BBDK
BERUFSBILDUNGSWERK
Deutscher Krankenhäuser e.V.

hcb Institute for Health Care Business GmbH

Krankenhausreform

Impulse der Expertenkommission

38. Frühjahrskolloquium am 17. März 2023

Prof. Dr. Boris Augurzky

Agenda

Ausgangslage

Reformvorschlag der Regierungskommission

Folgeabschätzung

Das DRG-System hat Vor- und Nachteile

Einerseits hat sich das DRG-System **bewährt**

- Es hat **Standards** und **Transparenz** geschaffen
- Es hat zu einer hohen betrieblichen **Effizienz im Krankenhaus** geführt
- Es hat die Krankenhausfinanzierung gegenüber der Zeit vor DRG **verbessert**

Andererseits hat jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen **Nebenwirkungen**; die DRG …

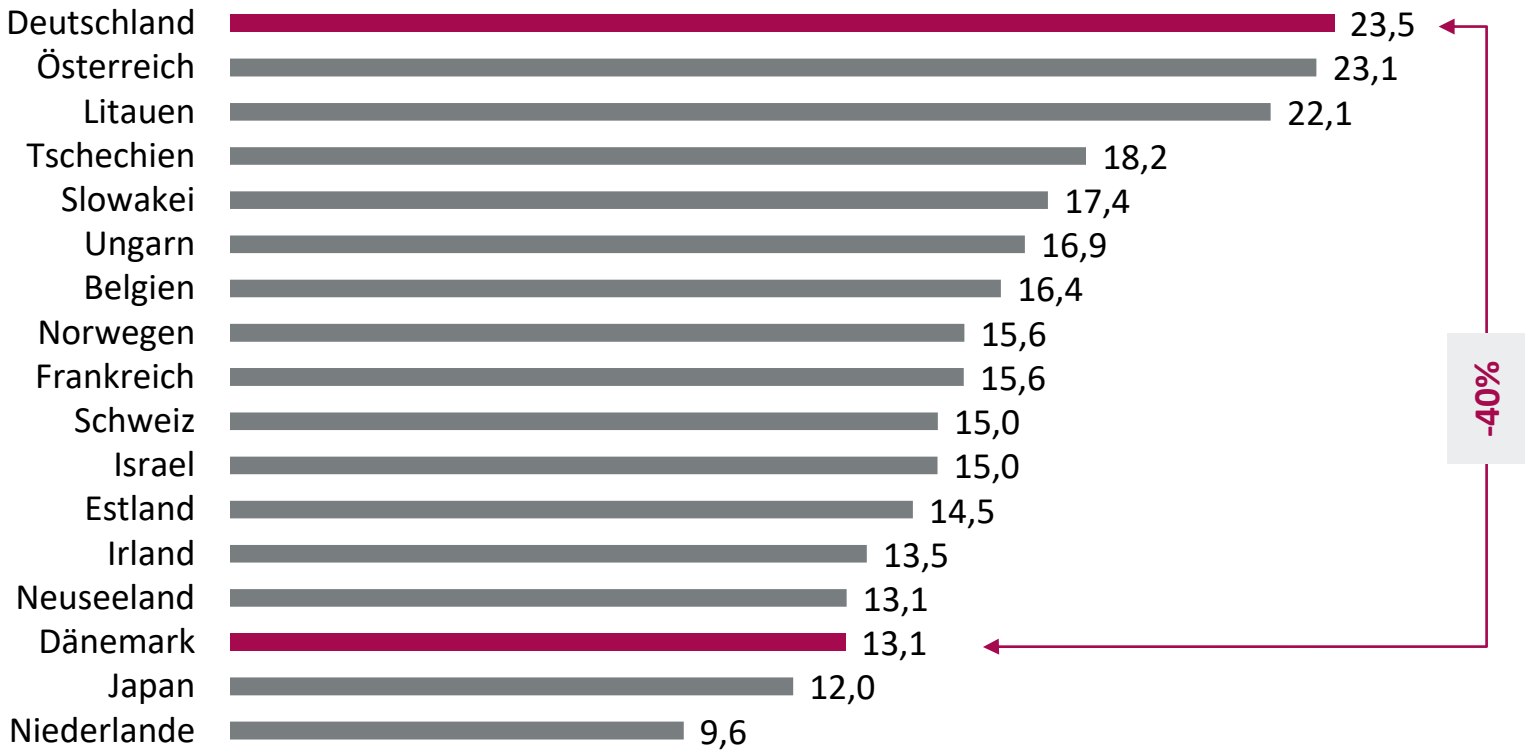
- … setzen den Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen; versorgungsnotwendige **Vorhaltungen** sind erst nach einer gewissen Menge finanziert → **Hamsterradeffekt**
- … verhindern eine sektorenübergreifende Versorgung und bremsen die **Ambulantisierung** aus
- … besitzen keine Erlösrelevanz für die **Pflege**
- … führen nicht zu einer hohen **Systemeffizienz**

Grundsätzliche Anpassung am Vergütungssystem nötig

Quelle: Eigene Darstellung

Tatsächlich ist die stationäre Fallzahl in Deutschland sehr hoch …

Krankenhausfälle je 100 Einwohner (vor „Corona“)



„Bottom-up-Schätzungen“ rechnen mit ambulantem **Potenzial von 20%**(1)

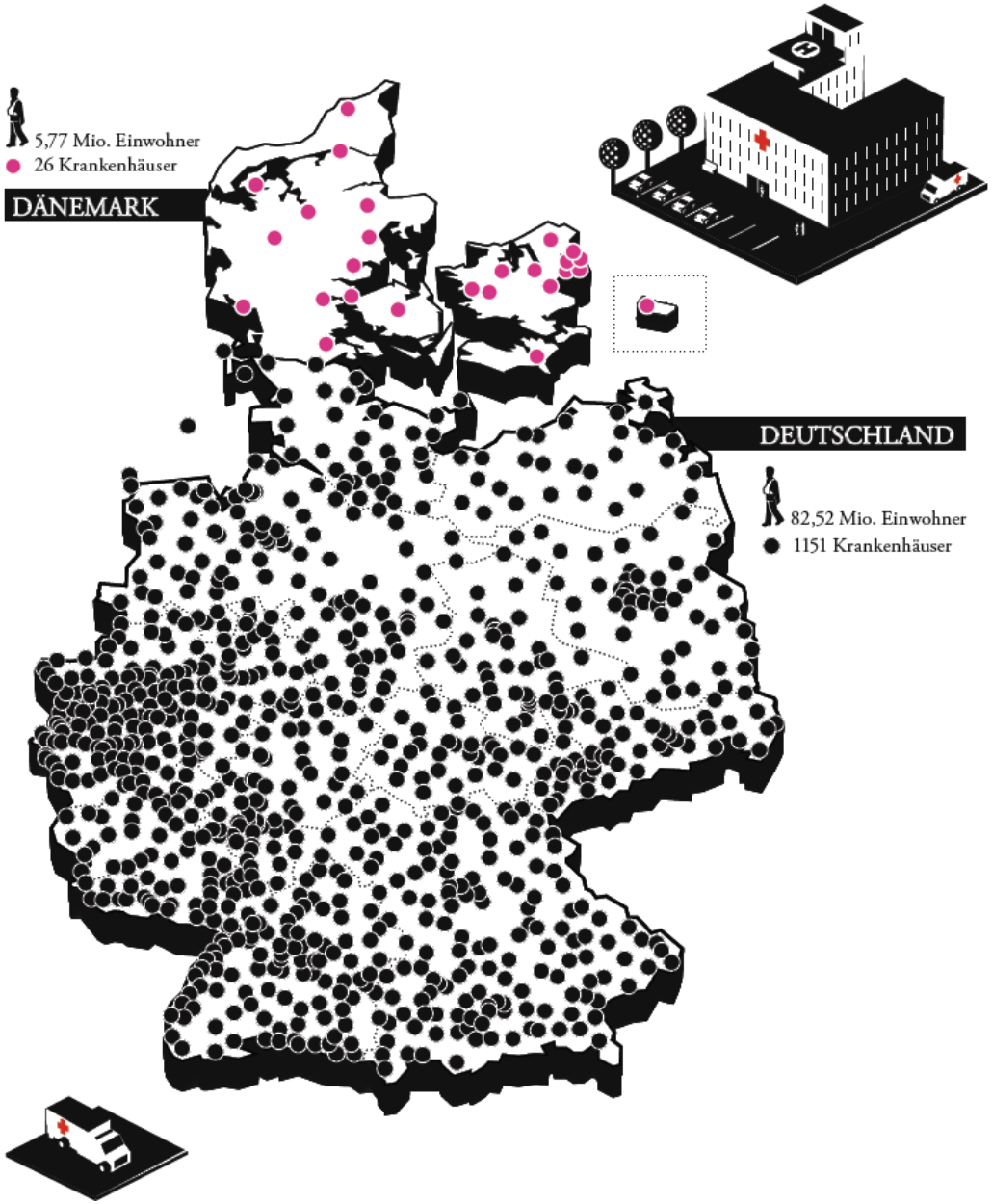
(1) Sundmacher et al. 2015 und verschiedene Abschätzung auf Basis des IGES-Gutachtens 2022

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019)

… ebenso ist die Krankenhausdichte sehr hoch

Stand 2018

In Deutschland gibt es – neben Hunderten Fachkliniken – **1.151 Grundversorger**, d.h. Krankenhäuser mit mindestens Chirurgie sowie Innere Medizin

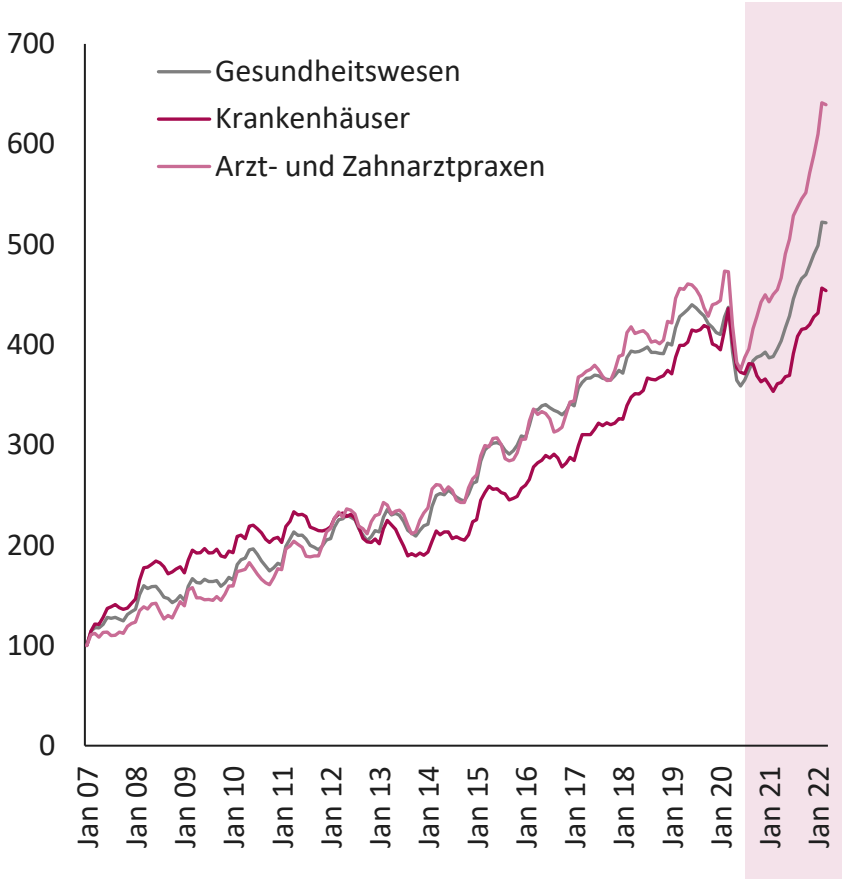


Quelle: ZEIT-Grafik, GKV-Spitzenverband, WIdO-Qualitätsmonitor, OECD, Krankenhausreport

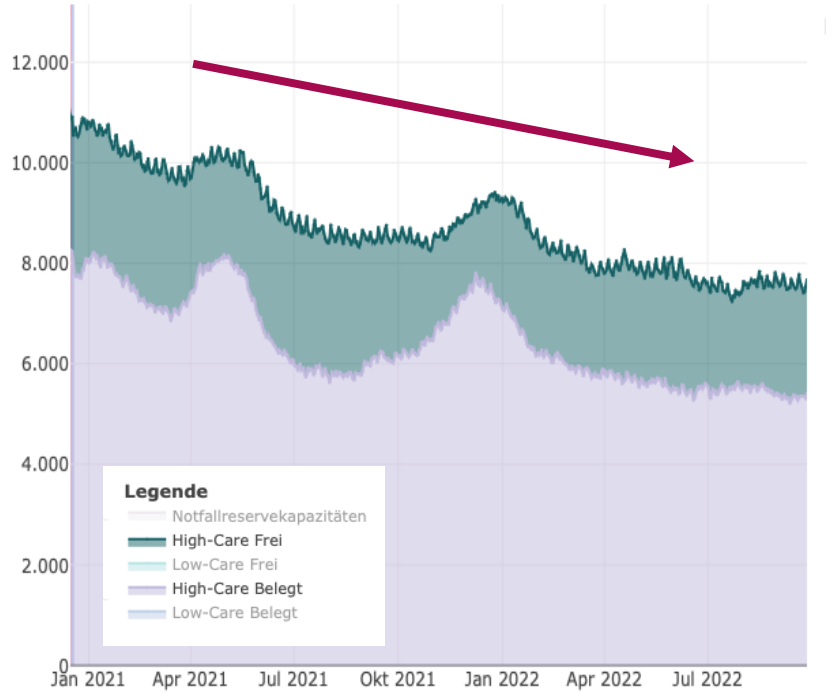
Der wachsende Personalengpass kann zu einer Fehlallokation der knappen Fachkräfte führen

Mit Personal betreibbare High-Care-Intensivbetten werden weniger

Bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen
Januar 2007 = 100



Behandlungskapazitäten High-Care-Intensivbetten
Kumulative Anzahl

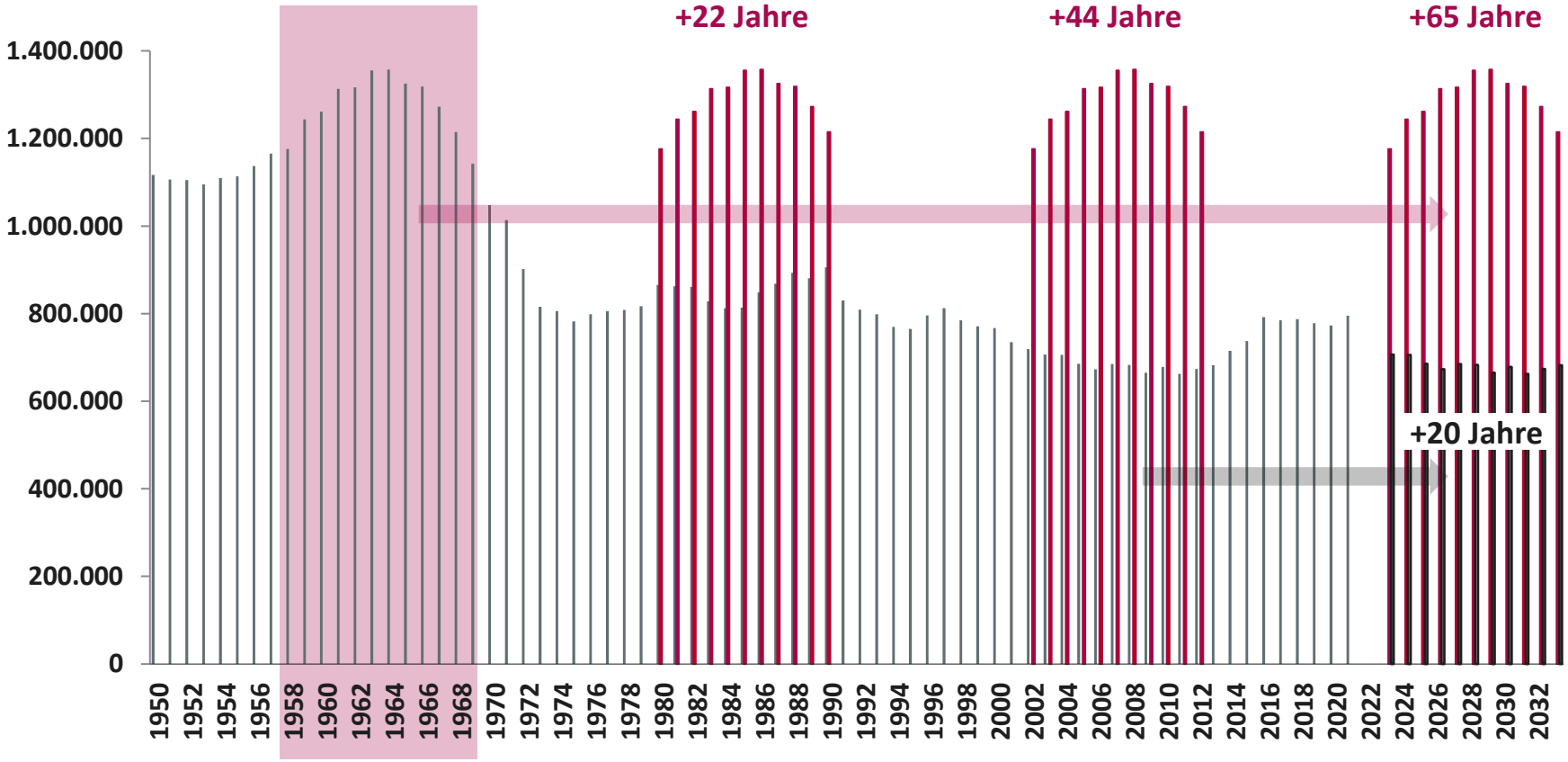


Anmerkung: Gesundheitswesen umfasst Krankenhäuser, Arztpraxen und sonstige Einrichtungen.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022; DIVI-Intensivregister

Der Personalengpass wird noch deutlich größer werden

2023 werden ca. 1,2 Millionen Menschen 65 und etwa 700.000 Menschen 20 Jahre alt

Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Destatis

Auch die Defizite der Krankenkassen nehmen zu …

Zusatzbeiträge können drastisch steigen

22.02.2022: 5,7 Milliarden Minus: Krankenkassen melden laut Bericht höchstes Defizit aller Zeiten

kma Online

kma-online.de / Aktuelles / Politik / GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt

Bundeskabinett

GKV-Zuschuss für 2022 wird aufge

Die geforderte Finanzspritze für d sen (GKV) von weite sieben Milliarden Euro fü PKV monierte die Zuschüsse als n

Kassen erhalten 2021 Zuschuss aus Steuermitteln in Höhe von 7 Mrd. € p.a.

Komme teilen mitteilen te

Die gesetzlich sicherungen (GKV) sollen im den Jahr eine zusätzliche Milliardenspritze vom Bund bekommen, um die Beiträge stabil zu halten. Das sieht eine Verordnung von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor, die das geschäftsführende Kabinett am 3. November auf den Weg gebracht hat. Im Einvernehmen mit dem Finanzressort soll der Zuschuss für 2022 demnach um nochmals sieben Milliarden Euro aufgestockt werden - auf dann insgesamt 28,5 Milliarden Eu Bundestag muss noch zustimmen. Die Kassen begrüßten die Schritte, forder die neue Regierung aber auch grundsätzliche Entscheidungen zur Finanz-Stabilisierung

Symbolfoto

Ärzteblatt vom 22.11.2021

Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weit

Montag, 22. November 2021

Newsletter abonnieren | Zur Startseite

Im Jahr 2023 wird ein Defizit von 17 Milliarden Euro erwartet = ca. 1 Beitragssatzpunkt

/dpa

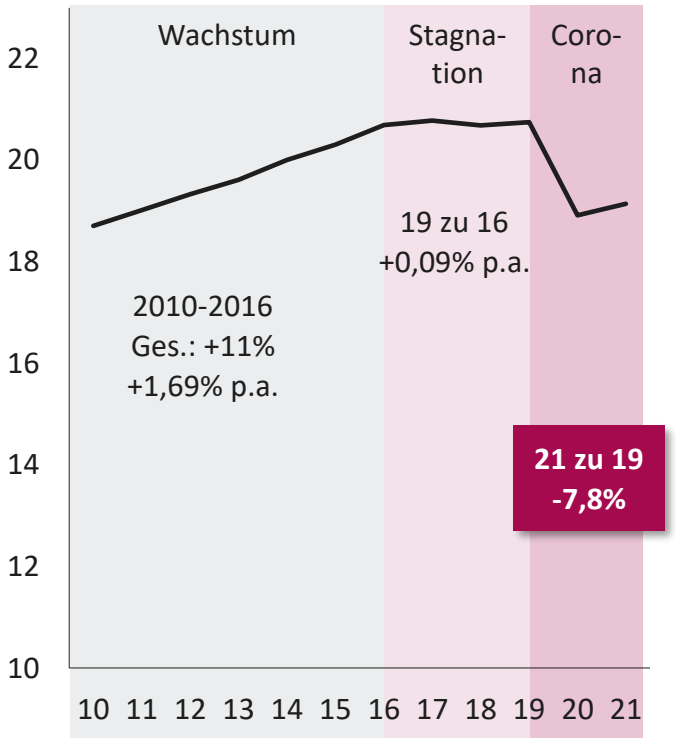
Berlin – Die Krankenkassen trudeln offenbar immer tiefer ins Defizit. Nach drei Quartalen sind Ausgabenüberschüsse von 3,2 Milliarden Euro aufgelaufen. Allein die AOK-Gemeinschaft verzeichnet nach neun Monaten ein Minus von 2,7 Milliarden Euro. Das berichtete die *Ärzte-Zeitung* am vergangenen Freitag.

Quelle: Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weiter (aerzteblatt.de); SPIEGEL vom 21.05.2022, Interview mit Jens Baas, Techniker Krankenkasse

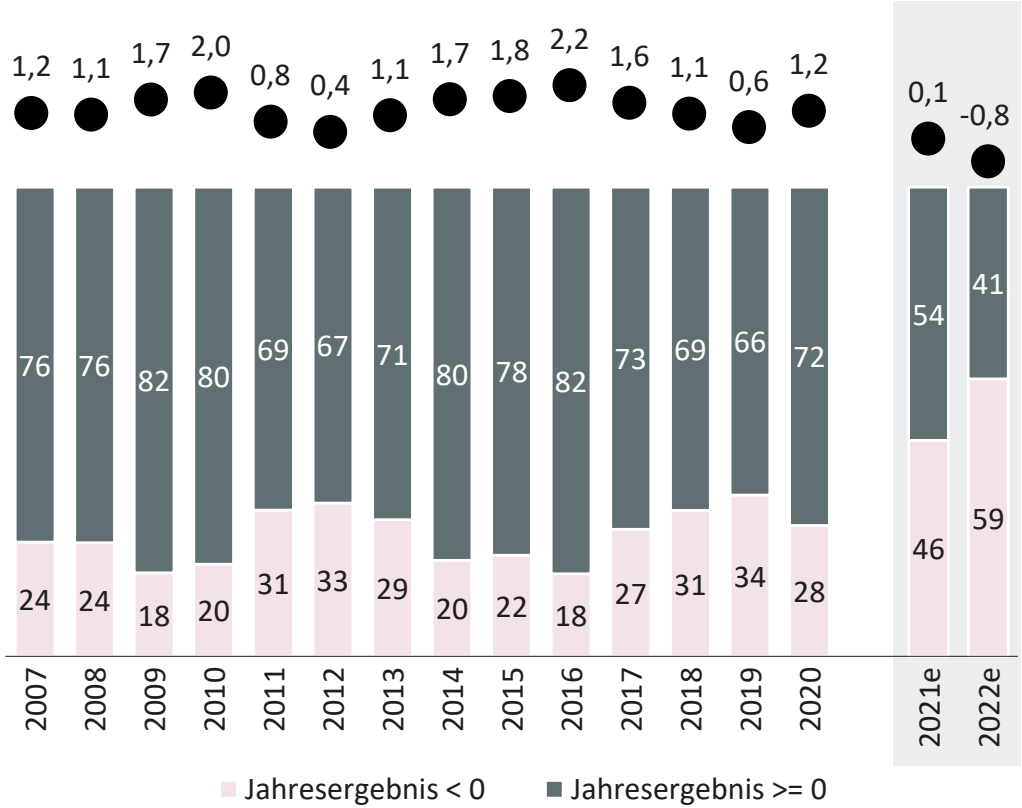
… und die Krankenhäuser sind nicht robust aufgestellt

Niedrige Leistungszahlen, wirtschaftlicher Ausblick düster

Leistungszahlen = Casemixvolumen[1]



Jahresergebnis[2] (als Anteil an Erlösen)



(1) Casemix vor Umstellung im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten
(2) EAT, Earnings after taxes
Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Agenda

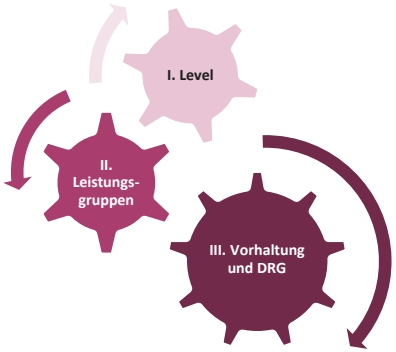
Ausgangslage

Reformvorschlag der Regierungskommission

Folgeabschätzung

Regierungskommission schlägt eine grundlegende Reform mit drei Komponenten vor

Pressekonferenz vom 6.12.2022



a Reduktion der Bedeutung der DRG; im Gegenzug **Vorhaltebudgets** für Leistungsgruppen

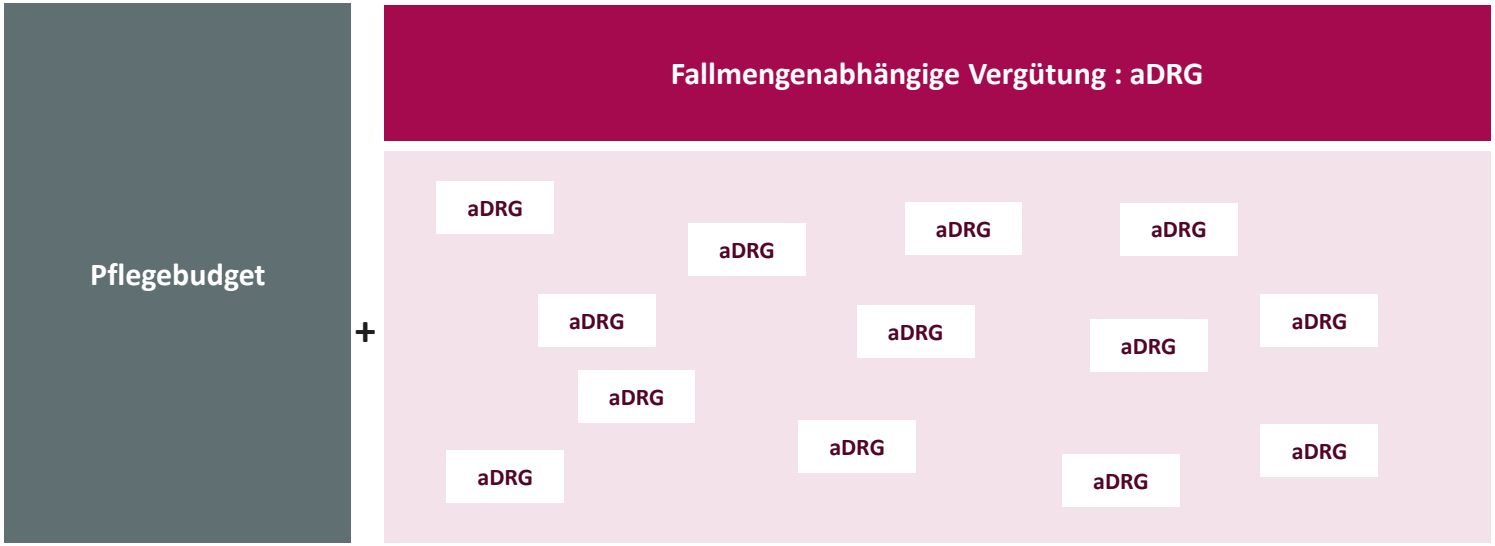
b System von **Leistungsgruppen** (LG), die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Versorgungsstufen zugeordnet werden können

c Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Level)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen

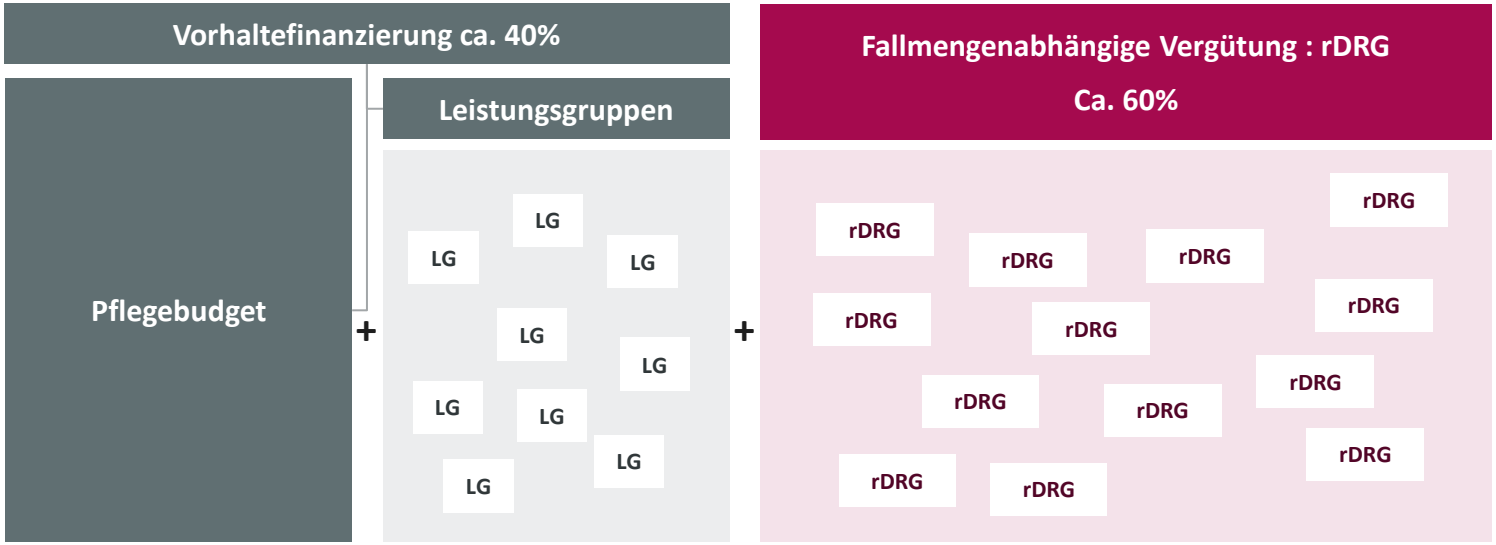
Bisher



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen

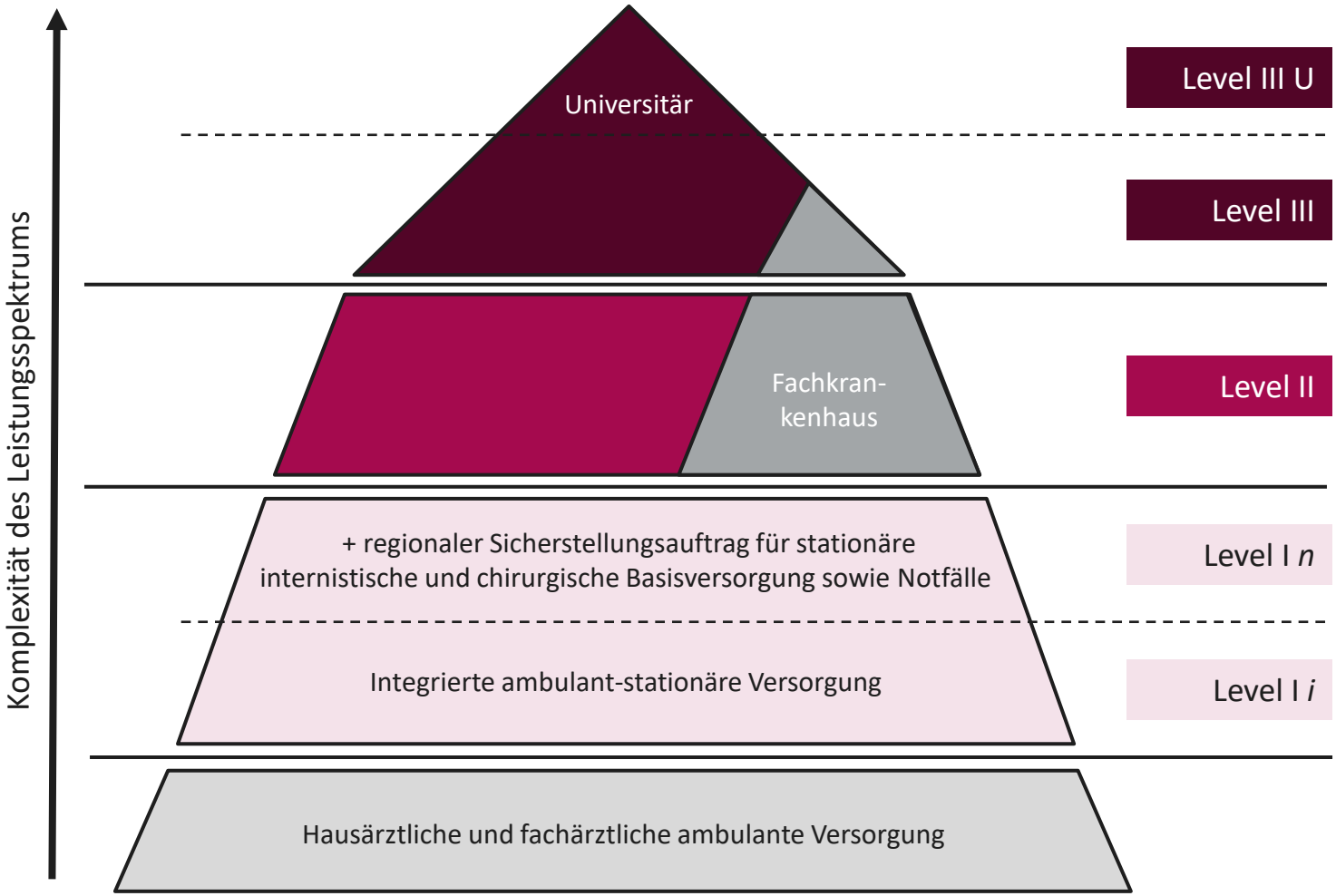
Vorschlag



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Dabei soll es künftig drei Versorgungslevel geben

Mit Substufen „universitär“ und „integriert ambulant-stationär“



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Kategorisierung der Krankenhausleistungen in 128 Leistungsgruppen

Definition nach ICD und OPS-Codes

Behandlung innerhalb einer Gruppe benötigt **ähnliche Qualifikationen**, **Kompetenzen** und **Erfahrungen** sowie gleichartige technische **Ausstattung**

Mindestvorgaben *für Personal und Technik, die später die derzeit getrennt existierenden Qualitätsvorgaben berücksichtigen bzw. erweitern*[1]

Definition der Leistungsgruppen nach ICD und OPS

Insgesamt 128 LG

Wichtige Rolle der **Fachgesellschaften**

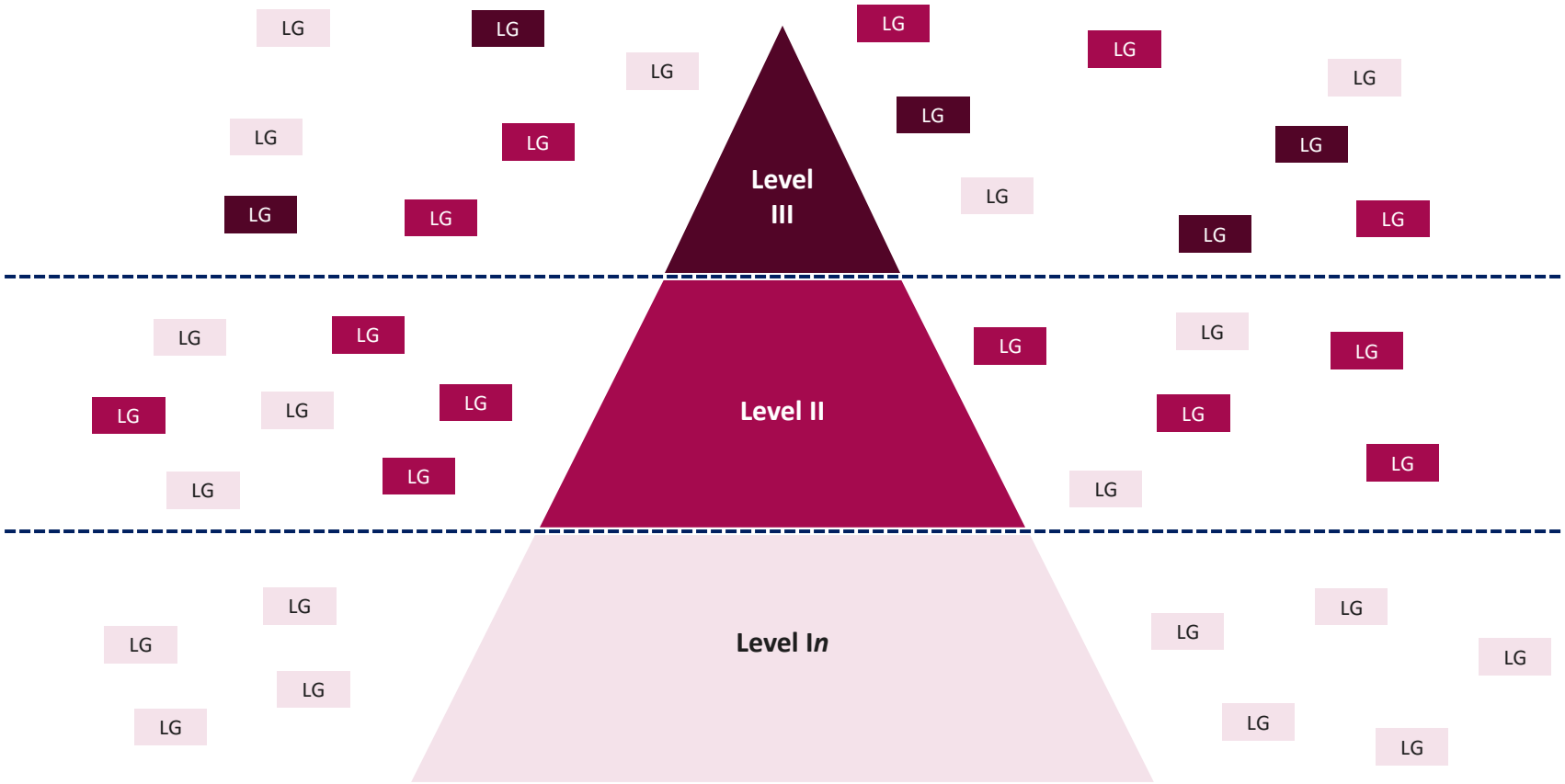
Querschnittsbereiche *wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sind Teil der Mindeststrukturvoraussetzung*

(1) Dabei gelten die Personalvorgaben nicht nur innerhalb der bettenführenden Abteilungen, sondern auch darüber hinaus, etwa in Radiologie oder im Labor

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Die Leistungsgruppen werden mit den Krankenhausleveln verknüpft

Nicht jede Leistungsgruppe kann von allen Leveln erbracht werden



Anmerkung: Fachkliniken sind in ihrem Fachgebiet dem Level II und/oder III zugeordnet
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Am 5. Januar tagten Bund und Länder: Gesetzesentwurf bis Sommer

Folgeabschätzung mit ersten Ergebnissen am 13. Februar 2023

Ergebnisse
Bis **Sommerpause** 2023 Vorschlag zu neuer Vergütungs- und Planungsstruktur
Gemeinsame Gesetzgebung: Bund, Fraktionen und Länder
Regierungskommissions-Papier = **Arbeitsgrundlage**
Öffnungsklauseln für Länder, keine „One Size fits all“-Vorgaben

Lauterbach: „Wir stehen am Vorabend einer notwendigen Revolution im Krankenhaussektor.“

DKG: „Gutes Zeichen, um einen konsensualen Reformschritt auf den Weg zu bringen.“

Folgeabschätzung nötig, um Spielräume zu bewerten
Erste Ergebnisse am 13. Februar 2023

Quelle: hcb

Agenda

Ausgangslage

Reformvorschlag der Regierungskommission

Folgeabschätzung

Folgeabschätzung auf Basis öffentlich zugänglicher Daten

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Datenjahr **2020**

Einschluss somatischer Krankenhäuser mit **>= 100** vollstationären Fällen auf Standortebene

Modellierung Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach **NRW-Systematik (60 LG)**

Daten können im **Einzelfall fehlerbehaftet** sein, für Menge aller Krankenhäuser aber **aussagekräftig**

→ **Statistische Aussagen sind möglich, jedoch Einzelfallaussagen nicht durchgängig möglich**

Notfallstufe nach GBA-Richtlinie

Prognose des GKV-Spitzenverbands vom Februar 2022(1)

Identifikation der Fachkliniken

Manuelle Prüfung in **Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften** von

- **Level 1i** – Krankenhäusern
- Krankenhäusern **ohne Zuordnung zu einem Level**

(1) In der Zwischenzeit könnten weitere Standorte eine Notfallstufe erhalten haben

Quelle: hcb, Vebeto

Die verwendete Methodik orientiert sich an Datengrundlage und den Vorschlägen des Reformpapiers = Basisszenario

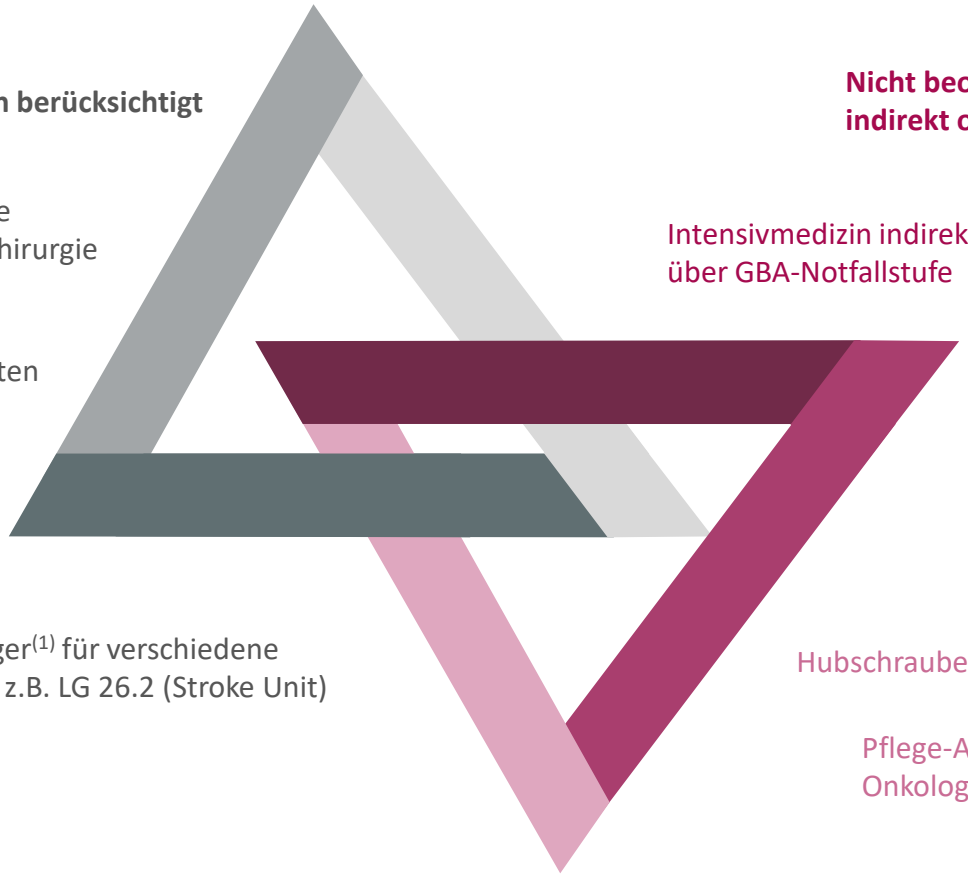
Beobachtbare Kriterien berücksichtigt

Fachabteilung Innere Medizin und/oder Chirurgie

Erreichbarkeiten für Level 1n

GBA-Notfallstufe

Relevanter Versorger[1] für verschiedene Leistungsgruppen, z.B. LG 26.2 (Stroke Unit)



Nicht beobachtbare Kriterien indirekt oder nicht berücksichtigt

Intensivmedizin indirekt über GBA-Notfallstufe

MRT und LG Kardiologie indirekt über GBA-Notfallstufe

CT, Labor, Angiograhpie, Endoskopie

Telemed. Verknüpfung

Hubschrauberlandeplatz

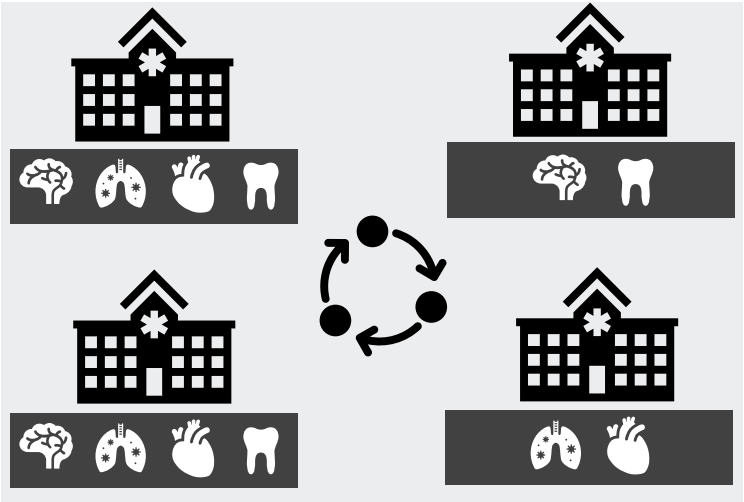
Pflege-Ausbildungsstätten, Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren

Level-Zuordnung im Basisszenario leicht weniger streng als im Reformpapier

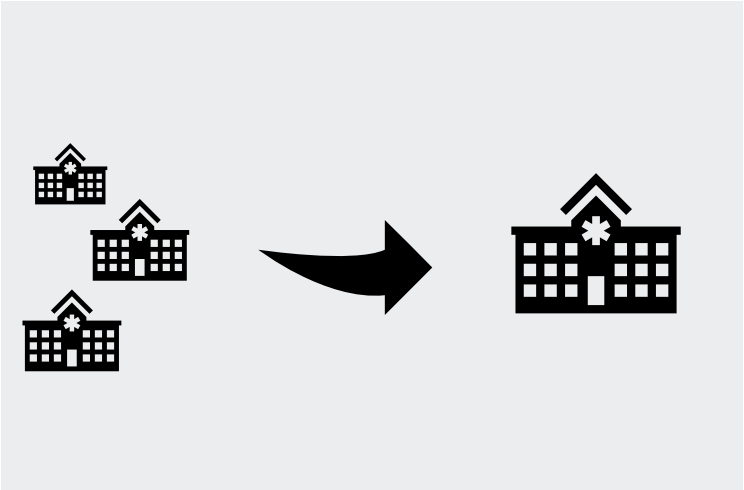
(1) Ein Krankenhaus wird als relevanter Versorger klassifiziert, wenn der gewichtete Fallzahlrang mind. 2,5 beträgt. Das bedeutet, dass 97,5 Prozent der Patienten in Häusern behandelt wurden, die eine größere Fallzahl hatten, als das betrachtete Haus.

Quelle: hcb, Vebeto

In weiteren, noch folgenden Szenarien werden mögliche Anpassungen der Krankenhausträger simuliert



<u>Schwerpunktbildung</u> durch Tausch von Leistungsgruppen zwischen verschiedenen Standorten



<u>Konzentration von Kapazitäten</u> durch Zusammenlegung von mindestens zwei Standorten

- trägerintern
- trägerübergreifend

Quelle: hcb, Vebeto

Der Reformvorschlag erlaubt Abweichungen von den Vorgaben …

… die im Basisszenario teilweise abgebildet sind

Abschwächung der Kriterien für Level II

Nicht alle Kriterien für Level II zwingend zu erfüllen, um Level II zu erreichen; in diesem Fall Abschlag am Vorhaltebudget

Ansiedlung von Fachkliniken an Level 2 oder 3

Perspektivische Ansiedlung wünschenswert, jedoch kein Muss

Mehrere Standorte können als eine Einheit gezählt werden

Trägerintern[1] und trägerübergreifend (= Kooperation) möglich, wenn im 5km-Radius

Konvergenzphase

Erlaubt Ausnahmen in der kurzen und mittleren Frist

Aussetzen der 30 Minuten-Regel (für Level 1n)

Kann vom Bundesland ausgesetzt werden

bereits in Basissimulation umgesetzt | Nicht in Basissimulation umgesetzt

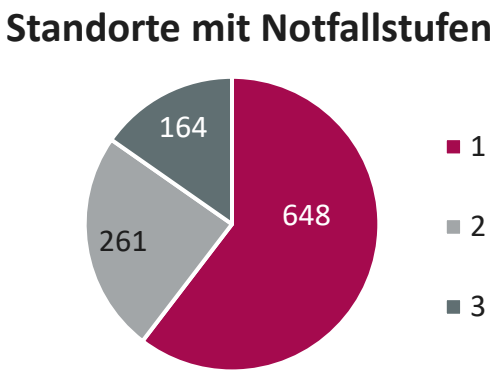
(1) Trägerintern bereits in der Simulation berücksichtigt, trägerübergreifend noch nicht simuliert

Quelle: hcb, Vebeto

Insgesamt gibt es in den Daten 1.697 Standorte

Davon 425 mit GBA-Notfallstufe 2 oder 3

Größenklasse	freigemeinnützig	Öffentlich(1)	privat	Total
weniger als 100	95 (6%)	85 (5%)	194 (11%)	**374 (22%)**
100 – 249	266 (16%)	208 (12%)	169 (10%)	**643 (38%)**
250 – 499	224 (13%)	156 (9%)	73 (4%)	**453 (27%)**
500 – 999	45 (3%)	107 (6%)	30 (2%)	**182 (11%)**
1.000 und mehr	1 (0%)	40 (2%)	4 (0%)	**45 (3%)**
Total	**631 (37%)**	**596 (35%)**	**470 (28%)**	**1.697 (100%)**



(1) Inklusive universitäre Häuser

Quelle: hcb, Vebeto

Im Basisszenario 232 Standorte des Level 2 oder 3

Level	Freigem.	Öffentlich[1]	privat	Total
Ohne Zuordn.	59	49	107	**215 (13%)**
1i	149	99	168	**416 (24%)**
1n[2]	376	302	156	**834 (49%)**
2	27	39	16	**82 (5%)**
3	20	107	23	**150 (9%)**
Total	**631 (37%)**	**596 (35%)**	**470 (28%)**	**1.697 (100%)**

Von den **631** Standorten Level 1i und ohne Zuordnung bis zu **426** potenziell **Fachkliniken**; Unterscheidung zw. Standorten Level 1i und ohne Zuordnung ist jedoch unscharf

Bei Anwendung des „30-Minuten-Kriteriums“ würden **562 1n-Kliniken zu 1i-Kliniken**

Vergleich: insgesamt **425 Standorte mit Notfallstufe 2 oder 3**

(1) Inklusive universitäre Häuser
(2) Das Erreichbarkeitskriterium zum 30-Minuten-Umkreis ist hier nicht eingegangen
Quelle: hcb, Vebeto

Die Standorte des Level 2 und 3 umfassen 38% der Fallzahlen

Prozentualer Fallzahlanteil

Level	freigemeinnützig	Öffentlich(1)	privat	Total
Ohne Zuordnung	1	1	1	**3**
1i	3	2	3	**8**
1n(2)	25	19	8	**51**
2	3	4	2	**9**
3	3	22	4	**29**
Total	**35**	**48**	**18**	**100**

Die **426** potenzielle **Fachkliniken** umfassen **6%** der Fälle

(1) Inklusive universitäre Häuser
(2) Das Erreichbarkeitskriterium zum 30-Minuten-Umkreis ist hier nicht eingegangen
Quelle: hcb, Vebeto

Strenge Anwendung der Kriterien (Basisszenario) würde zu großer Verschiebung der Patientenströme führen

Beispielhafte Leistungsgruppen

Fachgebiet	Standorte vorher	Standorte nachher	Anteil zu verlagernder Fälle, circa in %
Neurologie	317	187	39
Urologie	318	163	47
Interventionelle Kardiologie	603	223	56
Geburtshilfe	593	227	52

Andere Leistungsgruppen mit ähnlichen Ergebnissen

Quelle: hcb, Vebeto

Beispiel Nordrhein-Westfalen

Level	Anzahl Standorte	Fallzahl-anteil in %
Ohne Zuordnung	26	1
1i	63	6
1n[2]	233	68
2	14	6
3	22	18
Total	**358**	**100**

Fachgebiet	Standorte vorher	Standorte nachher	Anteil zu verlagernder Fälle, circa in %
Neurologie	74	33	52
Urologie	80	22	72
Interventionelle Kardiologie	136	34	70
Geburtshilfe	137	35	70

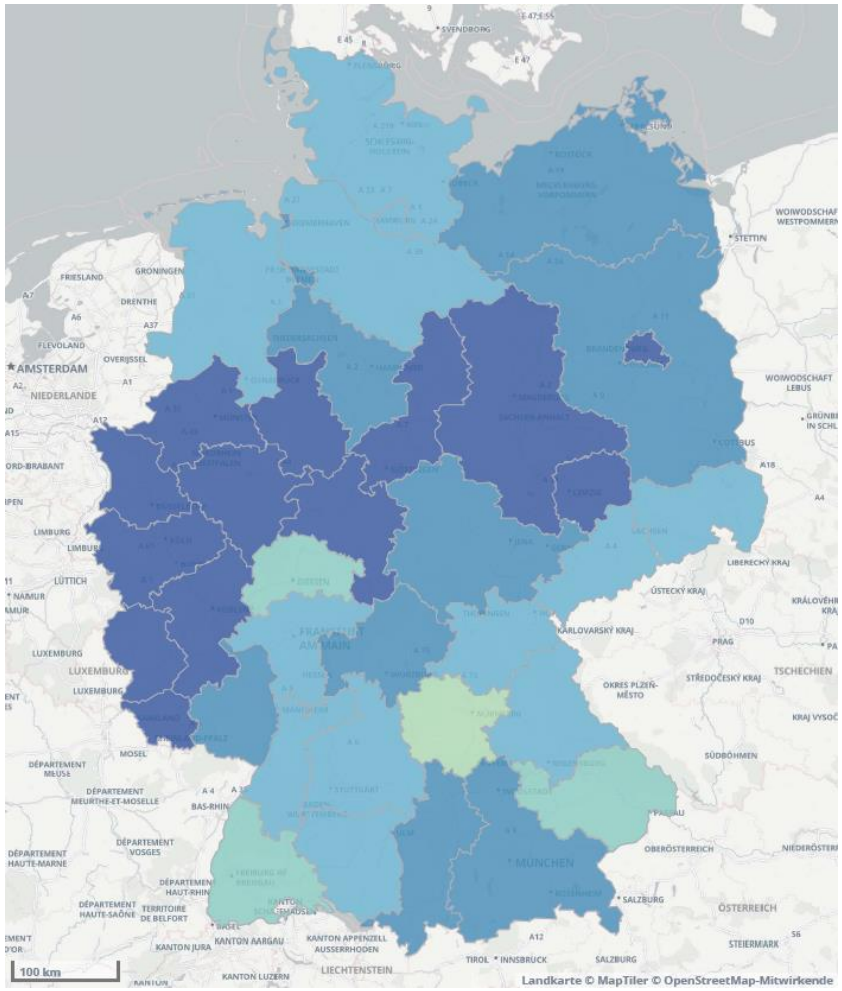
Quelle: hcb, Vebeto

Regional unterschiedliche Ergebnisse am Beispiel der Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße (LG 12.3)“

Elektive Leistungen, die nicht an Fachkliniken erbracht werden

Anteil zu verlagernder Fälle in %

- ≤ 15
- 15 – 30
- 30 – 45
- 45 – 60
- ≥ 60



Anmerkung: Die Karte zeigt den Anteil der Patienten, die in anderen Krankenhäusern behandelt werden müssten, wenn die LG nur noch in Level II und Level III Häusern behandelt werden könnte. Die Daten sind auf Ebene der Regierungsbezirke aggregiert.

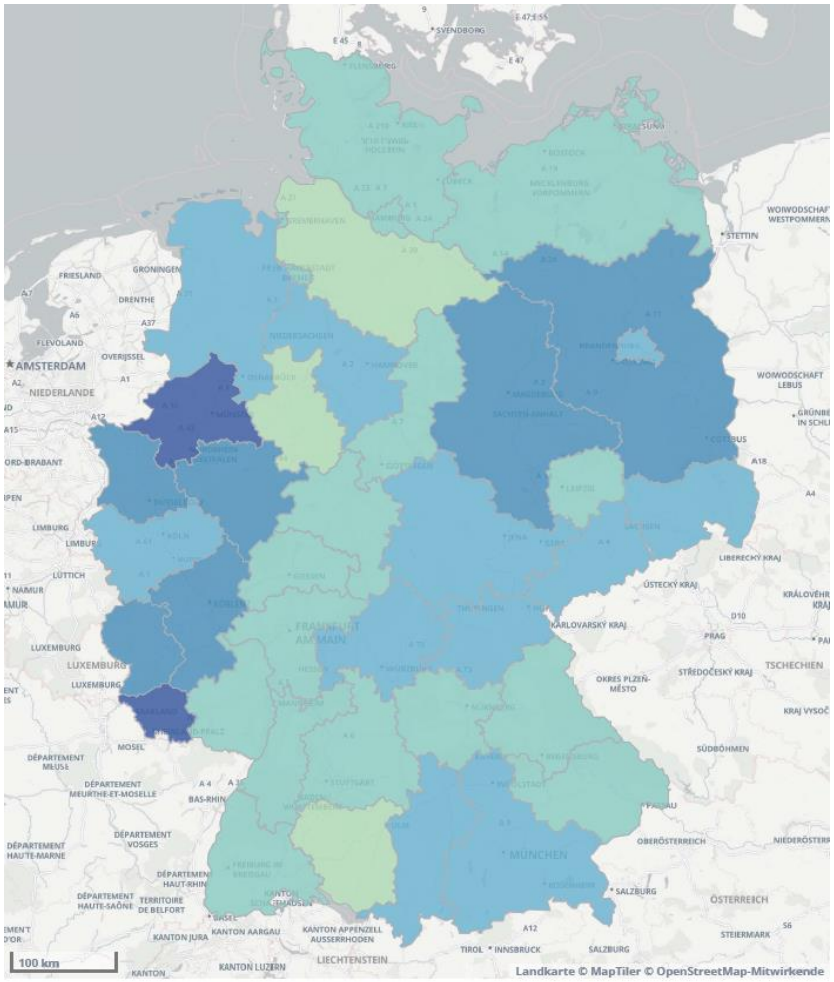
Quelle: hcb, Vebeto

Regional unterschiedliche Ergebnisse am Beispiel der Leistungsgruppe „Stroke Unit (LG 26.2)“

Notfallleistungen, die nicht an Fachkliniken erbracht werden

Anteil zu verlagernder Fälle in %

- ≤ 15
- 15 – 30
- 30 – 45
- 45 – 60
- ≥ 60



Anmerkung: Die Karte zeigt den Anteil der Patienten, die in anderen Krankenhäusern behandelt werden müssten, wenn die LG nur noch in Level II und Level III Häusern behandelt werden könnte. Die Daten sind auf Ebene der Regierungsbezirke aggregiert.

Quelle: hcb, Vebeto

Anpassung der Kriterien und ausreichend Übergangszeit zu empfehlen

Eigene Überlegungen

Jede Leistungsgruppe in min. einem Standort innerhalb der für die LG passenden **Region**

Levelzuordnung: Level 2 auch ohne Stroke Unit oder ohne Geburtshilfe; Levelerreichung durch lokale Kooperationen

Fachklinikstatus bei Kliniken, die eine große Spezialisierung vorhalten, die über ihr Level hinausgeht

Kopplung Leistungsgruppen an Level: Erweiterung der zugelassenen Leistungsgruppen für Level 2

In **Ballungsgebieten** jede Leistungsgruppe an mindestens zwei Standorten (Wettbewerb)

Telemedizinische Anbindung in ausgewählten LG als möglicher Ersatz

Außerdem Simulation der **Anpassungsreaktionen** der Kliniken (Schwerpunktbildungen und Kapazitätszusammenlegungen) → Abschätzung **Investitionsbedarf**

Quelle: hcb, Vebeto

Schematisch dargestellt

Anpassungen der KH-Träger

Anpassungen der Kriterien

IST-Struktur

SOLL-Struktur

Definition der **Übergangszeit** und
Abschätzung des **Investitionsbedarfs**

Quelle: hcb, Vebeto

Änderungen sind jedoch unvermeidlich, mit oder ohne Reform

Fachpersonen werden nicht mehr in dem Maße zur Verfügung stehen, wie wir es bislang gewohnt waren

Es kommt entweder zu einer **Auslese** nach Personalverfügbarkeit und wirtschaftlicher Lage mit implizierter **Rationierung** der Patientenversorgung …

… oder wir streben ein konsentiertes **Zielbild** an, das **Veränderungsbereitschaft** sowie **Investitionsmittel** erfordert und Gesundheitsangebote nach ihrem Nutzen für die Bevölkerung priorisiert

Quelle: hcb

Vielen Dank!

Institute for Health Care Business GmbH
Friedrich-Ebert-Straße 55
45127 Essen

Tel.: 0201 / 293 930 00
Mail: info@hcb-institute.de
URL: hcb-institute.de