*Die verordnete Revolution: Wie kann die geplante Krankenhausreform gelingen?*

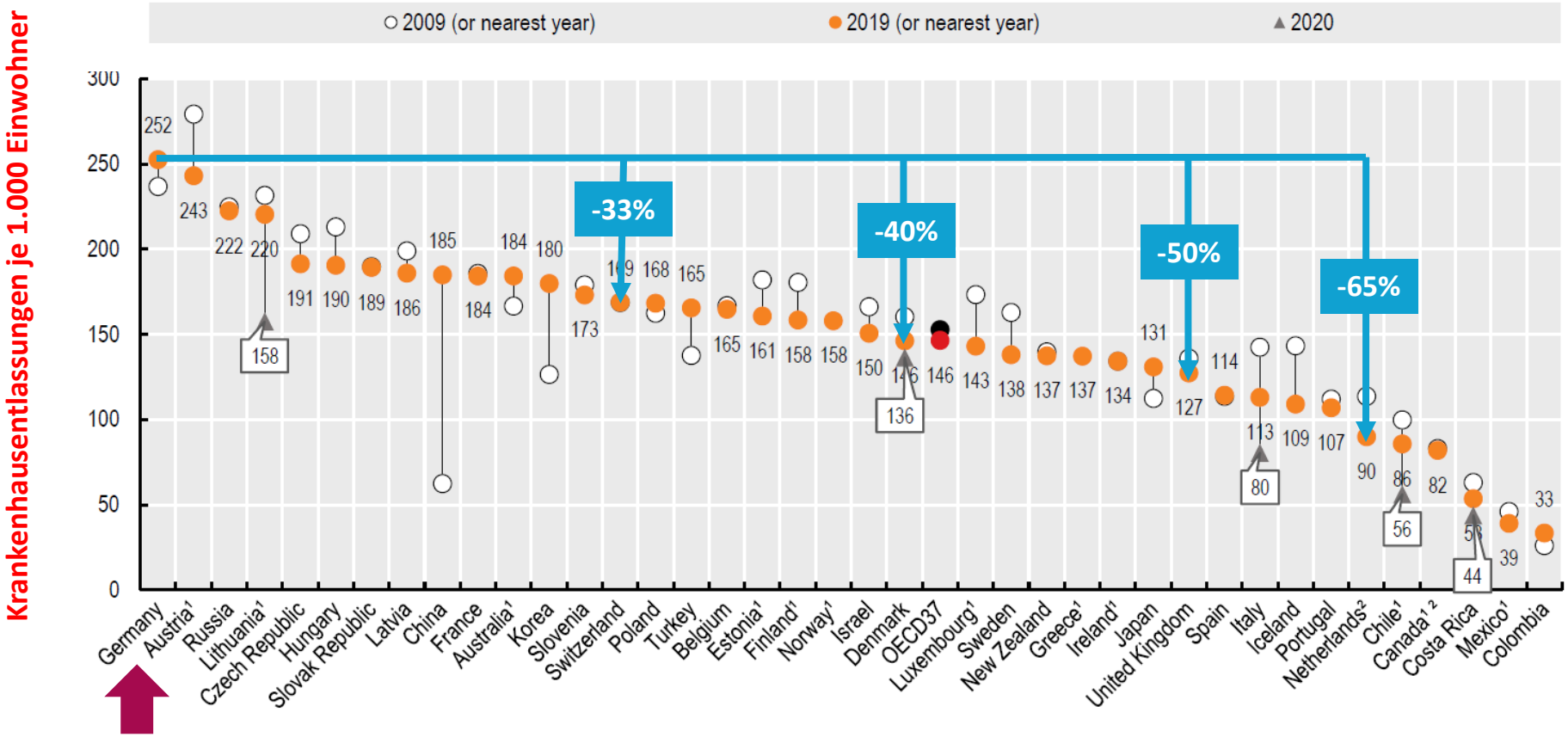
# Eckpunkte der Krankenhaus-Reform

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 …

POLITIK

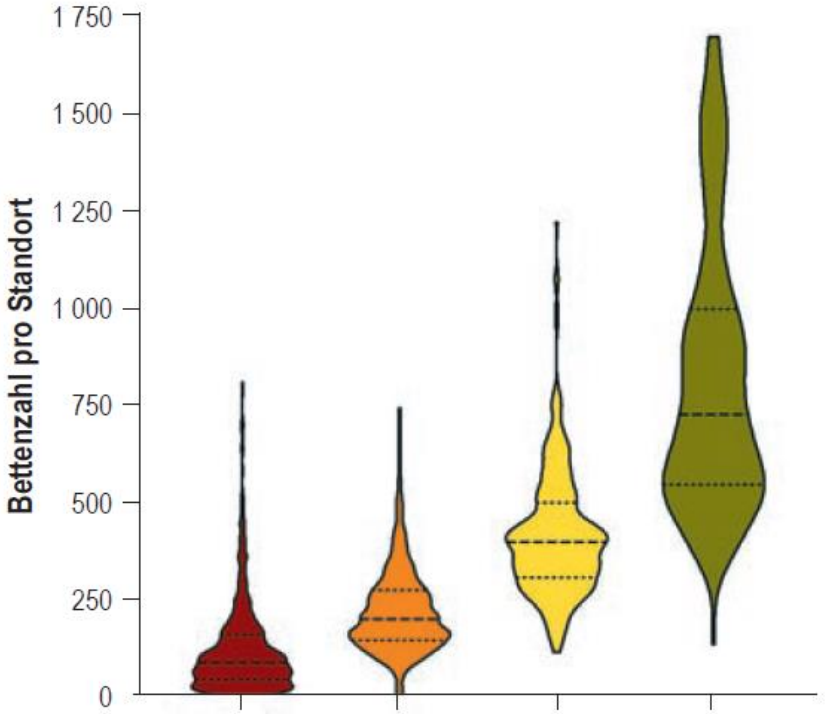
Krankenhausreform

## 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.

**GRAFIK 1**

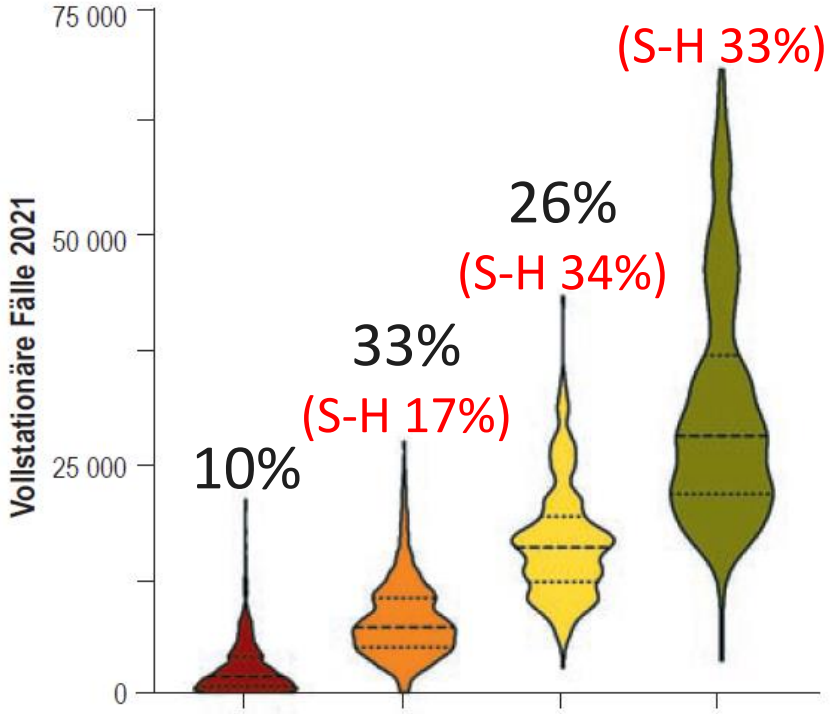
**Bettenzahl pro Standort laut Qualitätsbericht**




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

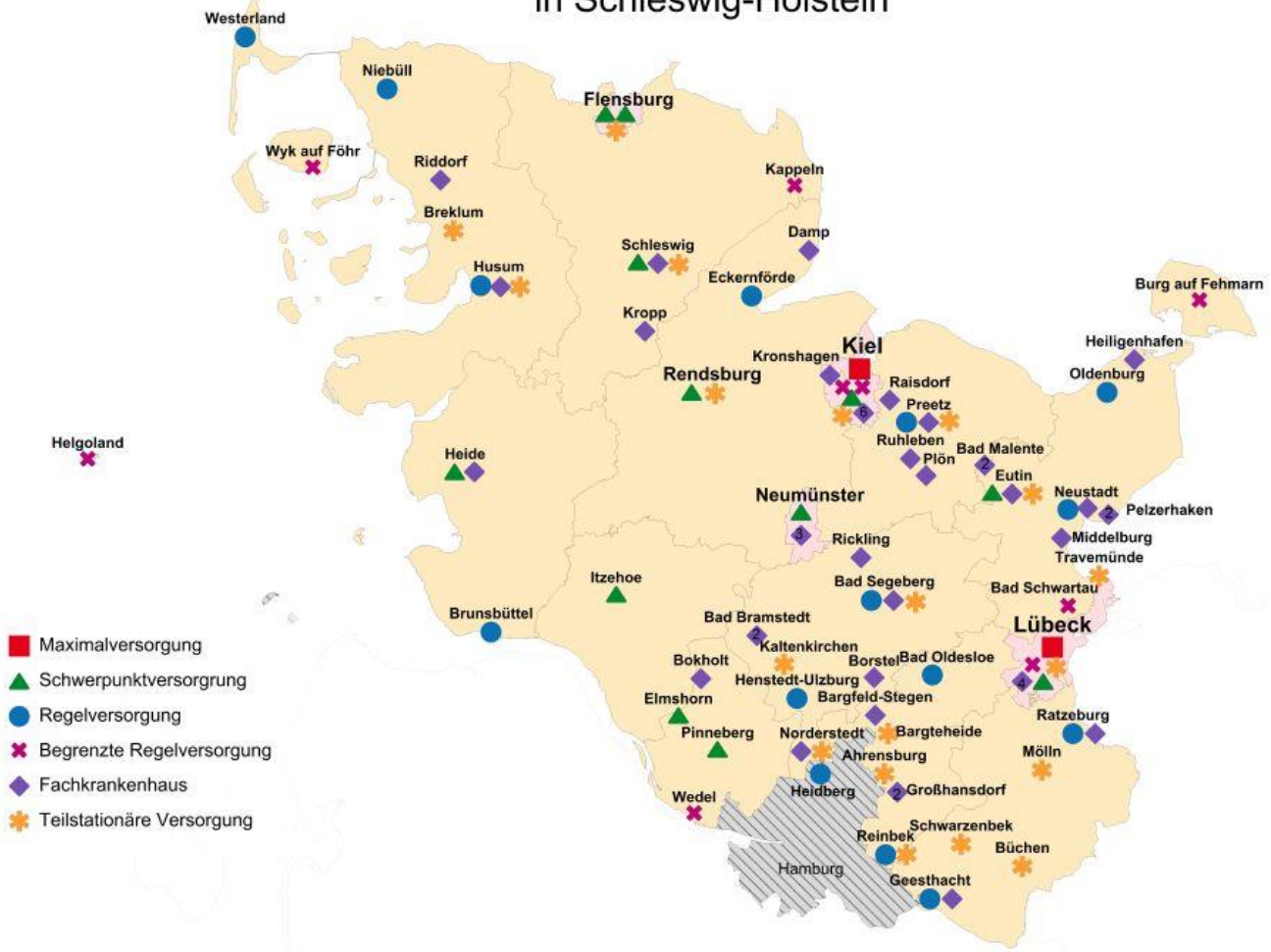
**GRAFIK 2**

**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 |

# Standorte der Plankrankenhäuser in Schleswig-Holstein



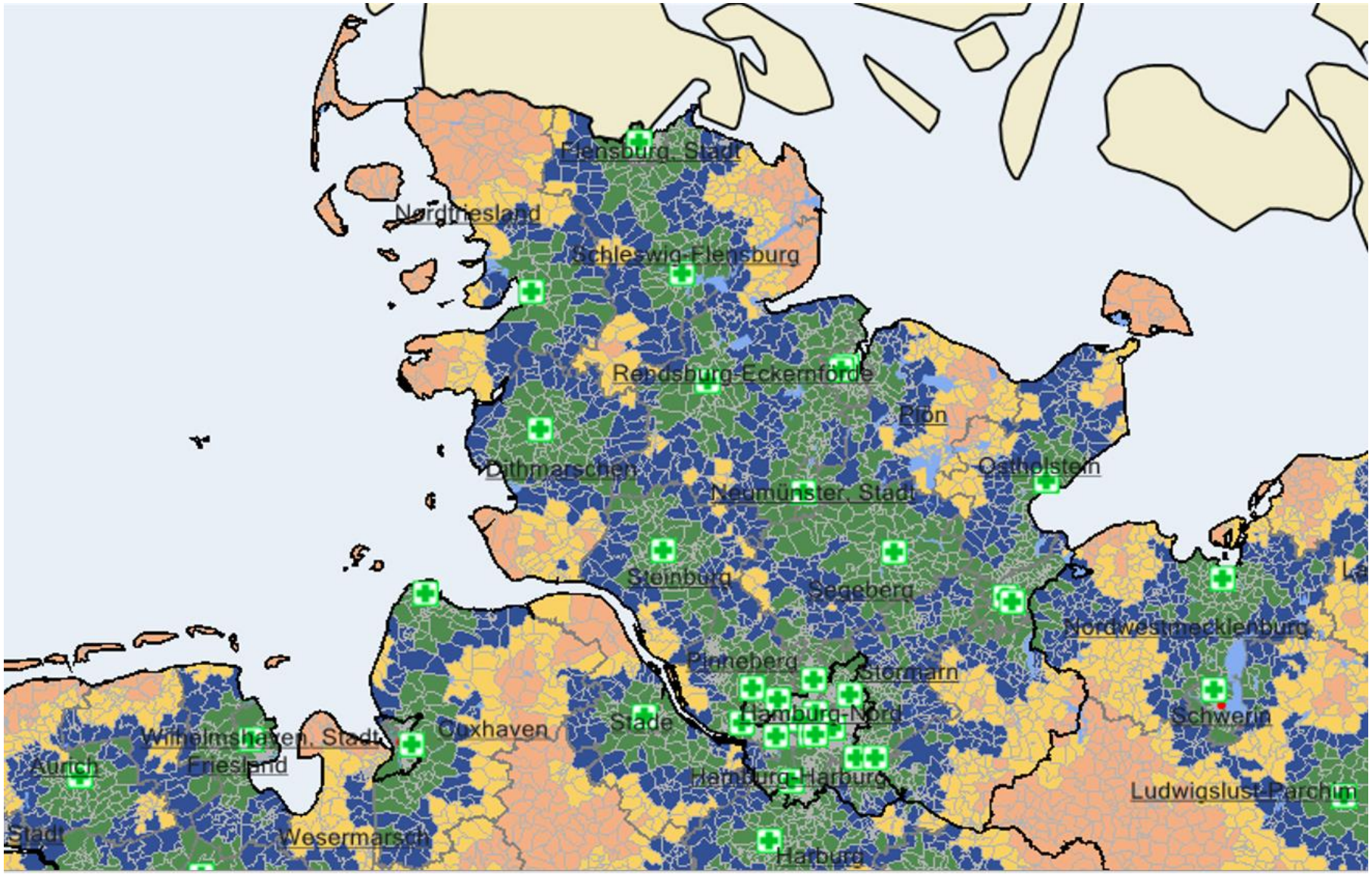
Thema Stationäre Versorgung

## Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung 2030

Um eine flächendeckende stationäre Versorgung zu gewährleisten, bedarf es einer Analyse der vorliegenden Reformvorschläge der Regierungskommission. Erste Daten liegen vor.

Christian Karagiannidis, Reinhard Busse und Boris Augurzky

# … aber mit deutlichen regionalen Lücken …



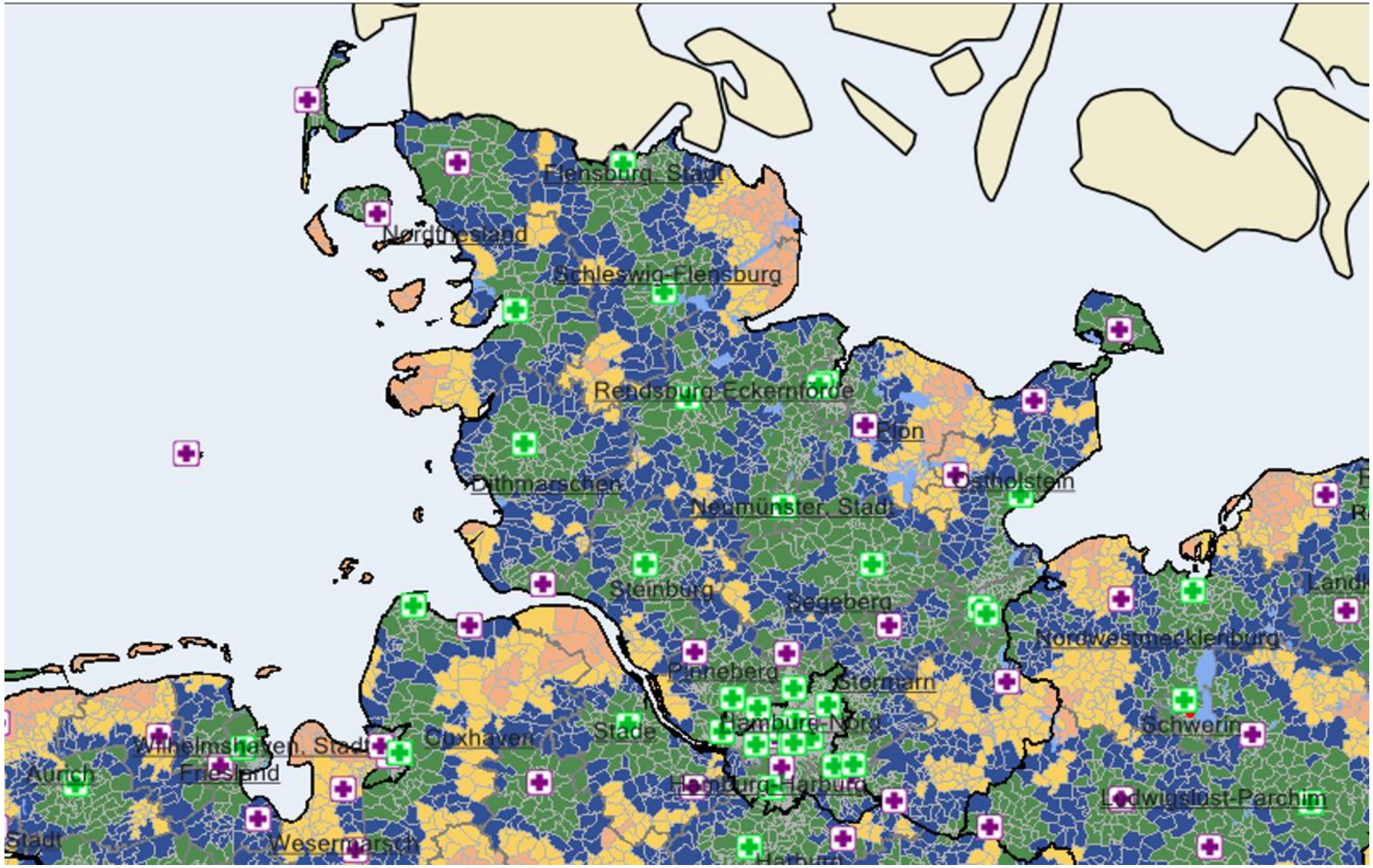
Thema Stationäre Versorgung

Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung 2030

Um eine flächendeckende stationäre Versorgung zu gewährleisten, bedarf es einer Analyse der vorliegenden Reformvorschläge der Regierungskommission. Erste Daten liegen vor.

Christian Karagiannidis, Reinhard Busse und Boris Augurzky

# … die die vielen Notfallstufe 1-Häuser räumlich, aber nicht qualitativ füllen



# 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

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

***Abb. 5-1*** *Relativer Unterschied in den Entlassungen pro 100.000 Einwohner (X-Achse) und der mittleren Verweildauer (Y-Achse) der acht Vergleichsländer zu Deutschland (Koordinatenursprung) für ausgewählte internistische Krankheitsbilder, 2018 bzw. 2016 (DK, UK) (Eurostat: [hlth_co_inpst], [hlth_co_disch2])*

Hinweis: inkl. Tagesfälle, ohne interne Verlegungen (Details s. Text)

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

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

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

*Bei Inzidenz von 600 Fällen am Tag:*
Über 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%)

Trotz Mindestmengenregelung nehmen in Schleswig-Holstein **15 Krankenhäuser komplexe Pankreaseingriffe** vor, obwohl nur **5** ein **Pankreaskrebszentrum** haben

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

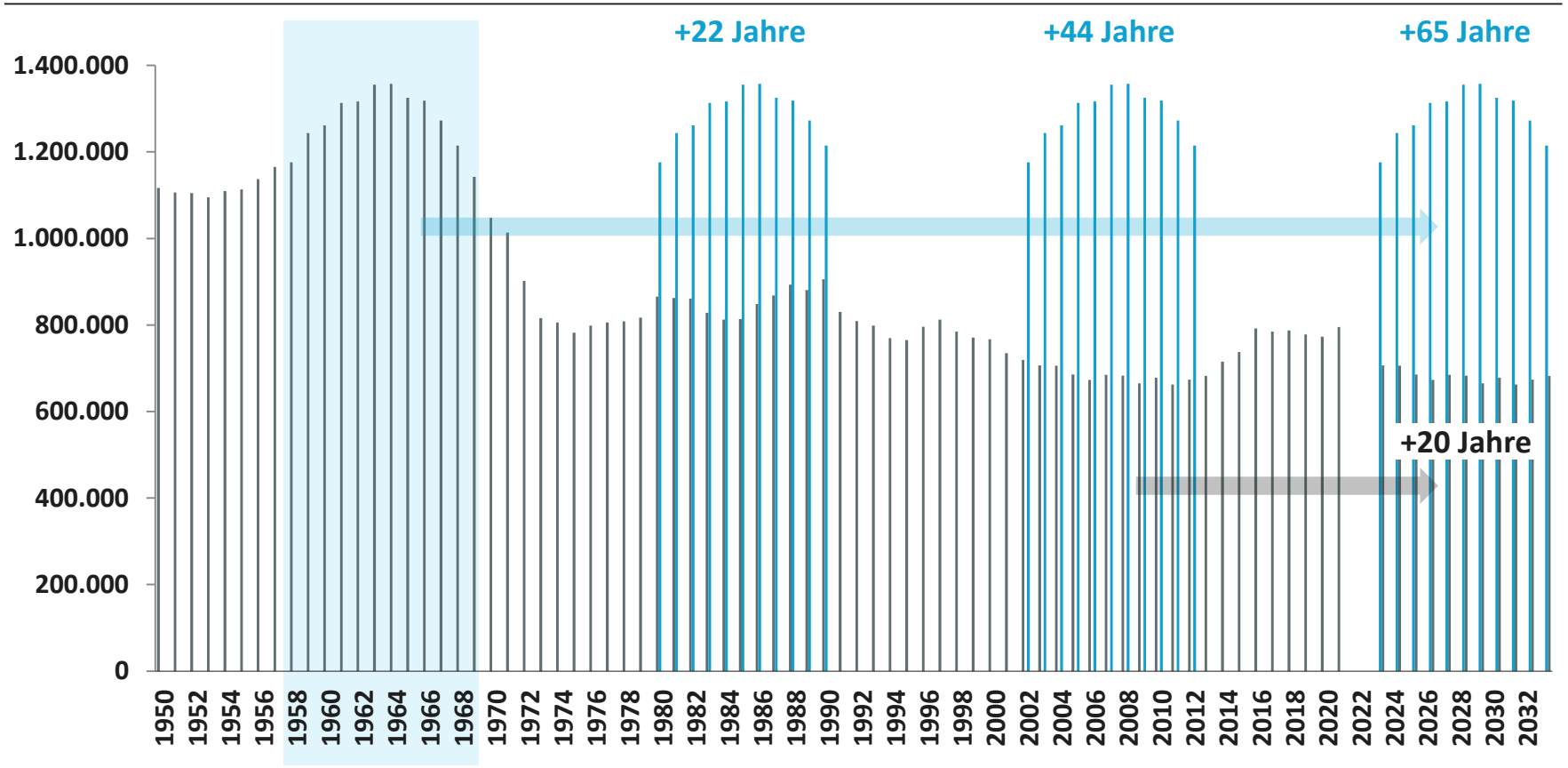
Fast 50% aller **Krebspatienten** werden <u>außerhalb</u> von Krebszentren behandelt; beim Pankreaskarzinom sogar 65% (in S-H: Brustkrebs 21%, Lungenkrebs 43%)

# 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)*

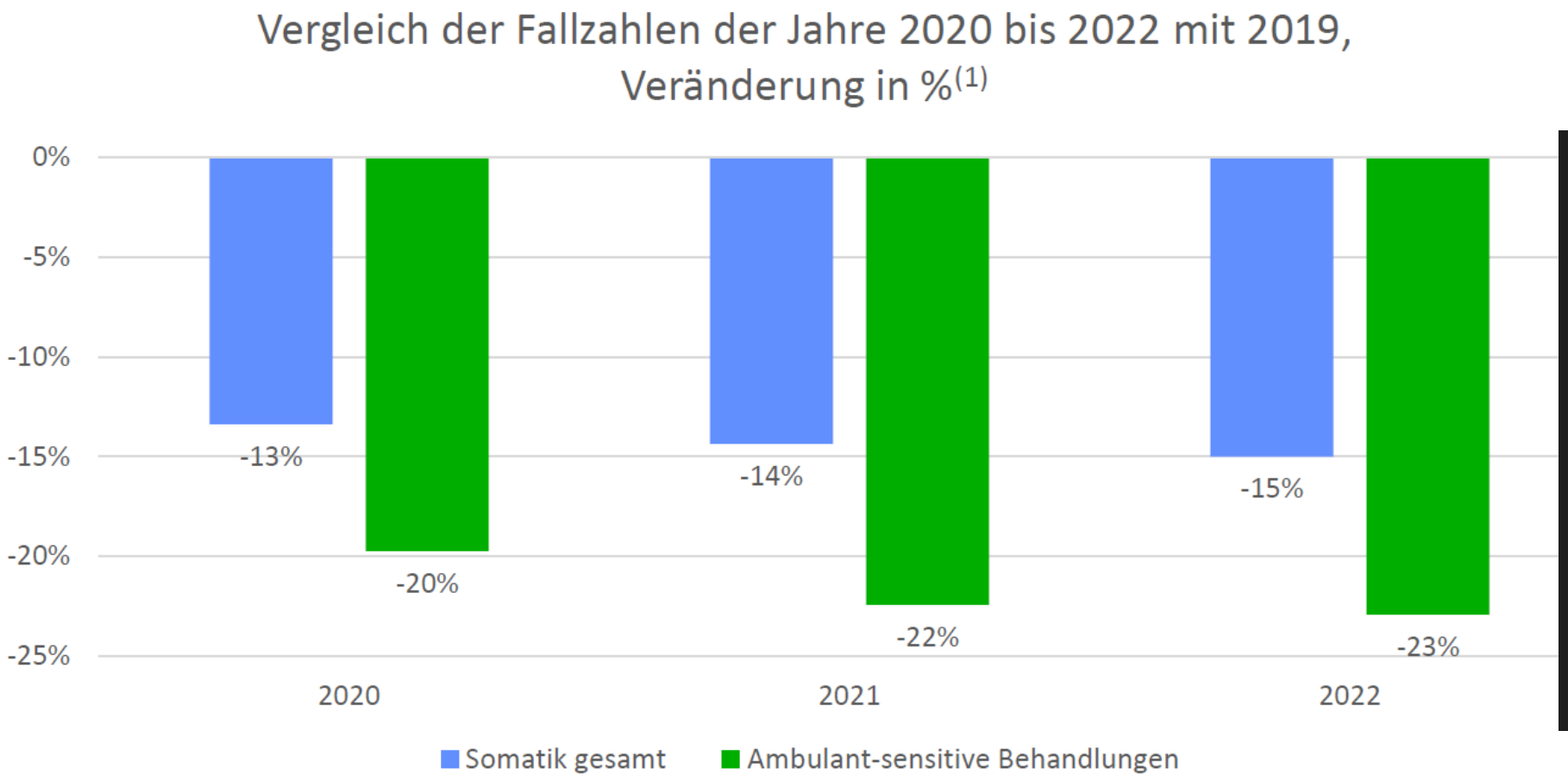
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

| | 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!*

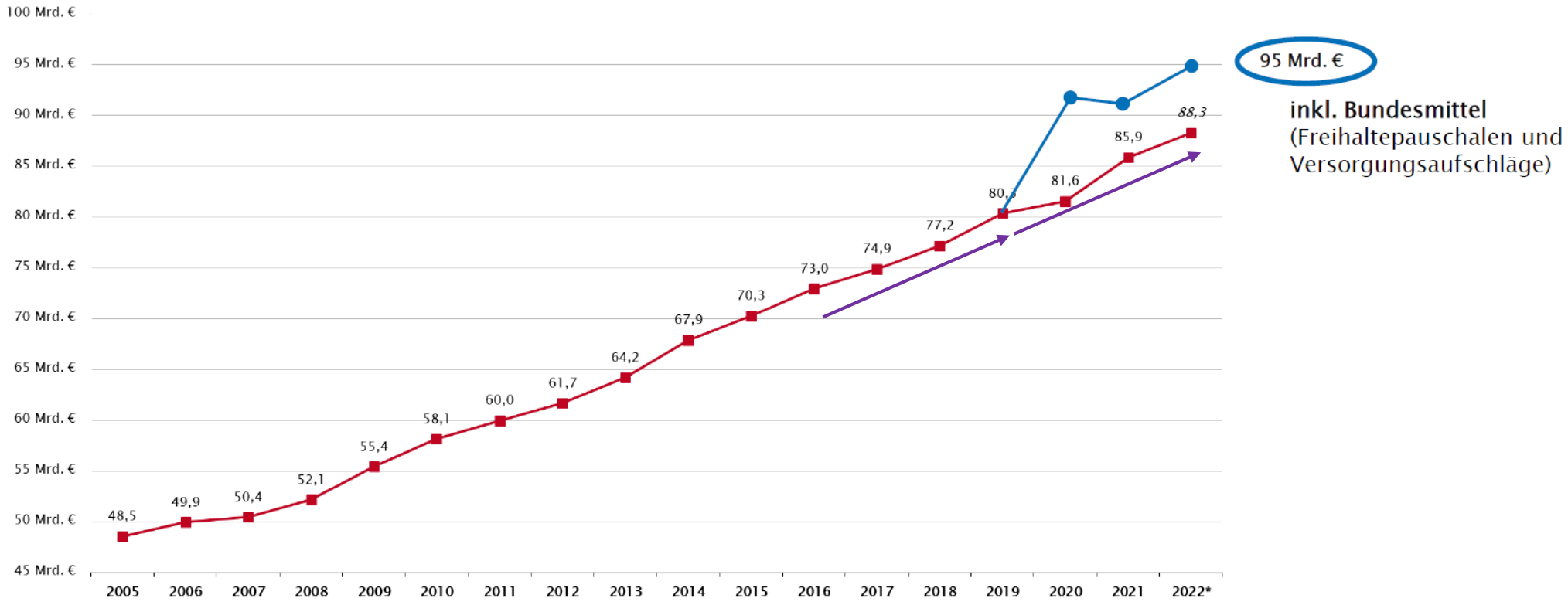
(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

# 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

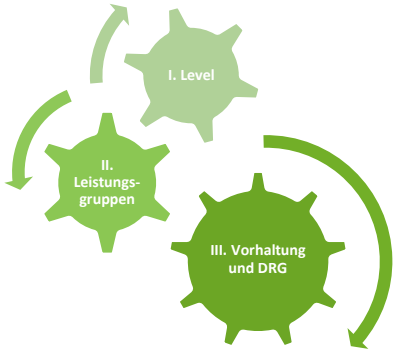
Spitzenverband

## GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich




Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

# Regierungskommission hat eine Reform mit drei Komponenten vorgeschlagen



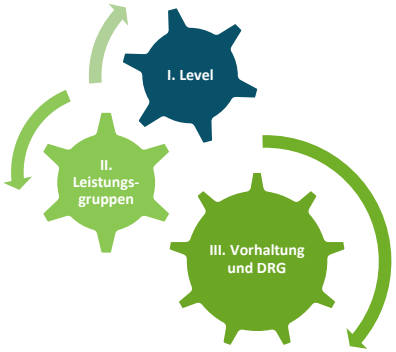
**a** Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

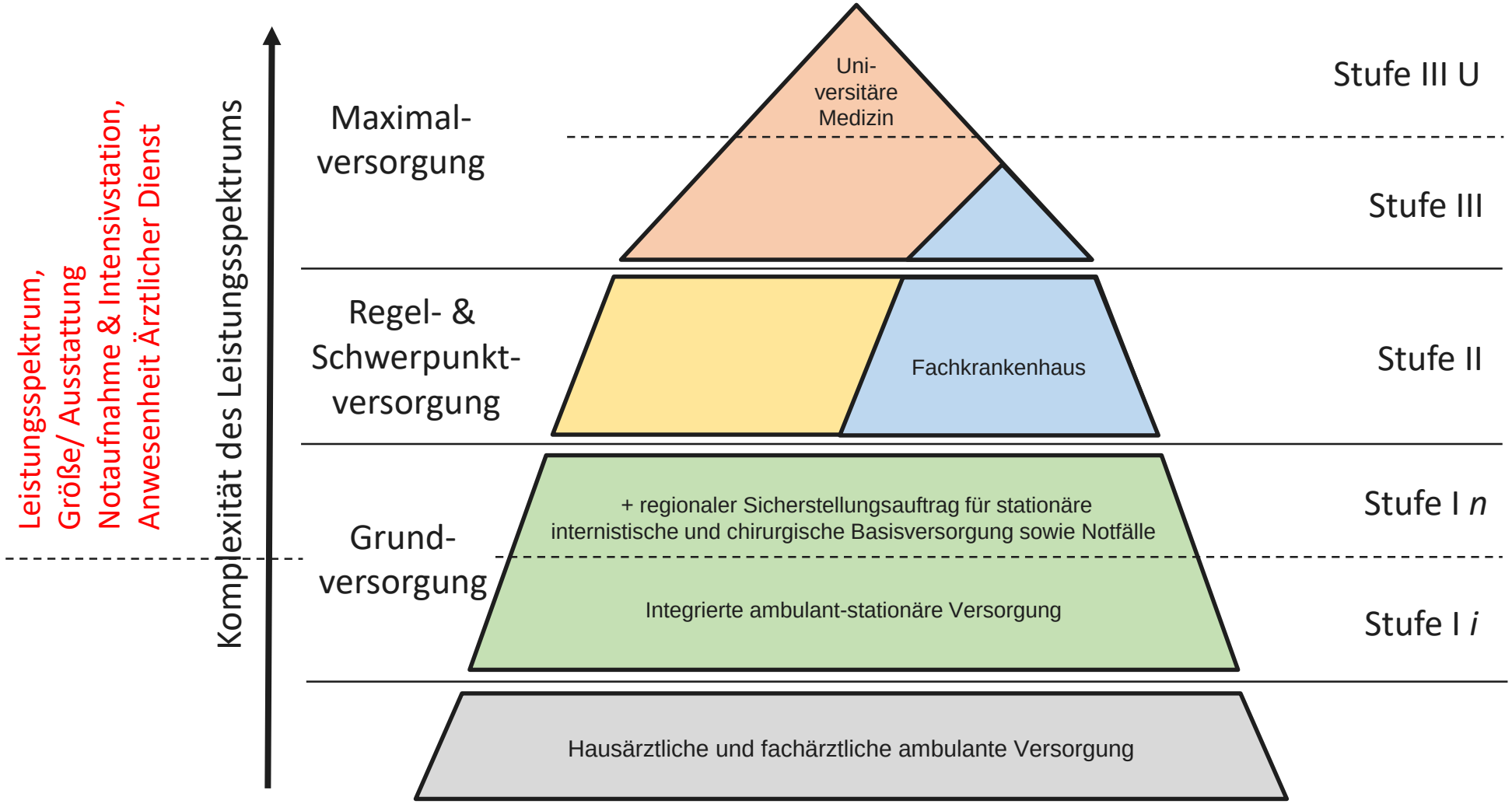
**b** System von **Leistungsgruppen** (LG), die passgenauer als DRGs und Fachabteilungen einem Level-Mindestniveau zugeordnet werden können

**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

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

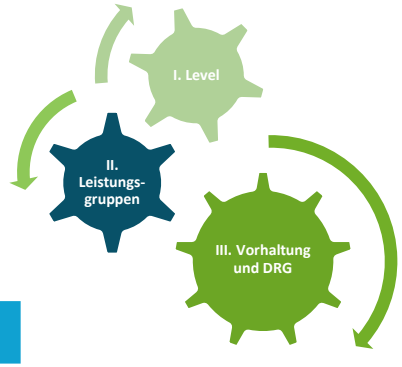
## Level I*n*

- 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)

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

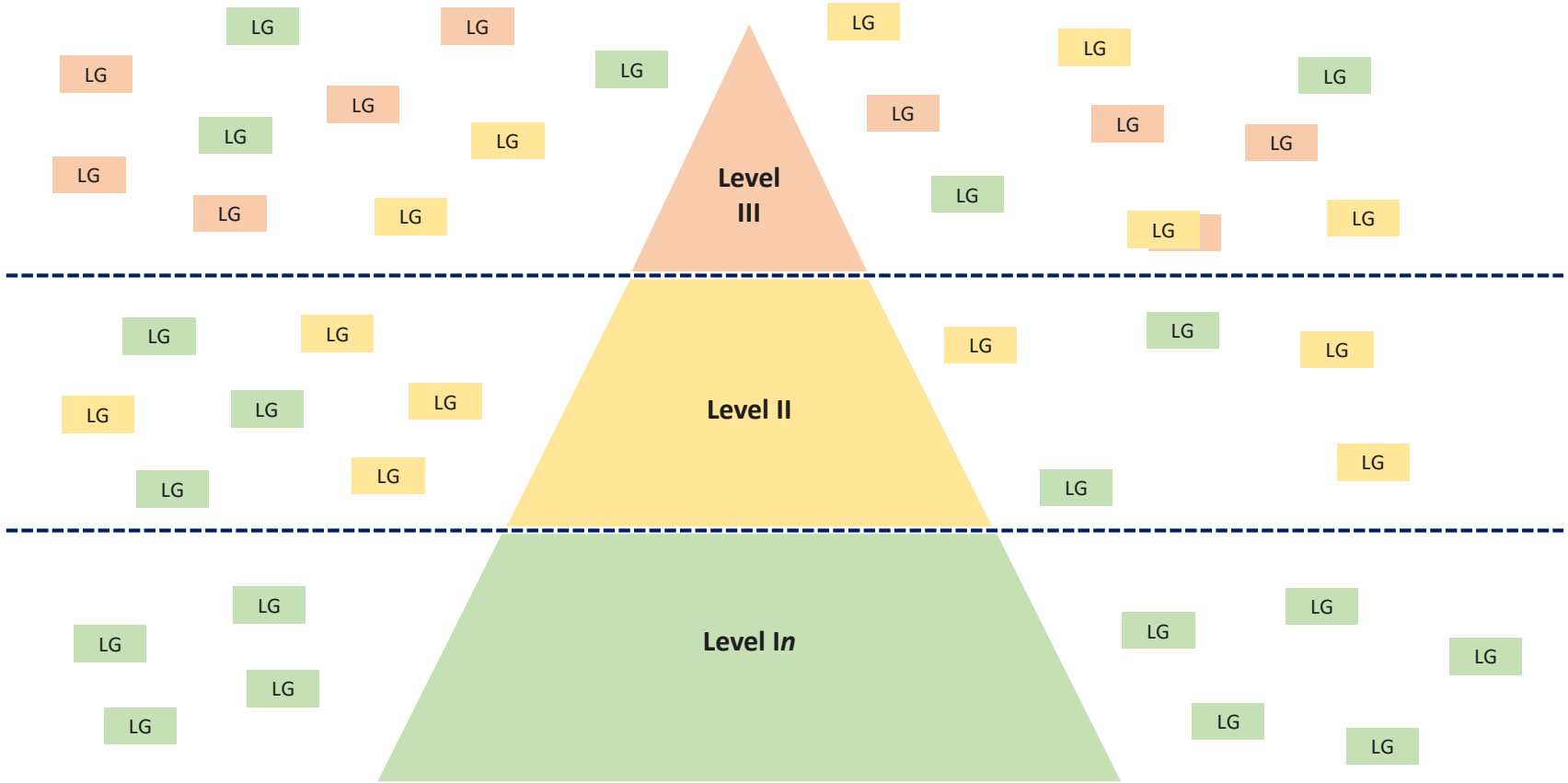



## Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie zur Illustration

| 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“

Zur Erinnerung: Im Konzept der Kommission waren Leistungsgruppen mit den Krankenhausleveln verknüpft, wodurch bestimmte Strukturvoraussetzungen (etwa Größe/ Ausstattung Notaufnahme & Intensivstation, ärztliche Arbeit Anwesenheit außerhalb von Kernarbeitszeiten) gegeben wären → sinnvoll, aber von Ländern (vorerst) abgelehnt



# 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<br>Level II<br>Level I *n* | **Krankenhaus-individuelle Pflege-budgets wie bisher** | + | 128 Leistungsgruppen<br>LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG | + | Rund 1.300 Fallpauschalen<br>rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG |
| 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“