Versorgung gemeinsam gestalten. Kommt die Zeitenwende im Gesundheitssystem?

Fokus auf 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

Unsere derzeitige stationäre Versorgung 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)

Nicht nur ambulatisierbare Operationen, auch „ambulant-sensitive Fälle“ und stat. Krebsbehandlungen …

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 100 andere codieren so)

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 Niedersachsen **36 Krankenhäuser komplexe Pankreaseingriffe** vor, obwohl nur **16** ein **Pankreaskrebszentrum** haben

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

Berlin-Brandenburg;

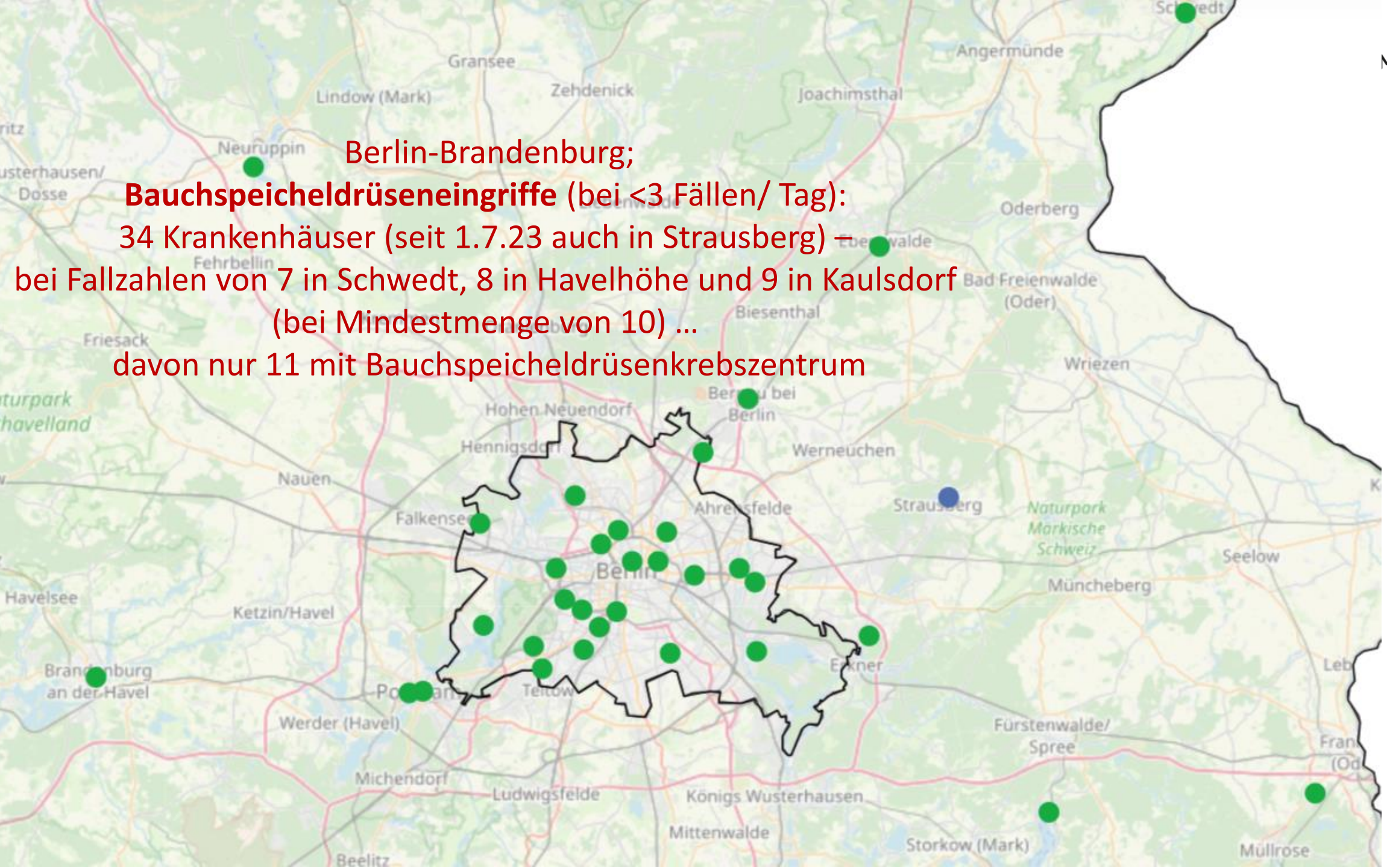
Bauchspeicheldrüseneingriffe (bei <3 Fällen/ Tag):

34 Krankenhäuser (seit 1.7.23 auch in Strausberg) –

bei Fallzahlen von 7 in Schwedt, 8 in Havelhöhe und 9 in Kaulsdorf

(bei Mindestmenge von 10) …

davon nur 11 mit Bauchspeicheldrüsenkrebszentrum



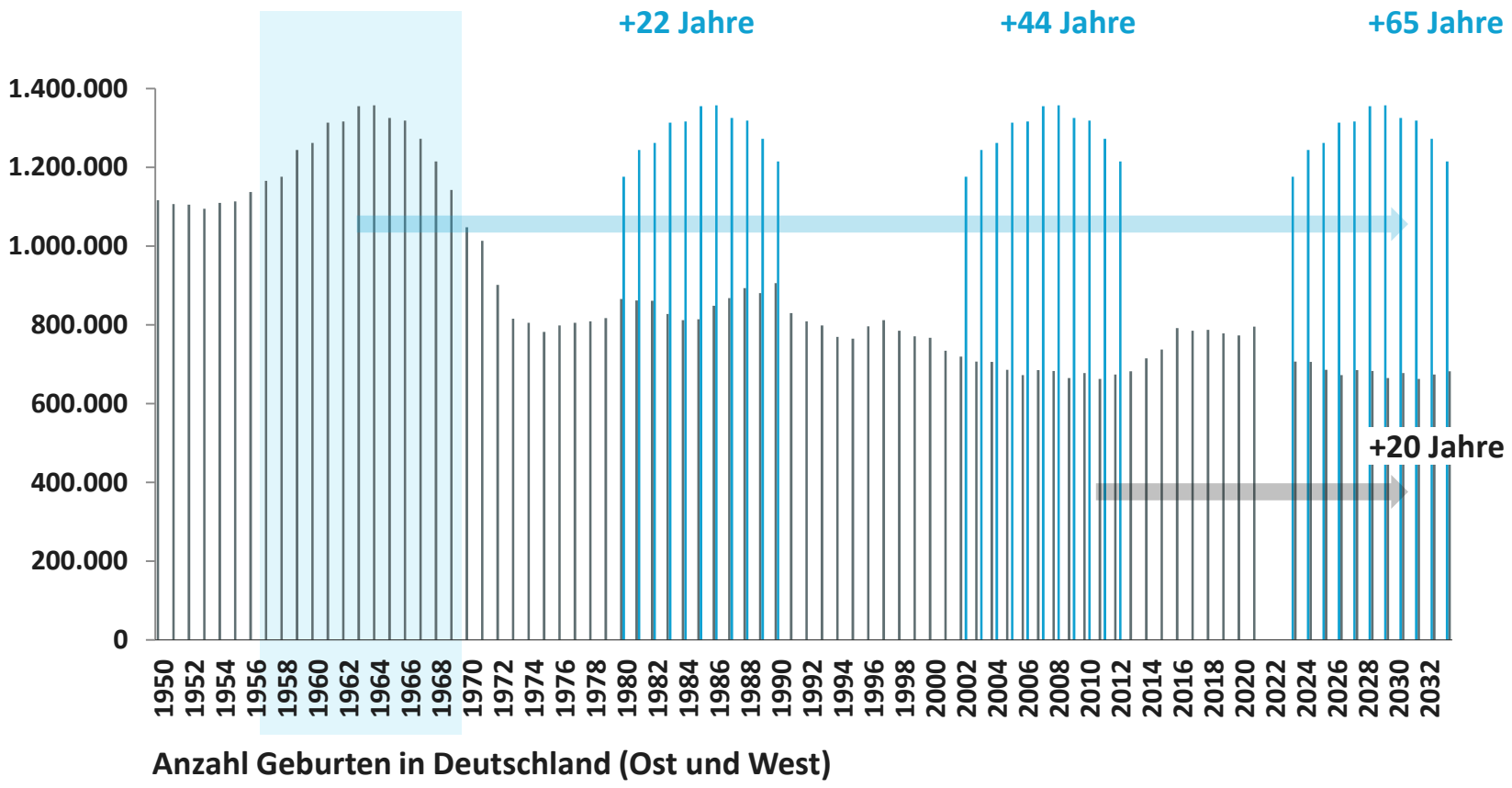
Mindestmengen-Transparenzkarte 2024

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 …

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

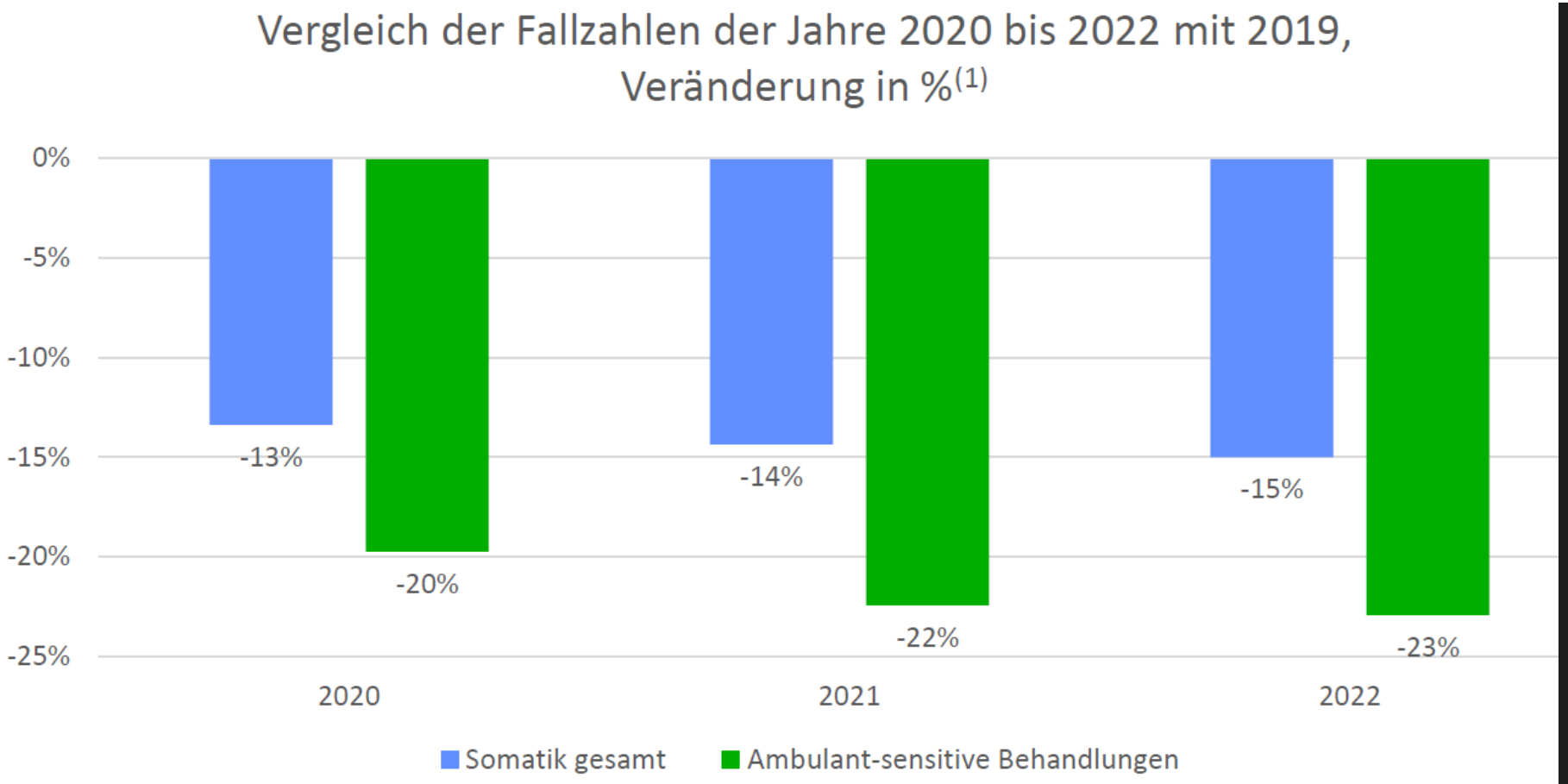
	Relativ (in % des BIP)			Absolut (in USD$ PPP)		
	2010	2021	Änderung in %-P	2010	2021	Steigerung
Belgien	2,8	3,1	+0,3	1.066	1.693	+627
Dänemark	3,2	2,7	-0,5	1.301	1.575	+274
Deutschland	**3,0**	**3,2**	**+0,2**	**1.211**	**1.867**	**+656**
Frankreich	3,2	2,8	-			+237
Niederlande	2,1	1,9	-			+228
Österreich	3,5	3,5	(			+470
Schweden	2,2	2,3	+0,1	924	1.300	+376
Schweiz	2,7	2,5	-0,2	1.372	1.604	+232
Vereinigtes Königreich	n.v.	2,8	n.v.	n.v.	1.248	n.v.

Dänemark hat ca. 3% seines BIP (€ 1000/ Kopf) in Transformation gesteckt, spart aber seitdem an laufenden Kosten!

OECD Health Data 2023

… geht es den Krankenhäusern finanziell schlecht: Dies liegt vor allem am Fallzahlrückgang

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

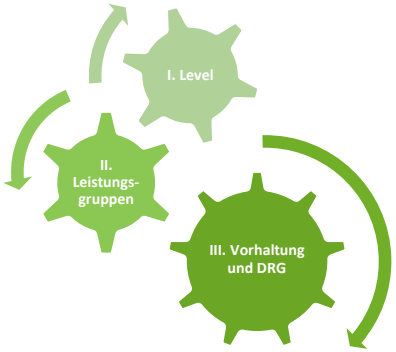


Der Fallzahlrückgang entspricht rechnerisch dem kompletten 2019er Patientenvolumen der 850 kleineren Krankenhaus-Standorte (bis 175 Betten)!

Noch nicht eingerechnet ist das vorhandene Ambulantisierungs-potential von > 20%.

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

Regierungskommission hatte eine Reform mit drei ineinander greifenden Komponenten vorgeschlagen



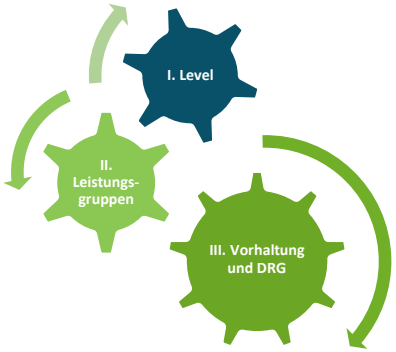
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

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

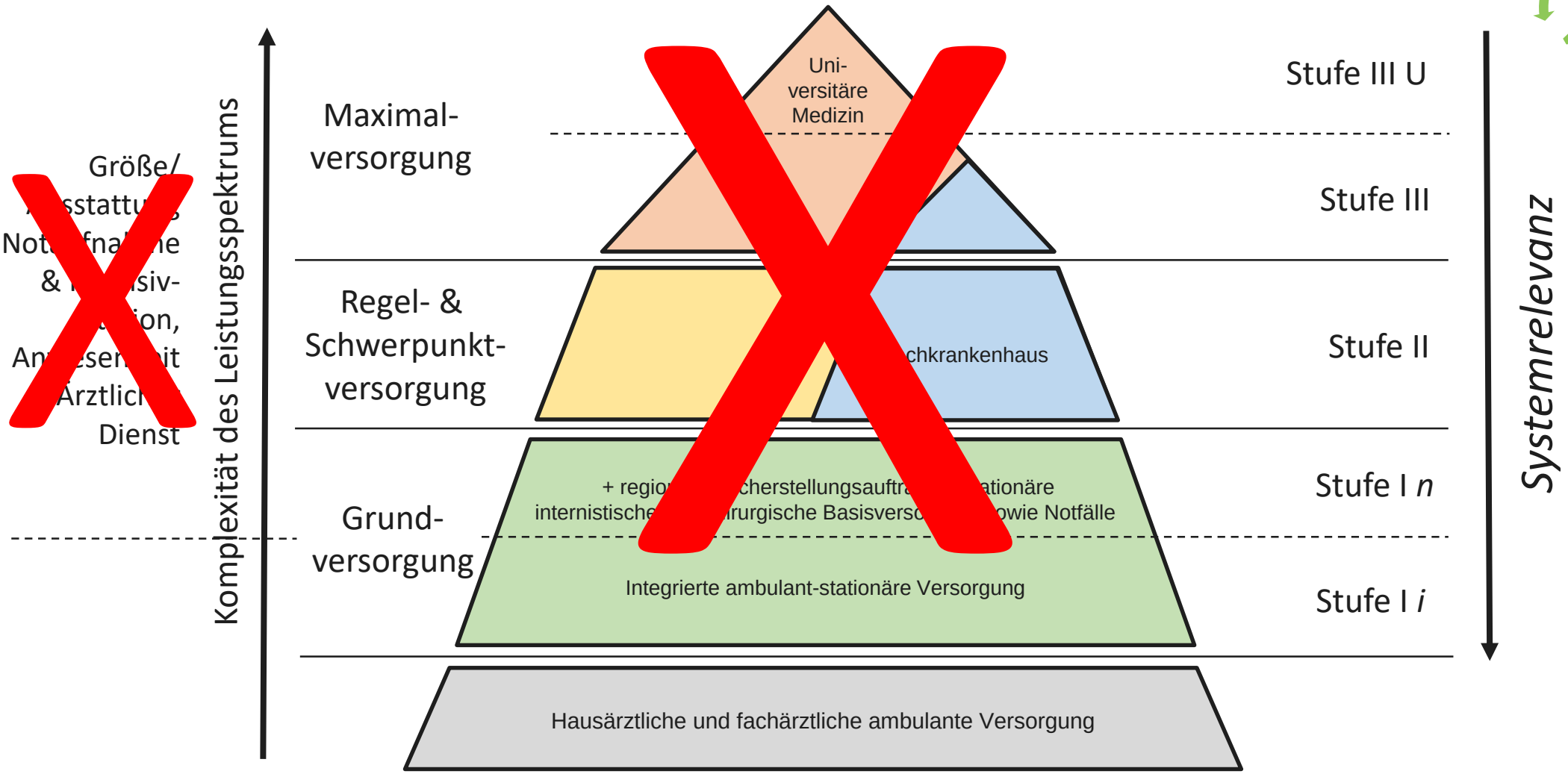
Stufe I *n*

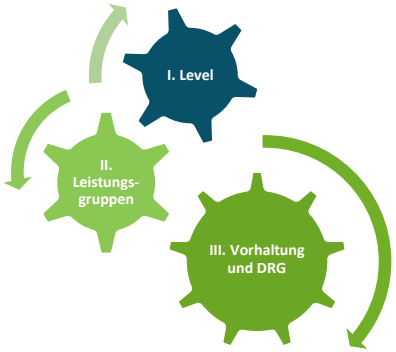
Stufe I *i*

Systemrelevanz

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Standortzuteilung folgt weiterhin keinen bundeseinheitlichen Regeln oder Anforderungen (Ausstattung, Personal, Leistungsspektrum …)

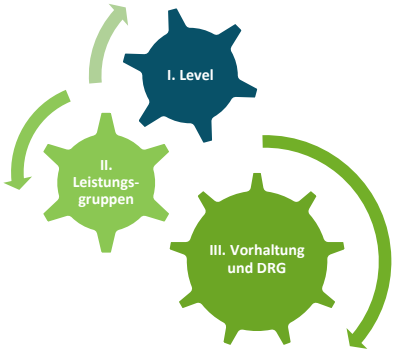


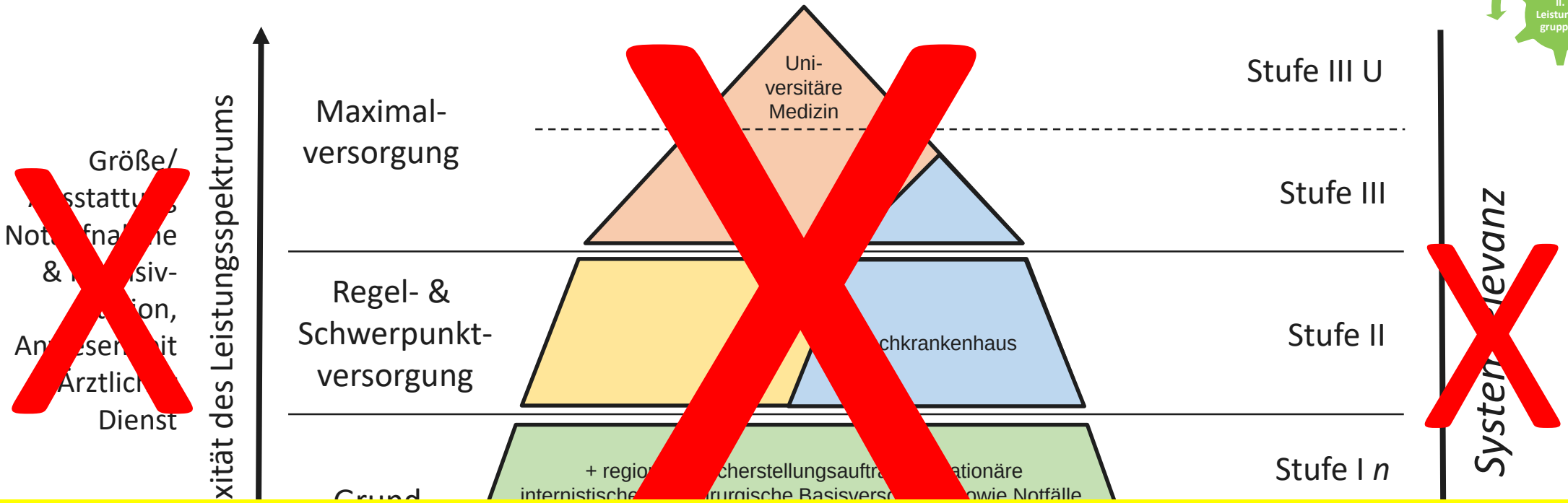


in Bund-Länder-Verhandlungen

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Standortzuteilung folgt weiterhin keinen bundeseinheitlichen Regeln oder Anforderungen (Ausstattung, Personal, Leistungsspektrum …)



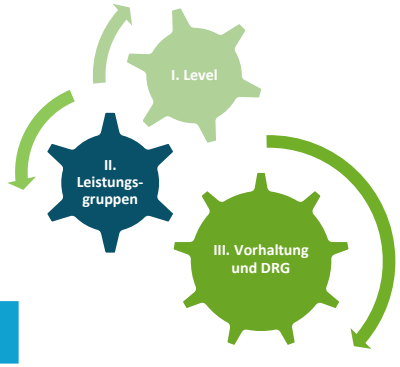


Damit bleibt (auch für nach der Reform) offen, welche Krankenhäuser „system-relevant“ sind, d.h. weder „kalt“ noch geplant geschlossen werden sollten.

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

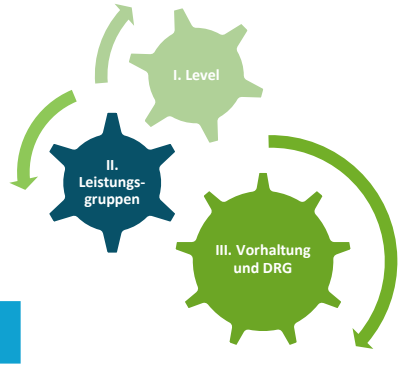
Zugäng-lichkeit relevant

Nur Qualität zählt!

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Das erbringbare Leistungsspektrum wird über Leistungsgruppen definiert – die i.d.R. sehr breit definiert sind, wodurch Mindestanforderungen auch unspezifisch werden

Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie zur Illustration



Reduktion auf Leistungs-gruppen wie in NRW

Leistungsgruppe (LG)		Maximales Leistungsspektrum		
	Mindestlevel erbringendes Kh.	Level I-Kh.	Level II-Kh.	Level III-Kh.
Innere Medizin				
1.0 LG	I	X	X	X
1.4 LG	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
Chirurgie				
2.0 LG	I		X	X
2.7 LG	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X
		Zugäng-lichkeit relevant		Nur Qualität zählt!

Allgemeine Innere Medizin
(einschl. Herzinfarkt, Krebs)

Allgemeine Chirurgie
(d.h. Orthopädie, Unfall-, Viszeralch.)

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*

	Ca. 20% Vorhaltefinanzierung als Pflegebudget		Ca. 20% Vorhaltefinanzierung auf Ebene der LG		60% 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**

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*

	Ca. 20% Vorhaltefinanzierung als Pflegebudget		Ca. 40% Vorhaltefinanzierung auf Ebene der LG		40% 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

in Bund-Länder-Verhandlungen

Level I *i*	**Sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen**

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*

Ca. 20% Vorhaltefinanzierung als Pflegebudget	Ca. 40% Vorhaltefinanzierung auf Ebene der LG	40% Fallmengenabhängige Vergütung auf Ebene der rDRG
	128 Leistungsgruppen	Rund 1.300 Fallpauschalen

Finanzierung war allen wichtig;
Level III hofft durch Spezialisierung auf mehr Geld,
Level I bei zurückgehenden Fallzahlen – und die Länder für alle.
Aber wie soll das gehen, wenn alle Standorte erhalten bleiben?

in Bund-Länder-Verhandlungen

Level I *i*	**Sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen**

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Reform in NRW lassen an der Ernsthaftigkeit der Länder zweifeln

Noch zu wenig Schwerpunktbildung

Ein Kernpunkt der geplanten Krankenhausreform sind die Leistungsgruppen für die einzelnen Krankenhäuser. Nordrhein-Westfalen (NRW) gilt hier als sogenannte Blaupause. Daher lohnt ein Blick, welche Auswirkungen die Reform in NRW auf die dortige Krankenhausstruktur haben könnte.

LG	Derzeitig die Leistungen erbringende Standorte (mind. 50 Fälle/ Jahr)	Vom MAGS als notwendig angesehene Fallzahlen	Von Krankenhäusern angemeldete Fallzahlen (% ggü. notwendig)	Zukünftige Standorte			
				Ja (% der ggü. derzeitig)	Davon: mit konsentierter Menge	Davon: Menge nicht konsentiert	Dissens/ offen „ob“
1.1 Allgemeine Innere	306	1.488.844	1.511.527 (102%)	306 (100%)	291	15	2
7.2 Leukämie und Lymphome	31	6477	12.233 (189%)	67 (216%)	66	1	12
8.3 Kardiale Devices	67	10.229	16.262 (159%)	85 (127%)	66	19	
8.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	15	5486	7395 (135%)	17 (113%)	12	5	1
9.1 Allgemeine Chirurgie	293	915.192	983.612 (107%)	285 (97%)	253	32	1
14.1 Endoprothetik Hüfte	171	37.265	53.276 (143%)	168 (98%)	125	43	37
14.2 Endoprothetik Knie	179	35.421	48.535 (137%)	171 (96%)	127	44	25
16.1 Bariatrische Chirurgie	37	4257	11.512 (270%)	38 (103%)	19	19	23
16.2 Lebereingriffe	4	1311	2607 (199%)	43 (1075%)	39	4	37
16.3 Ösophaguseingriffe	2	1152	2385 (207%)	32 (1600%)	28	4	20
16.4 Pankreaseingriffe	8	2388	4166 (174%)	84 (1050%)	68	16	14
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	5	3753	5709 (152%)	107 (2140%)	94	13	45
21.2 Ovarial-Ca.	4	1854	3552 (192%)	52 (1300%)	46	6	33
21.3 Senologie	72*	17.772	23.645 (133%)	84 (117%)	70	14	12
21.4 Geburten	139	164.648	188.154 (114%)	136 (98%)	121	15	6
29.1 Palliativmedizin	41	8391	25.074 (299%)	131 (320%)	124	7	1
ALLE LEISTUNGSGRUPPEN	**3218**	**4.276.069**	**5.419.148 (127%)**	**4455 (138%)**	**3828**	**627**	**740**

* mind. 100 (= Mindestmenge)

Und jetzt?

- Medizinischen Fortschritt zu nutzen hieße: weniger stationäre Fälle, weniger Standorte, mehr Spezialisierung und mind. 1/3 weniger Betten
- Regierungskommission hat Vorschlag zur Transition vorgelegt – kein Gegenvorschlag!

Wer alle Standorte und Betten erhalten will, will keine Reform!

- 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 für das durch das Überangebot ausgelöste Defizit mehr bezahlt … → unrealistisch.

Wer nur (mehr) Geld fordert, will keine Reform!

- Alternativen: (1) keine Reform, (2) extrem verwässerte Reform (ohne Spezialisierung und deutlich weniger Standorte) oder (3) doch noch Einsicht der Länder
- (1) & (2): andere Mechanismen sorgen für Reduktion und Neuaufstellung der Standorte … schön ist das nicht, aber von den Ländern anscheinend so gewollt.