Ziele der Krankenhausreform 2023

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

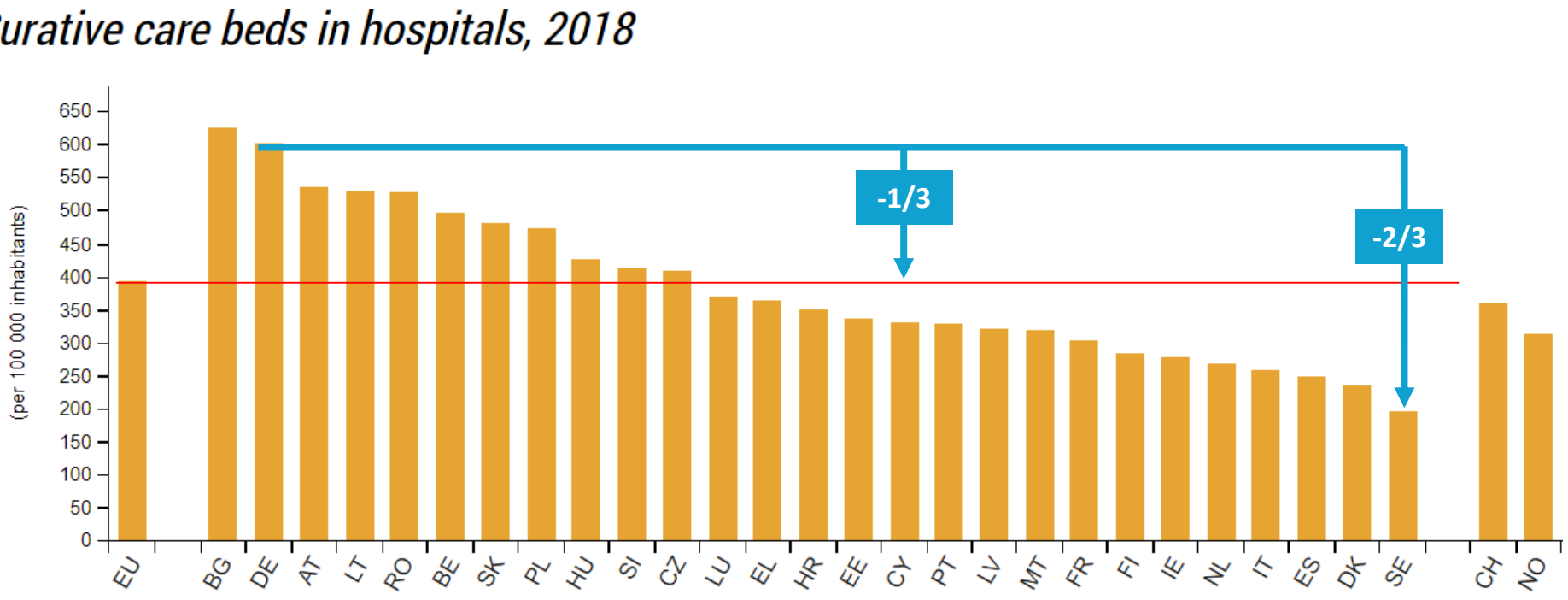
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) &
European Observatory on Health Systems and Policies

Agenda

Ausgangslage

Reformvorschlag

Anzahl der Krankenhaus-Betten liegt 50% oberhalb des EU-Schnitts …



EU-27 and Lithuania: estimate. Spain and the Netherlands: provisional.

Germany and North Macedonia: 2017.

Belgium, Slovenia, Sweden, Norway and Serbia: includes all beds for psychiatric care.

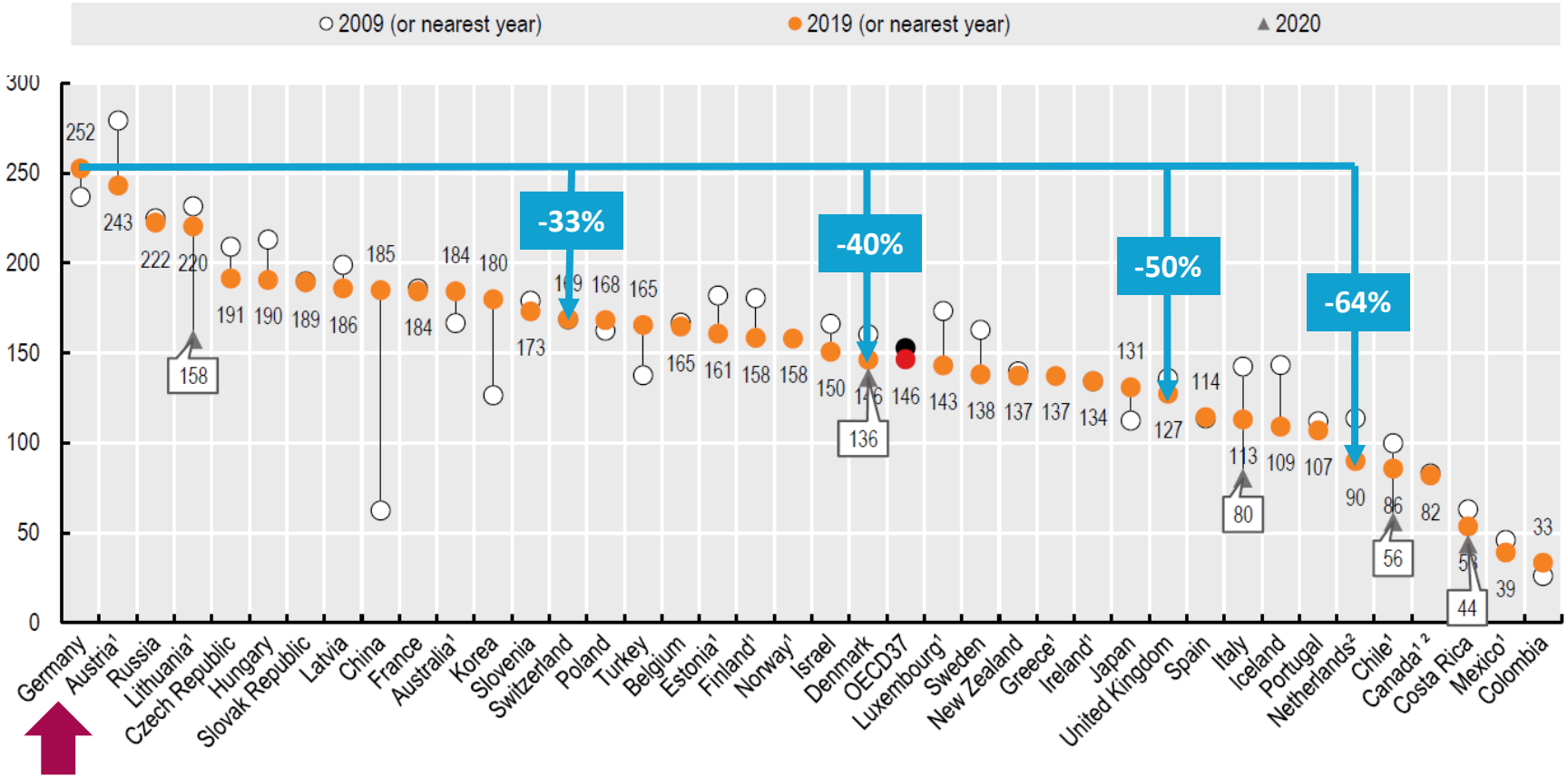
Ireland: other than psychiatric care beds, excludes beds in the private health sector.

Serbia: excludes beds in the private health sector.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_bds)

… genau wie die stationäre Fallzahl …

Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner



(1) Abgezogen sind Entlassungen von im Krankenhaus gesund geborenen Babys (3-10% aller Entlassungen)
(2) Eingeschlossen sind nur Entlassungen von kurativen (akuten) Leistungen
Quelle: OECD Health at a Glance 2021

… und die Anzahl der Krankenhäuser

- Laut Stat. Bundesamt „offiziell“ genau 1887 Krankenhäuser (2021);
- nach Abzug rein psychiatrischer Häuser und reinen Tages- und Nachtkliniken verbleiben 1534 „allgemeine“ Krankenhäuser,
- von denen knapp über 1400 DRG-Leistungen mit GKV abrechnen (davon rund 1150 mit Innere Medizin & Chirurgie).
  Leistungsdaten (InEK, Krankenkassen) zumeist auf dieser Basis
- Aber: manche Krankenhäuser haben mehrere Standorte (bestes Beispiel: Vivantes in Berlin) → insgesamt ca. 1700 Standorte
- Einteilung nach Notfallstufen beruht auf Standorten
  → 164 auf Stufe 3 (9%),
  261 auf Stufe 2 (15%),
  647 auf Stufe 1 (37%) und
  657 andere (38%; darunter die Fachkrankenhäuser)

Derzeitige Krankenhauslandschaft: fast 60% der Fälle in Häusern der Notfallstufen 3 und 2 …

- Laut Stat. Bundesamt „offiziell“ genau 1903 Krankenhäuser (2020);
- nach Abzug rein psychiatrischer Häuser und reinen Tages- und Nachtkliniken verbleiben 1558 „allgemeine“ Krankenhäuser,
- von denen knapp über 1400 DRG-Leistungen mit GKV abrechnen (davon rund 1150 mit Innere Medizin & Chirurgie).
  Leistungsdaten (InEK, Krankenkassen) zumeist auf dieser Basis
- Aber: manche Krankenhäuser haben mehrere Standorte (bestes Beispiel: Vivantes in Berlin) → insgesamt ca. 1700 Standorte
- Einteilung nach Notfallstufen beruht auf Standorten
  → 164 auf Stufe 3 (9%),
  261 auf Stufe 2 (15%),
  647 auf Stufe 1 (37%) und
  657 andere (38%; darunter die Fachkrankenhäuser)

Fälle (2021)
5,0 Mio. (31%) → 84/ Tag
4,2 Mio. (26%) → 45/ Tag
5,3 Mio. (33%) → 22/ Tag
1,7 Mio. (10%) → 8/ Tag

… aber trotzdem „versorgen“ die meisten Krankenhäuser fast alle Indikationen, und das oft trotz inadäquater Ausstattung

Bei Inzidenz von 500 Fällen am Tag: Über 1.000 Krankenhäuser behandeln Patienten mit transmuralem **Herzinfarkt**, davon haben nur 578 einen Linksherzkatheter[1]

Bei Inzidenz von 600 Fällen am Tag: Über 1.100 Krankenhäuser behandeln Patienten mit **Hirninfarkt**, davon haben nur 475 eine Stroke Unit[1]

- 190
- r un verbleiben
- von denen knapp über 1400 DRG-Leistungen mit GKV abrechnen (davon rund 1150 mit Innere Medizin & Chirurgie).
  Leistungsdaten (InEK, Krankenkassen) zumeist auf dieser Basis
- Aber: manche Krankenhäu
  Berlin) → insgesamt ca. 1
- Einteilung nach Notfallstu
  → 164 auf Stufe 3 (9%),
  261 auf Stufe 2 (15%),
  650 auf Stufe 1 (38%) u
  660 andere (38%; daru

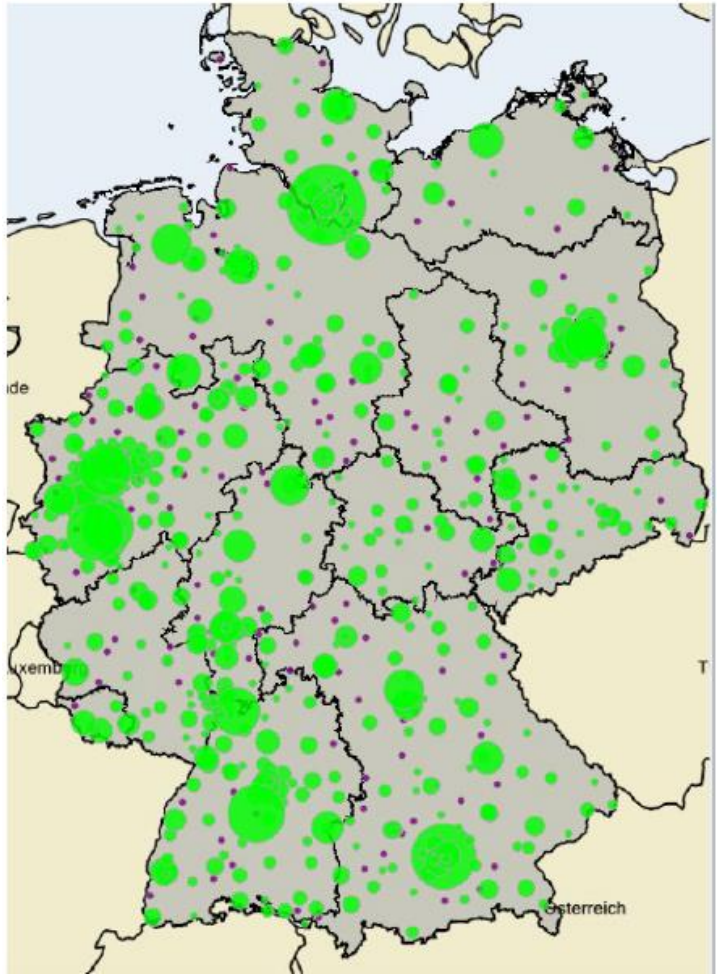
- **Hüftgelenksimplantation** (OPS 5-820): 1138 Kliniken
- Radiusfraktur (ICD S52.1/.3/.5): 1107 Kliniken
- Appendektomie (OPS 5-470/471): 1052 Kliniken
- Kniegelenksimplantation (OPS 5-822): 983 Kliniken
- Wirbelsäulenchirurgie (OPS 5-03/5-83): 950 Kliniken, davon **WS-Versteifung** (OPS 5-836): 707 Kliniken
- Mastektomie (OPS 5-872/874/877): 562 Kliniken
- **Bauchspeicheldrüsenoperationen** (OPS 5-52): 753 Kliniken

(1) Im Jahr 2019; Eigene Berechnungen (R. Busse) mit DRG-Daten der Forschungsdatenzentren, jeweils für erstbehandelnde Krankenhäuser, d.h. ohne Zuverlegungen

Trotz Mindestmengenregelung nehmen allein in Berlin **23 Krankenhäuser komplexe Pankreaseingriffe** vor, obwohl nur **7** ein **Pankreaskrebszentrum** haben

*Und in Berlin gibt es auch nur **7** mit **Pädiatrie!***

Über 50% aller **Krebspatienten** werden außerhalb von Krebszentren behandelt(1); aber auch viele Zentren kommen auf sehr niedrige Fallzahlen(2)



Brustkrebsoperationen: Status 2019
„Insgesamt haben im Jahr 2019 **732 Kliniken** mindestens eine mindestmengenrelevante Leistung aus dem Leistungsbereich Chirurgische Behandlung des Brustkrebses erbracht.“ Davon **169** Krankenhausstandorte mit **höchstens 10 Operationen** (dunkle Punkte).
IQTIG, *Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie), 2021*

(1) 2019; beim Pankreaskarzinom sogar über 70% außerhalb der 117 Pankreaskrebszentren; Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, Jahresbericht 2020
(2) 30 von 60 kinderonkologischen Zentren haben weniger als 40 Patienten pro Jahr; Quelle: Ebinger et al., Deutsches Ärzteblatt 2021

Das DRG-System hat Vor- und Nachteile

Einerseits hat sich das DRG-System **bewährt**

- Es hat **Standards** und **Transparenz** geschaffen
- Es hat zu einer hohen betrieblichen **Effizienz im Krankenhaus** geführt
- Es hat die Krankenhausfinanzierung gegenüber der Zeit vor DRG **verbessert**

Andererseits hat jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen **Nebenwirkungen**; die DRGs …

- … setzen den Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen; versorgungsnotwendige **Vorhaltungen** sind erst nach einer gewissen Menge finanziert → **Hamsterradeffekt**
- … verhindern eine sektorenübergreifende Versorgung und bremsen die **Ambulantisierung** aus
- … besitzen keine Erlösrelevanz für die **Pflege (→ Ausgliederung Pflegekosten)**
- … führen nicht zu einer hohen **Systemeffizienz**

Grundsätzliche Anpassung am Vergütungssystem nötig

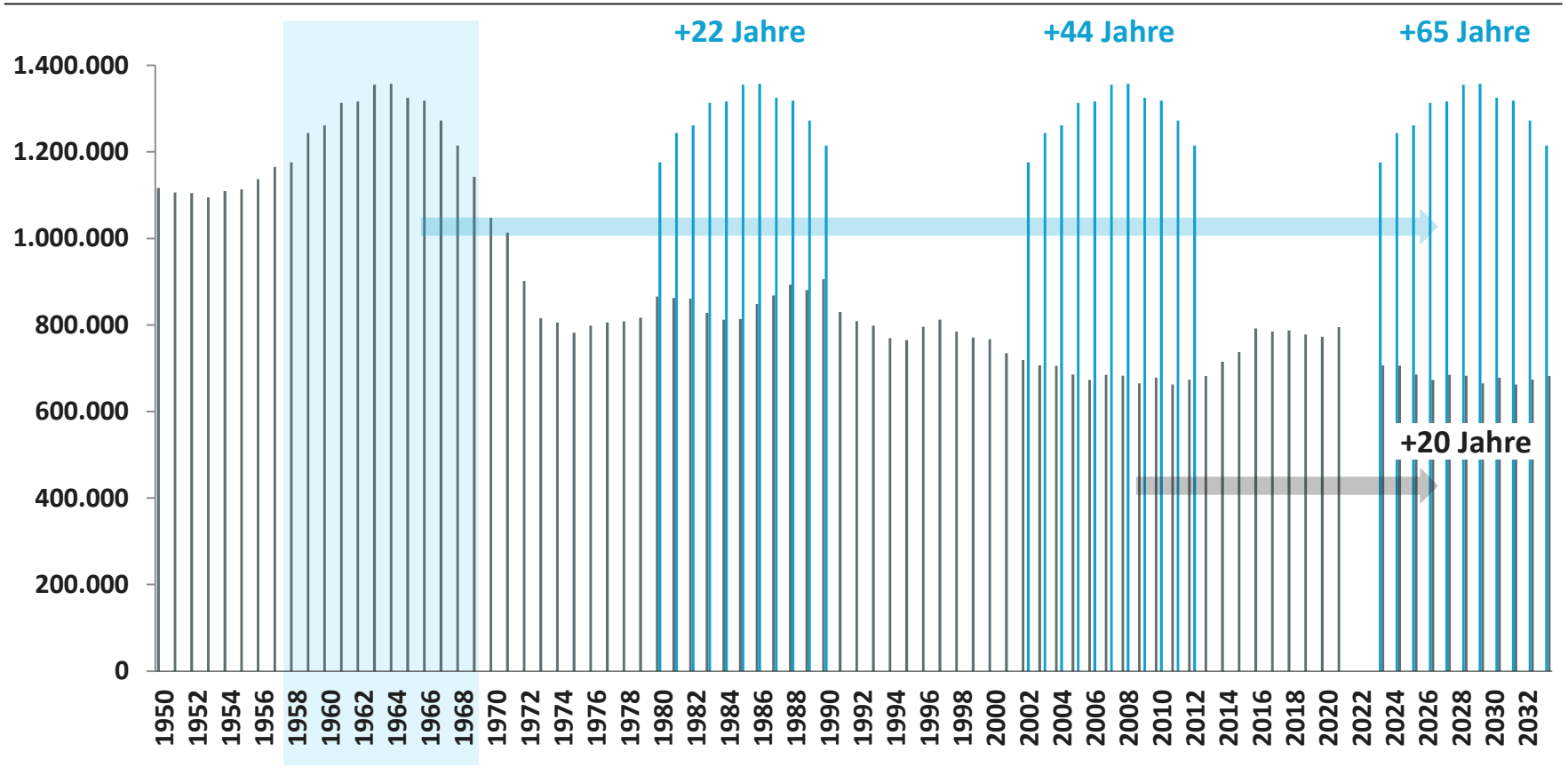
Quelle: Eigene Darstellung

Der Personalengpass wird noch deutlich größer werden

2023 werden ca. 1,2 Millionen Menschen 65 und etwa 700.000 Menschen 20 Jahre alt

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

Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Destatis

Obwohl wir für stationäre Versorgung im internationalen Vergleich relativ und absolut sehr viel, und deutlich zunehmend Geld für die stationäre Versorgung ausgeben … *(anders als Dänemark)*

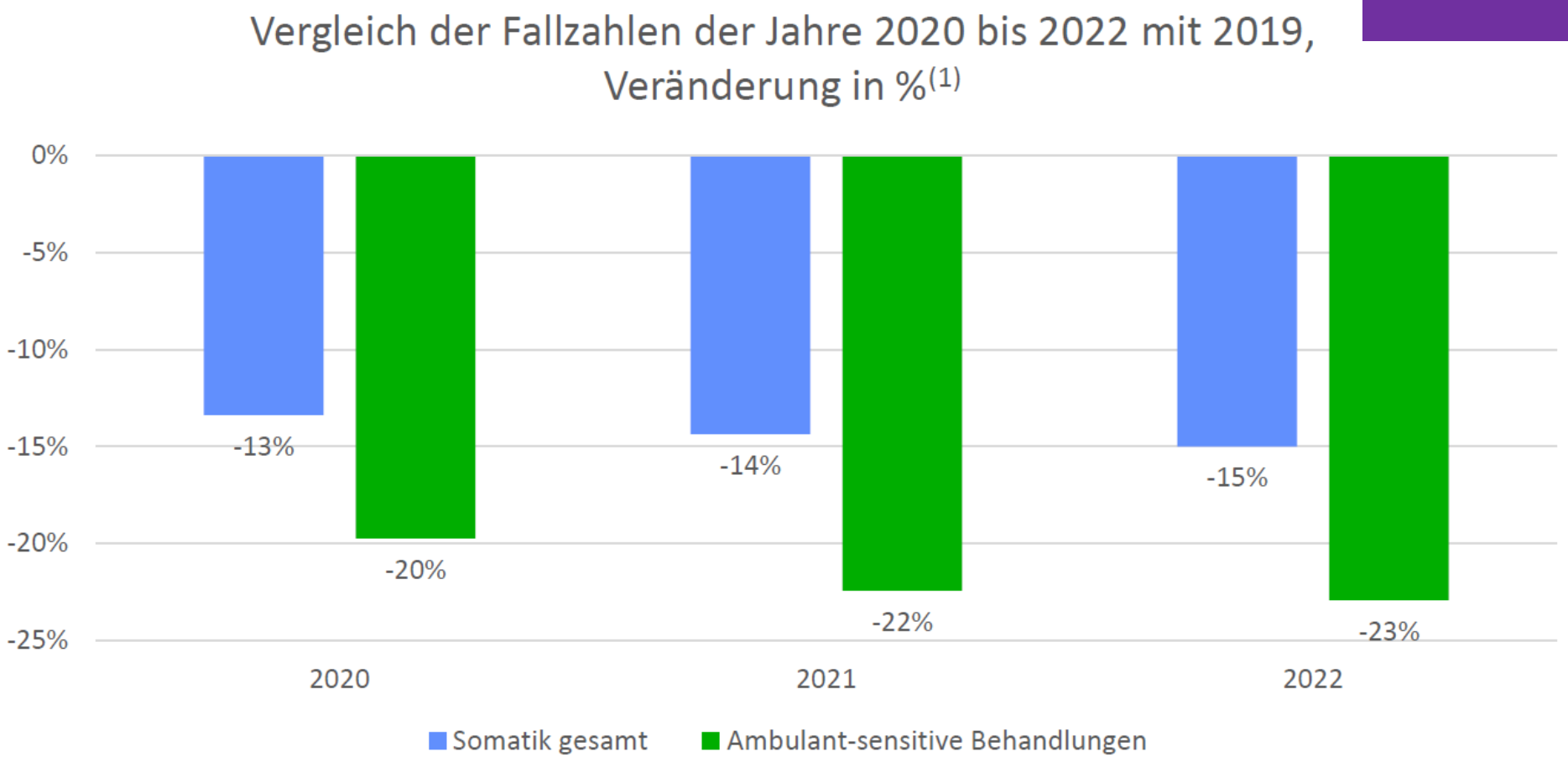
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

	Relativ (in % des BIP)			Absolut (in USD$ PPP)		
	2010	2020	Änderung in %-P	2010	2020	Steigerung
Belgien	2,8	3,4	+0,6	1.066	1.661	+595
Dänemark	3,2	2,8	-0,4	1.301	1.515	+214
Deutschland	**3,0**	**3,4**	**+0,4**	**1.211**	**1.850**	**+639**
Frankreich	3,2	3,1	-0,1	1.165	1.410	+245
Niederlande	2,1	2,0	-0,1	914	1.131	+217
Österreich	3,5	3,7	+0,2	1.493	1.875	+383
Schweden	2,2	2,4	+0,2	924	1.191	+267
Schweiz	2,7	3,1	+0,4	1.372	1.901	+529
Vereinigtes Königreich	n.v.	2,9	n.v.	n.v.	1.209	n.v.

OECD Health Data 2022

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

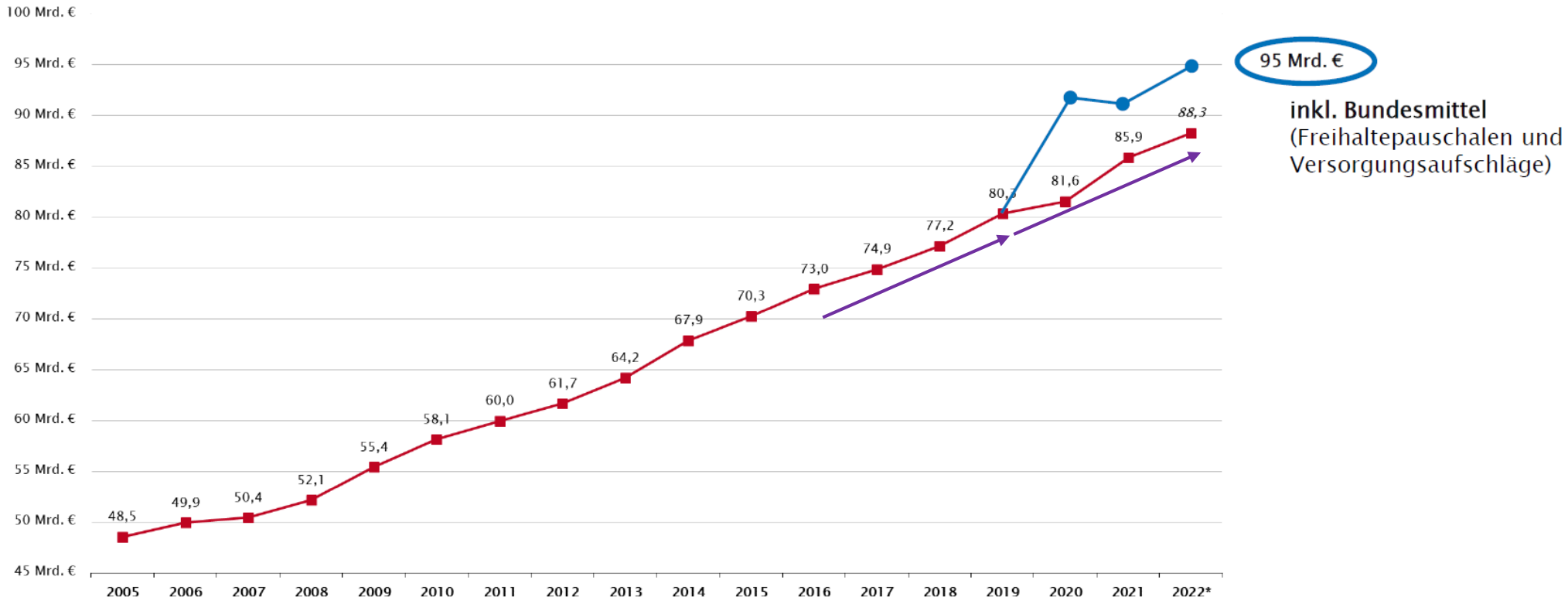
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!



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

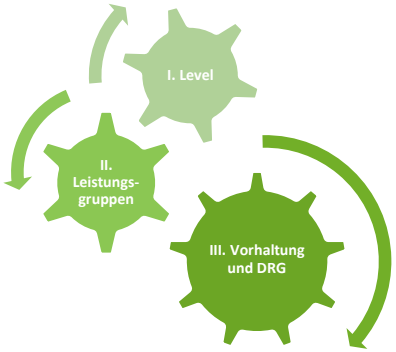
Während der Pandemie ist dies mit Sonderzahlungen kaschiert worden (die den kleineren Häusern überdurchschnittlich geholfen und die Probleme des Gesamtsektors verschärft haben)

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

Regierungskommission schlägt eine Reform mit drei Komponenten vor



Ausgangslage

Reformvorschlag

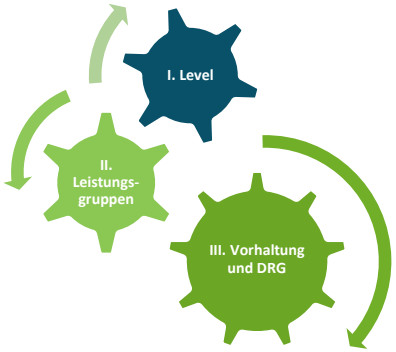
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

b System von **Leistungsgruppen** (LG), die pass-genauer als die DRG und Fachabteilungen den Leveln zugeordnet werden können

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

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

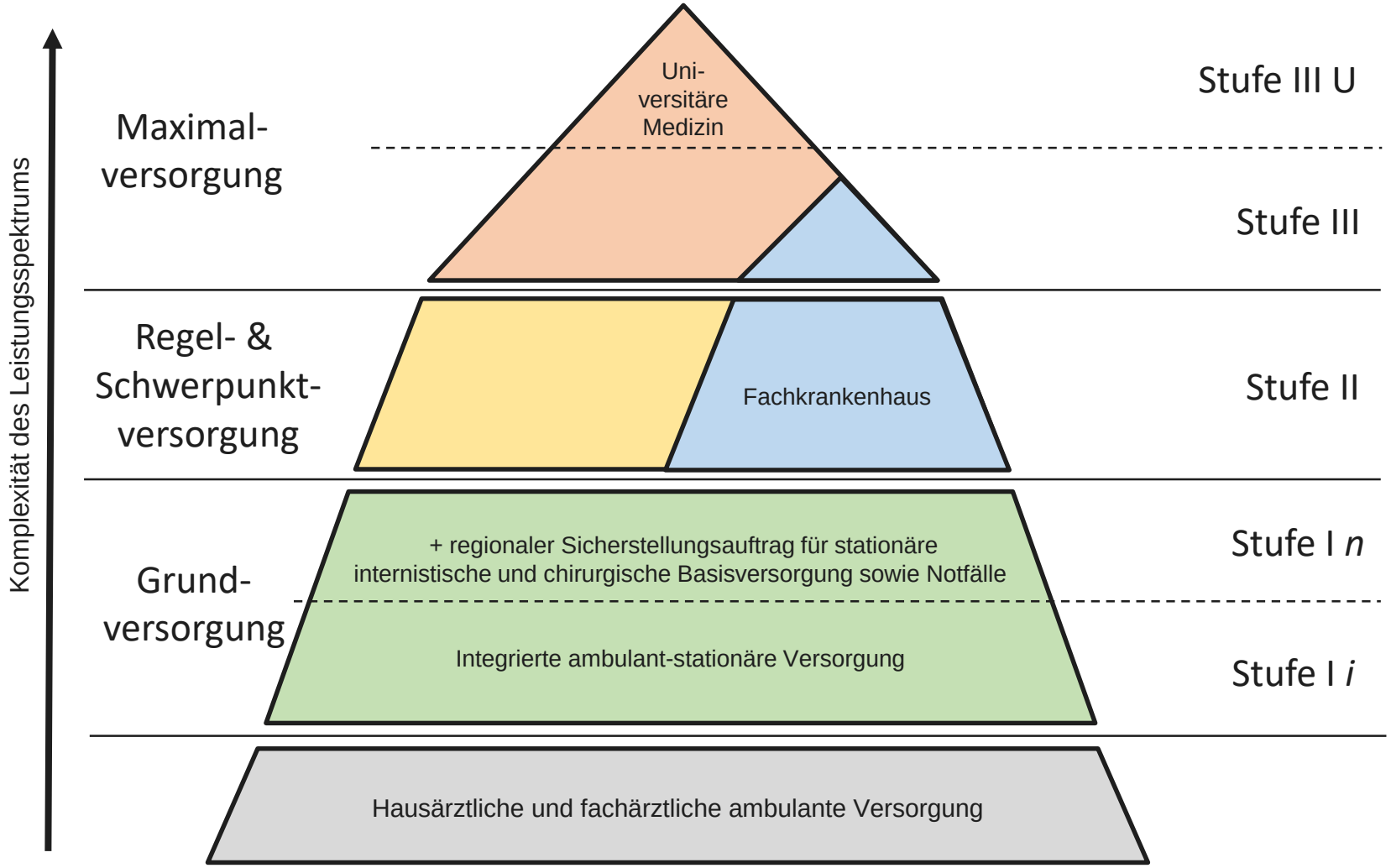
Agenda



Ausgangslage

Reformvorschlag

- **Krankenhauslevel**
- Leistungsgruppen
- Vorhaltung und DRG



Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Wesentliche Merkmale der Level

	Leistungsspektrum				Verpflichtende weitere Ausstattung	Ärztl. Anwesenheit außerhalb von Kernarbeitszeiten
	Innere Medizin/ Chirurgie	**Andere Fächer (Leistungsbereiche)**	**Not-aufnahme**	**Intensivmedizin**		
I i	Mind. 1; *keine* eigenen Betten; allg. Akutpflegebetten	Ggf. Allgemeinmed., allgemeinfachärztliche Versorgung	KEINE	KEINE	Labor, Ultraschall, Röntgen	Mindestens fachärztliche Rufbereitschaft
I n	Basisbehandlung Innere UND Chirurgie, eigene Betten	Ggf. weitere, auch Geriatrie oder Palliativmedizin	Basis	≥6 Betten	+ CT, telemed. Anbindung, Hubschrauberlandeplatz	Bereitschaft; FÄ Rufbereitschaft
II	Mind. je 3 Leistungsgruppen, darunter immer (interv.) Kardiologie	Mind. 5 weitere, darunter Gynäkologie & Geburten	Erweitert	≥10 Low-care- & ≥10 High-care Betten	+ MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Pflege-Ausbildung	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv 24/7; FÄ Rufbereitschaft
III	Mind. je 5 Leistungsgruppen	Mind. 8 weitere	Umfassend	≥20 Low-care- & ≥20 High-care Betten	+ Studienzentren …	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv FÄ 24/7, andere Fächer Bereitschaft

Was erwarten Bürger, wenn sie dieses Schild sehen?

Wesentliche Merkmale der Level

	Leistungsspektrum					
	Innere Medizin/ Chirurgie	**Andere Fächer (Leistungsbereiche)**	**Not-aufnahme**	**Inte**		
I i	Mind. 1; *keine* eigenen Betten; allg. Akutpflegebetten	Ggf. Allgemeinmed., allgemeinfachärztliche Versorgung	KEINE	KEIN		
I n	Basisbehandlung Innere UND Chirurgie, eigene Betten	Ggf. weitere, auch Geriatrie oder Palliativmedizin	Basis	≥6 B	landeplatz	
II	Mind. je 3 Leistungsgruppen, darunter immer (interv.) Kardiologie	Mind. 5 weitere, darunter Gynäkologie & Geburten	Erweitert	≥10 Low-care- & ≥10 High-care Betten	+ MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Pflege-Ausbildung	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv 24/7; FÄ Rufbereitschaft
III	Mind. je 5 Leistungsgruppen	Mind. 8 weitere	Umfassend	≥20 Low-care- & ≥20 High-care Betten	+ Studienzentren …	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv FÄ 24/7, andere Fächer Bereitschaft

Grundversorgung: Level I*n* vs. Level I*i*

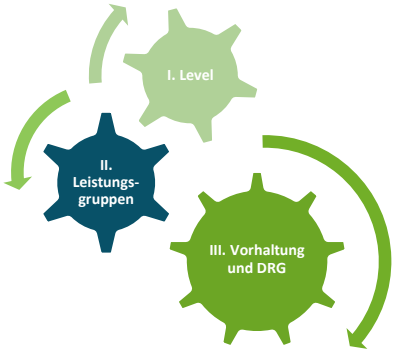
Level I*n*

- Primär für Regionen, wo Level II bzw. III-Kh. >30 min. entfernt sind
- Versorgungsauftrag für Leistungs-gruppen (LGn), sowohl stationäre als auch ambulante Leistungserbringung
- Vor allem LGn Basisbehandlung Innere Medizin/ Chirurgie; weitere LGn möglich
- 24/7 Notaufnahme Stufe I, d.h. ärztliche Anwesenheit
- Intensivbetten
- Vergütung: Vorhaltung + DRG

Level I*i*

- Für andere Regionen
- Trennt Zuständigkeit von ärztlicher von akutpflegerischer Leistungserbringung
- Ärztliche Leistungen ambulant werktags tagsüber; 24/7 durch ärztliche Rufbereitschaft
- Keine Notaufnahme, aber Versorgung Notfälle möglich z.B. über KV-Praxis
- Pflegefachpersonen können den 24/7-akutpflegerischen stationären Bereich leiten
- Vergütung: sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen, erhöht wenn ärztliche Leistungen inkludiert (d.h. nicht über EBM vergütet wird)

Agenda



Ausgangslage

Reformvorschlag

- Krankenhauslevel
- **Leistungsgruppen**
- Vorhaltung und DRG

Kategorisierung der Krankenhausleistungen in 128 Leistungsgruppen

Definition nach ICD und OPS-Codes

Behandlung innerhalb einer Gruppe benötigt **ähnliche Qualifikationen**, **Kompetenzen** und **Erfahrungen** sowie gleichartige technische **Ausstattung**

Mindestvorgaben *für Personal und Technik, die später die derzeit getrennt existierenden Qualitätsvorgaben berücksichtigen bzw. erweitern*

Definition der Leistungsgruppen nach ICD und OPS

Insgesamt 128 LG

Querschnittsbereiche *wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sind Teil der Mindeststrukturvoraussetzung*

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Innere Medizin und Chirurgie zur Illustration

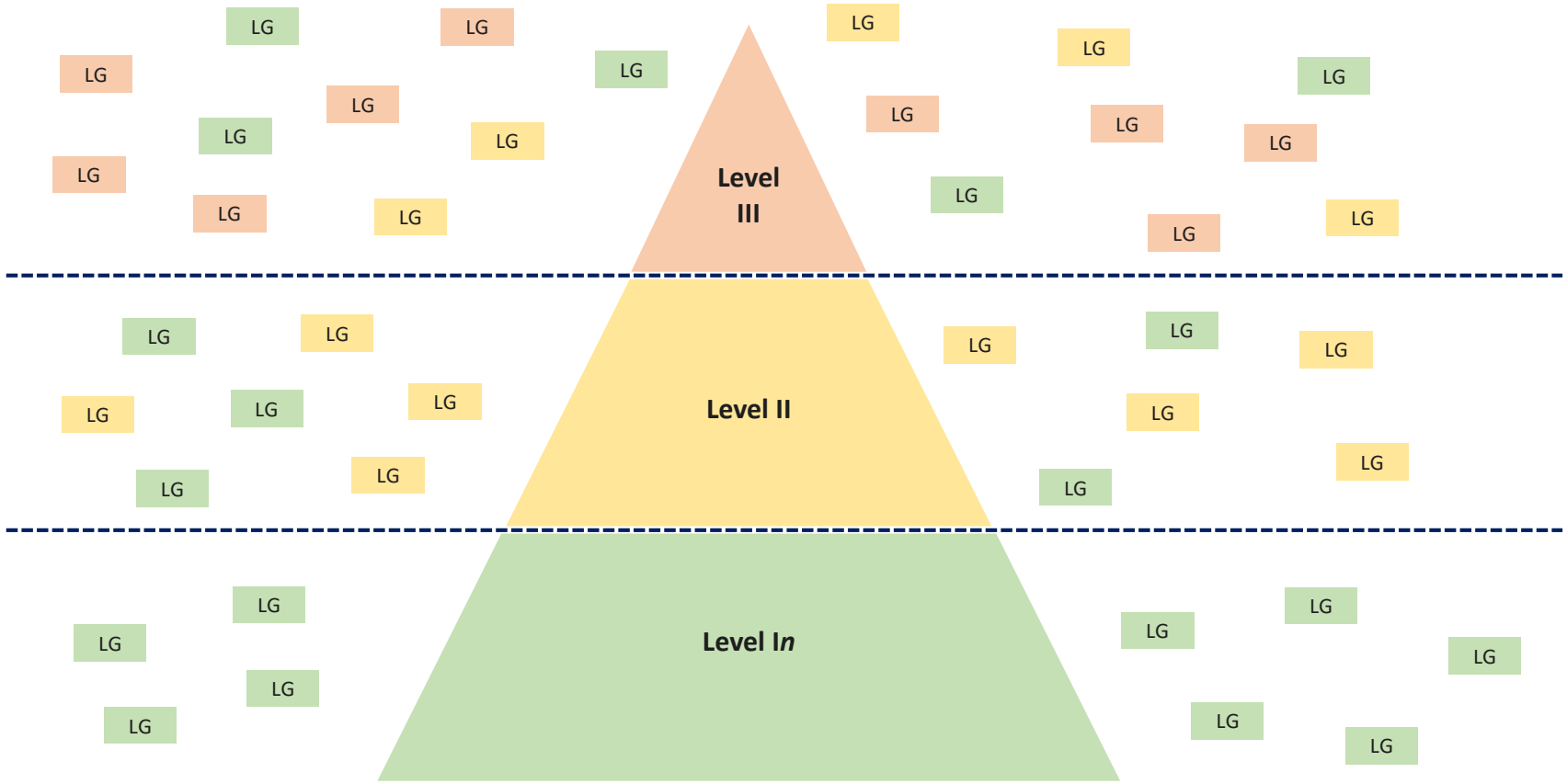
Leistungsgruppe (LG)		Maximales Leistungsspektrum		
	Mindestlevel erbringendes Kh.	Level I-Kh.	Level II-Kh.	Level III-Kh.
Innere Medizin				
1.0 LG Basisbehandl. Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
Chirurgie				
2.0 LG Basisbehandl.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

Genaue Definition der Leistungsgruppen im Anhang des Gesamtdokuments

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

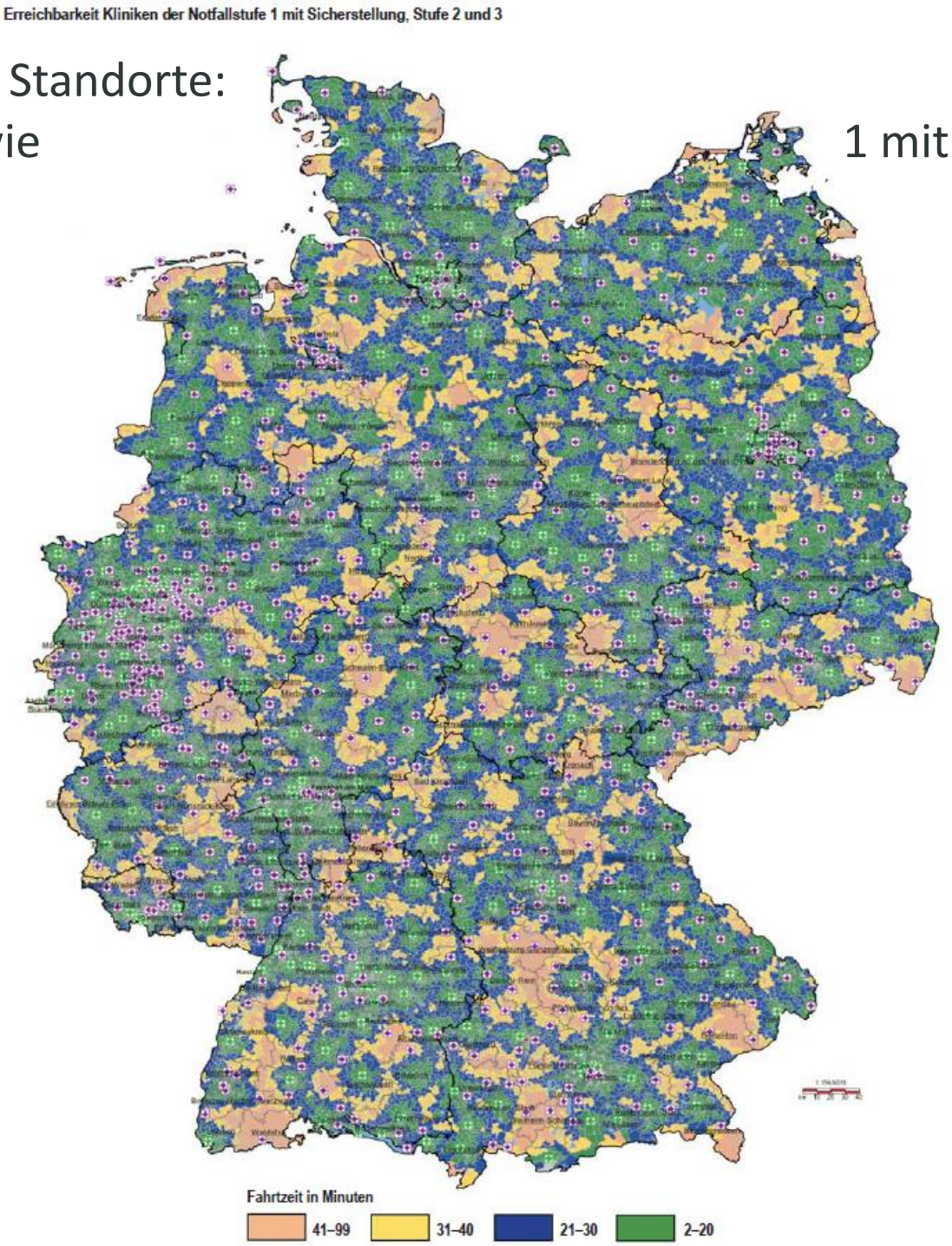
Die Leistungsgruppen werden mit den Krankenhausleveln verknüpft

Nicht jede Leistungsgruppe kann von allen Leveln erbracht werden

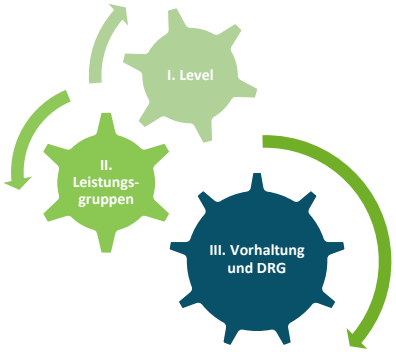


Anmerkung: Fachkliniken sind in ihrem Fachgebiet dem Level II oder III zugeordnet
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Erreichbarkeit derzeitiger Standorte: Notfallstufen 2 und 3 sowie 1 mit Sicherstellungszuschlag



Agenda



Ausgangslage

Reformvorschlag

- Krankenhauslevel
- Leistungsgruppen
- **Vorhaltung und DRG**

Gründe, die für eine Vorhaltefinanzierung sprechen

1

Es kann zu **Schwankungen** kommen, **die das übliche Maß übersteigen**, d.h. die Schwankung liegt außerhalb des Erwarteten

Beispiel: Plötzliche Ereignisse wie die Corona-Pandemie

2

Die erwarteten Bedarfe sind zu klein, um die Fixkosten decken zu können, und das Angebot an Leistungen ist notwendig

Beispiel: Ländliches versorgungsrelevantes Krankenhaus mit begrenztem Einzugsgebiet

3

Reduktion des Mengenanreizes in der Vergütung

Beispiel: DRG-System

4

Unterstützung der Ambulantisierung von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

Beispiel: Vorhaltung unabhängig von der Art der Leistungserbringung

Quelle: RWI / hcb

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

Ausnahme: Kliniken des Level I*i*

	Vorhaltefinanzierung aus Pflegebudget		Vorhaltefinanzierung auf Ebene der LG		Fallmengenabhängige Vergütung auf Ebene der rDRG
Level III Level II Level I *n*	**Krankenhaus-individuelle Pflege-budgets wie bisher**	+	128 Leistungsgruppen LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG	+	Rund 1.300 Fallpauschalen rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG
	Auszahlung **wie bisher**		Auszahlung **über BAS**(1) **Abschlag**, wenn Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt(2)		Auszahlung **wie bisher** über Krankenversicherungen
Level I *i*	**Sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen**				

(1) Bundesamt für Soziale Sicherung
(2) Die Abschlagszahlungen gehen zurück an das BAS und werden dann auf die übrigen Kliniken verteilt
Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Krankenhausreform: Lauterbach holt Länder ins Boot

Stand: 05.01.2023, 16:25 Uhr

Bund und Länder wollen bei der Krankenhausreform gemeinsame Sache machen. Bundesgesundheitsminister Lauterbach geht auf die Länder zu. Rasch aber kommt die Reform nicht.

Von Martin Teigeler

Bund und Länder wollen die geplante Krankenhausreform gemeinsam vorantreiben. Ziel sei weiter eine Abkehr von Fallpauschalen und ein Ende der "Durchökonomisierung", sagte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) am Donnerstag in Berlin nach Gesprächen mit den Ländern. Bis zum Sommer soll ein Referentenentwurf stehen, der von Bund und Ländern getragen wird. Wann die Reform in Kraft tritt, ist offen.

Frankfurter Allgemeine

HERAUSGEGEBEN VON GERALD BRAUNBERGER, JÜRGEN KAUBE, CARSTEN KNOP, BERTHOLD KO

F.A.Z. EXKLUSIV

Bundesländer wollen Lauterbachs Klinikreform zerpflücken

VON CHRISTIAN GEINITZ, BERLIN - AKTUALISIERT AM 05.05.2023 - 08:50

Krankenhausreform: Karl Lauterbach stellt sich gegen die Bundesländer

FAZ von heute