BIERSDORFER
KRANKENHAUS MANAGEMENT
GESPRÄCHE

MiG Technische Universität Berlin

Krankenhausreform auf dem Prüfstand

Aus Sicht der Regierungskommission des Bundes

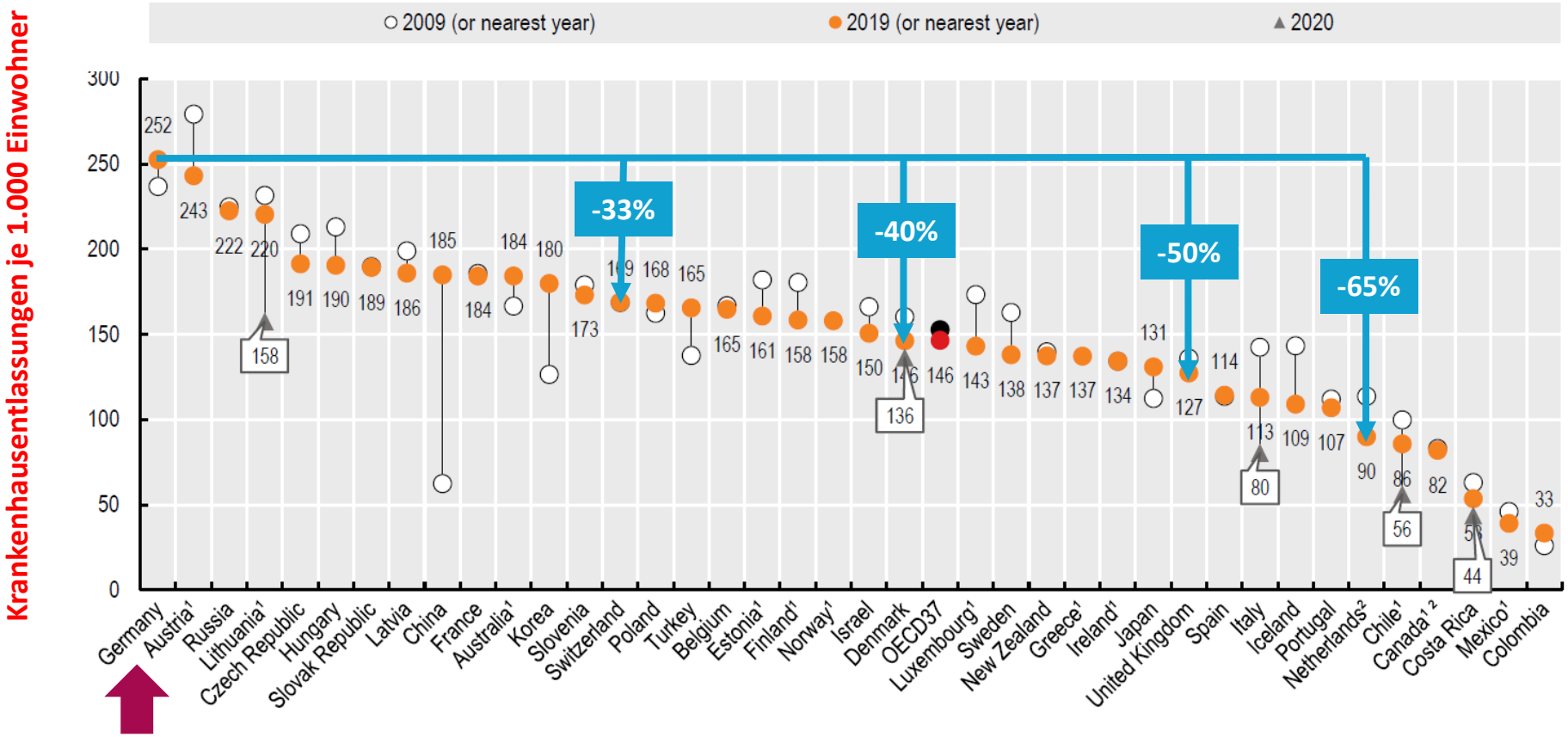
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

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

European Observatory on Health Systems and Policies

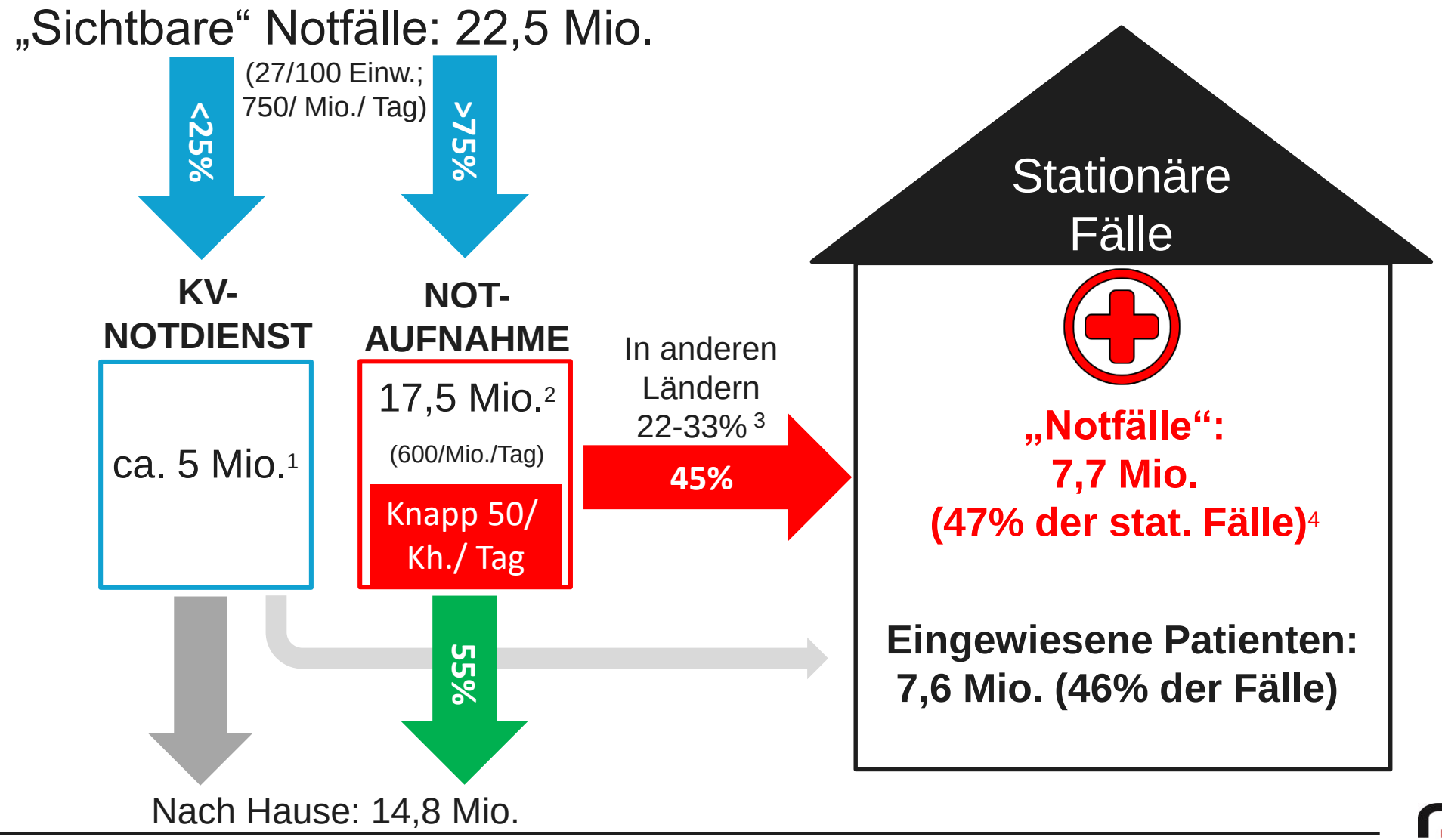
Warum?

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

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



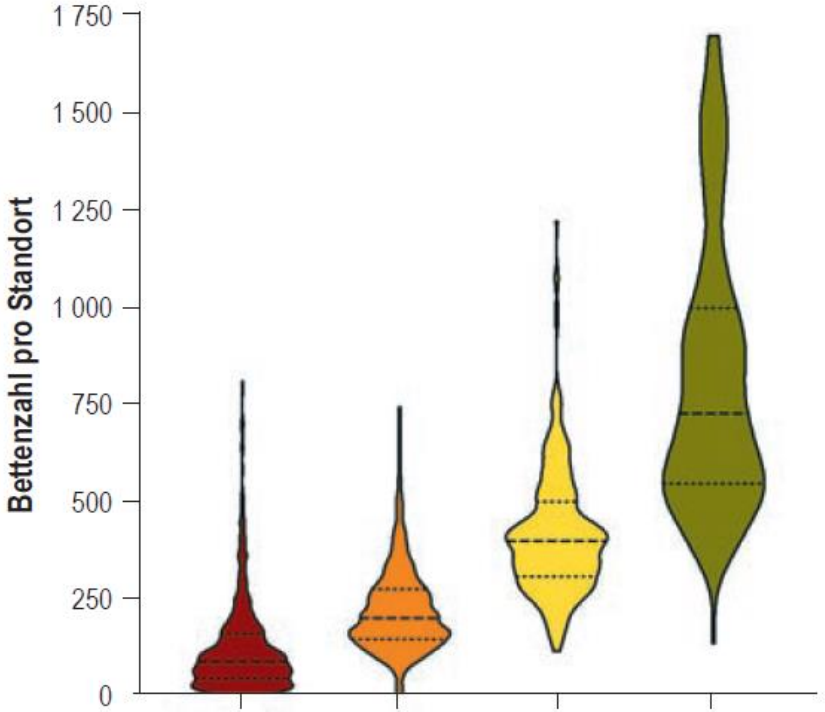
Datenquellen: 1 Zi (2023): Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland; 2 Statistisches Bundesamt 2022; 3 Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) 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!)*

GRAFIK 1

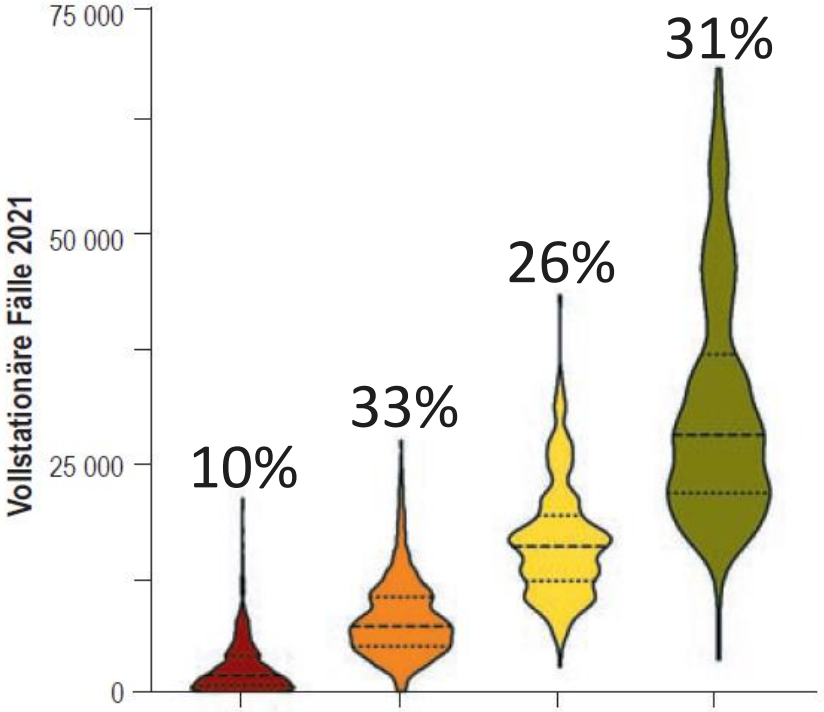
Bettenzahl pro Standort laut Qualitätsbericht



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)

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 (R-P: 16 bzw. 7)

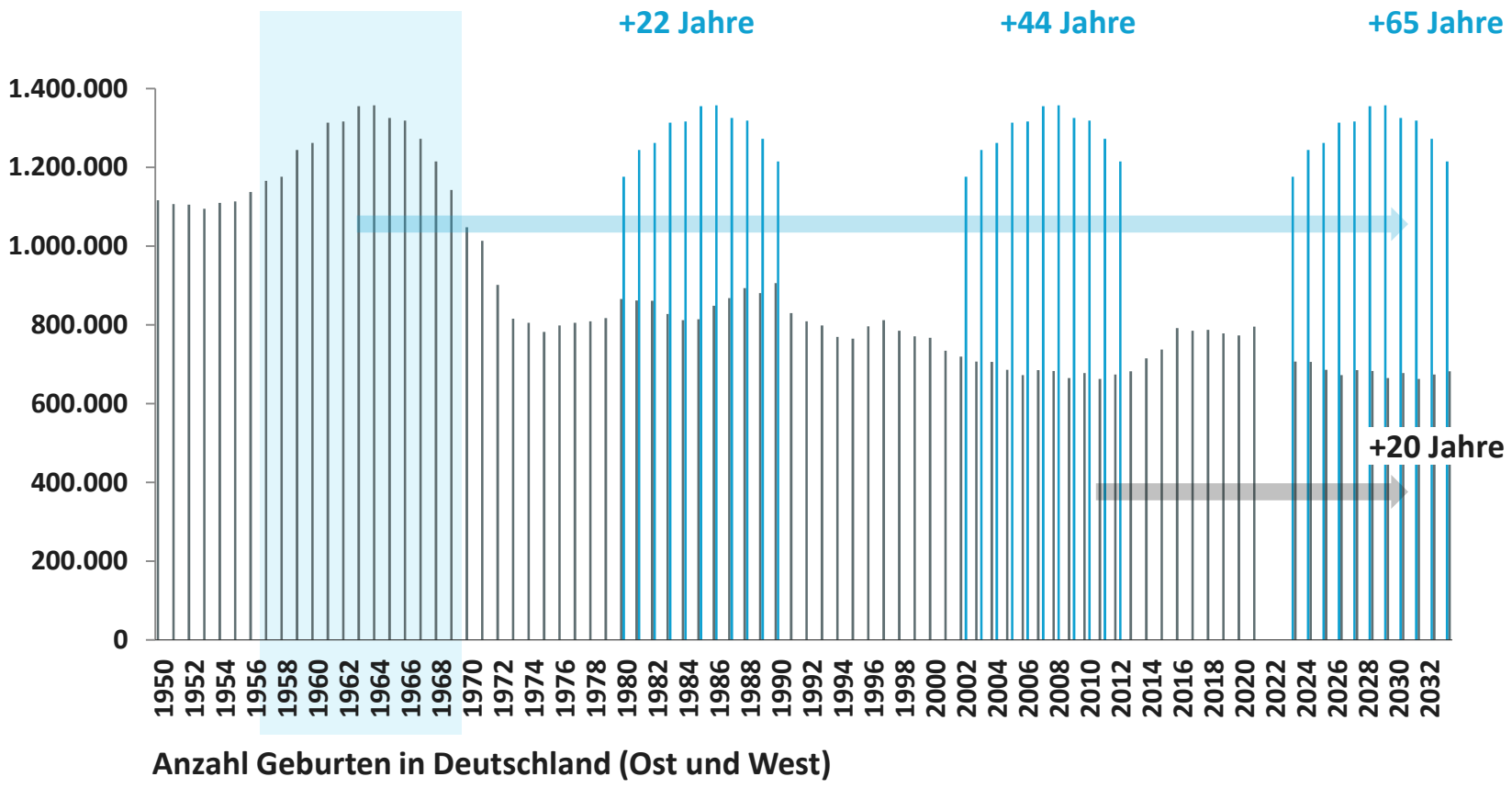
Fast **50% aller Krebspatienten** werden **außerhalb von Krebszentren** erstbehandelt; beim Pankreaskarzinom sogar 65% (und beim Lungenkrebs 61%)

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!



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)*

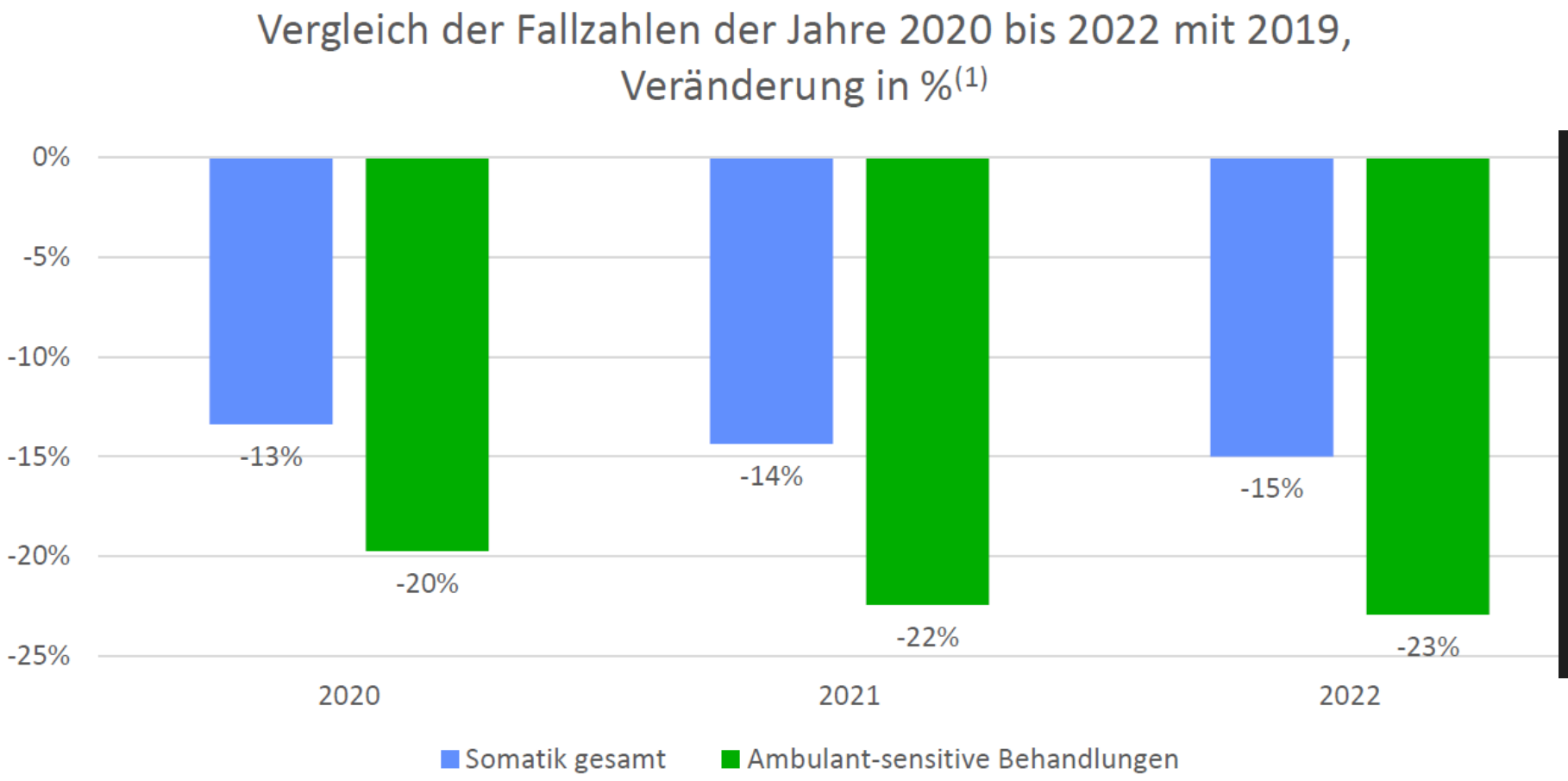
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

	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!



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

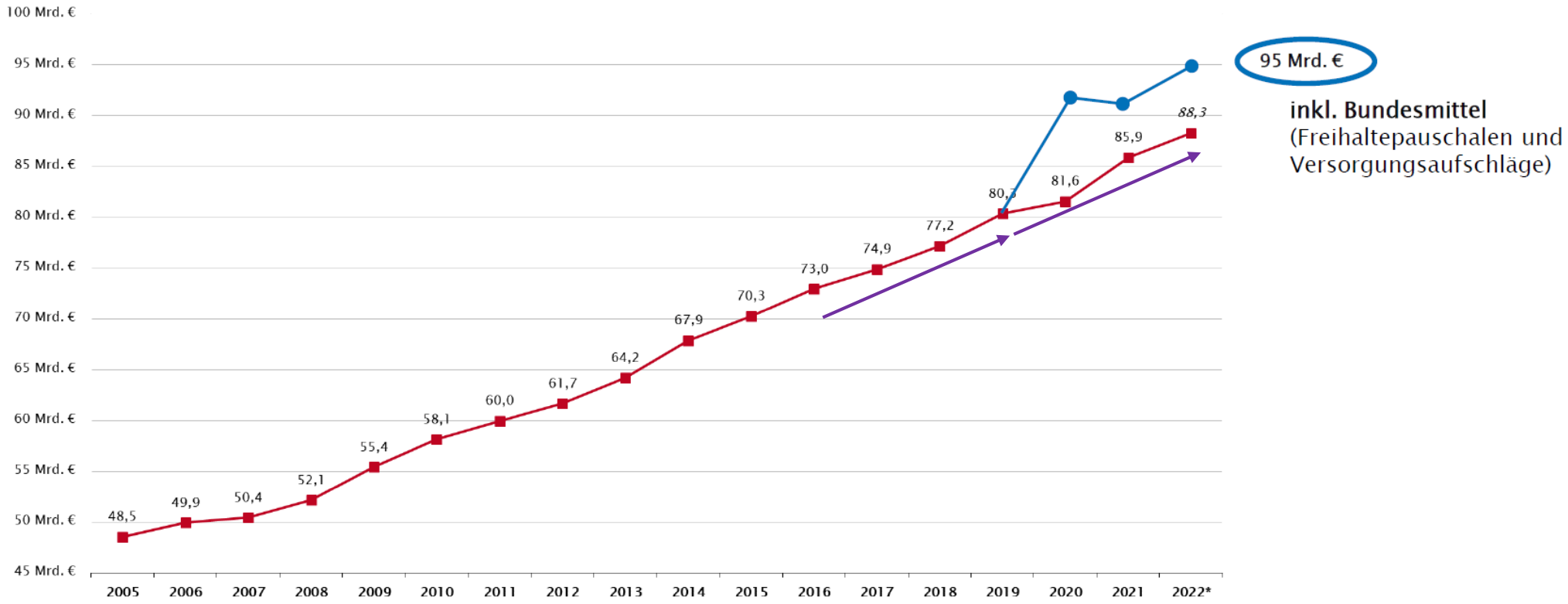
(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

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

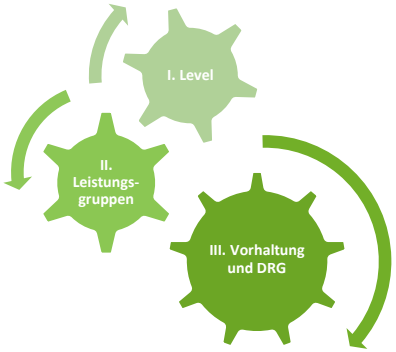
Spitzenverband

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

Regierungskommission hatte eine Reform mit drei ineinander greifenden Komponenten vorgeschlagen



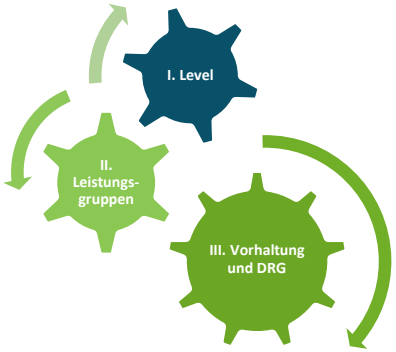
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

b System von **Leistungsgruppen** (LG), die 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



Größe/ Ausstattung Notaufnahme & Intensiv-station, Anwesenheit Ärztlicher Dienst

Komplexität des Leistungsspektrums

Maximal-versorgung

Regel- & Schwerpunkt-versorgung

Grund-versorgung

Uni-versitäre Medizin

Fachkrankenhaus

+ regionaler Sicherstellungsauftrag für stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung sowie Notfälle

Integrierte ambulant-stationäre Versorgung

Hausärztliche und fachärztliche ambulante Versorgung

Stufe III U

Stufe III

Stufe II

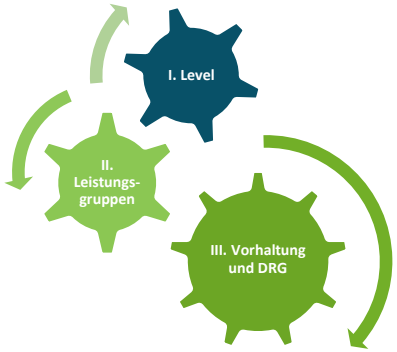
Stufe I *n*

Stufe I *i*

Systemrelevanz

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

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



Größe/ Ausstattung Notaufnahme & Intensiv-station, Anwesenheit Ärztlicher Dienst

Komplexität des Leistungsspektrums

Maximal-versorgung

Regel- & Schwerpunkt-versorgung

Grund-versorgung

Uni-versitäre Medizin

chkrankenhaus

+ regio cherstellungsaufta ationäre internistische rurgische Basisvers owie Notfälle

Integrierte ambulant-stationäre Versorgung

Hausärztliche und fachärztliche ambulante Versorgung

Stufe III U

Stufe III

Stufe II

Stufe I *n*

Stufe I *i*

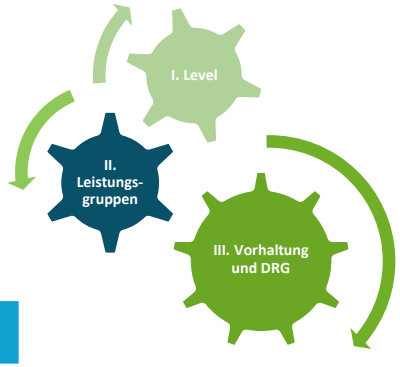
Systemrelevanz

in Bund-Länder-Verhandlungen

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

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

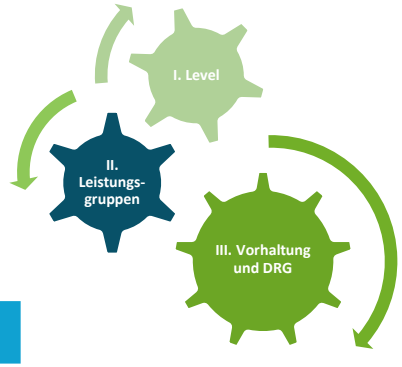
Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie zur Illustration



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
		Zugäng-lichkeit relevant		Nur Qualität zählt!

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
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X
		Zugäng-lichkeit relevant		Nur Qualität zählt!

in Bund-Länder-Verhandlungen

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

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“

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

Mit breiten LG („allgemeine Innere“) und ohne Level-Zuordnung wird das Vorhaltebudget zwischen Uniklinik und Dorfkrankenhaus auf Basis einheitlicher Voraussetzungen berechnet! Als Kommission haben wir uns das so nicht vorgestellt …

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“

Und jetzt?

- Die Länder haben - mit Unterstützung der DKG – die Kernelemente der vom Bund vorgeschlagenen Reform zerschossen und sind auch noch stolz darauf!
- Zur „Belohnung“ wollen sie jetzt, dass der Bund jetzt für das durch den mangelnden Notwendigkeits-Angebots-Fit ausgelöste Defizit mehr bezahlt … → unrealistisch.
- 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.