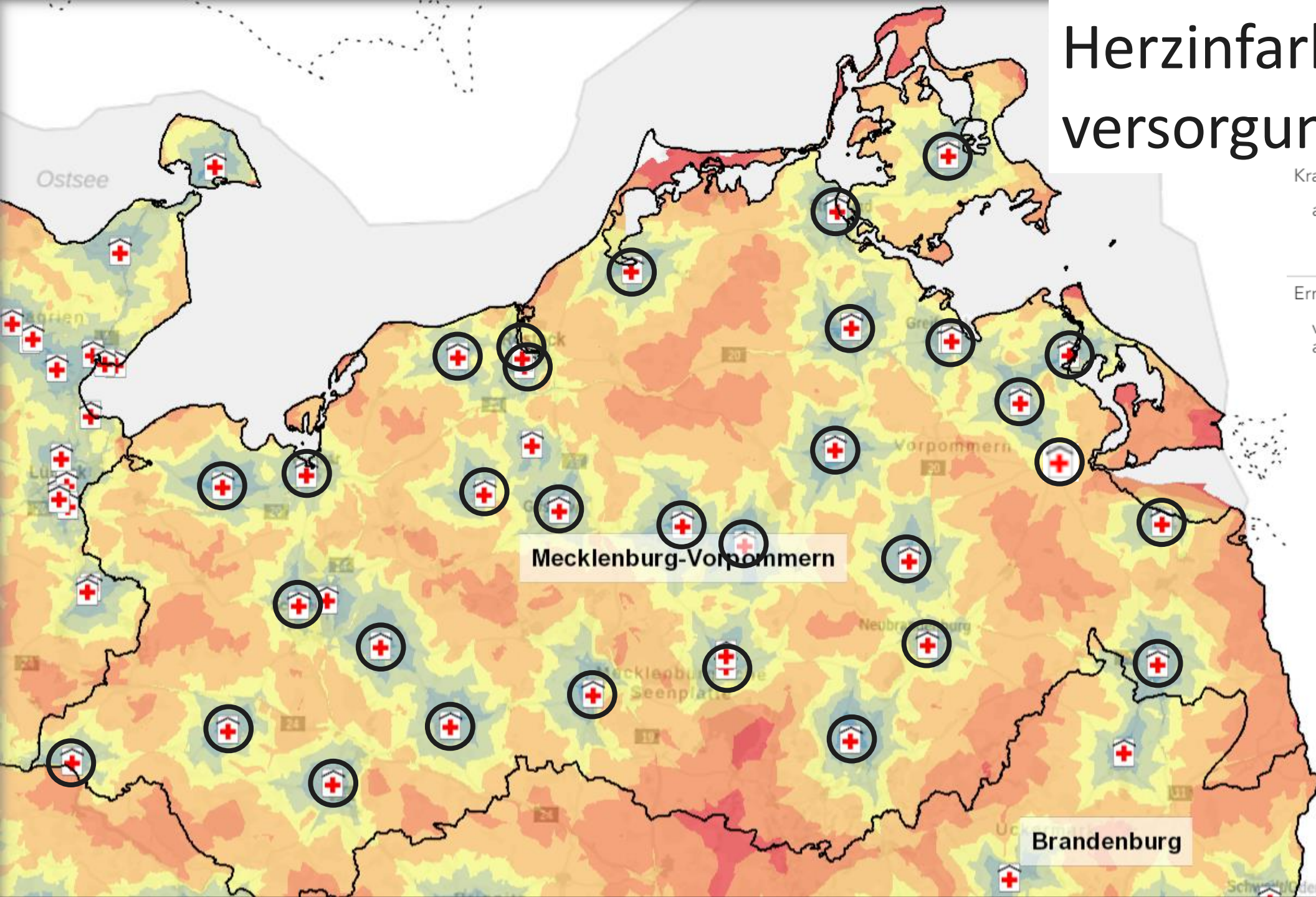
Fast **50% aller Krebspatienten** werden
außerhalb von Krebszentren

erstbehandelt; beim Pankreaskarzinom sogar

65% (und beim Lungenkrebs 61%)



Herzinfarkt- versorgung in M-V



Krankenhäuser mit...
allgemeinen Fachabteilungen

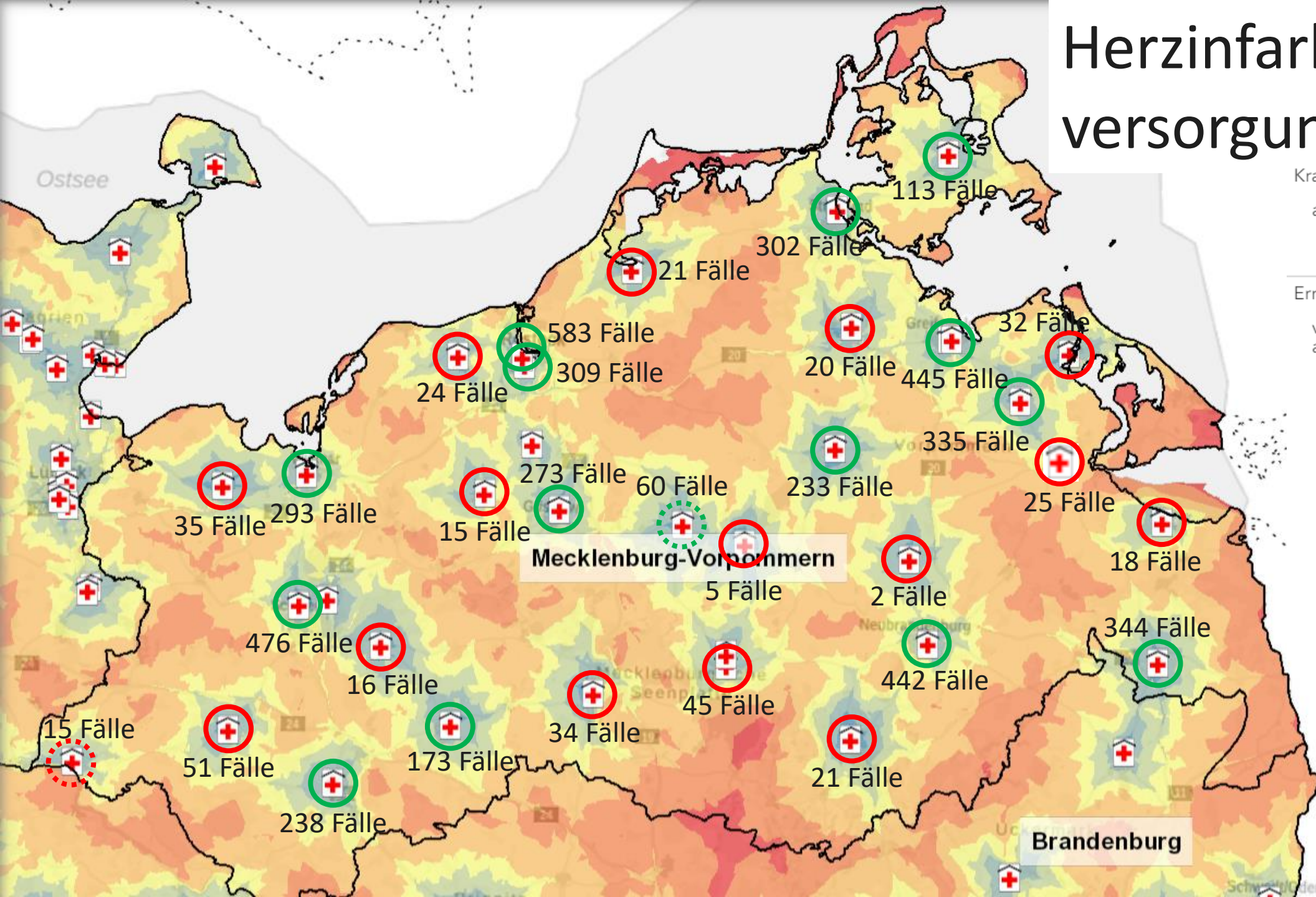


Erreichbarkeit [in Min]
von Krankenhäusern mit
allgemeinen Fachabteilungen

- bis 5 min
- über 5 bis 10 min
- über 10 bis 15 min
- über 15 bis 20 min
- über 20 bis 30 min
- über 30 bis 45 min
- über 45 bis 60 min



Herzinfarkt- versorgung in M-V



Krankenhäuser mit...
allgemeinen Fachabteilungen



Erreichbarkeit [in Min]
von Krankenhäusern mit
allgemeinen Fachabteilungen

- bis 5 min
- über 5 bis 10 min
- über 10 bis 15 min
- über 15 bis 20 min
- über 20 bis 30 min
- über 30 bis 45 min
- über 45 bis 60 min

Hat 2021 Patienten mit
Herzinfarkt versorgt:

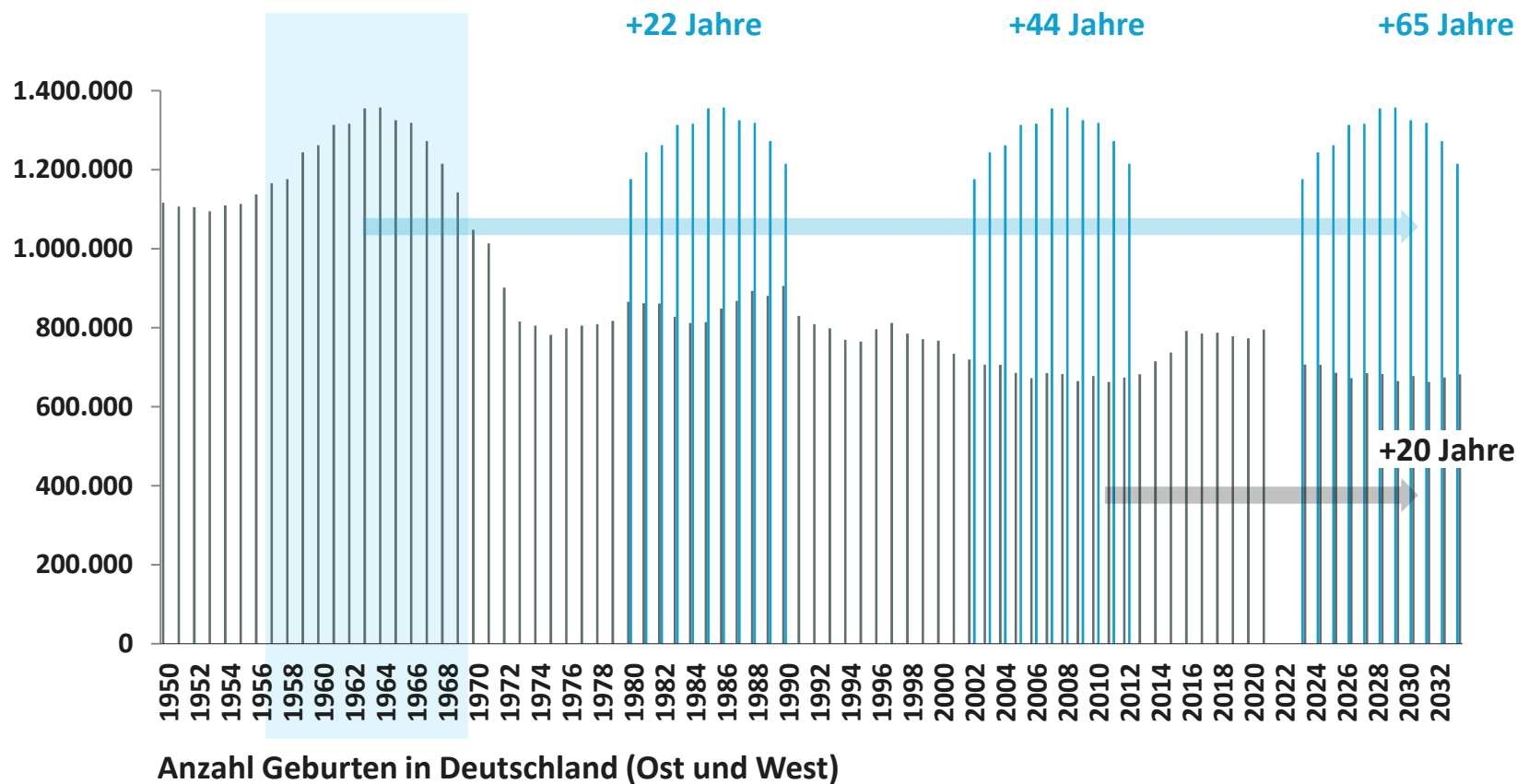
15 mit 15 ohne

24/7-Herzkatheter _____

Seit 2000: Zahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen +50%;
jetzt innerhalb der EU dritthöchste Zahl an Pflegepersonal*
** Aber durch die vielen stat. Fälle und Tage NICHT pro Fall bzw. belegtem Bett!*

Aber: ab jetzt werden ca. 1,2 Mio. Menschen 65 und etwa 700.000 Menschen 20 Jahre alt
→ Verlust von 500.000 Arbeitnehmern (rechnerisch: 70.000 im Gesundheitswesen)

Vermeintliche oder echte Probleme durch mehr Personal lösen zu wollen, scheidet aus!



Obwohl wir für stationäre Versorgung im internationalen Vergleich relativ und absolut sehr viel, und deutlich zunehmend Geld für die stationäre Versorgung ausgeben ...

Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

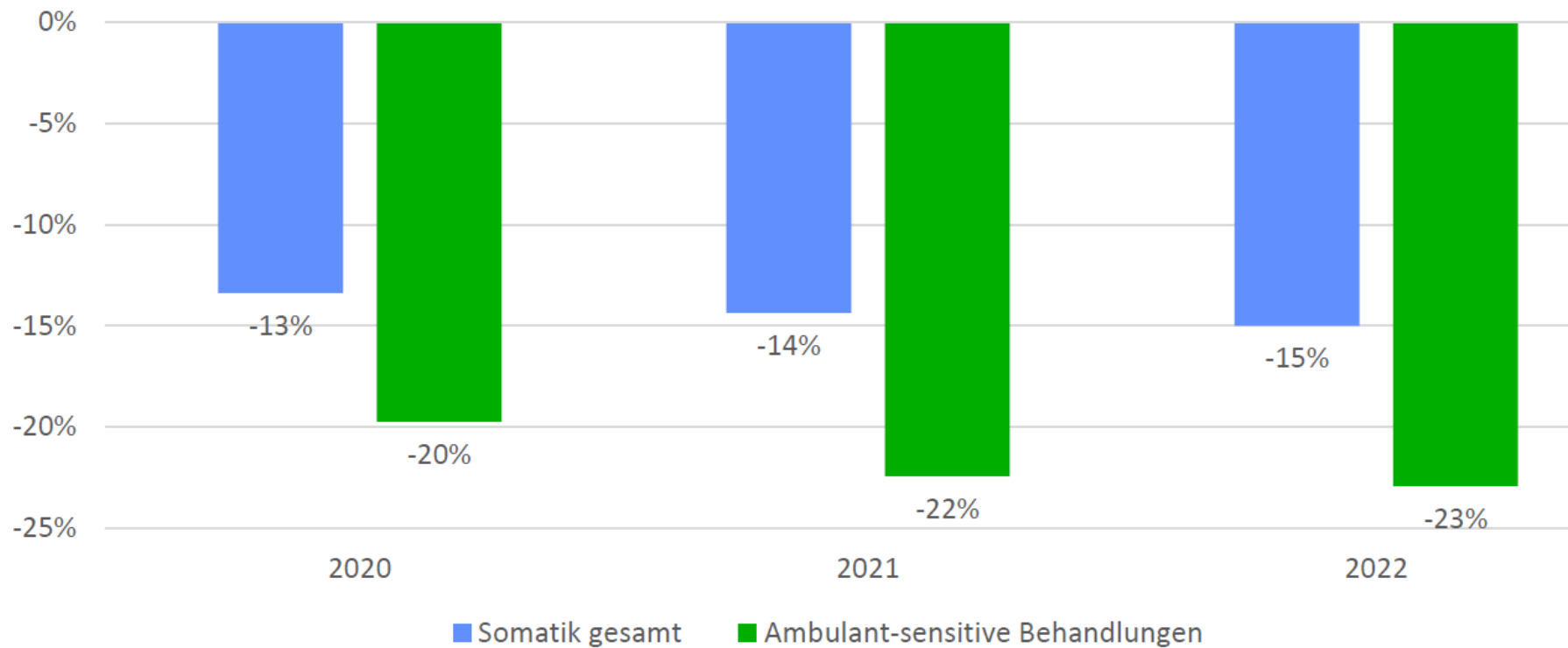
	Relativ (in % des BIP)			Absolut (in USD\$ PPP)		
	2010	2021	Änderung in %-P	2010	2021	Steigerung
Belgien	2,8	3,1	+0,3	1.066	1.693	+627
Dänemark	3,2	2,7	-0,5	1.301	1.575	+274
Deutschland	3,0	3,2	+0,2	1.211	1.867	+656
Frankreich	3,2	2,8	-0,4	1.165	1.402	+237
Niederlande	2,1	1,9	-0,2	914	1.142	+228
Österreich	3,5	3,5	0	1.493	1.963	+470
Schweden	2,2	2,3	+0,1	924	1.300	+376
Schweiz	2,7	2,5	-0,2	1.372	1.604	+232
Vereinigtes Königreich	n.v.	2,8	n.v.	n.v.	1.248	n.v.

OECD Health Data 2023



... geht es den Krankenhäusern finanziell schlecht:
Dies liegt primär am Fallzahlrückgang

Vergleich der Fallzahlen der Jahre 2020 bis 2022 mit 2019,
Veränderung in %⁽¹⁾



(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

Probleme durch mehr Geld
lösen zu wollen, scheidet
auch aus!

*Der Fallzahlrückgang
entspricht
rechnerisch dem
kompletten 2019er
Patientenvolumen
der 850 kleineren
Krankenhaus-
Standorte
(bis 175 Betten)!*

*Noch nicht eingerechnet
ist das immer noch
vorhandene
Ambulantisierungs-
potential von knapp 20%.*



Regierungskommission hatte eine Reform mit drei ineinander greifenden Komponenten vorgeschlagen

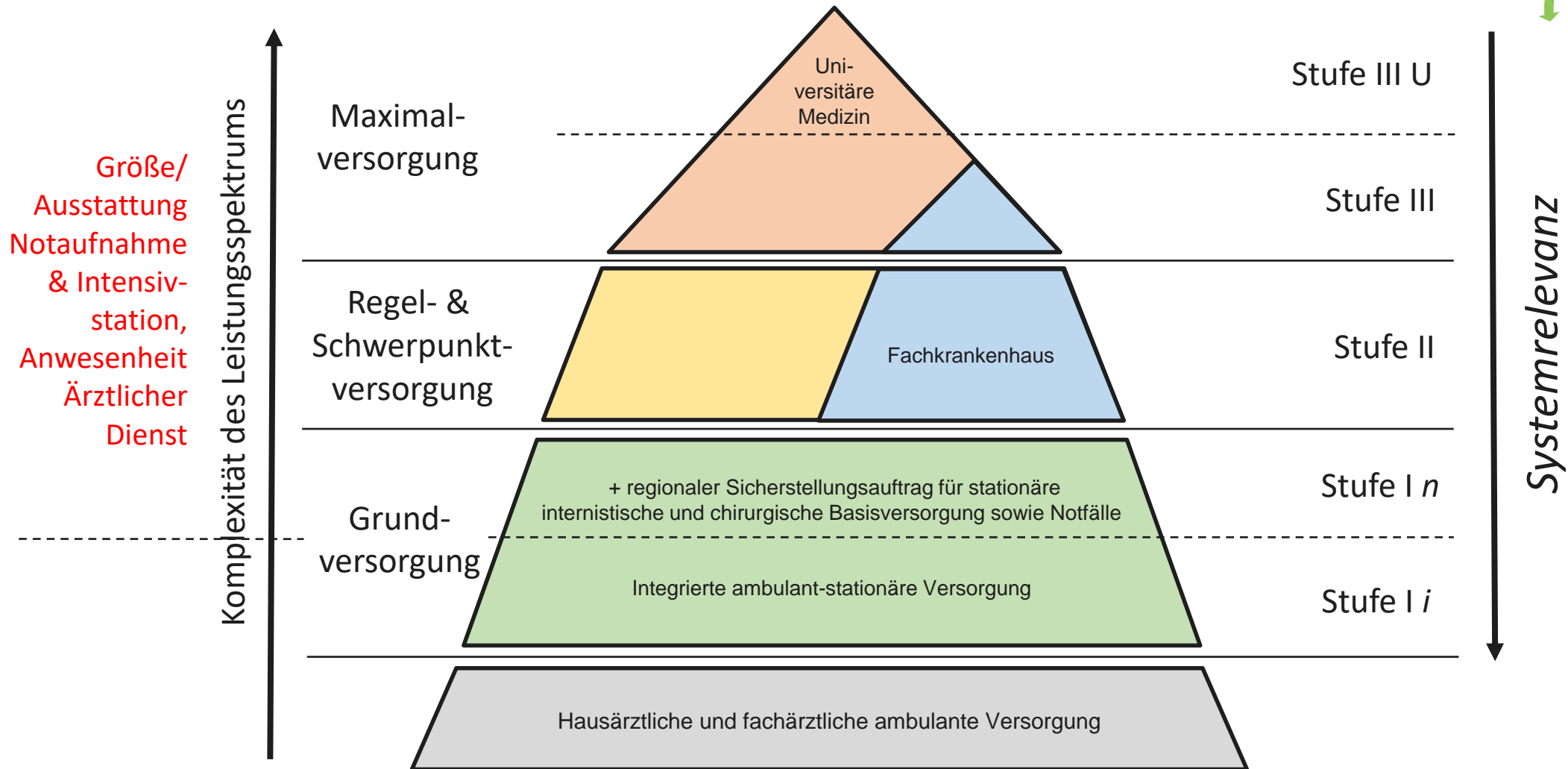


a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

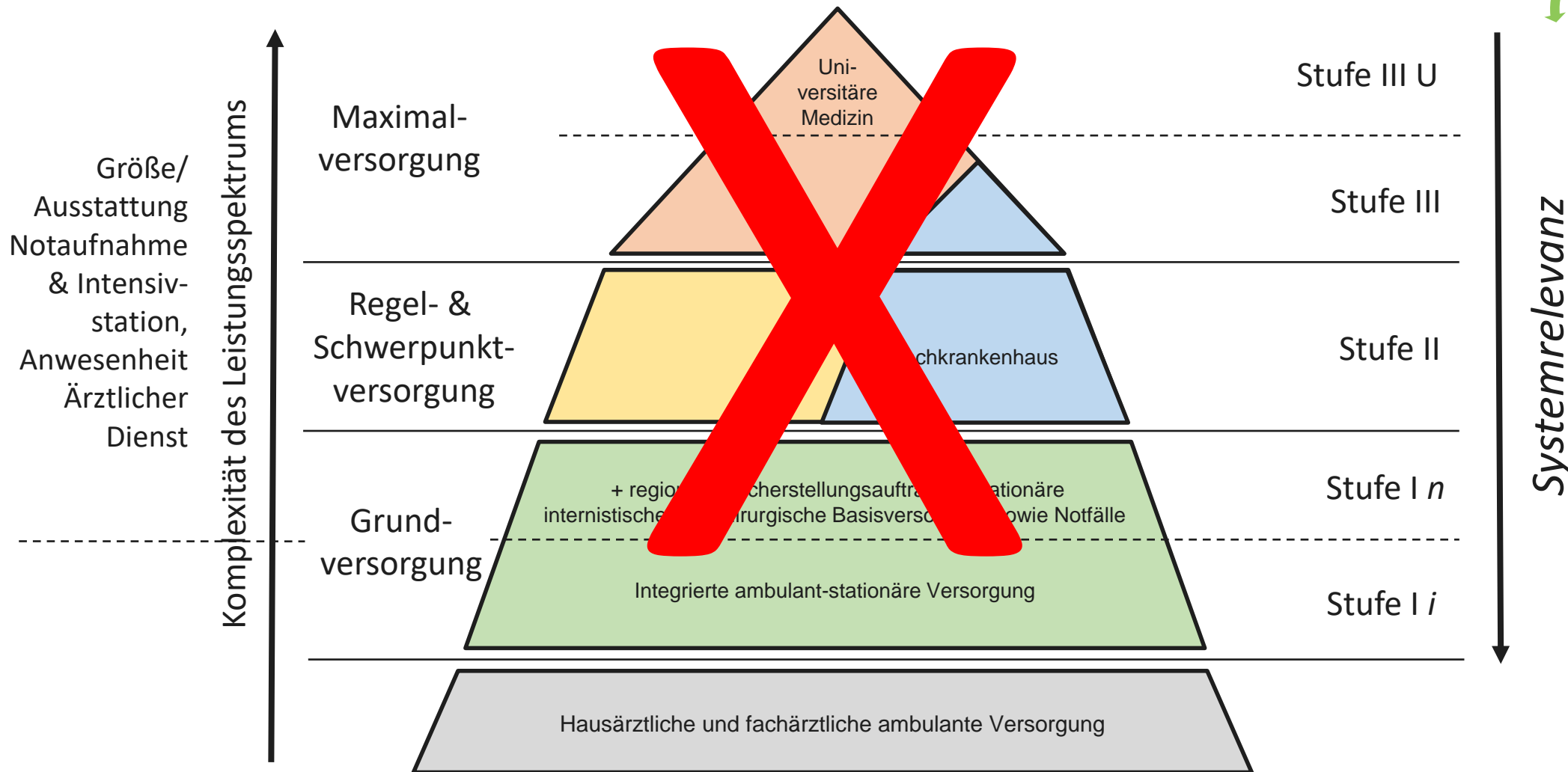
b System von **Leistungsgruppen (LG)**, die passgenauer als DRGs und Fachabteilungen einem Level-Mindestniveau zugeordnet werden können

c Neben reduzierten DRG ein **Vorhaltebudget** für jede Leistungsgruppe, die ein Krankenhaus anbietet, wenn es die Voraussetzungen dafür erfüllt

Standorte werden bundeseinheitlich Leveln zugeordnet, die auf einheitlichen Anforderungen (Ausstattung, Personal, Leistungsspektrum ...) beruhen

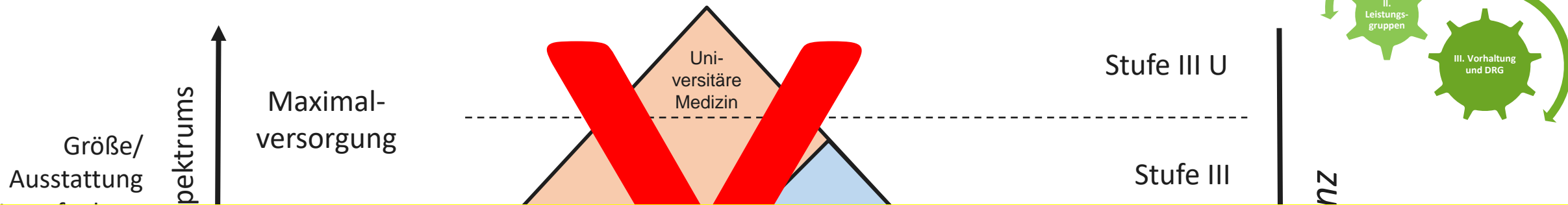


Standorte werden bundeseinheitlich Leveln zugeordnet, die auf einheitlichen Anforderungen (Ausstattung, Personal, Leistungsspektrum ...) beruhen

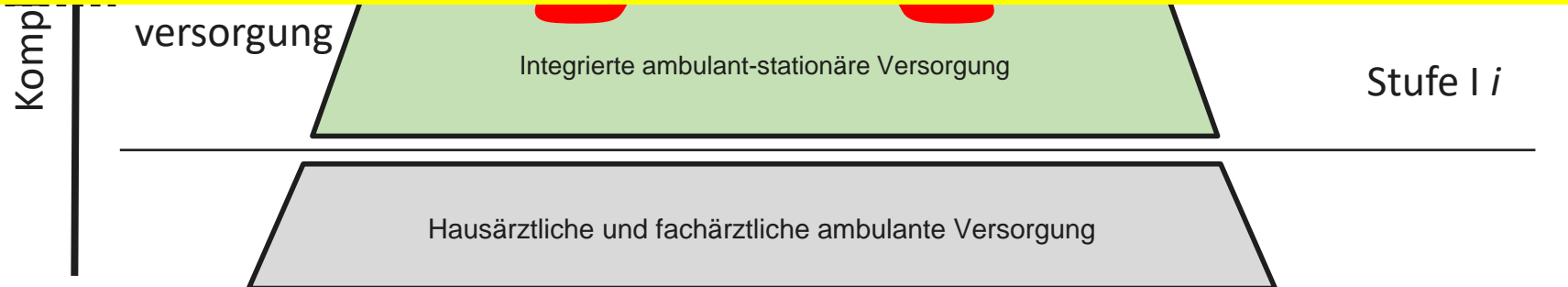


in Bund-Länder-Verhandlungen

Standorte werden bundeseinheitlich Leveln zugeordnet, die auf einheitlichen Anforderungen (Ausstattung, Personal, Leistungsspektrum ...) beruhen



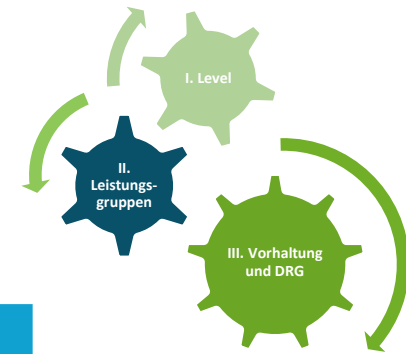
Damit bleibt (auch für nach der Reform) offen, welche Krankenhäuser „system-relevant“ sind, d.h. nicht „kalt“ oder geplant geschlossen werden sollten.



in Bund-Länder-Verhandlungen

Das erbringbare Leistungsspektrum wird über Leistungsgruppen definiert – wobei Mindestanforderungen auch durch Level definiert sind

Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie zur Illustration



Leistungsgruppe (LG)	Mindestlevel erbringendes Kh.	Maximales Leistungsspektrum		
		Level I-Kh.	Level II-Kh.	Level III-Kh.
Innere Medizin				
1.0 LG Basisbehandl. Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
Chirurgie				
2.0 LG Basisbehandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	X
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X

Zugänglichkeit relevant

Nur Qualität zählt!

Das erbringbare Leistungsspektrum wird über Leistungsgruppen definiert – wobei Mindestanforderungen auch durch Level definiert sind

Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie zur Illustration

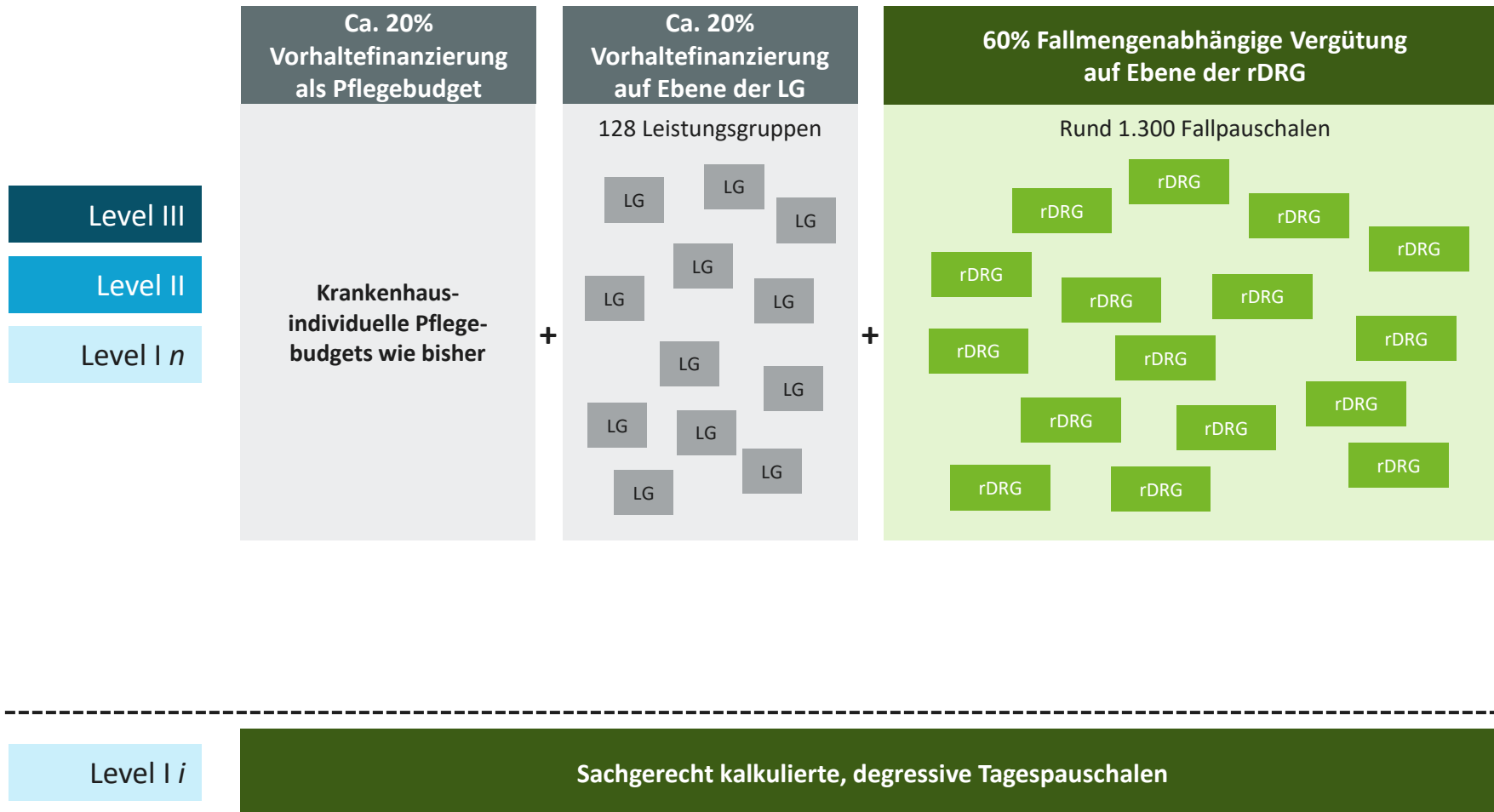


Reduktion auf 65 Leistungsgruppen wie in NRW (große „allg. Innere“)

Leistungsgruppe (LG)	Mindestlevel erbringendes Kh.	Maximales Leistungsspektrum		
		Level I-Kh.	Level II-Kh.	Level III-Kh.
Innere Medizin				
1.0 LG Basisbehandl. Innere Medizin	I	X		X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
Chirurgie				
2.0 LG Basisbehandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	X
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X

in Bund-Länder-Verhandlungen

Vergütung der Vorhaltung erfolgt auf Ebene der Leistungsgruppen (die dafür spezifisch definiert sein müssen) – die mengenabhängige Vergütung nach rDRG
 Ausnahme: Kliniken des Level Ii

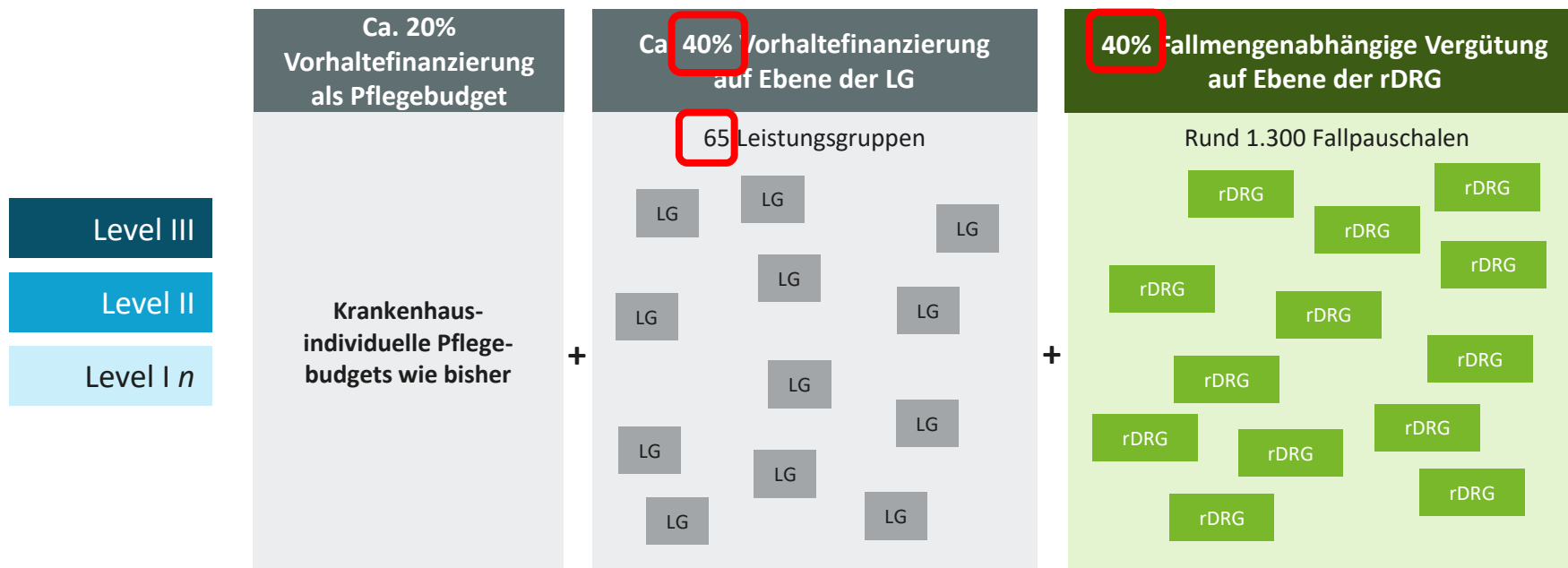


Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

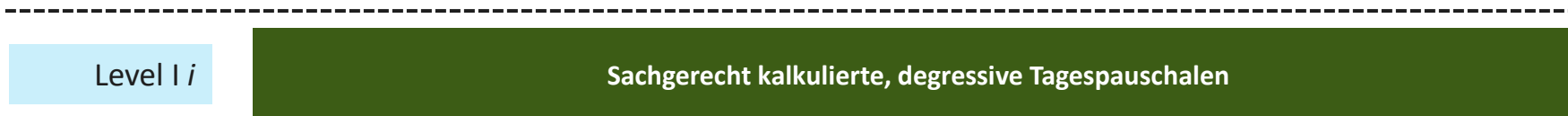


Vergütung der Vorhaltung erfolgt auf Ebene der Leistungsgruppen (die dafür spezifisch definiert sein müssen) – die mengenabhängige Vergütung nach rDRG

Ausnahme: Kliniken des Level Ii



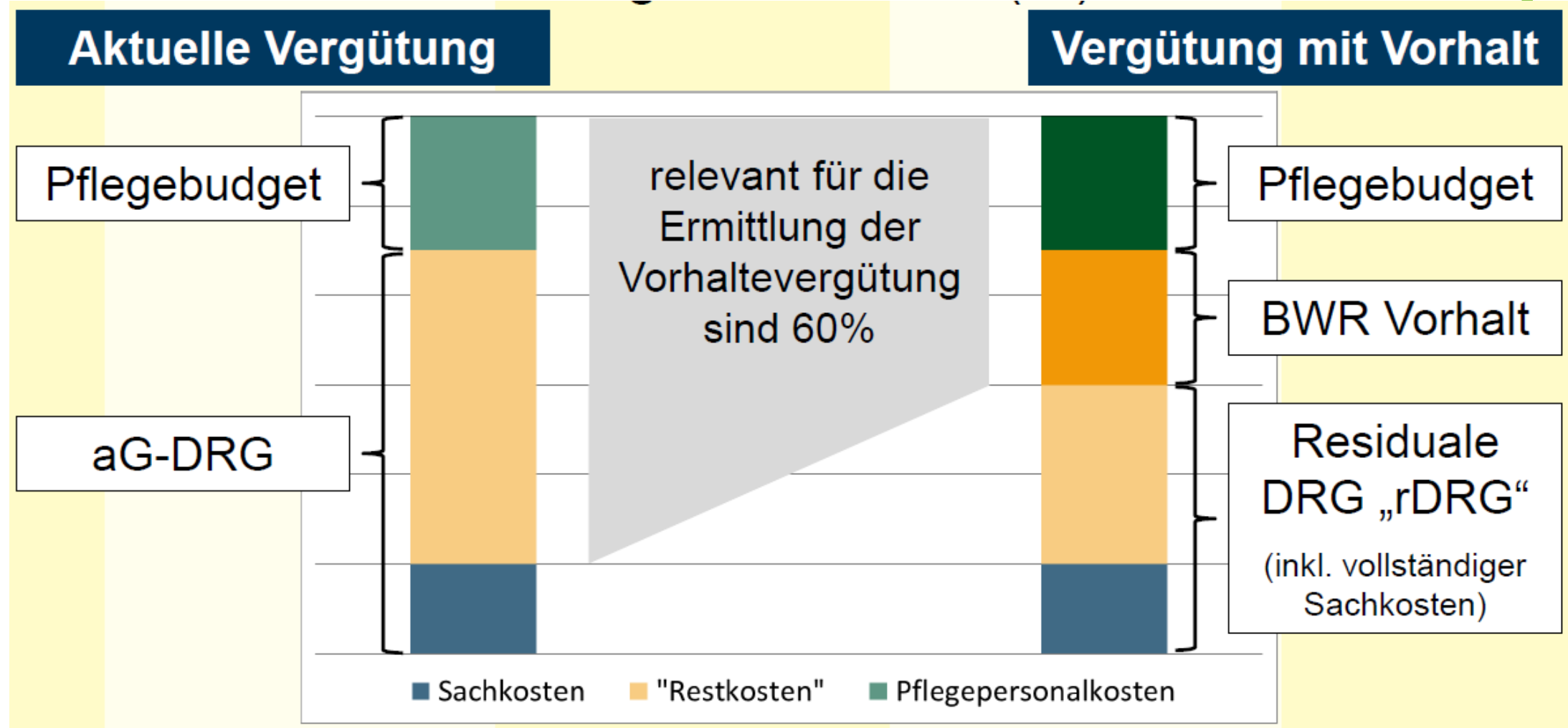
in Bund-Länder-Verhandlungen



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“



Vergütung der Vorhaltung erfolgt auf Ebene der Leistungsgruppen (die dafür spezifisch definiert sein müssen) – die mengenabhängige Vergütung nach rDRG
 Ausnahme: Kliniken des Level Ii



Quelle: Vortrag von Frank Heimig auf Deutschem Krankenhausstag 2023



Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Reform in NRW lassen an der Ernsthaftigkeit der Länder zweifeln

Noch zu wenig Schwerpunktbildung

Ein Kernpunkt der geplanten Krankenhausreform sind die Leistungsgruppen für die einzelnen Krankenhäuser. Nordrhein-Westfalen (NRW) gilt hier als sogenannte Blaupause. Daher lohnt ein Blick, welche Auswirkungen die Reform in NRW auf die dortige Krankenhausstruktur haben könnte.

LG	Derzeitig die Leistungen erbringende Standorte (mind. 50 Fälle/ Jahr)	Vom MAGS als notwendig angesehene Fallzahlen	Von Krankenhäusern angemeldete Fallzahlen (% ggü. notwendig)	Zukünftige Standorte			
				Ja (% der ggü. derzeitig)	Davon: mit konsentierter Menge	Davon: Menge nicht konsentiert	Dissens/ offen „ob“
1.1 Allgemeine Innere	306	1.488.844	1.511.527 (102%)	306 (100%)	291	15	2
7.2 Leukämie und Lymphome	31	6477	12.233 (189%)	67 (216%)	66	1	12
8.3 Kardiale Devices	67	10.229	16.262 (159%)	85 (127%)	66	19	
8.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	15	5486	7395 (135%)	17 (113%)	12	5	1
9.1 Allgemeine Chirurgie	293	915.192	983.612 (107%)	285 (97%)	253	32	1
14.1 Endoprothetik Hüfte	171	37.265	53.276 (143%)	168 (98%)	125	43	37
14.2 Endoprothetik Knie	179	35.421	48.535 (137%)	171 (96%)	127	44	25
16.1 Bariatrische Chirurgie	37	4257	11.512 (270%)	38 (103%)	19	19	23
16.2 Lebereingriffe	4	1311	2607 (199%)	43 (1075%)	39	4	37
16.3 Ösophaguseingriffe	2	1152	2385 (207%)	32 (1600%)	28	4	20
16.4 Pankreaseingriffe	8	2388	4166 (174%)	84 (1050%)	68	16	14
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	5	3753	5709 (152%)	107 (2140%)	94	13	45
21.2 Ovarial-Ca.	4	1854	3552 (192%)	52 (1300%)	46	6	33
21.3 Senologie	72*	17.772	23.645 (133%)	84 (117%)	70	14	12
21.4 Geburten	139	164.648	188.154 (114%)	136 (98%)	121	15	6
29.1 Palliativmedizin	41	8391	25.074 (299%)	131 (320%)	124	7	1
ALLE LEISTUNGSGRUPPEN	3218	4.276.069	5.419.148 (127%)	4455 (138%)	3828	627	740

* mind. 100 (= Mindestmenge)

Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Reform in NRW lassen an der Ernsthaftigkeit der Länder zweifeln

Noch zu wenig Schwerpunktbildung

Ein Kernpunkt der geplanten Krankenhausreform sind die Leistungsgruppen für die einzelnen Krankenhäuser. Nordrhein-Westfalen (NRW) gilt hier als sogenannte Blaupause. Daher lohnt ein Blick, welche Auswirkungen die Reform in NRW auf die dortige Krankenhausstruktur haben könnte.

LG	Derzeitig die Leistungen erbringende Standorte (mind. 50 Fälle/ Jahr)	Vom MAGS als notwendig angesehene Fallzahlen	Von Krankenhäusern angemeldete Fallzahlen (% ggü. notwendig)	Zukünftige Standorte			
				Ja (% der ggü. derzeitig)	Davon: mit konsentierter Menge	Davon: Menge nicht konsentiert	Dissens/ offen „ob“
1.1 Allgemeine Innere	306	1.488.844	1.511.527 (102%)	306 (100%)	291	15	2
7.2 Le...							
8.3 K...							
8.4 M...							
Herz...							
9.1 A...							
14.1							
14.2							
16.1							
16.2 Lebererkrankungen	7	2022	2007 (100%)	7 (100%)	5	2	0
16.3 Ösophaguseingriffe	2	1152	2385 (207%)	32 (1600%)	28	4	20
16.4 Pankreaseingriffe	8	2388	4166 (174%)	84 (1050%)	68	16	14
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	5	3753	5709 (152%)	107 (2140%)	94	13	45
21.2 Ovarial-Ca.	4	1854	3552 (192%)	52 (1300%)	46	6	33
21.3 Senologie	72*	17.772	23.645 (133%)	84 (117%)	70	14	12
21.4 Geburten	139	164.648	188.154 (114%)	136 (98%)	121	15	6
29.1 Palliativmedizin	41	8391	25.074 (299%)	131 (320%)	124	7	1
ALLE LEISTUNGSGRUPPEN	3218	4.276.069	5.419.148 (127%)	4455 (138%)	3828	627	740

* mind. 100 (= Mindestmenge)

Als Konsequenz überlegt BMG, dass Zuweisung von LG durch die Länder an die Krankenhäuser für Zahlung von Vorhaltebudgets nicht reicht!

Und jetzt?

- Die Länder haben – mit Unterstützung der DKG – die Kernelemente der vom Bund vorgeschlagenen Reform zerschossen und sind auch noch stolz darauf! Anfang 2023 wäre ein Transformationsfonds vermutlich noch verhandelbar gewesen.
- Zur „Belohnung“ wollen sie jetzt (unter deutlich schwierigeren Rahmenbedingungen), dass der Bund für das durch den mangelnden Notwendigkeits-Angebots-Fit ausgelöste Defizit mehr bezahlt ... → unrealistisch.
- Zugleich wird für NRW deutlich, dass keine Reduktion der Standorte beabsichtigt ist.
- Um die übergeordneten Ziele der Reform noch zu erreichen, müssen jetzt andere (Markt-)Mechanismen zur Reduktion und Neuaufstellung der Standorte greifen ... schön ist das nicht, aber von den Ländern anscheinend so gewollt.