Umbau der Krankenhauslandschaft

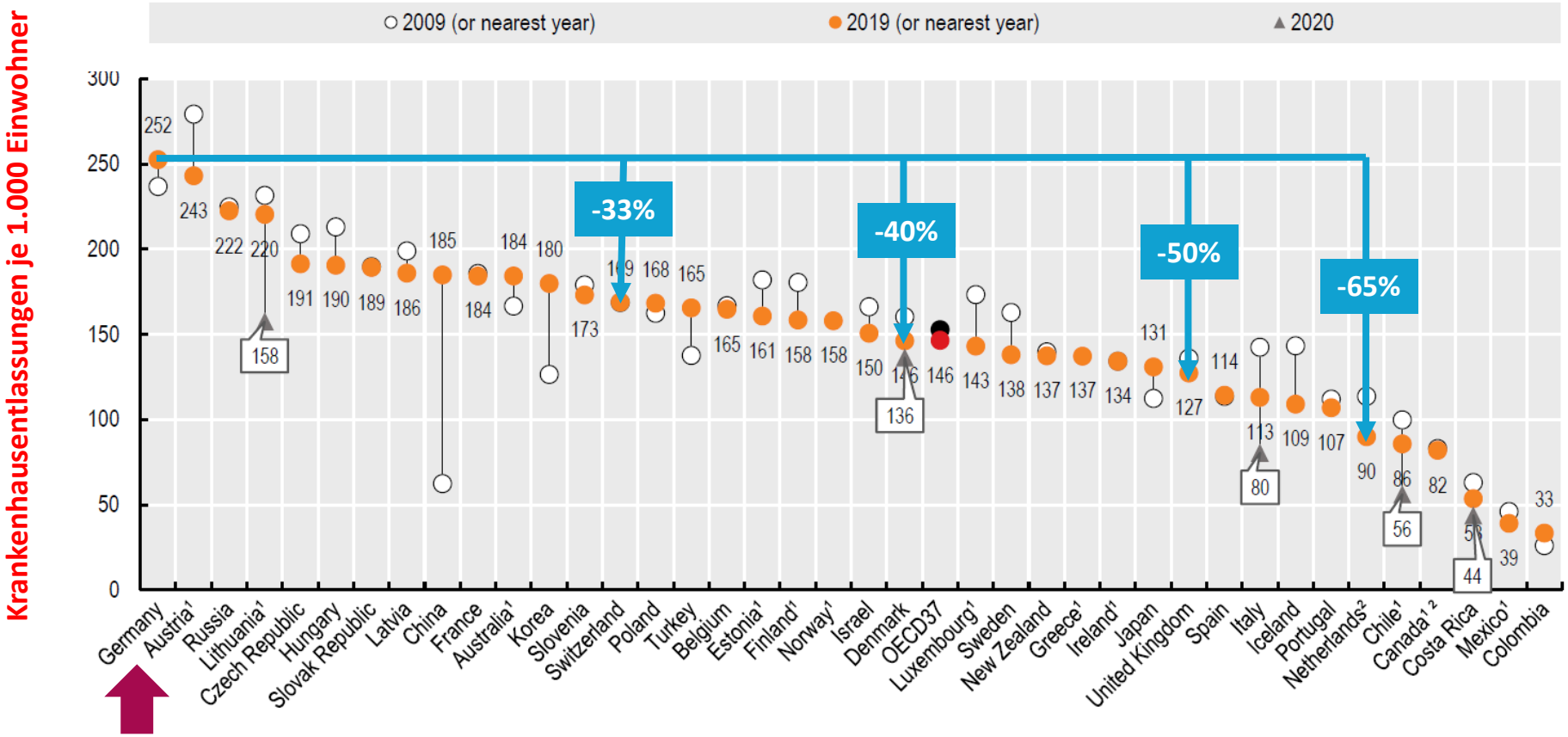
Warum? Was ist vorgeschlagen?

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 …

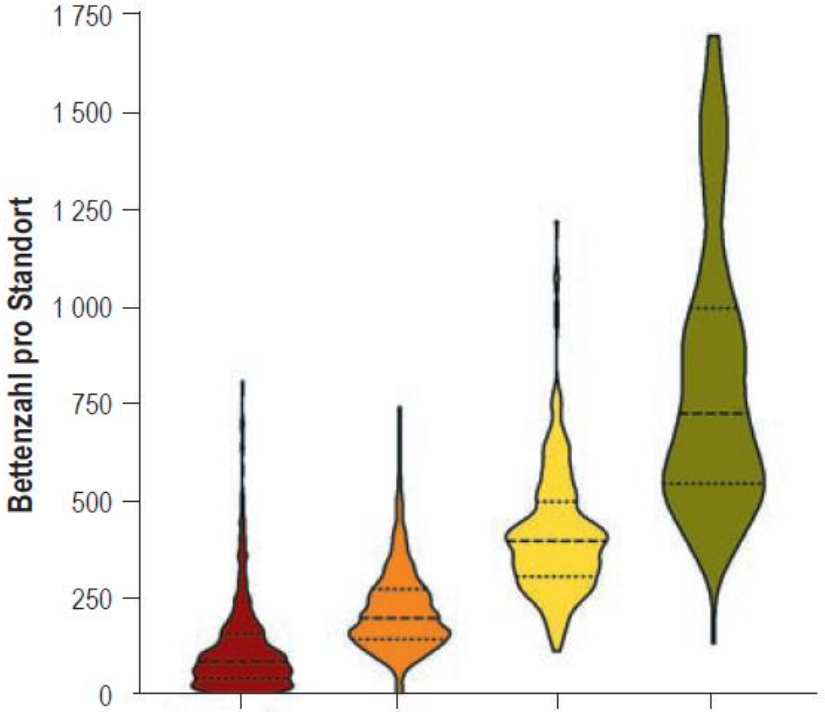


(1) Abgezogen sind Entlassungen von im Krankenhaus gesund geborenen Babys (3-10% aller Entlassungen)
(2) Eingeschlossen sind nur Entlassungen von kurativen (akuten) Leistungen
Quelle: OECD Health at a Glance 2021

Insbesondere die 1250 Standorte ohne Notfallstufe bzw. mit Notfallstufe 1 sind klein und behandeln wenige Fälle … während die 425 mit Notfallstufe 2 & 3 fast 60% versorgen

GRAFIK 1

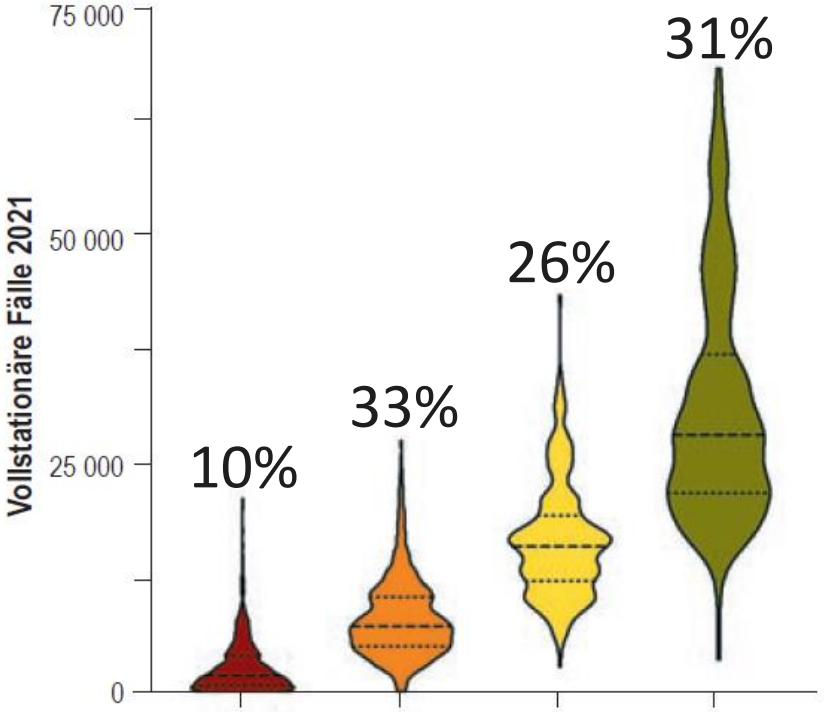
Bettenzahl pro Standort laut Qualitätsbericht



Notfallstufe	keine	I	II	III
Standorte	602	647	260	164
Mittelwert	122	223	416	816
SD	118	111	163	350

GRAFIK 2

Fallzahl pro Standort laut Qualitätsbericht



Notfallstufe	keine	I	II	III
Standorte	602	647	260	164
Mittelwert	3 302	8 325	16 750	31 360
SD	2 943	4 281	6 247	12 705

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)

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

Fachärzte außerhalb von Kernarbeitszeiten haben 30 min. Zeit

Unnötig schlechte Qualität

Problem 2 (genauso wichtig)

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

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

Bei Inzidenz von 500 Fällen am Tag:
Über 1.000 Krankenhäuser behandeln Patienten mit transmuralem **Herzinfarkt**, davon haben nur 578 (1) einen Linksherzkatheter, viele nicht 24/7

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

1-Jahres-Sterblichkeit in Häusern mit vs. ohne Stroke Unit:
23% vs. 30%

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

WiZen-Studie: deutliche Überlebensvorteile in Zentren!

Fast 50% aller **Krebspatienten** werden <u>außerhalb</u> von Krebszentren behandelt; beim Pankreaskarzinom sogar 65%

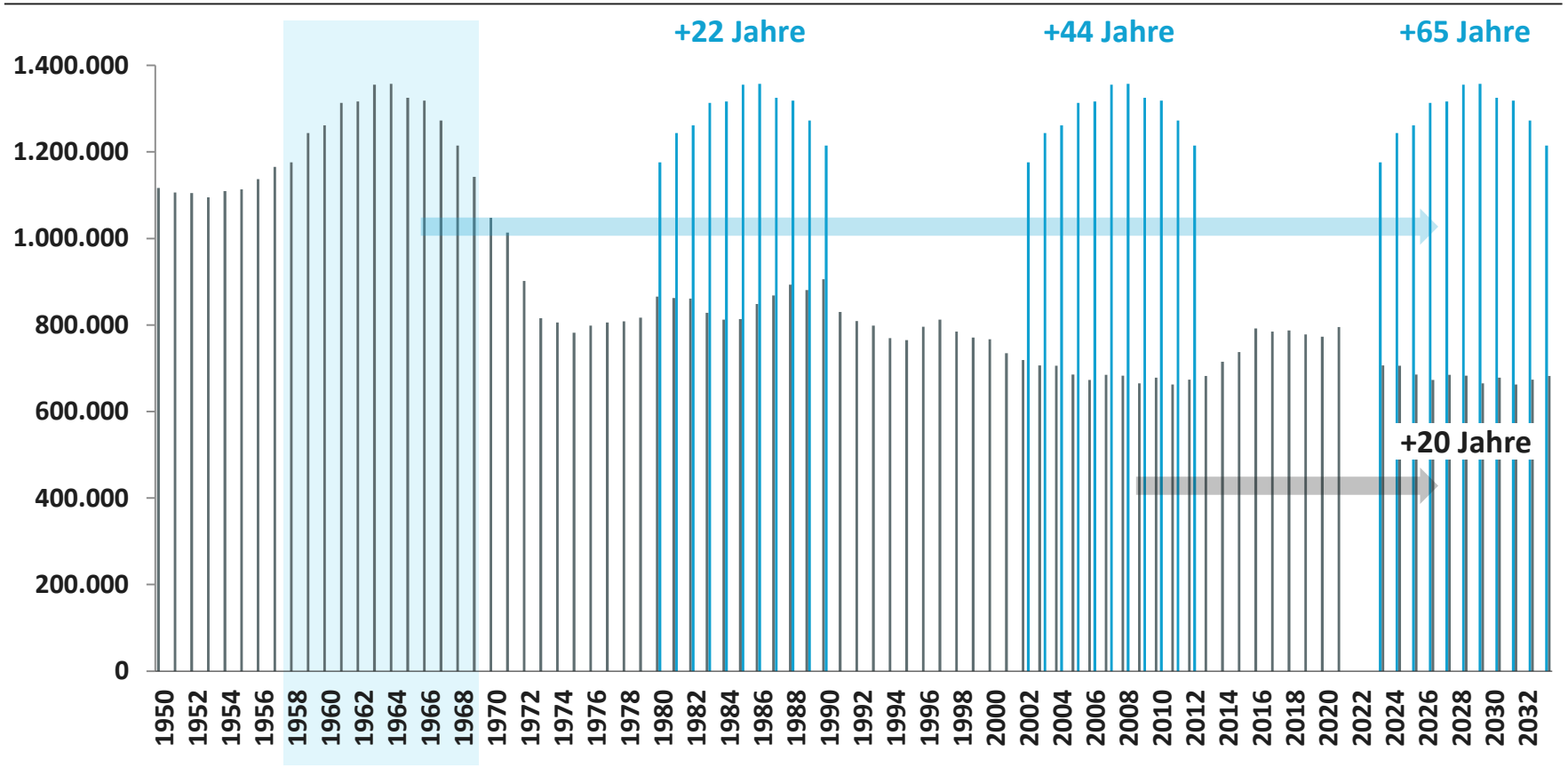
(1) Im Jahr 2019; Eigene Berechnungen (R. Busse) mit DRG-Daten der Forschungsdatenzentren, jeweils für erstbehandelnde Krankenhäuser, d.h. ohne Zuverlegungen

Seit 2000: Zahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen +50%; aber ab jetzt wird sich Personalengpass entwickeln

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)*

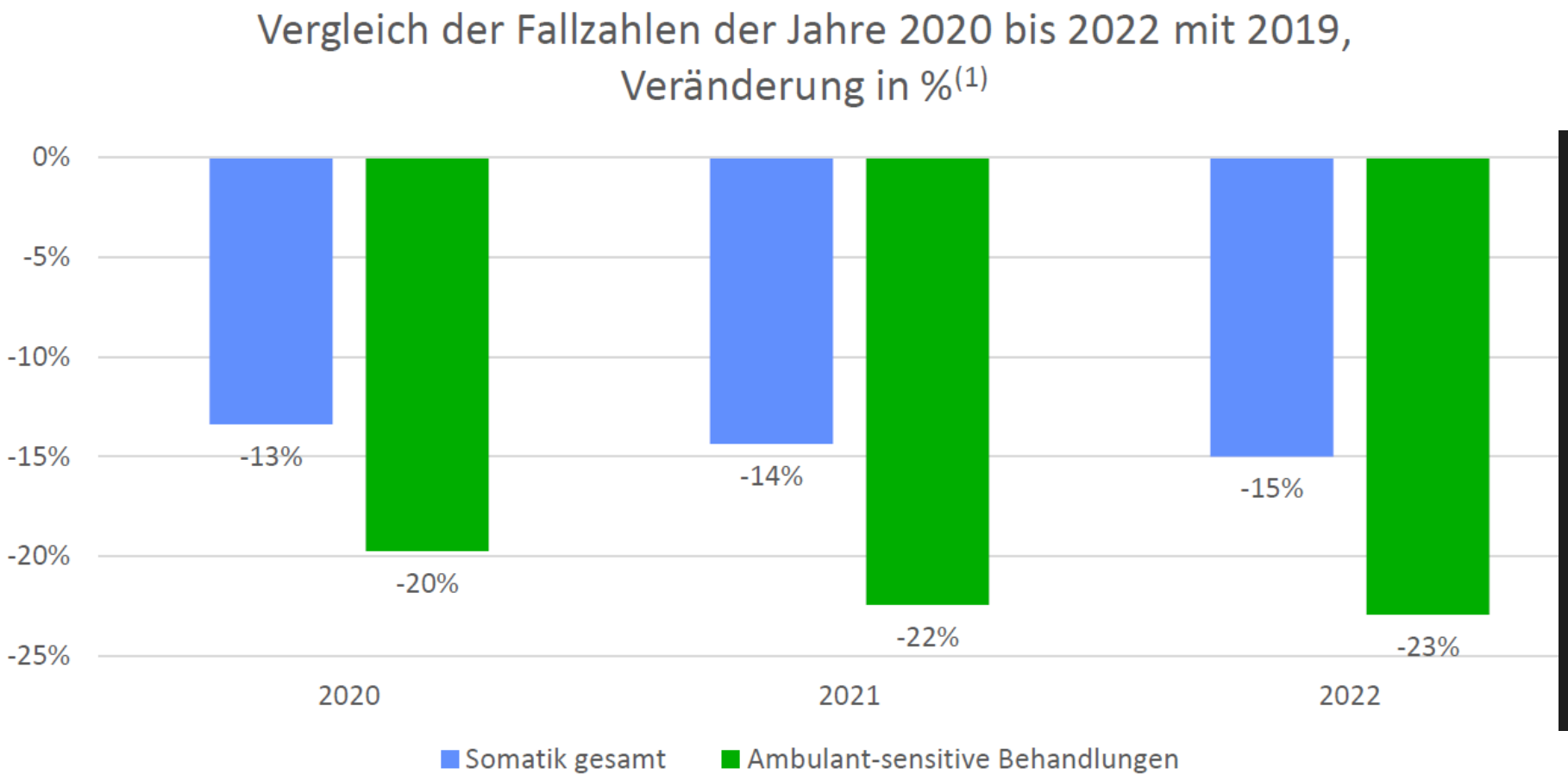
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

	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

Obwohl wir mehr ausgeben, geht es den Krankenhäusern finanziell schlecht: Dies liegt primär am Fallzahlrückgang

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



Bettenbelegung derzeit ca. 67% - der Fallzahlrückgang entspricht dem kompletten 2019er Patientenvolumen der 850 kleineren Krankenhaus-Standorte!

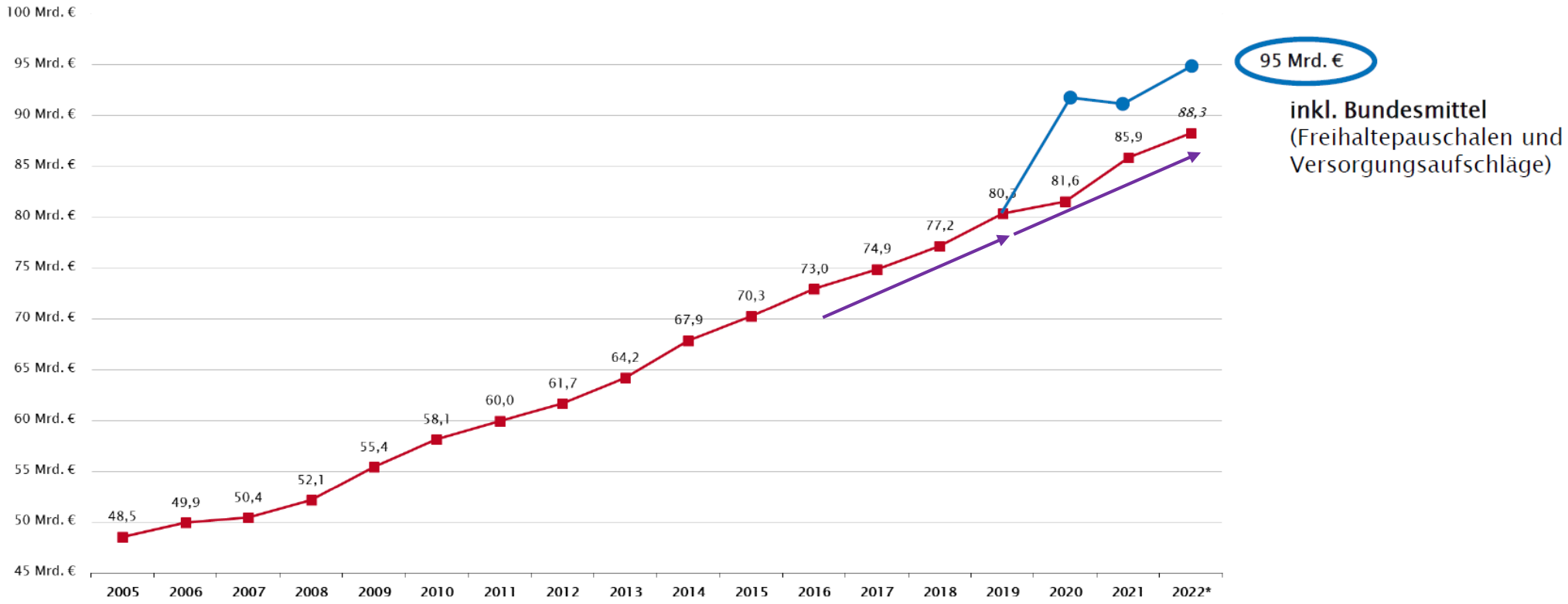
(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

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

2023 wird es noch einmal einen ähnlichen Effekt durch Energiekosten-Auszahlung geben, aber ab 2024 nicht mehr

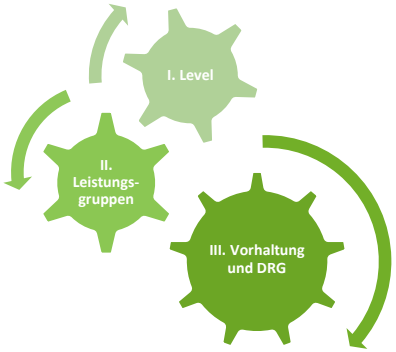
Spitzenverband

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

Regierungskommission hat eine Reform mit drei Komponenten vorgeschlagen



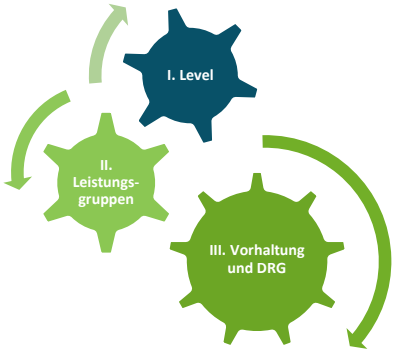
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

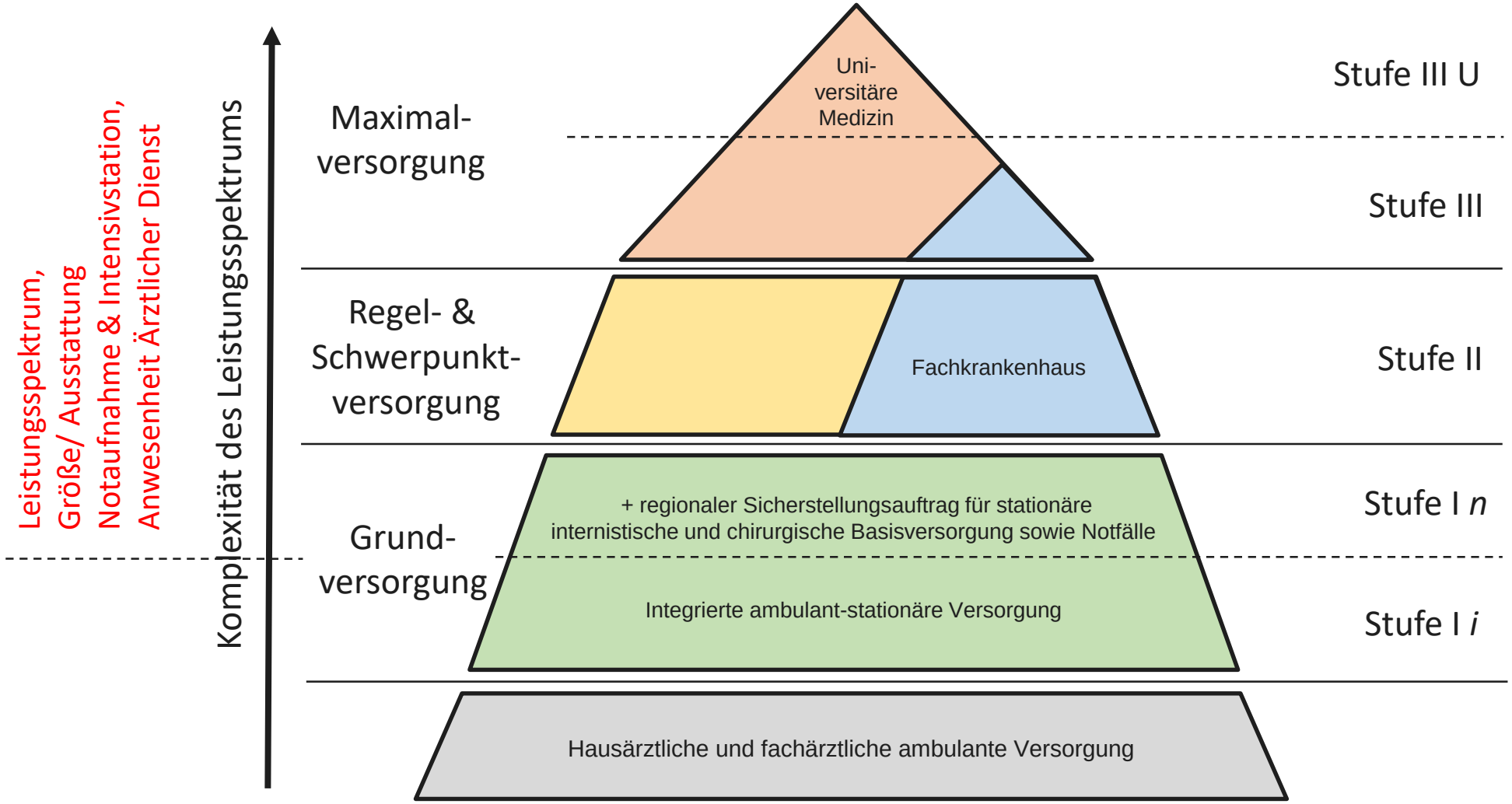
b System von **Leistungsgruppen** (LG), die passgenauer als DRGs und Fachabteilungen einem Level-Mindestniveau zugeordnet werden können

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

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

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

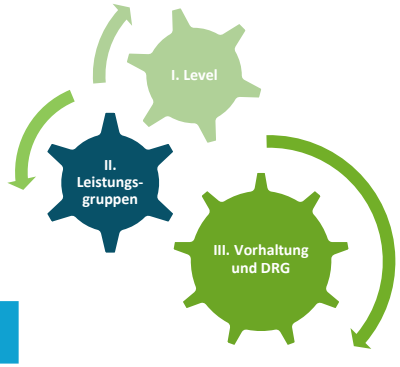




Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

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)		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

Quelle: 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 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

Wenn es breitere LG gibt und keine Level Zuordnung, dann droht Umverteilung von „oben“ nach „unten“!

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“