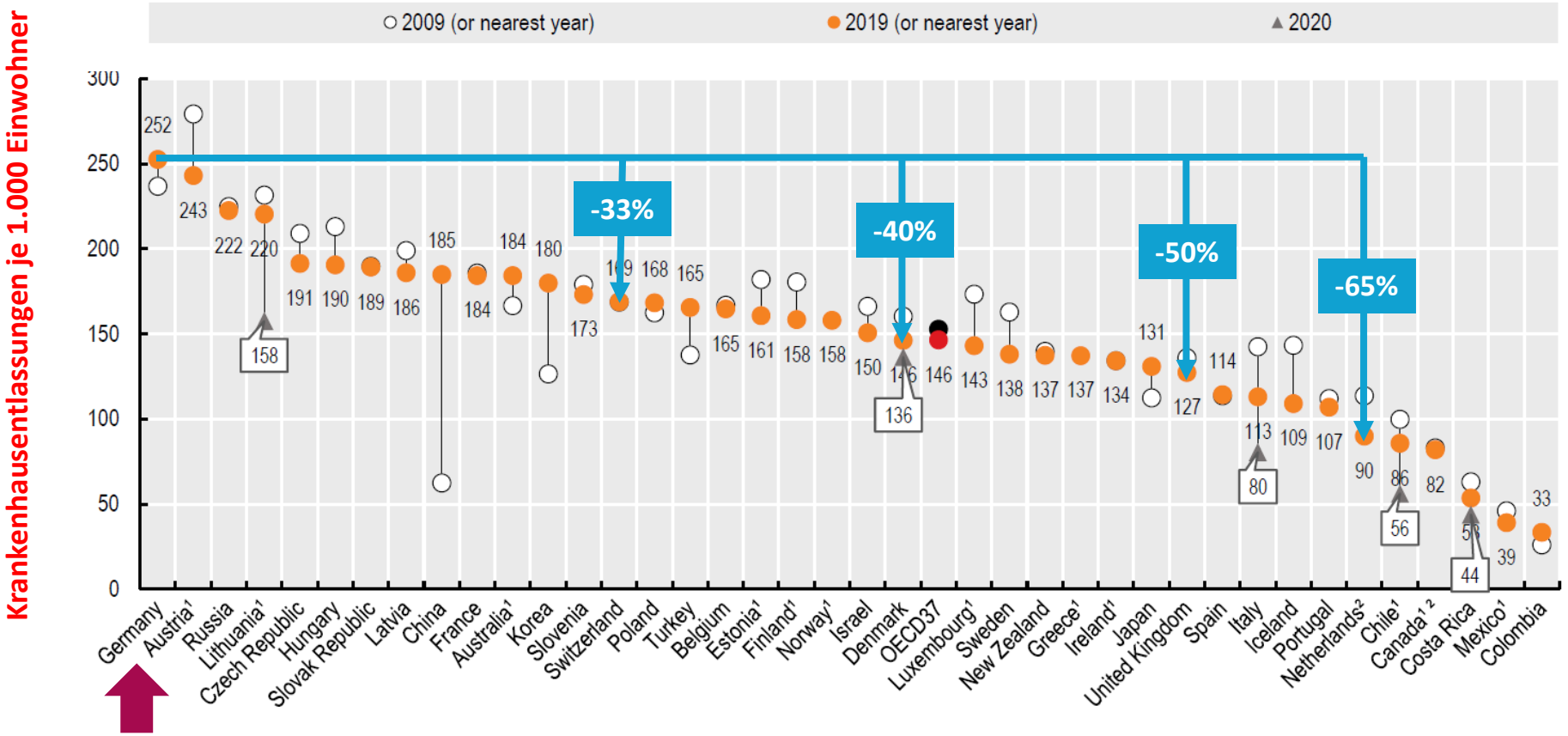
Krankenhaus-Reform: wie verändert sich die Pneumologie?

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 brauchen wir eine Krankenhaus-Reform?

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

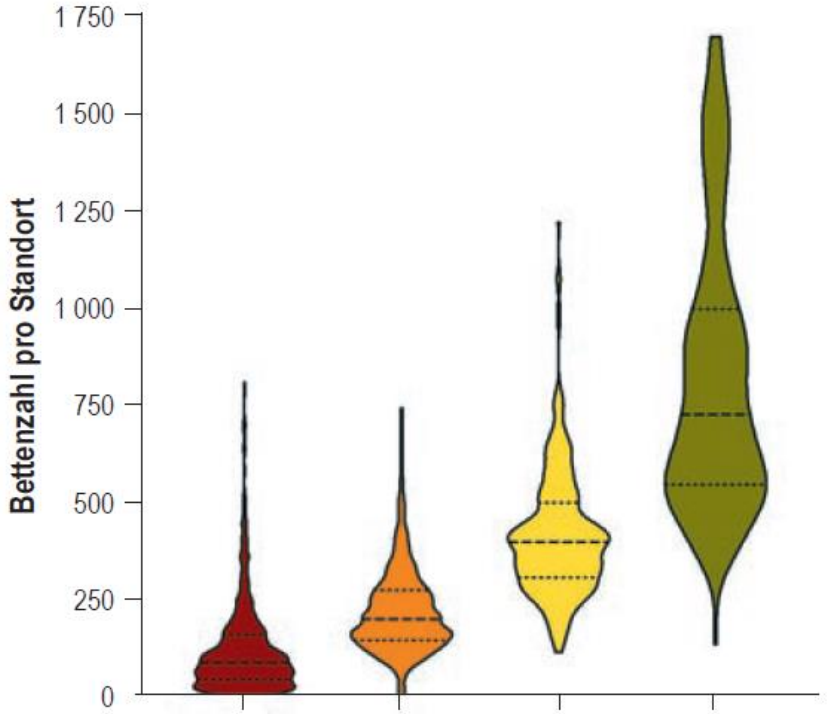


(1) Abgezogen sind Entlassungen von im Krankenhaus gesund geborenen Babys (3-10% aller Entlassungen)
(2) Eingeschlossen sind nur Entlassungen von kurativen (akuten) Leistungen
Quelle: OECD Health at a Glance 2021

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

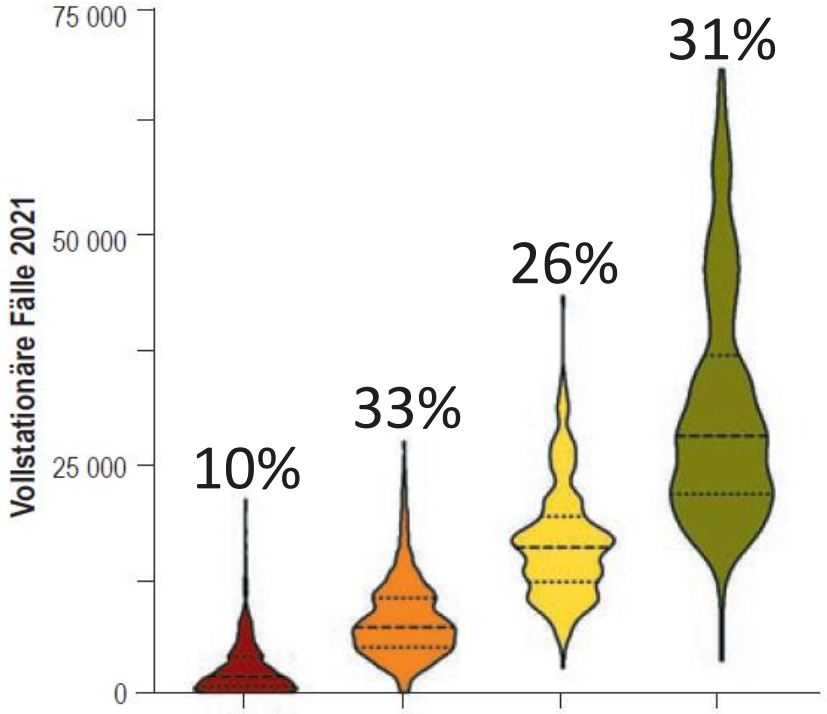
Bettenzahl pro Standort laut Qualitätsbericht



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

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

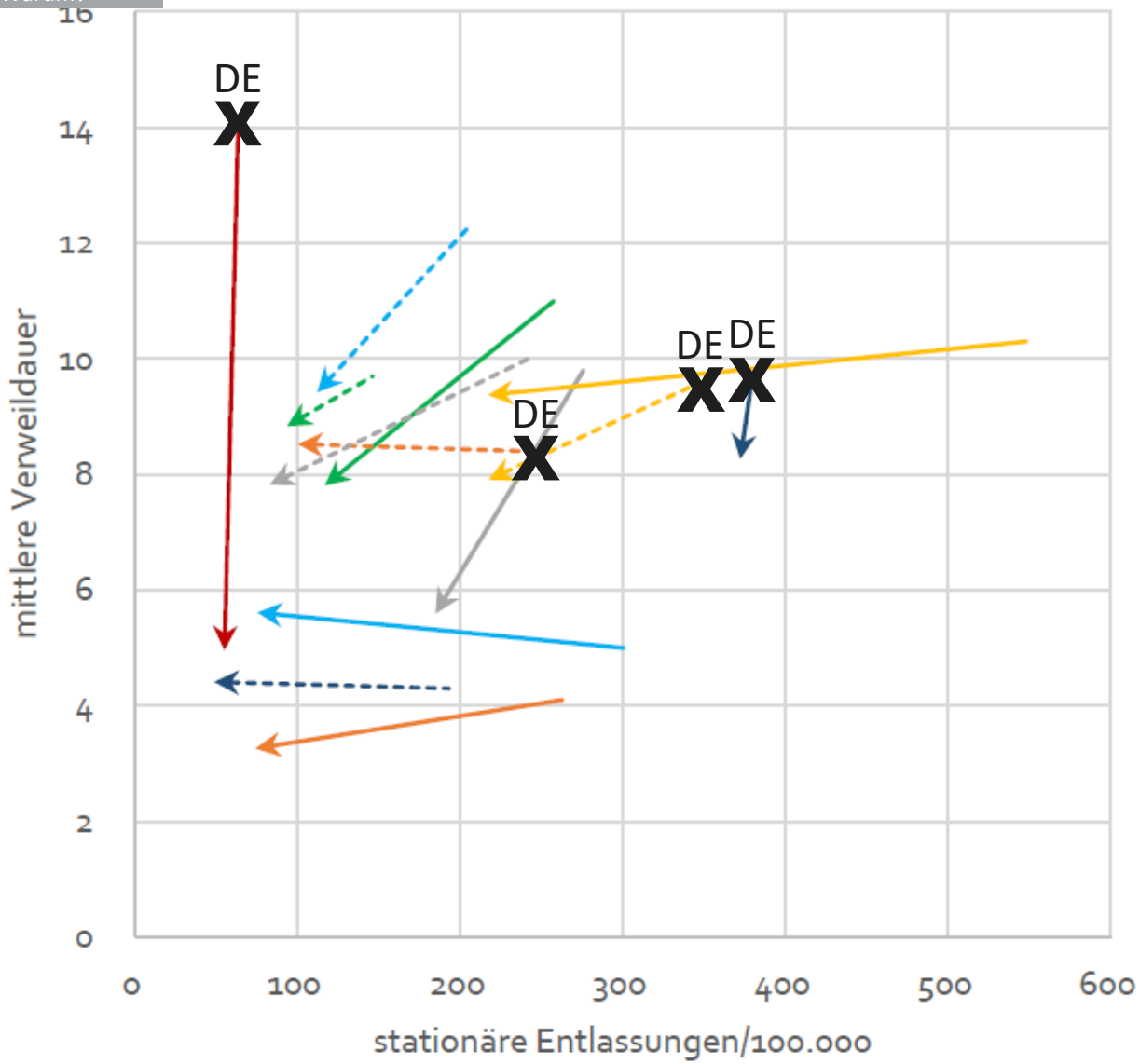
Unnötige Krankenhausnutzung (unangemessene Fälle, zu viele Fälle, zu lange Verweildauer)

Fachärzte außerhalb von Kernarbeitszeiten haben 30 min. Zeit

Unnötig schlechte Qualität

Nutzen unnötigerweise (Pflege-) Personal (in DE dritthöchste Zahl pro 1000 in EU nach FIN und IE)

Gefährdung durch Krankenhauskeime, unnötige Kosten, Ineffizienz

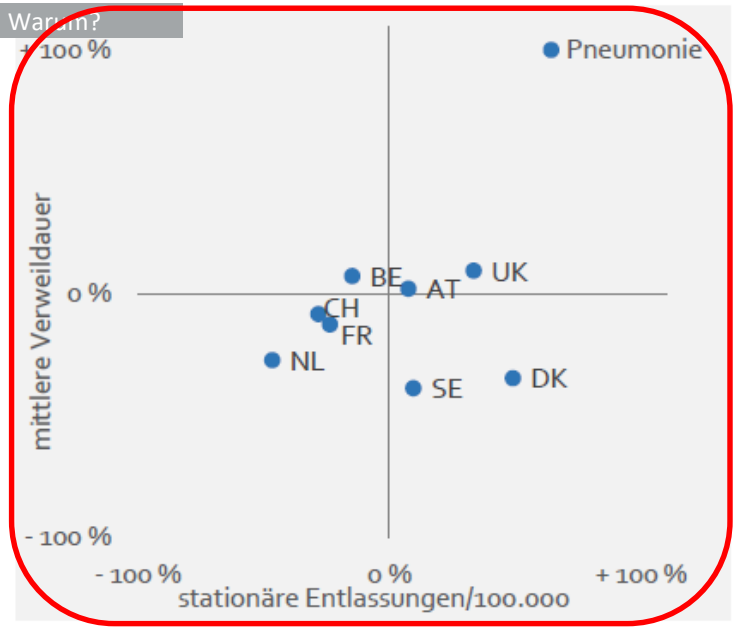


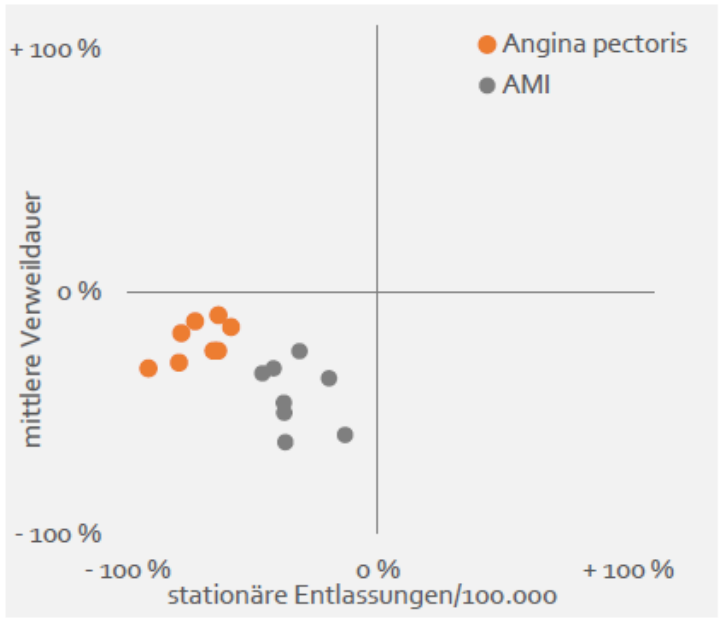
Hypertonie
Angina pectoris
AMI
Herzinsuffizienz
Pneumonie
Diabetes mellitus
Asthma — **VD**
Colon-/Rektum-/Anal-Ca
Lungen-/Tracheal-/Bronchial-Ca — **Fallzahl**
Atherosklerose
Bronchitis/COPD — **Fallzahl & VD**
Gastritis, Duodenitis u.a. Erkrank. des Magens/ Duodenums
Niereninsuffizienz

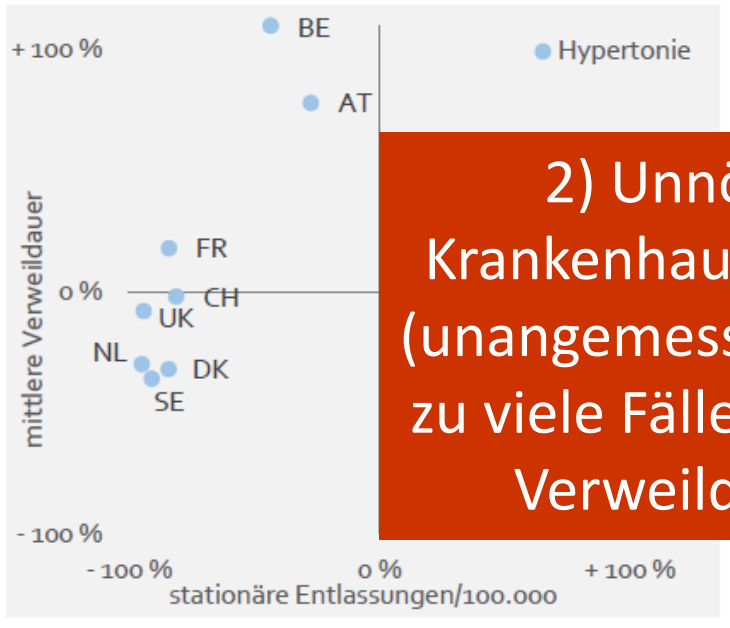
2) Unnötige Krankenhausnutzung (unangemessene Fälle, zu viele Fälle, zu lange Verweildauer)

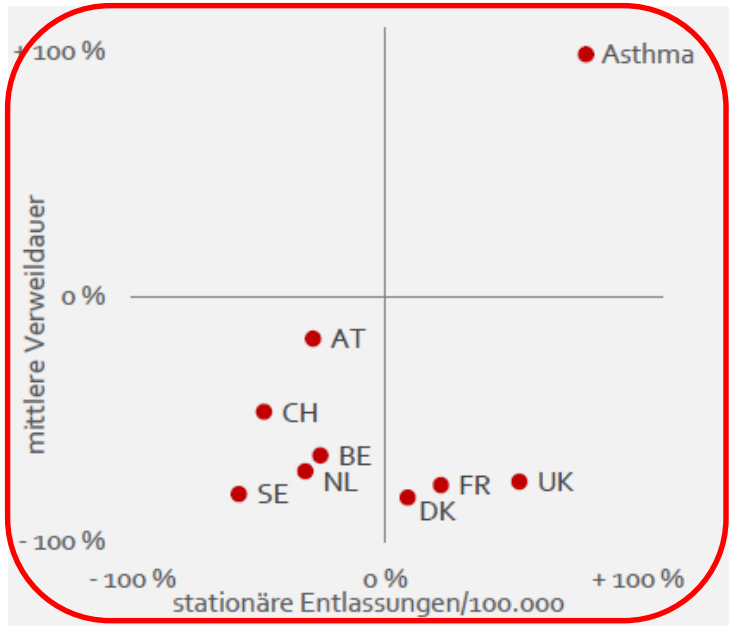
Abb. 5-2 *Unterschiede in mittlerer Verweildauer und den Entlassungen pro 100.000 Einwohner für 13 internistische Krankheitsbilder zwischen Deutschland (Ausgangspunkt) und dem Vergleichsländerdurchschnitt (Pfeilende), 2018 bzw. 2016 (DK, UK) (Eurostat: [hlth_co_inpst], [hlth_co_disch2])*
Hinweis: inkl. Tagesfälle, ohne interne Verlegungen (Details s. Text)

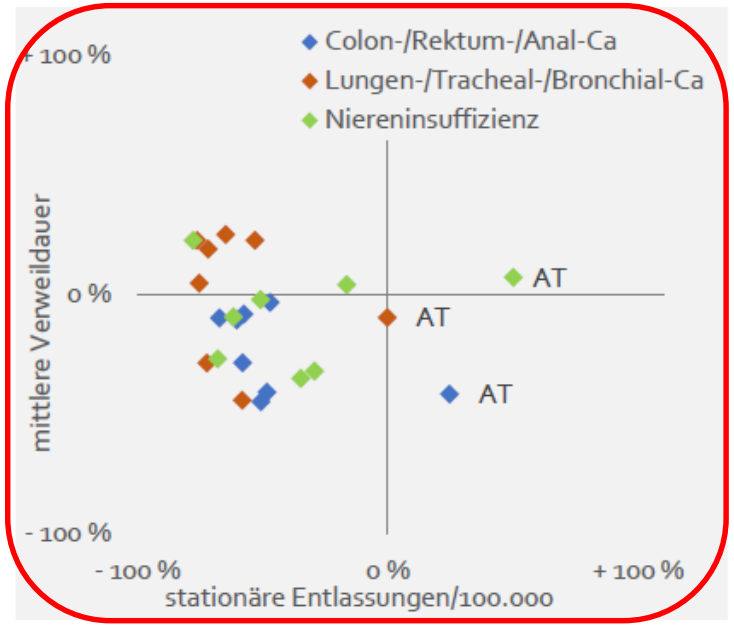
Datenquelle: unser noch unveröffentlichtes Gutachten für die DGIM, 2022

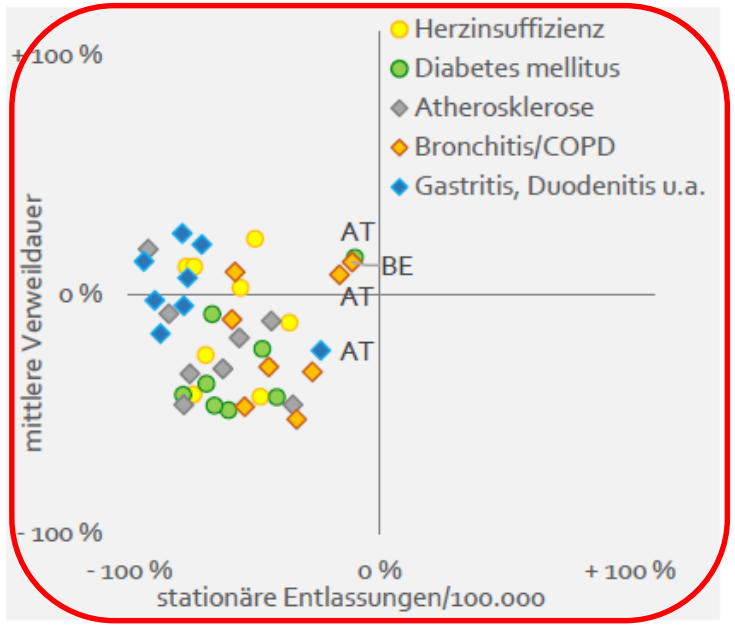












2) Unnötige Krankenhausnutzung (unangemessene Fälle, zu viele Fälle, zu lange Verweildauer)

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

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

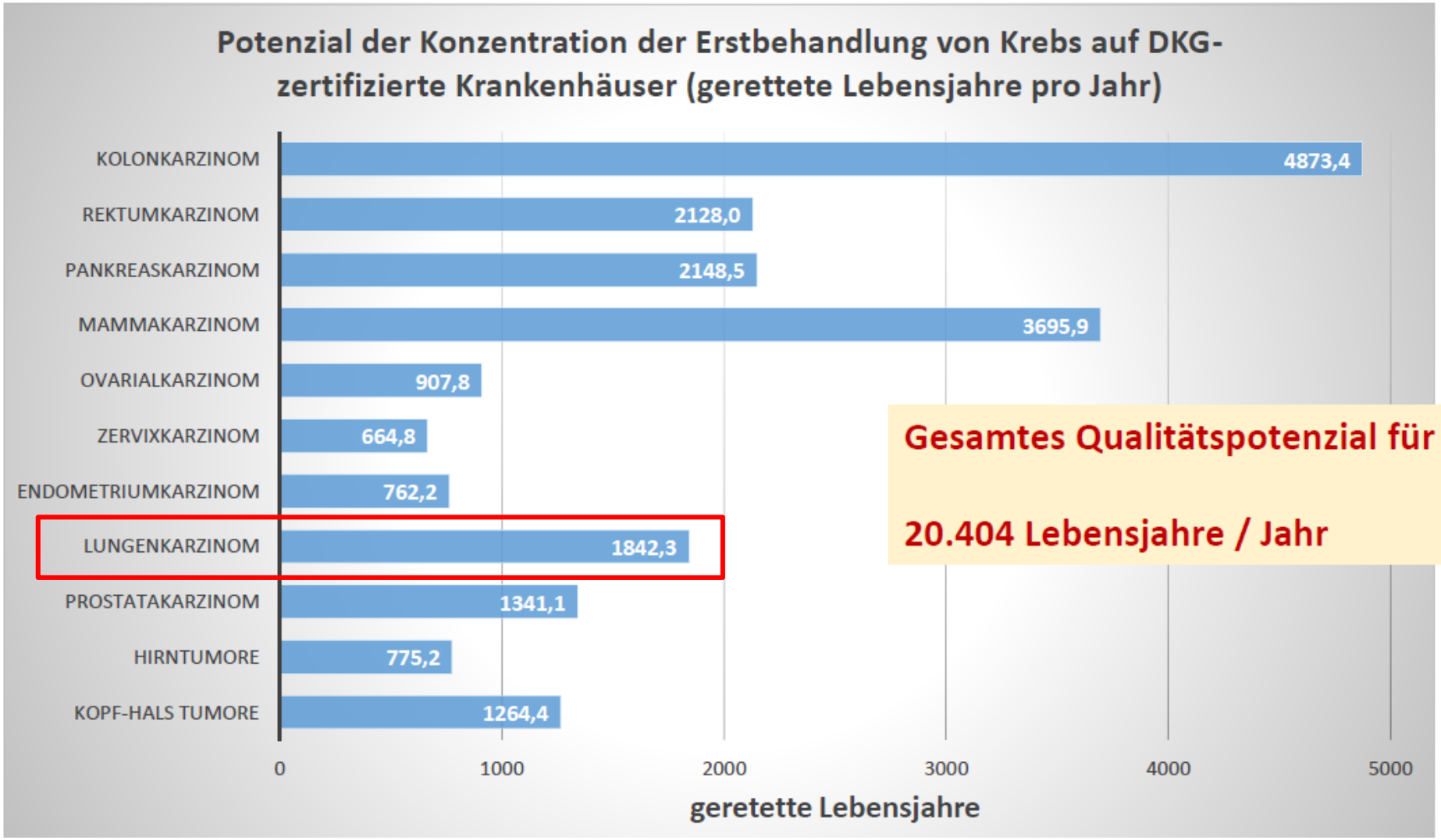
Fast **50% aller Krebspatienten** werden **außerhalb von Krebszentren** erstbehandelt; beim Pankreaskarzinom sogar 65% (und beim Lungenkrebs 61%)

Lungenkrebs ist nur ein Beispiel dafür: 1300 Standorte „versorgen“ solche Fälle, 79 sind zertifiziert

(hier geht es nur um die „Primärfälle“)

Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamt-überleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland	Anzahl an der Versorgung beteiligter Klinikstandorte insgesamt	Anteil Erstbehandlungen in zertifizierten Zentren 2021#&
	GKV-Daten, WiZen	RKI-Daten (GKV-Daten bei Hirntm)	DKG-Daten	GKV-Daten	DKG-Daten
Kolonkarzinom	8 %	39.939	**295**	**1.280**	**42 %**
Rektumkarzinom	10 %	17.895	**295**	**1.229**	**50 %**
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	**125**	**1.223**	**35 %**
Mammakarzinom	23 %	78.135	**263**	**1.238**	**84 %**
Zervixkarzinom	16 %	4.575	**168**	**804**	**62 %**
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	**168**	**924**	**47 %**
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	**168**	**1.084**	**61 %**
Lungenkarzinom	3 %	59.151	**79**	**1.306**	**39 %**
Prostatakarzinom	17 %	27.619	**131**	**1.188**	**81%**
Hirntumore	8 %	14.721	**49**	**1.145**	**73 %**
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	**65**	**1.027**	**54 %**

Eine Konzentration auf zertifizierte Standorte würde Leben retten



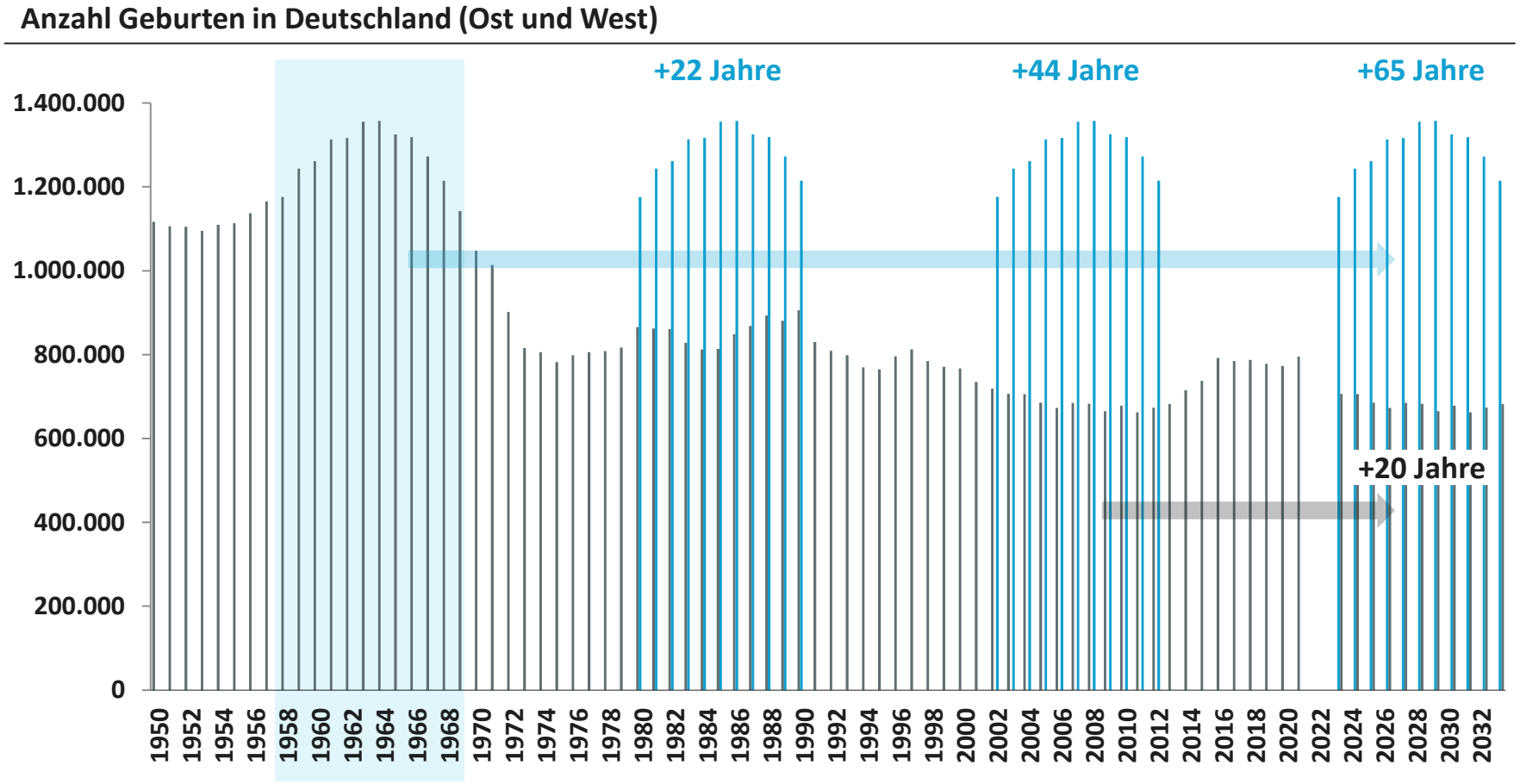
Gesamtes Qualitätspotenzial für alle Krebsarten:

20.404 Lebensjahre / Jahr

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
→ 500.000 weniger Arbeitskräfte/ Jahr (und das Gesundheitswesen beschäftigt 1/7 davon)

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

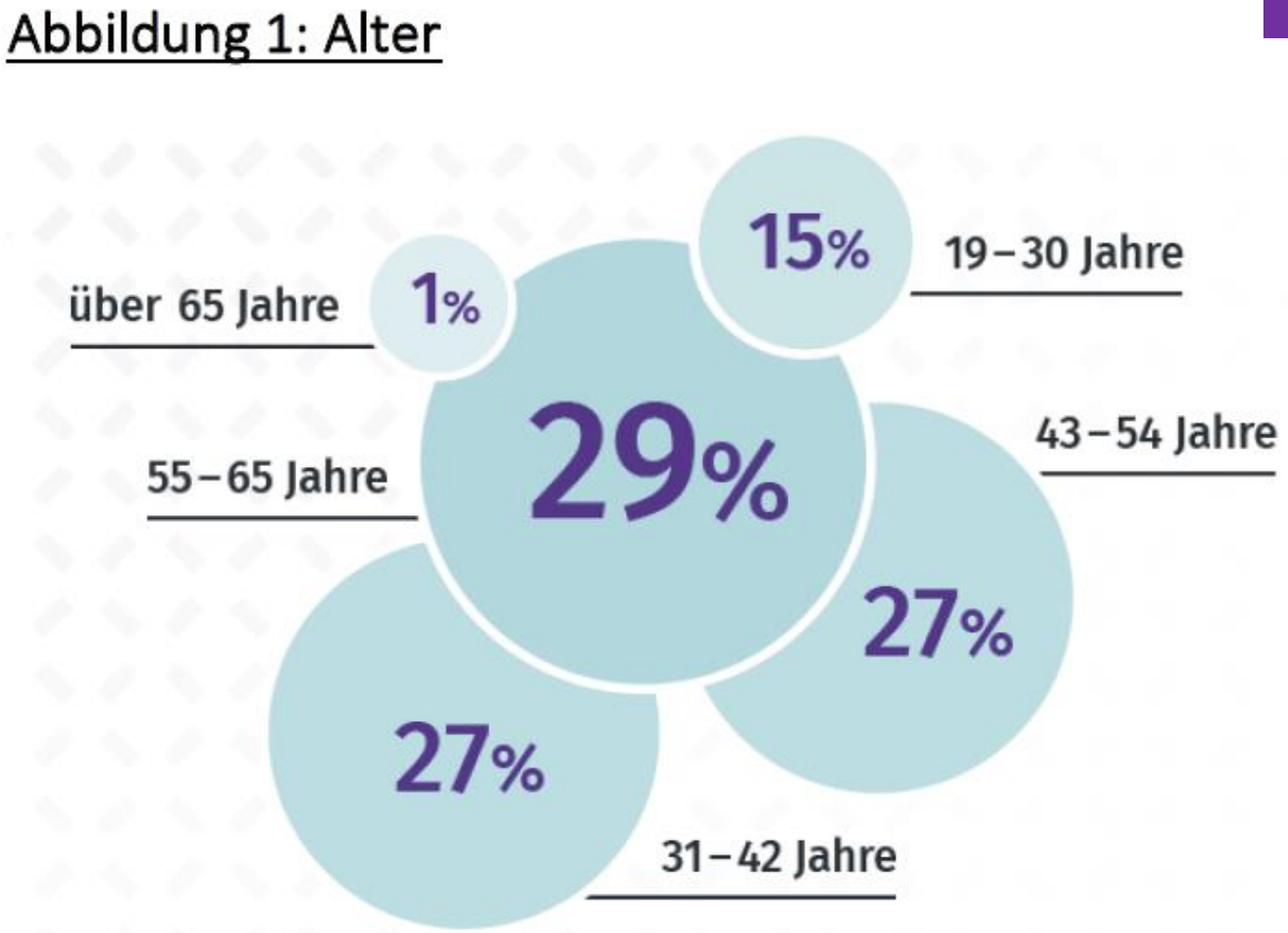


Quelle: Destatis

Verschärfung des (Pflege-)Personalengpasses zeichnet sich bereits ab

Hier: Altersstruktur der Pflegekräfte in NRW

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 … *(anders als Dänemark)*

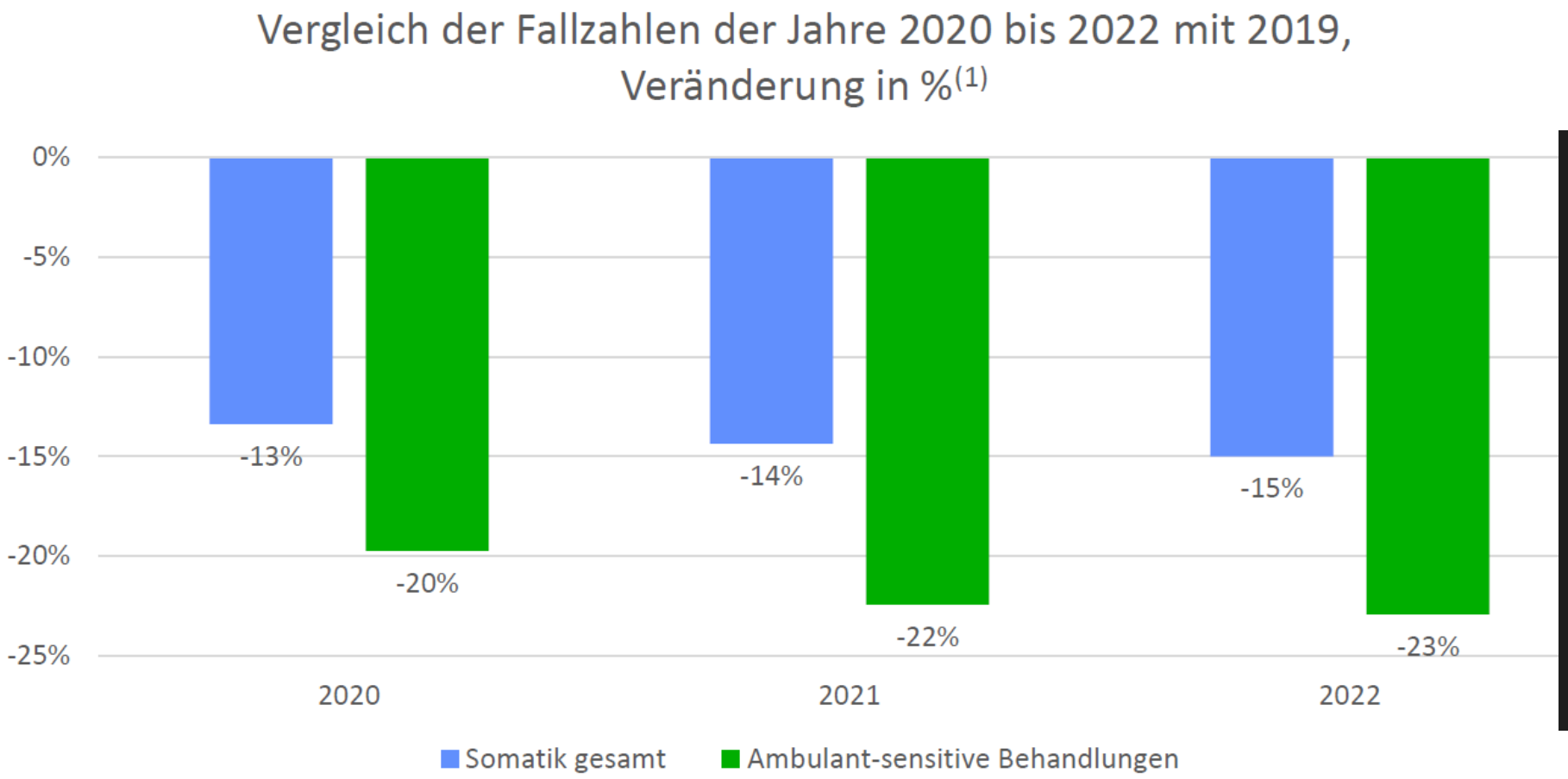
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

	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!

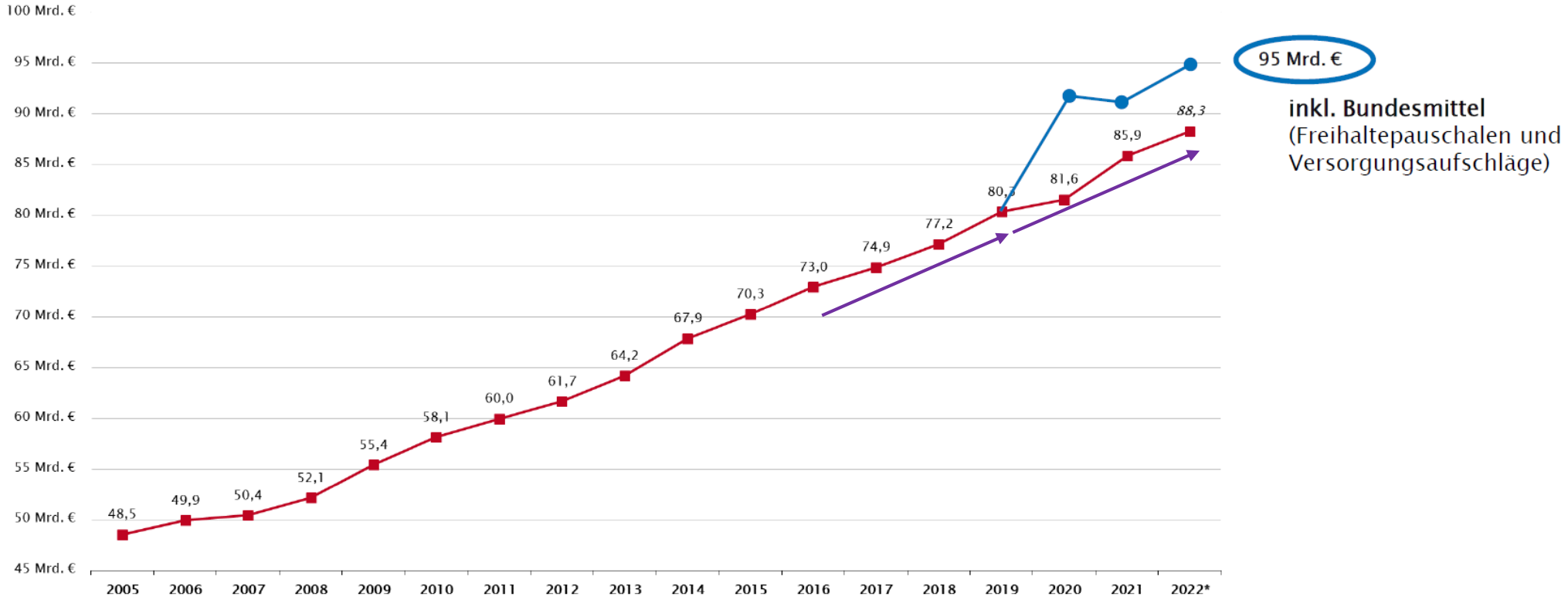
(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

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

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich

Spitzenverband

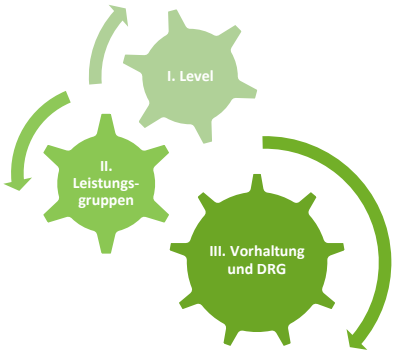


95 Mrd. €

inkl. Bundesmittel
(Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschläge)

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

Regierungskommission hat eine Reform mit drei Komponenten vorgeschlagen



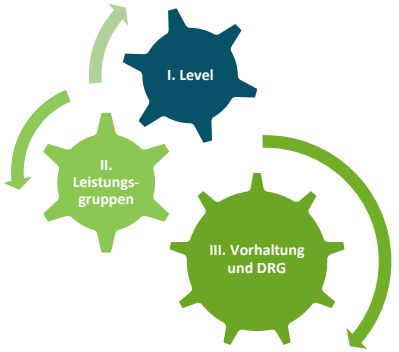
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

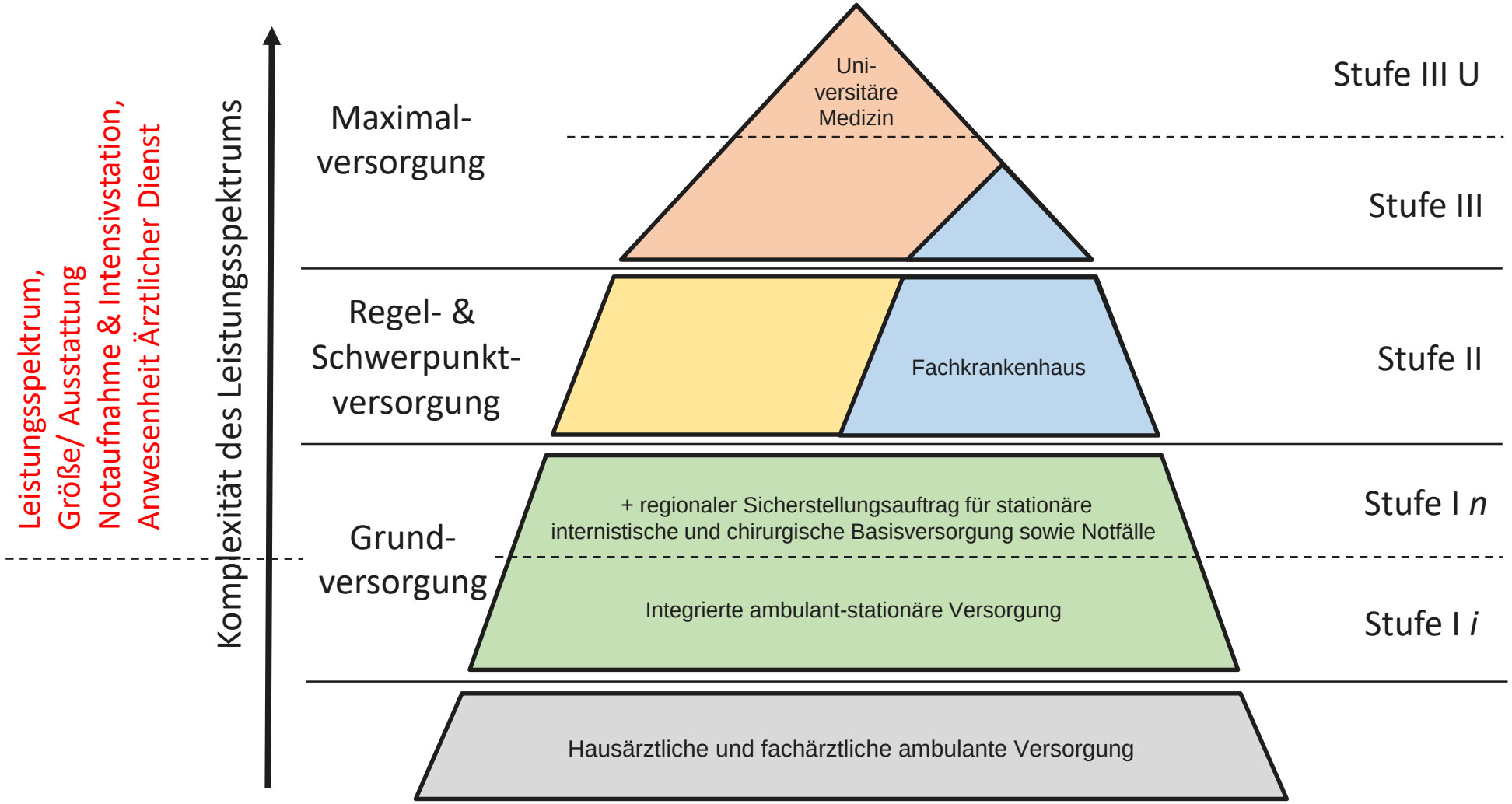
b System von **Leistungsgruppen** (LG), die pass-genauer als DRGs und Fachabteilungen einem Level-Mindestniveau zugeordnet werden können

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

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

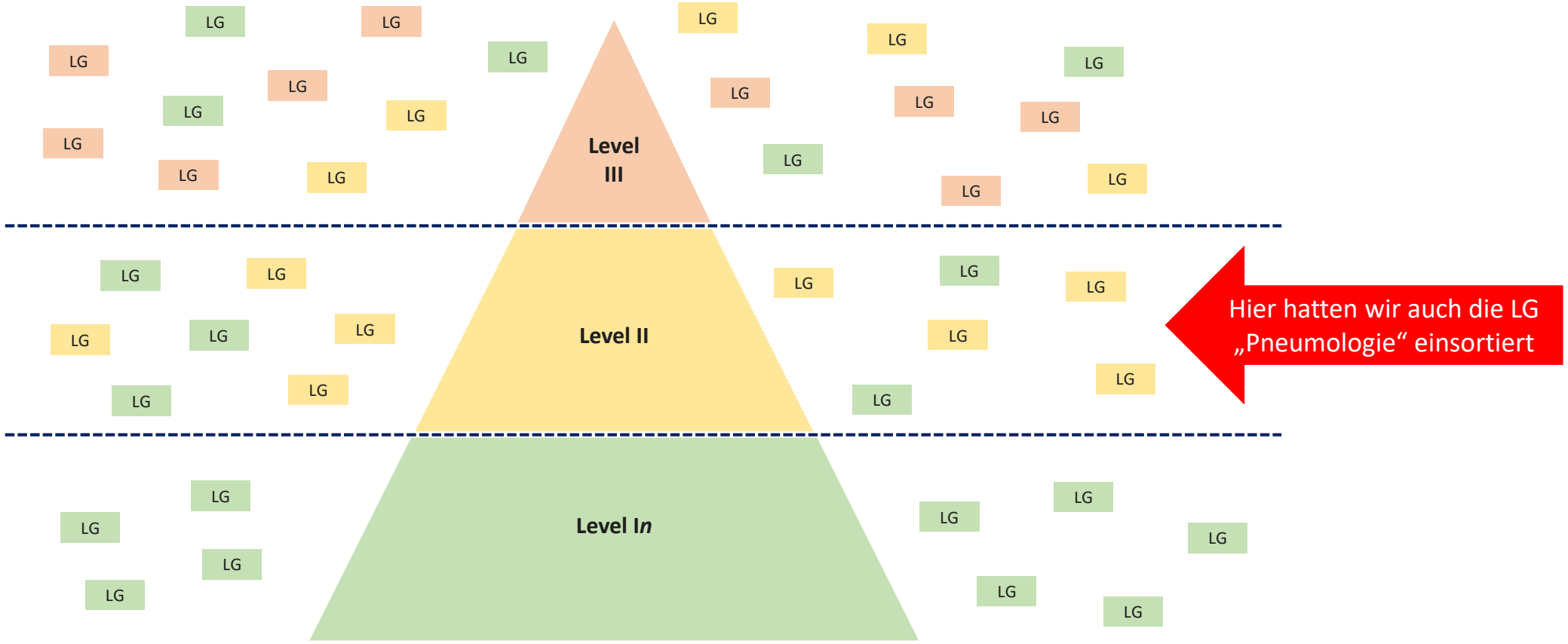
Das erbringbare Leistungsspektrum wird über Leistungsgruppen definiert – wobei Mindestanforderungen auch durch Level definiert sind

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 Level II Level I *n*	**Krankenhaus-individuelle Pflege-budgets wie bisher**	128 Leistungsgruppen	Rund 1.300 Fallpauschalen
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“

Was wird sich nun für die Pneumologie konkret ändern?

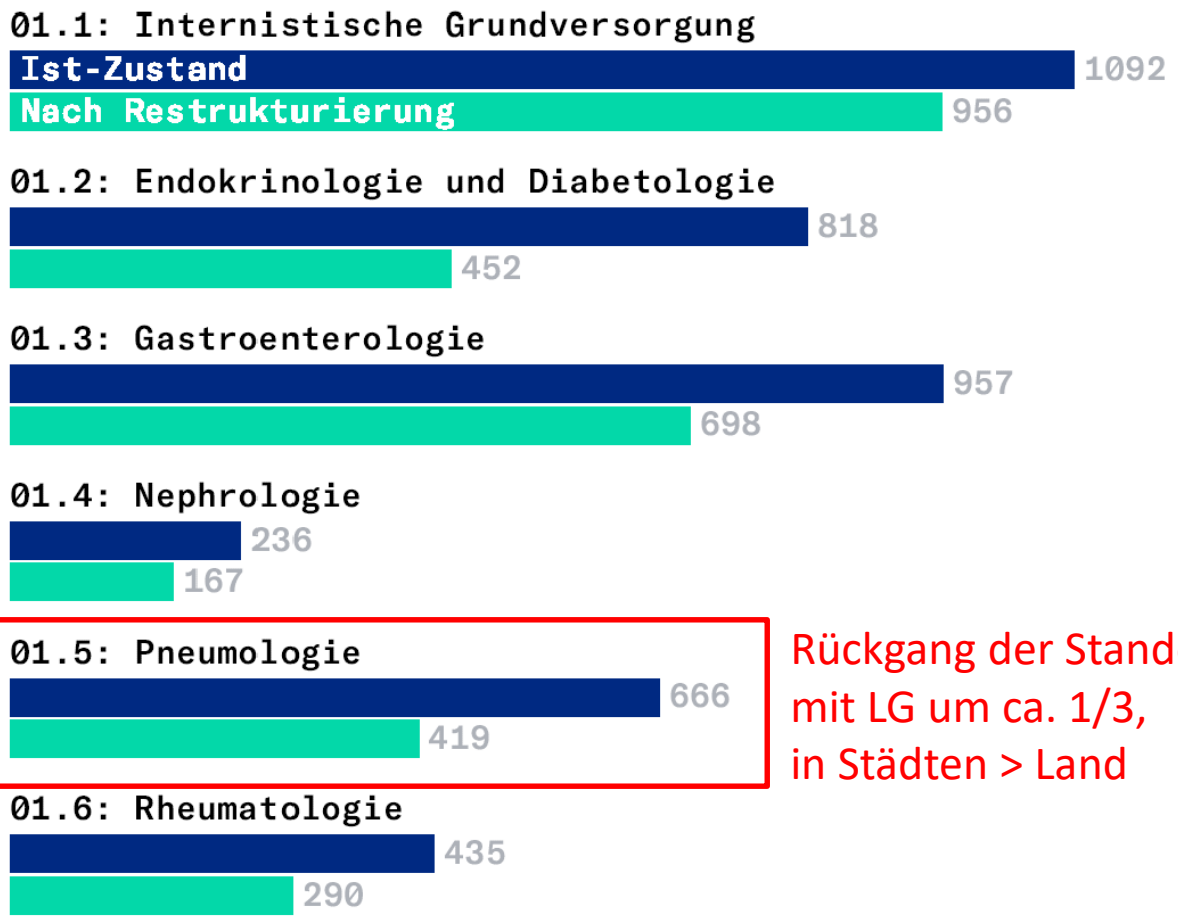
Das ist derzeit noch nicht ganz klar, hängt insbesondere von Definition der Leistungsgruppen-Voraussetzungen ab;

in NRW ist LG „Komplexe Pneumologie“ an die Weiterbildungsordnung gekoppelt („alles was ein Pneumologe lernen muss, gehört zur Pneumologie“; im Ggs. etwa zur „interventionellen Kardiologie“)

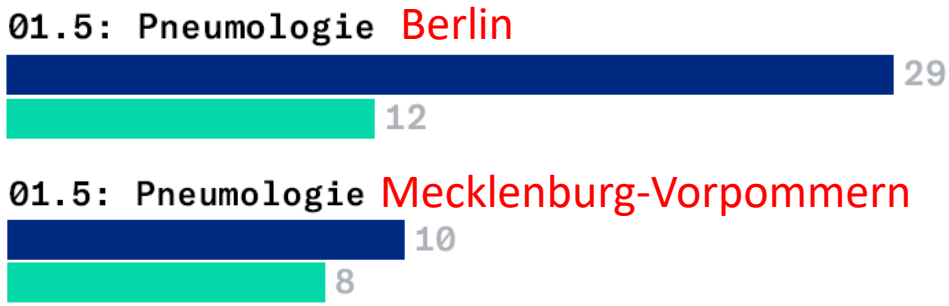
LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
5.1	Komplexe Pneumologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LB Hämatologie und Onkologie LG Palliativmedizin Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie	Röntgen, CT, Bronchoskopie 24/7, Spirometrie, Bodyplethysmo-graphie	FA Innere Medizin und Pneumologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen. Unter dieser Voraussetzung können sich auch andere FA aus dem Gebiet Innere Medizin an der Rufbereitschaft beteiligen.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	Interdisziplinäre Fallkonferenzen/ Tumorkonferenzen Psychoonkologische Expertise (mind. in Kooperation)

Was wird sich nun für die Pneumologie konkret ändern?

Hier die Ergebnisse einer Modellierung (beruht auf NRW-LG, Leistungszahlen von 2021, *keine* Berücksichtigung von zurückgehenden Leistungszahlen durch Ambulantisierung)



Rückgang der Standorte mit LG um ca. 1/3, in Städten > Land



Was wird sich nun für die Pneumologie konkret ändern?

Hier die Ergebnisse einer Modellierung (beruht auf NRW-LG, Leistungszahlen von 2021, *keine* Berücksichtigung von zurückgehenden Leistungszahlen durch Ambulantisierung)

Verschiebung von
ca. 1 / 7 des Case Mix

Die Erreichbarkeit der verbleibenden Standorte wäre praktisch unverändert zu heute!

Take-home message

- Die Gesundheitsversorgung, insbesondere die stationäre Versorgung, auch in der Pneumologie, stehen vor Herausforderungen, die nicht unterschätzt werden sollten!
- Vermutlich wird die Krankenhaus-Reform diese (leider) nicht so an der Wurzel packen wie die Regierungskommission vorgeschlagen hatte.
- Die ungeplanten Veränderungen werden in ihrer Tragweite die geplanten vermutlich überholen – es ist wichtig, sich vorzubereiten und eine echte Reform zu fordern!