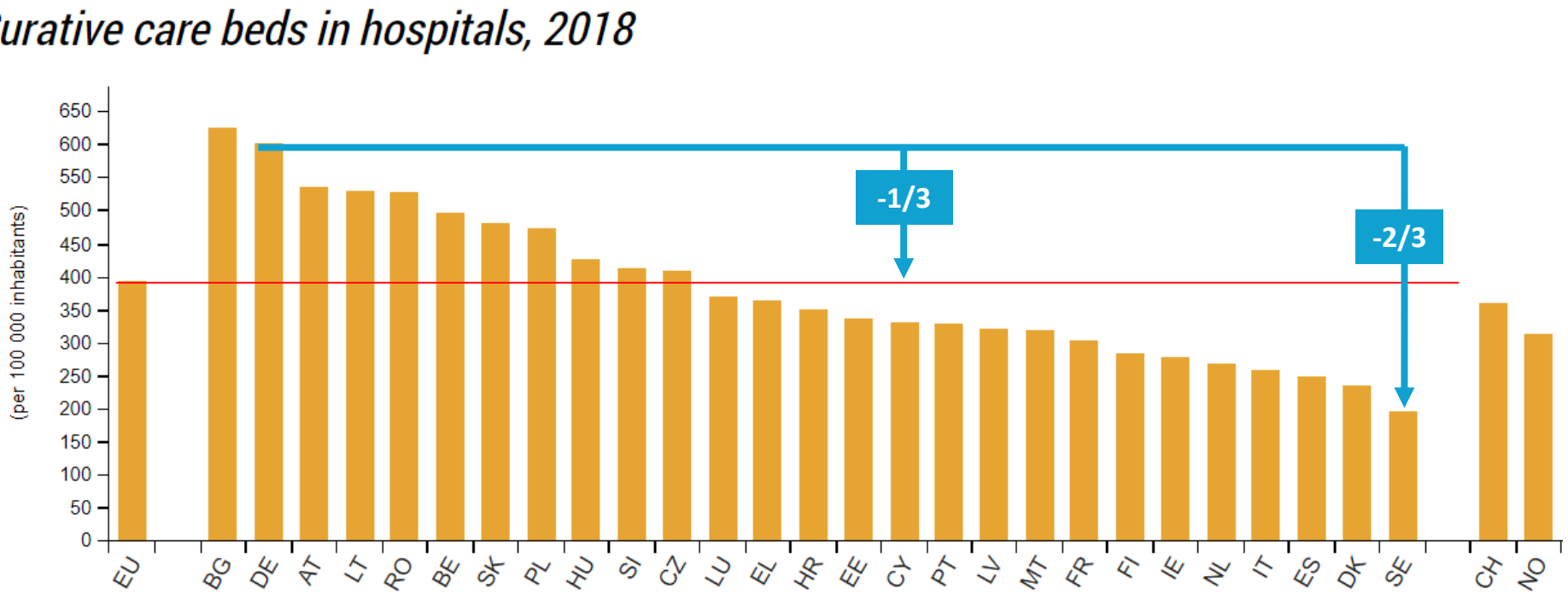
Krankenhausreform

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

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.

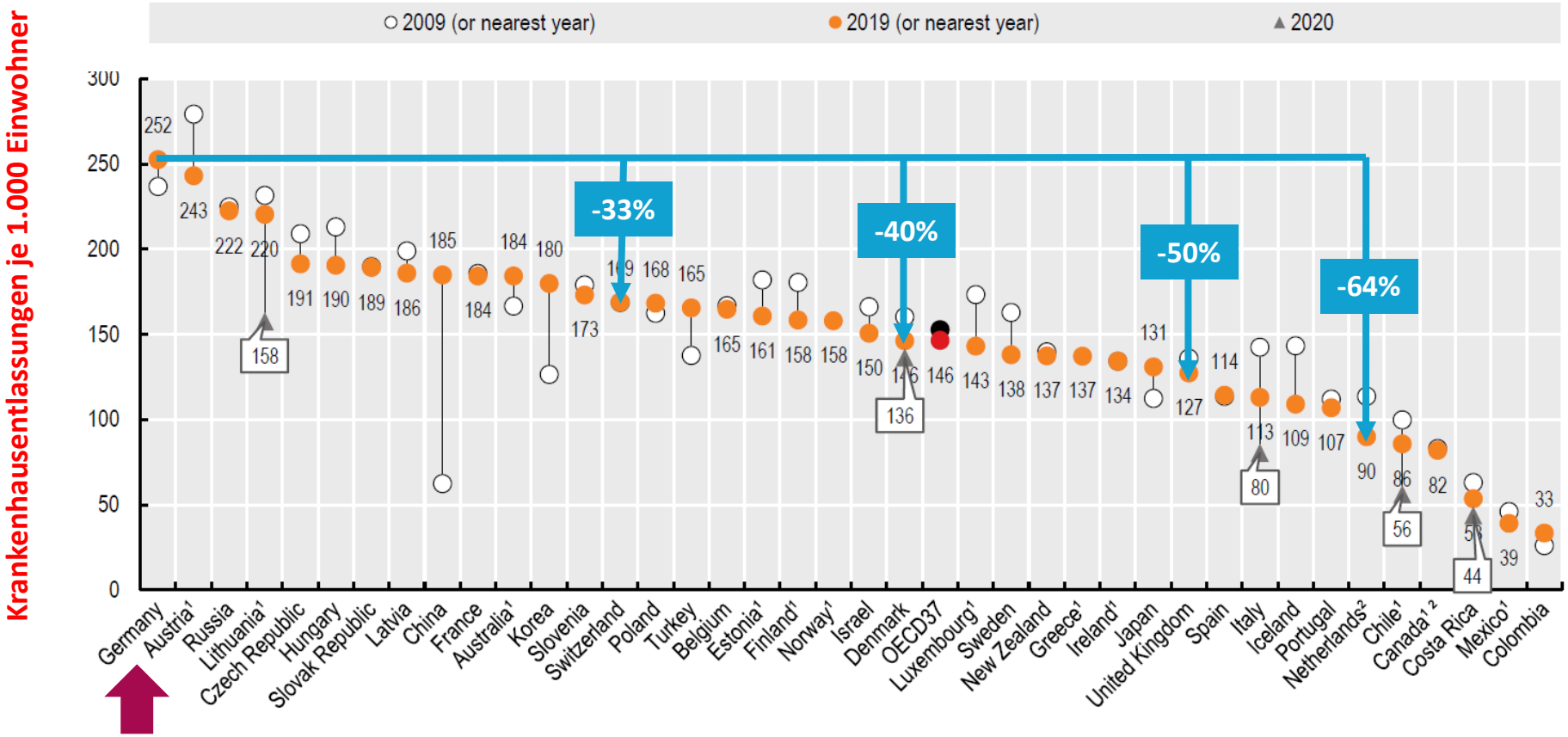
Belgium, Slovenia, Sweden, Norway and Serbia: includes all beds for psychiatric care.

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

Serbia: excludes beds in the private health sector.

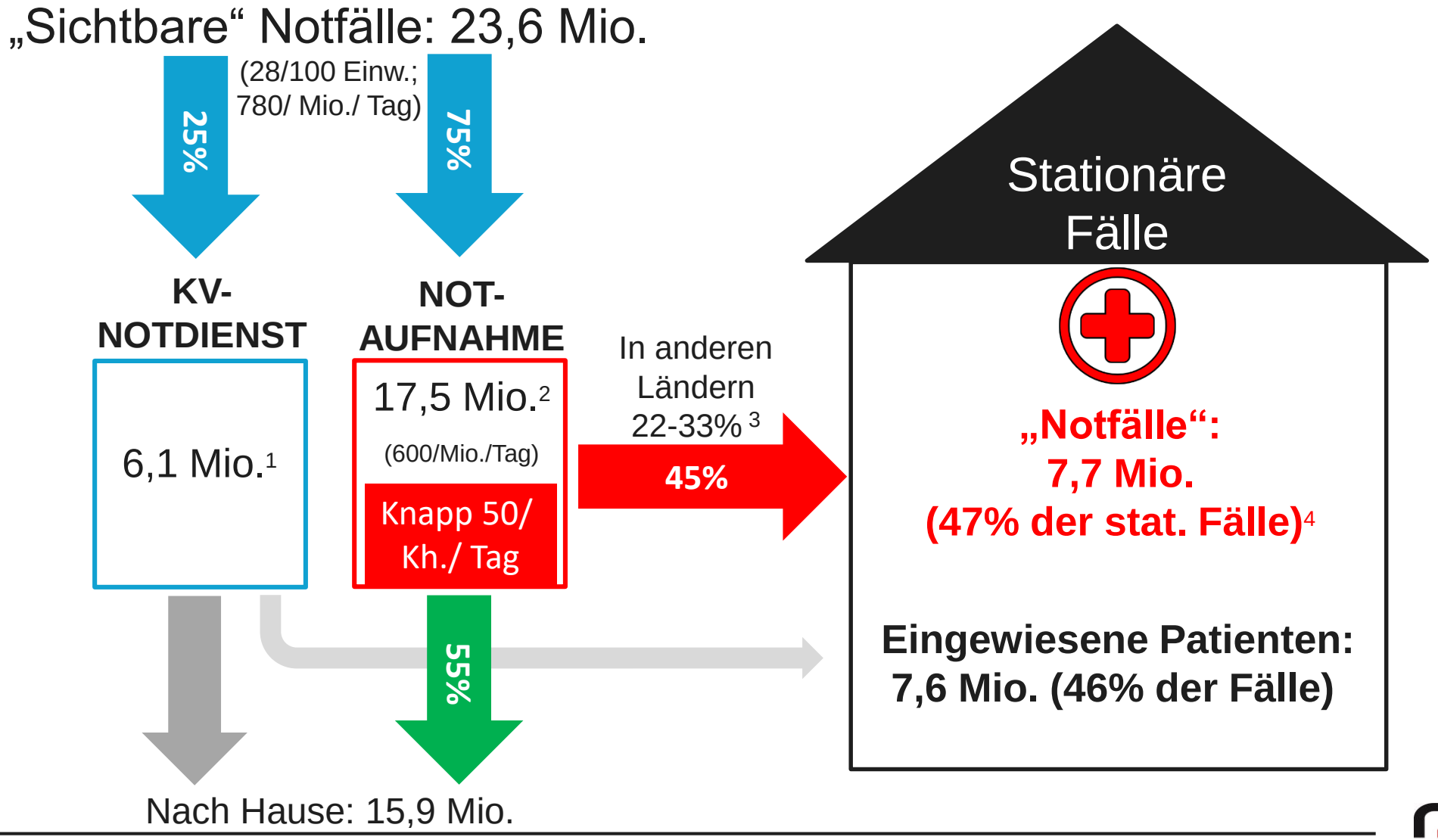
Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_bds)

… genau wie die stationäre Fallzahl …



(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

Einschub: 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

… und die Anzahl der Krankenhäuser

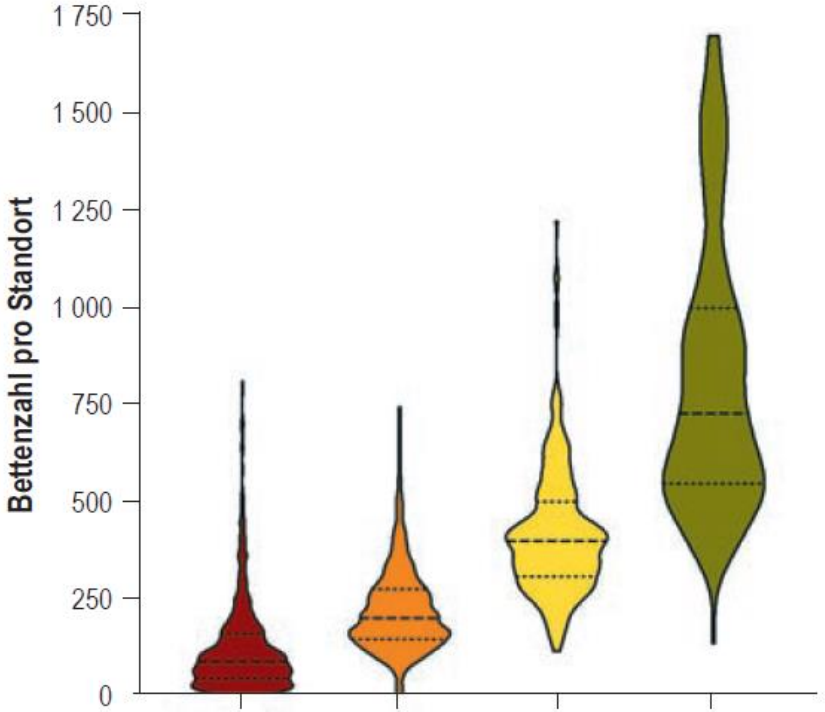
- Laut Stat. Bundesamt „offiziell“ genau 1887 Krankenhäuser (2021);
- nach Abzug rein psychiatrischer Häuser und reinen Tages- und Nachtkliniken verbleiben 1534 „allgemeine“ Krankenhäuser,
- von denen knapp über 1400 DRG-Leistungen mit GKV abrechnen (davon rund 1150 mit Innere Medizin & Chirurgie).
  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)

Insbesondere die fast 1300 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

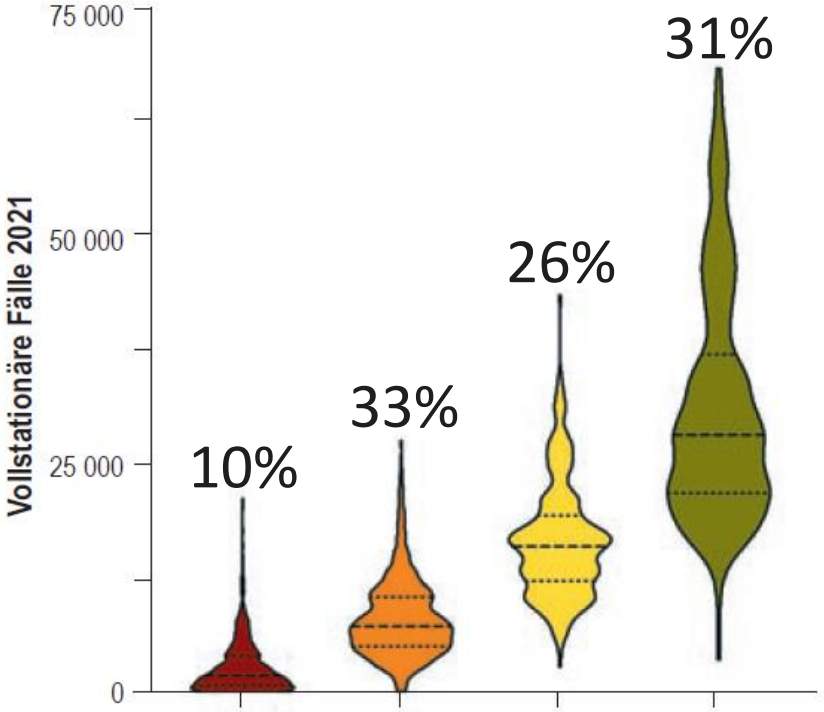
Bettenzahl pro Standort laut Qualitätsbericht



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 …

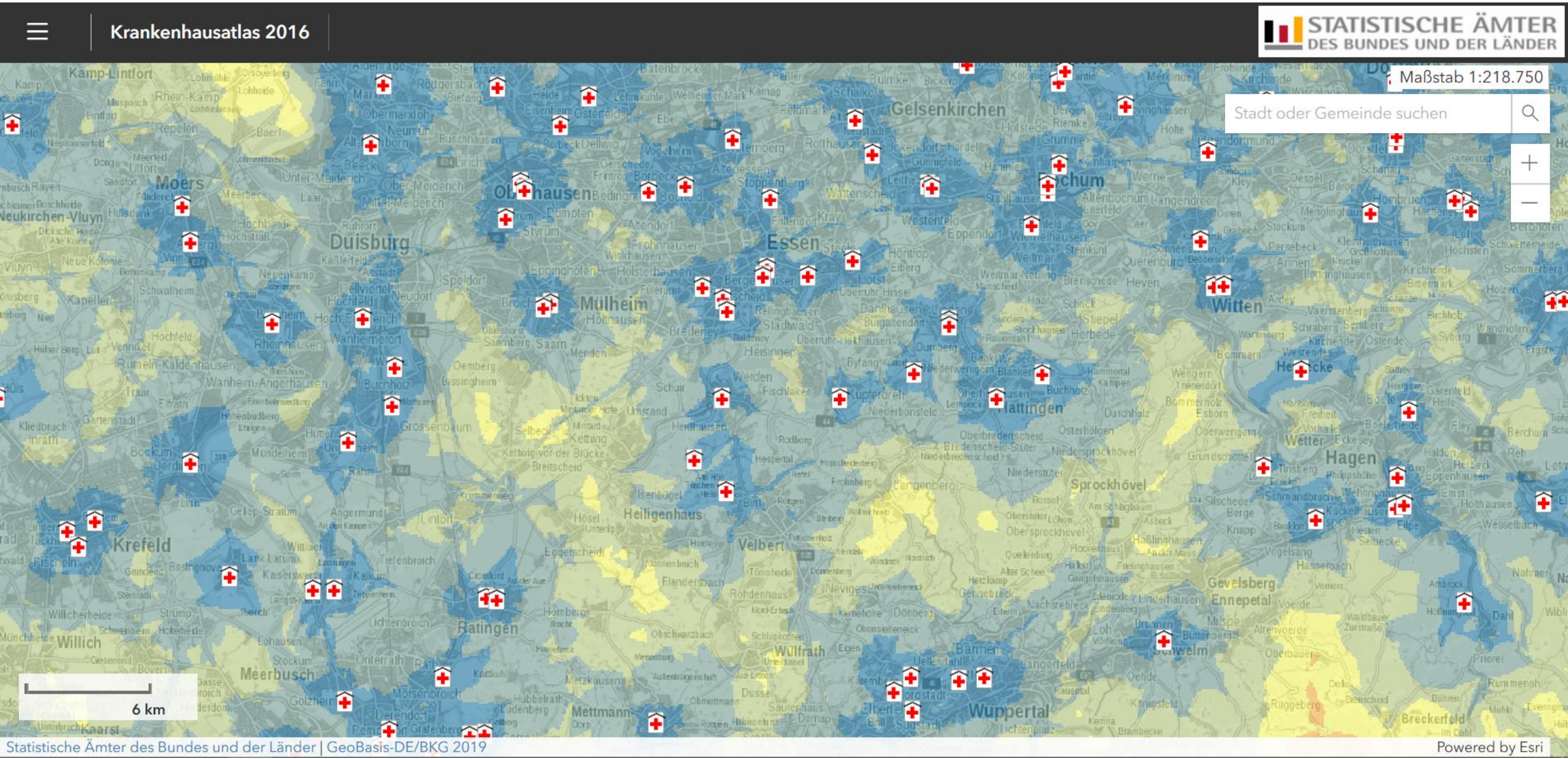
Fachärzte außerhalb von Kernarbeitszeiten haben 30 min. Zeit

Unnötig schlechte Qualität

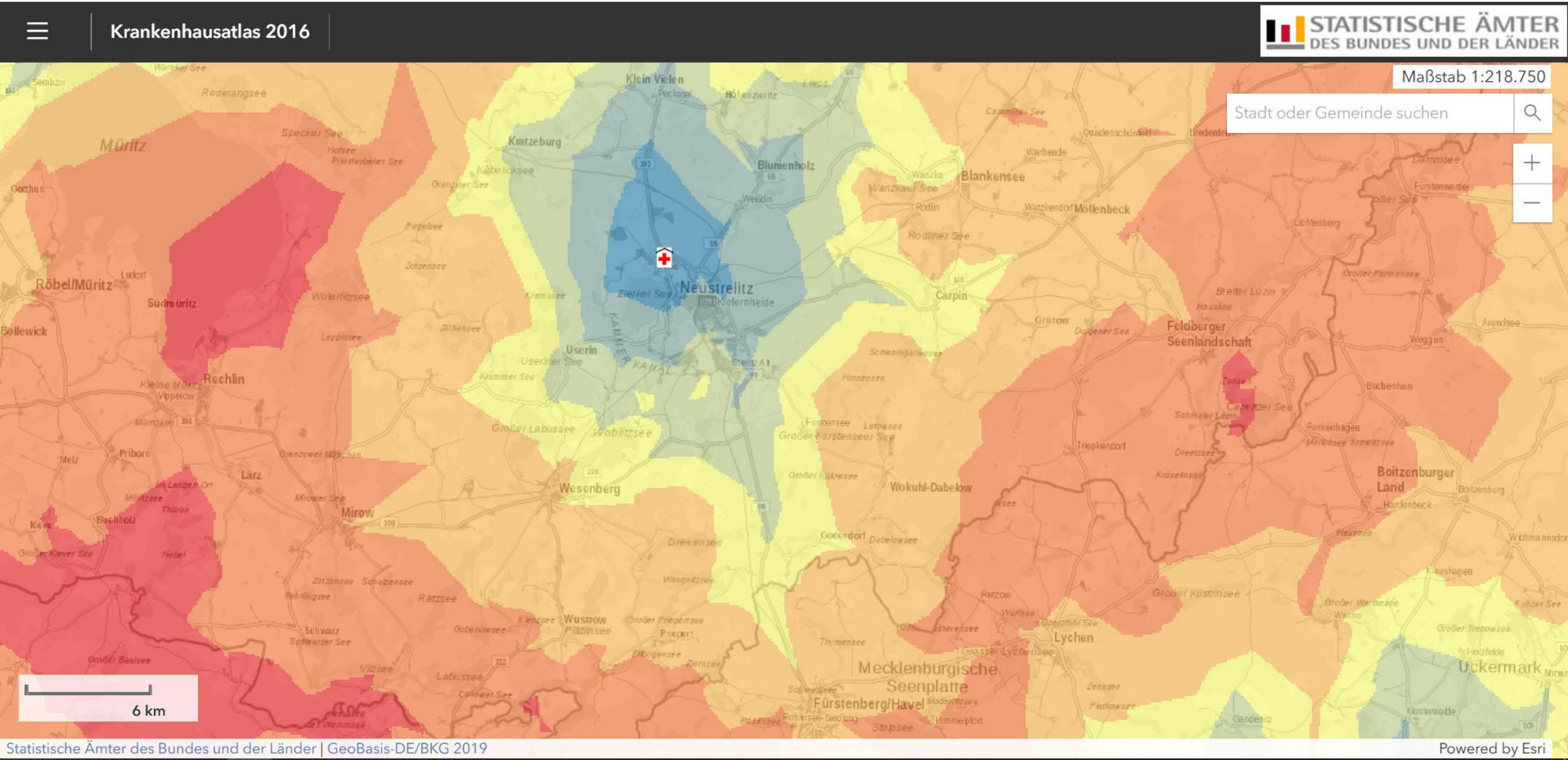
Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal (dritthöchste Zahl pro 1000 in EU nach FIN und IE)

Gefährdung durch Krankenhauskeime, unnötige Kosten, Ineffizienz

Das Erreichbarkeits„argument“ ist in vielen Gebieten Unsinn …



… wie ein Blick auf andere Regionen zeigt *(gleicher Maßstab!)*



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)

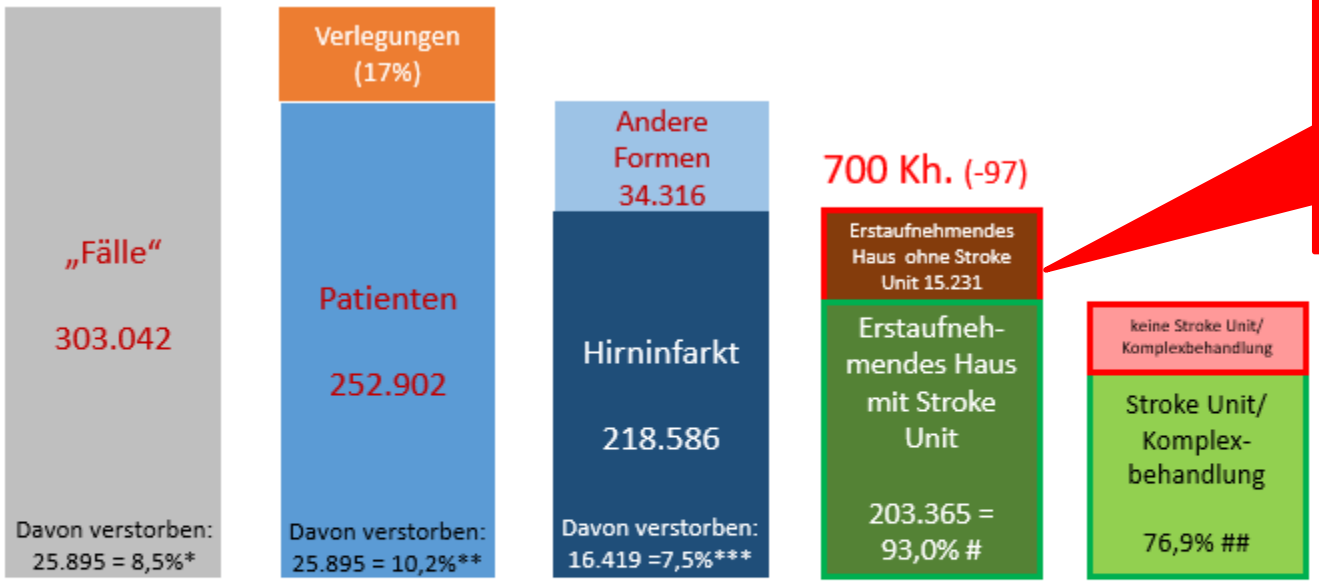
1-Jahres-Sterblichkeit in Häusern mit vs. ohne Stroke Unit: ein Viertel niedriger (23% vs. 30%)

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%)

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)

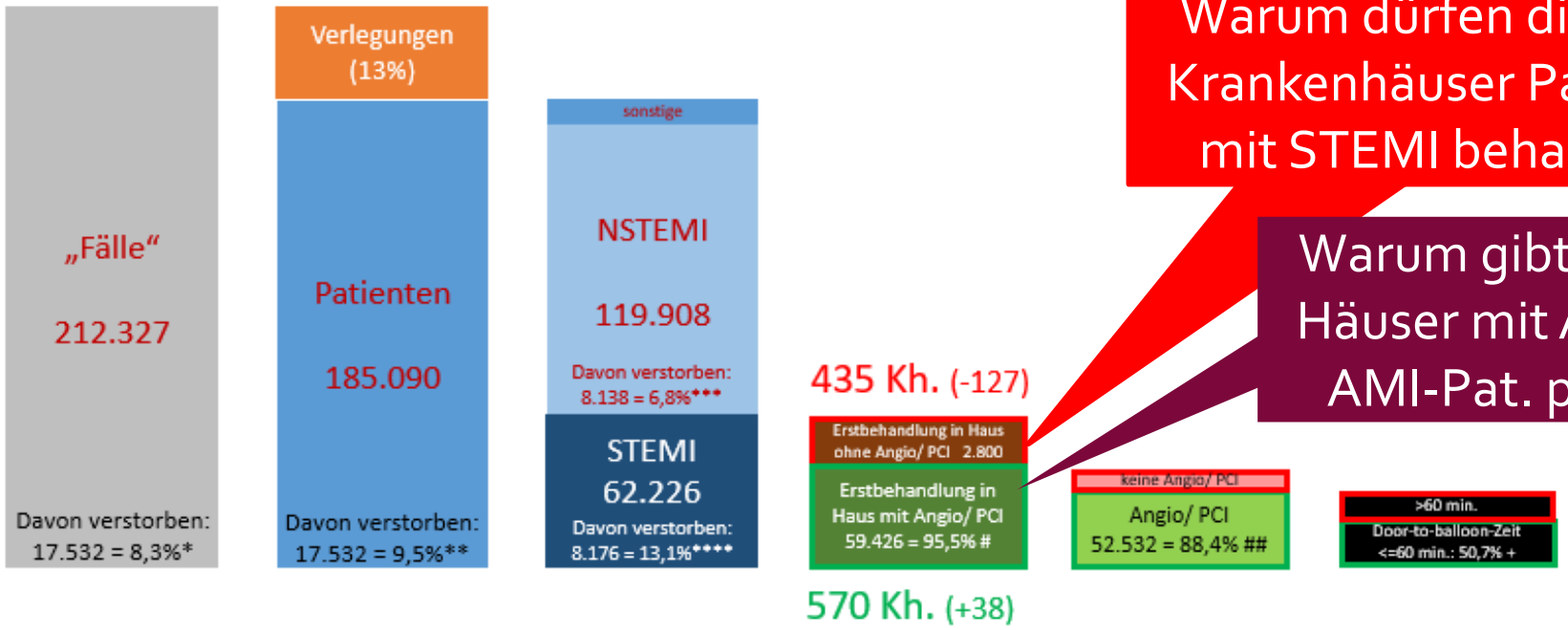


Und bitte, erzählen Sie nicht, dies wären alles vorsortierte ältere Pat., die von Stroke Units nicht mehr profitieren!

Stroke Unit-Behandlung bei Hirninfarkt
0,930 x 0,769 = **72%** *(+1%/ Jahr)*
(2014: 0,884 x 0,766 = 68%)

2014: *8,5%, **10,0%, ***7,3%, # 88,4%, ## 76,6%

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



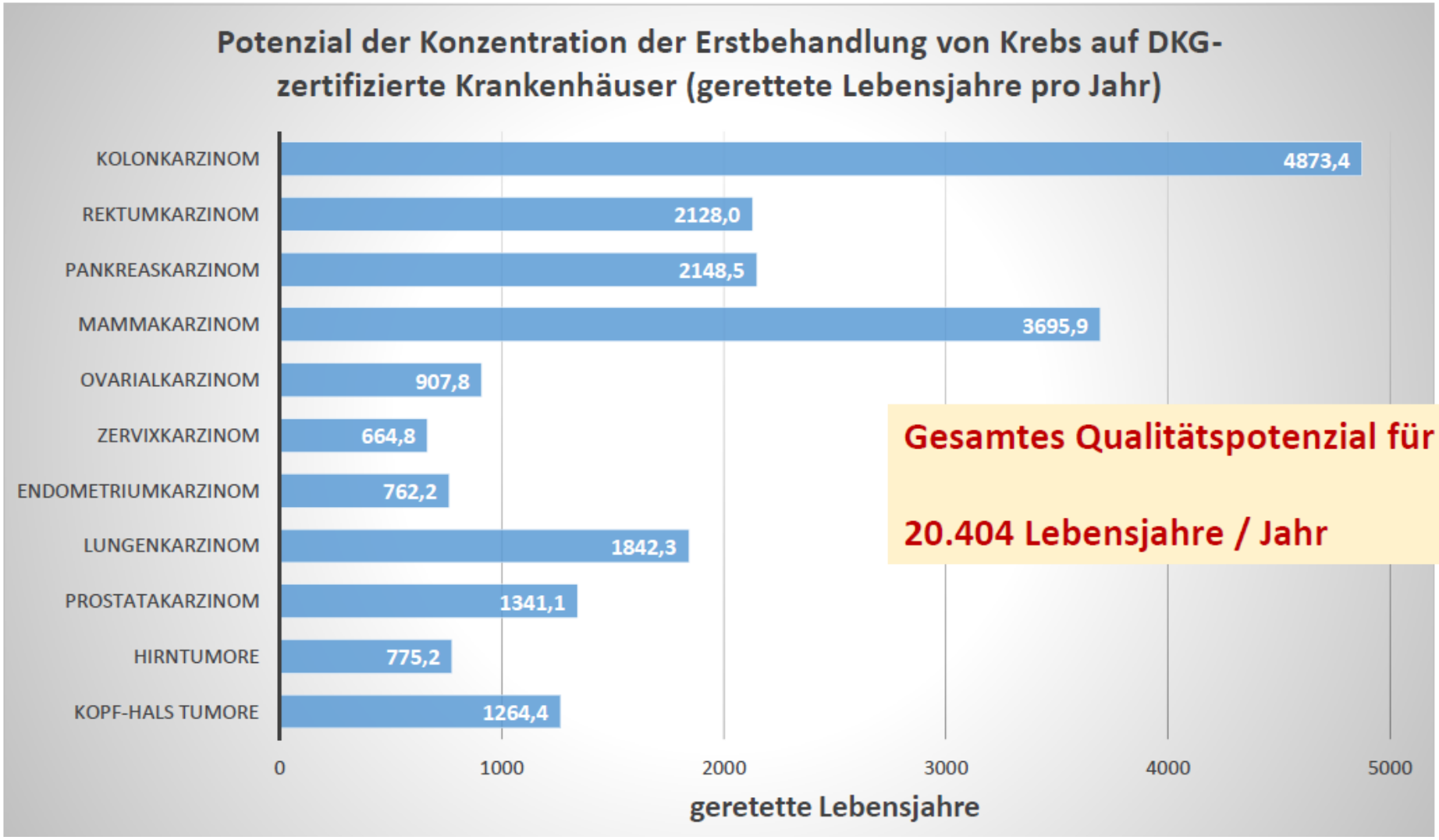
Warum dürfen diese 435 Krankenhäuser Patienten mit STEMI behandeln?

Warum gibt es mehr Häuser mit Angio als AMI-Pat. pro Tag?

Koronarangiographie innerhalb 60 min.
0,955 x 0,884 x 0,507 = **43%** *(+2%/Jahr)*
(2014: 0,912 x 0,860 x 0,452 = 35%)

2014: *8,8%, **10,0%, ***7,2%, ****13,0%, # 91,2%, ## 86,0%, + 45,2%

Eine Konzentration auf zertifizierte Standorte würde Leben retten



Gesamtes Qualitätspotenzial für alle Krebsarten:

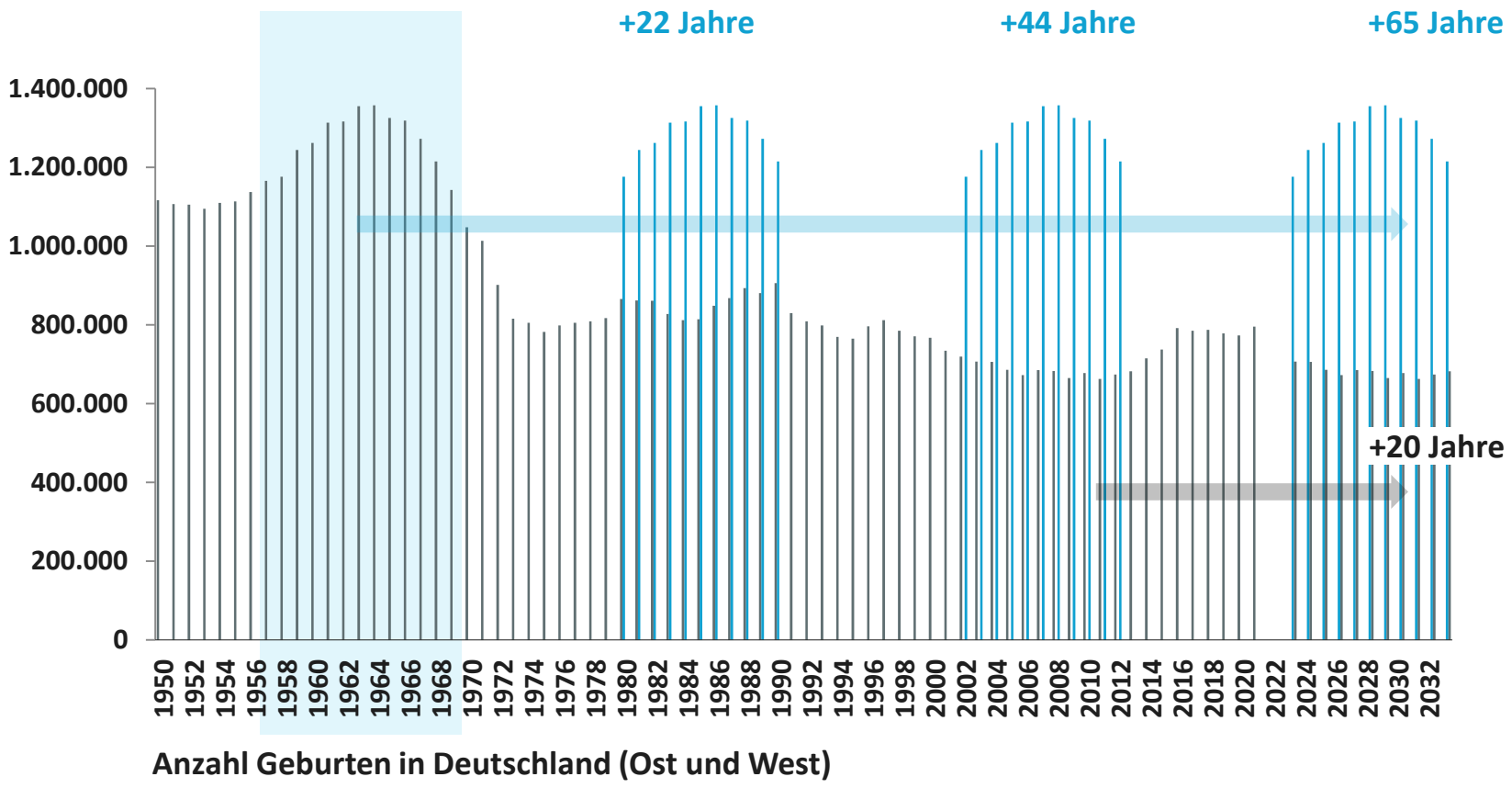
20.404 Lebensjahre / Jahr

Seit 2000: Zahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen +50%; 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!



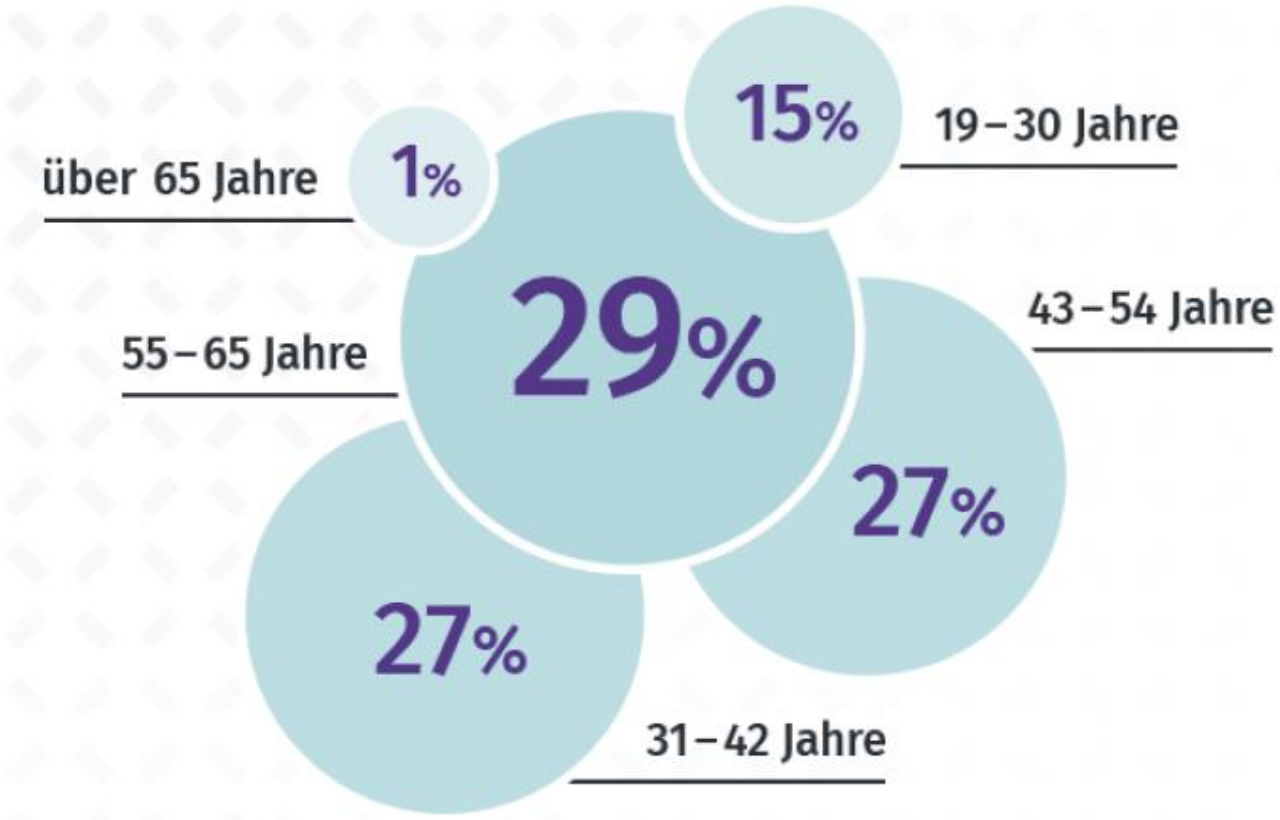
Quelle: Destatis

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!

Abbildung 1: Alter



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)*

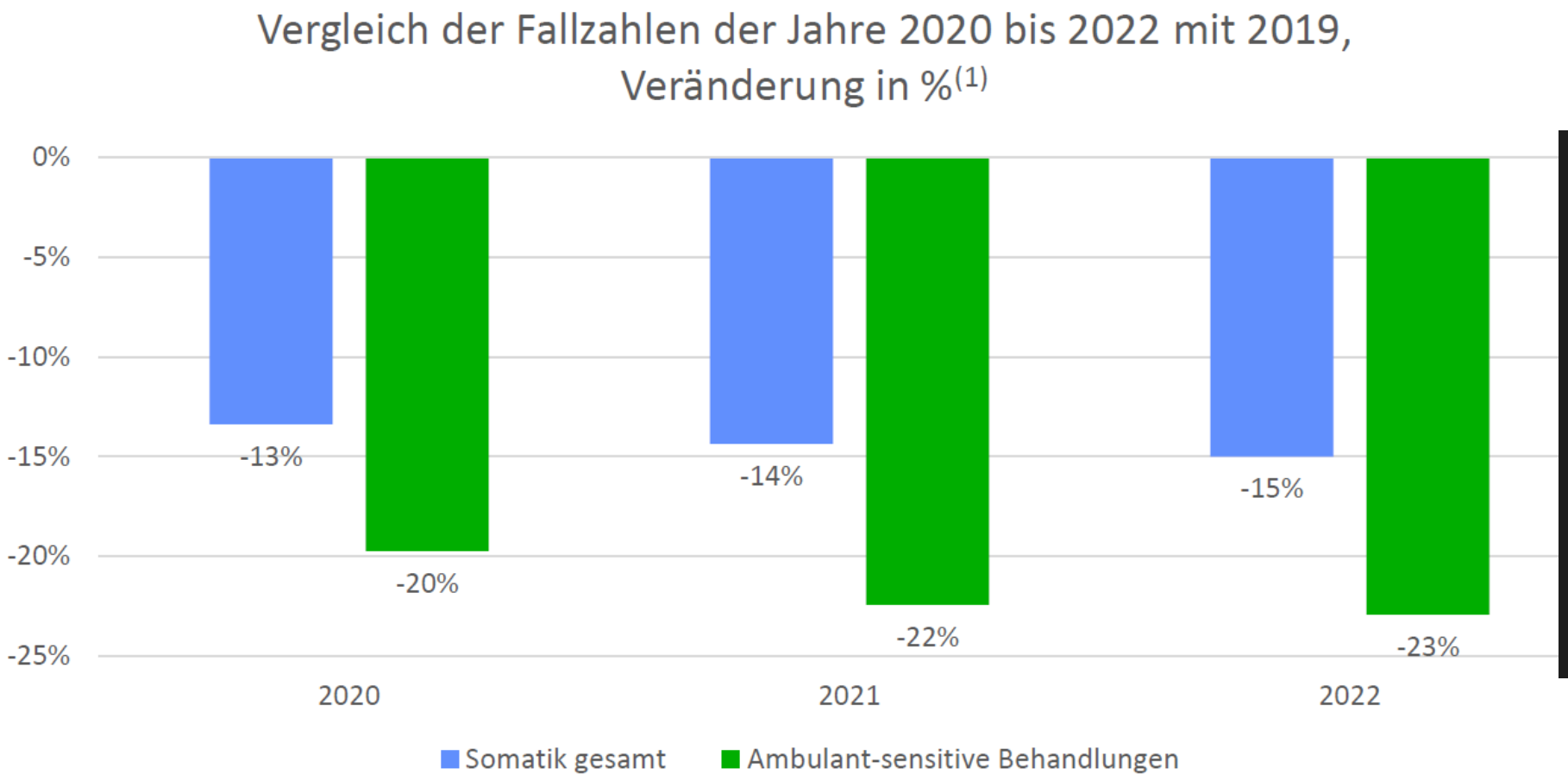
Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!

	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)!

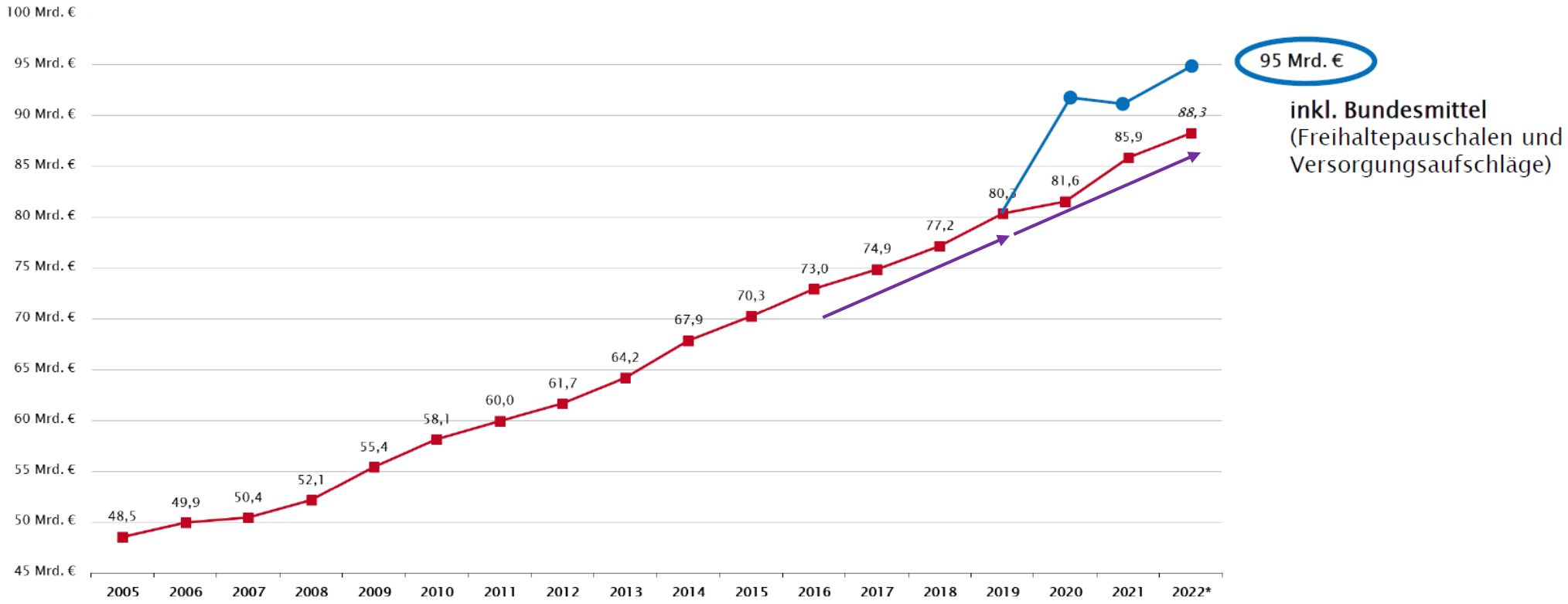
(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

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

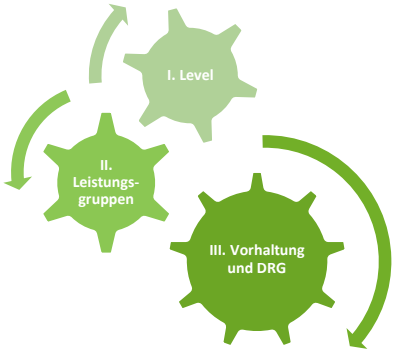
Spitzenverband

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

Regierungskommission hatte eine Reform mit drei ineinander greifenden Komponenten vorgeschlagen



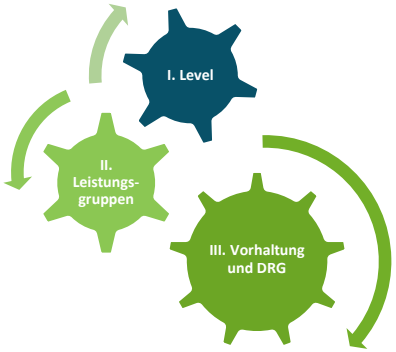
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

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



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

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*

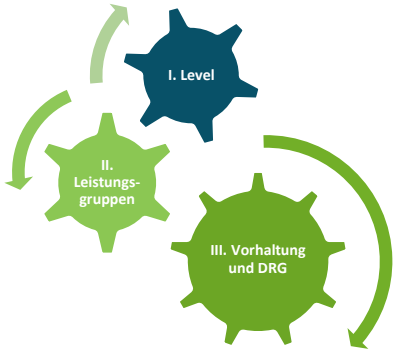
Level I*n*

- 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)

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*

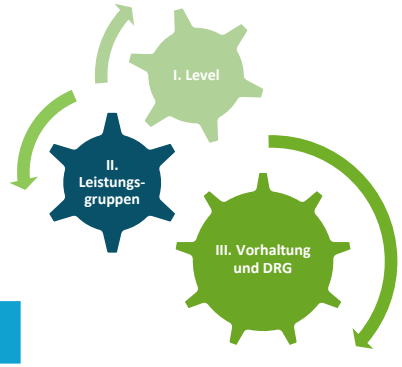
Stufe I *i*

Systemrelevanz

in Bund-Länder-Verhandlungen

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

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



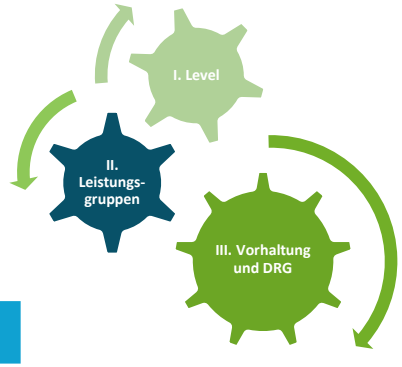
Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie zur Illustration

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



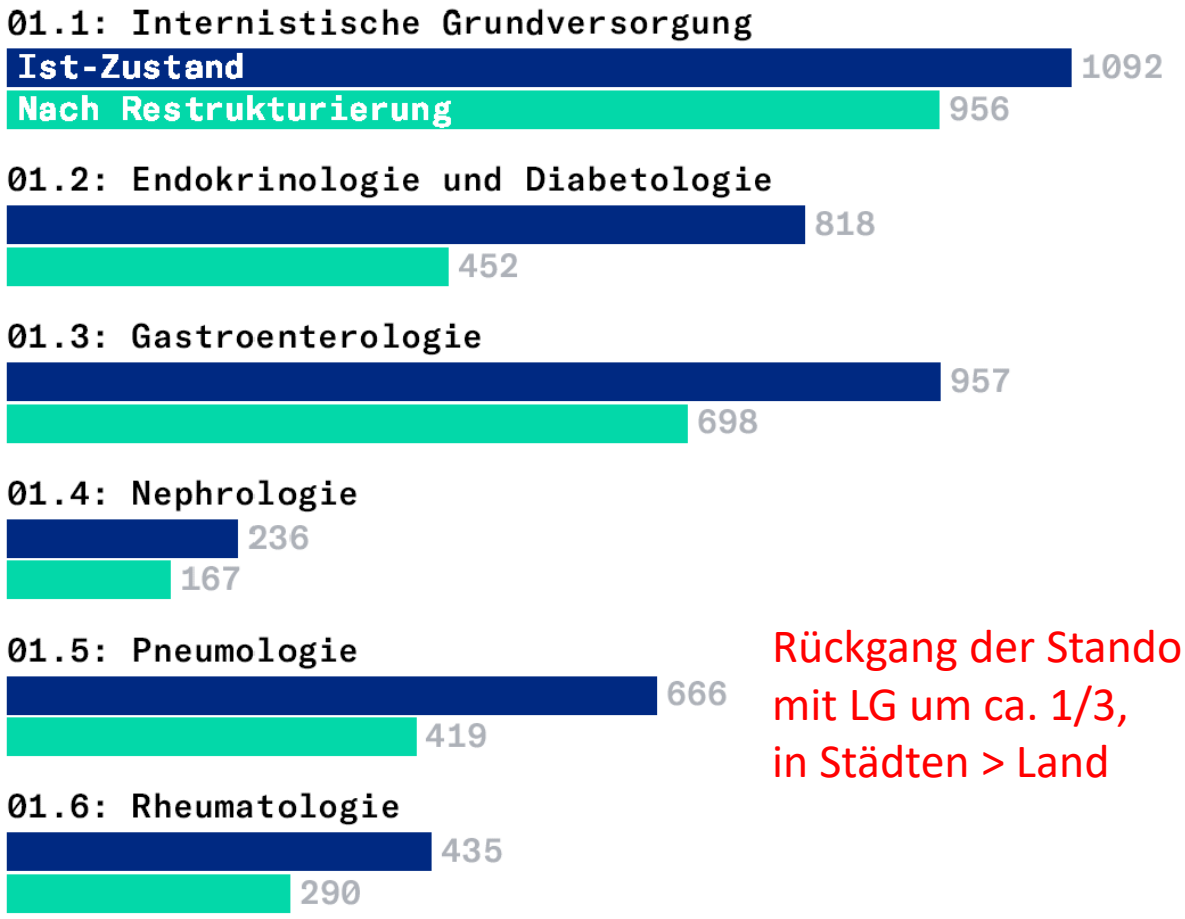
Leistungsgruppe (LG)		Maximales Leistungsspektrum		
	Mindestlevel erbringendes Kh.	Level I-Kh.	Level II-Kh.	Level III-Kh.
Innere Medizin				
1.0 LG Basisbehandl. Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
Chirurgie				
2.0 LG Basisbehandl.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

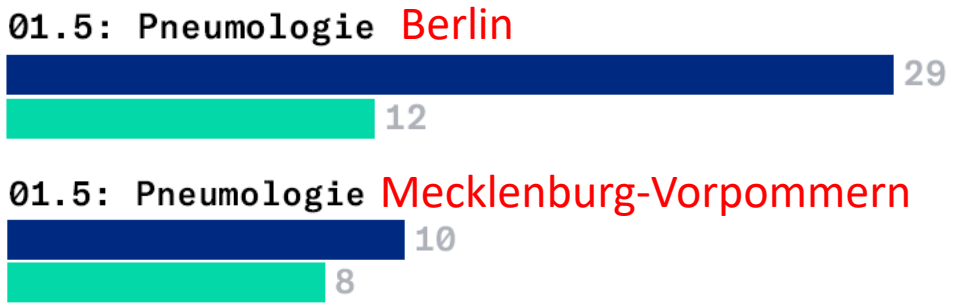
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Was wird sich nun durch die Reform 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



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 (d.h. „Schweregrad“ gemäß DRG-Gewicht) 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.
- Die Reform wird nur stark verwässert ab 2027 umgesetzt.
- Um die übergeordneten Ziele der Reform noch zu erreichen, müssen jetzt wohl andere (Markt-)Mechanismen zur Reduktion und Neuaufstellung der Standorte greifen … schön ist das nicht, aber von den Ländern anscheinend so gewollt.