

Auf der Zielgeraden zur Krankenhausreform –

Hohes Potenzial, aber auf die Umsetzung kommt es an!

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

Hochschulmedizin Dresden

■ Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2024

■ Berlin, 24.4.2024

Gesamtgesellschaftliche Herausforderungen

- Demographischer Wandel
- Fachkräftemangel
- Starke Konkurrenz um limitierte finanzielle Mittel
- Unzufriedenheit eines relevanten Teils der Bevölkerung
- Rückstand bei Digitaler Transformation

Strukturelle Probleme stationärer Bereich

- Unzureichende Leistungskonzentration
- Unzureichende Steuerung
- Starke Fallzahlenreize
- Unzureichende Ambulantisierung
- Mangelnde Investitionsfinanzierung
- Sehr viel Bürokratie



Ungehobene Qualitätspotenziale

- Notwendige KH-Behandlungen ohne qualitative Mindestausstattung
- Suboptimales Patientenoutcome (mit konsekutivem Folgebedarf)
- Große regionale Unterschiede



Nicht bedarfsgerechte Bindung knapper Ressourcen

- Nicht notwendige KH-Behandlungen
- Zunehmender Fachkräftemangel

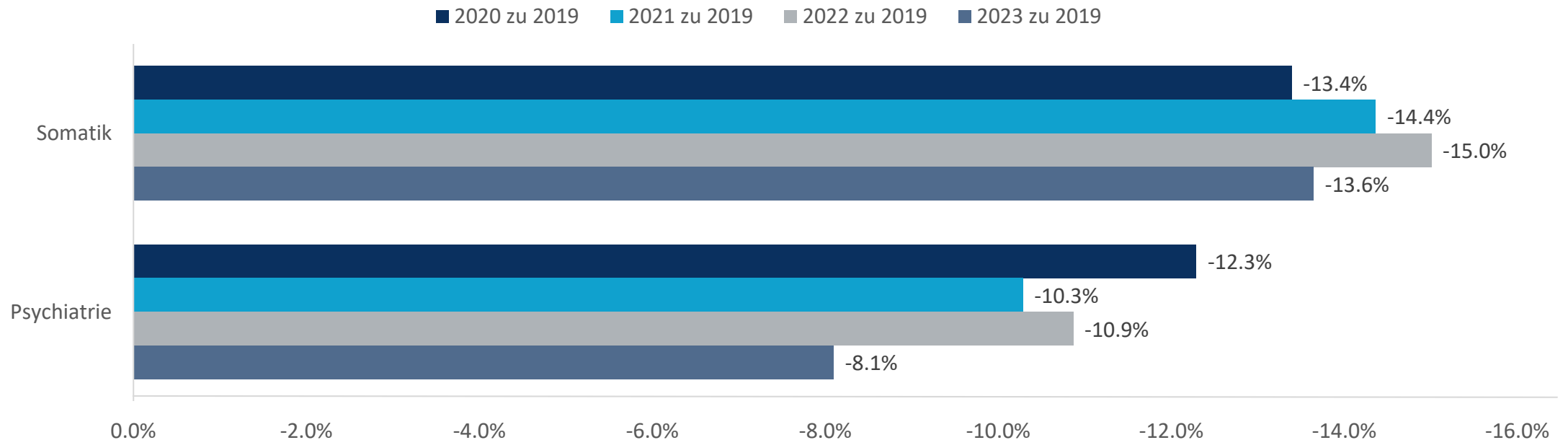


Ineffizienz des derzeitigen Systems

- Zu hohe Kosten des solidarisch finanzierten Systems
- Kalter Strukturwandel
- Unzufriedenheit bei allen Beteiligten

Stationäre Fallzahlen liegen auch im Jahr 2023 unterhalb des Jahres 2019, Fallzahlenanstieg gegenüber 2022

Vergleich AOK-Fallzahlen 2020 bis 2023 mit 2019, Veränderung in %

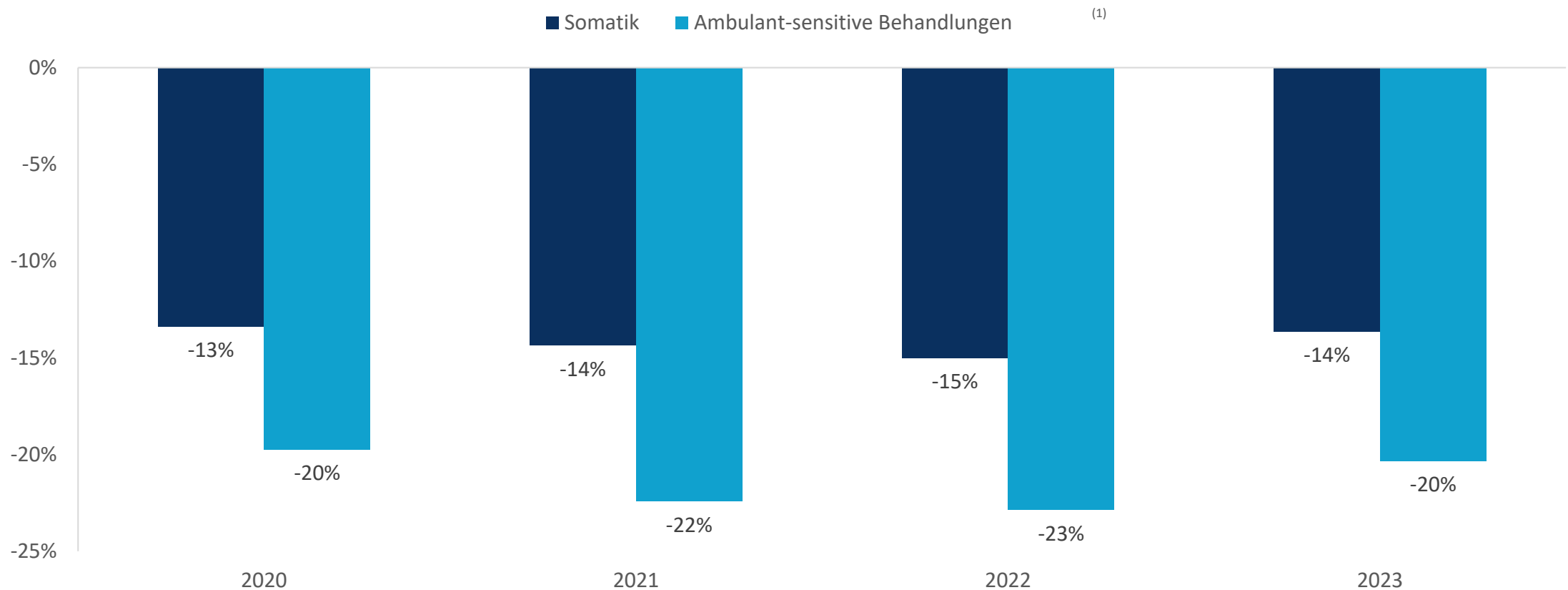


Im Vergleich zum Jahr 2022 steigen die Fallzahlen im Jahr 2023 in der Somatik um 1,6% und in der Psychiatrie um 3,1%.

Anmerkung: Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Aufnahmejahr. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

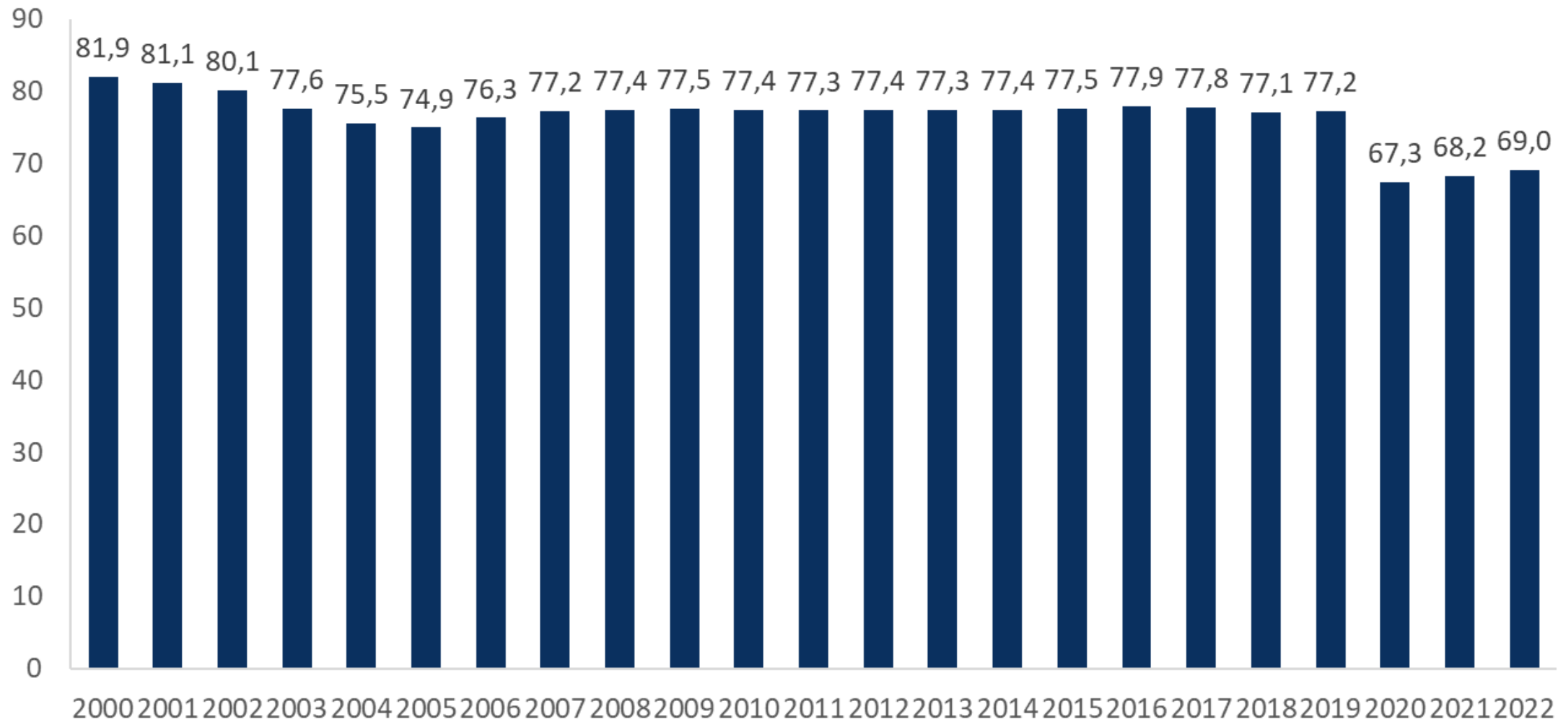
Fallzahlrückgang während der Pandemie legt deutlich dauerhafte Ambulantisierungspotenziale für die Zukunft nahe

Vergleich AOK-Fallzahlen 2020 bis 2023 mit 2019, Veränderung in %



Anmerkung: (1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Aufnahmejahr. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

Bettenauslastung: Statistisches Bundesamt



Aktuelles SVR-Gutachten: Bewältigung des Fachkräftemangels



**Bedarf an
Fachkräften**

**Inanspruch-
nahme von
Gesundheits-
Leistungen
(Nachfrage)**

**Bedarf an
Gesundheits-
leistungen**

Soziodemographie

Migration

SOLL

Bonn / Berlin, 26. Oktober

Erkrankungslast

...

Mutige Krankenhausreform und wirksame Digitalisierung zum gezielteren Einsatz der Fachkräfte im Gesundheitswesen nötig

Seit Jahren wird ein Fachkräftemangel im Gesundheitswesen beklagt. Deutschland habe, so ist oft zu hören, zu wenig Ärztinnen und Ärzte, zu wenig Pflegefachpersonen und andere Fachkräfte. Dabei bewegen sich die deutschen Kennzahlen bei vielen Heilberufen im internationalen Vergleich pro Einwohner im oberen Mittelfeld.

Jedoch tragen regionale Fehlverteilung und nicht bedarfsgerechter Einsatz vorhandener Fachkräfte sowie eine erschreckend beschränkte Nutzung digitaler Technologien deutlich zu den beklagten Engpässen bei.

Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Leitgedanke: Struktur- und Finanzierungsreform

Konzentration
Steuerung
Ambulantisierung

**führen zu
besserer**

Qualität
Effizienz (Finanzmittel und Personal)
Daseinsvorsorge

- Leistungsgruppen ✓
- Level X
- Vorhaltefinanzierung ✓
- Sektorenübergreifende Zentren ✓
- Transformationsfonds ✓

Konzentration und Steuerung

- Wissenschaftlich sehr klar belegt: *Spezialisierung führt zu besseren Ergebnissen in allen Bereichen der Medizin*
- **Leistungsgruppen sind ein entscheidendes Instrument.**
- *Wirkung nur, wenn die Kriterien zu Qualitätskonzentration führen, Ausnahmeregelungen sind kritisch und müssen begründet und zeitlich befristet werden!*
- Definition der Leistungsgruppen muss rasch klar sein (→ Rechtsverordnungen vorziehen)

Gefahr: Entkopplung der Struktur- und Finanzierungsreform

Sonderfall Krebs

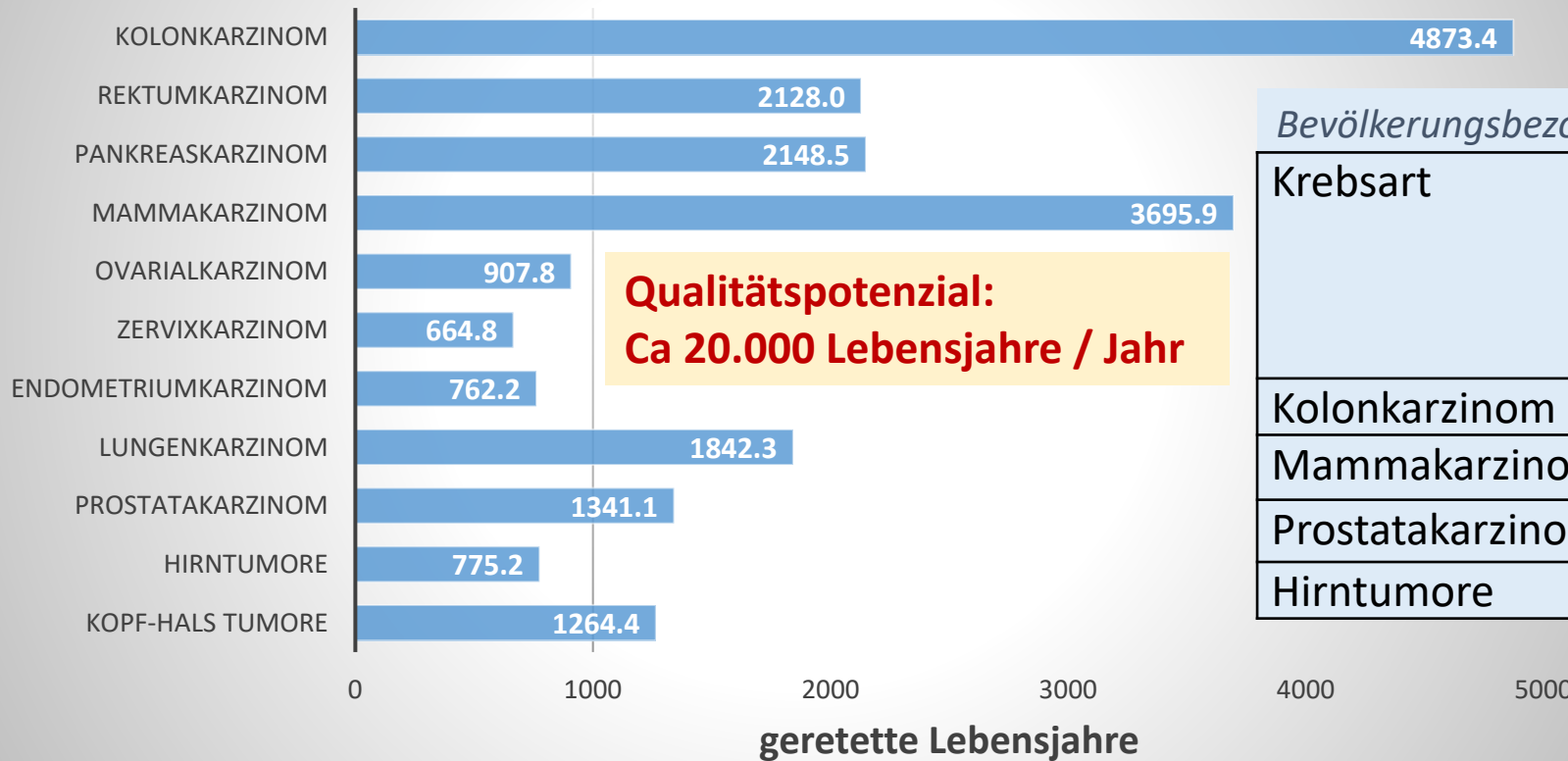
- **Nationaler Krebsplan 2008: Zertifizierungsprogramm**
- **WIZEN-Studie:** Patienten profitieren substantiell von Erstbehandlung ihrer Krebserkrankung in einem DKG-zertifizierten Krankenhaus

Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamtüberleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz	Anteil Behandlung inzidenter Fälle in zertifizierten Zentren 2021	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland
	GKV-Daten, WiZen	RKI-Daten (GKV-Daten bei Hirntm)	DKG**-Daten	DKG**-Daten
Kolonkarzinom	8 %	39.939	42 %	295
Rektumkarzinom	10 %	17.895	50 %	295
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	35 %	125
Mammakarzinom	23 %	78.135	84 %	263
Zervixkarzinom	16 %	4.575	62 %	168
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	47 %	168
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	61 %	168
Lungenkarzinom	3 %	59.151	39 %	79
Prostatakarzinom	17 %	27.619*	81%	131
Hirntumore	8 %	14.721	73 %	49
Kopf Hals Tumore	6 %	18.628	54 %	65

* nur radikale Prostatektomien berücksichtigt; Deutsche Krebsgesellschaft

Potenzialanalyse der Regierungskommission (5. Stellungnahme)

Potenzial der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs auf DKG-zertifizierte Krankenhäuser (gerettete Lebensjahre pro Jahr)



Bevölkerungsbezogene Fahrzeiten zu DKG-zertifizierten Krebszentren

Krebsart	Mediane Erreichbarkeit (Minuten)	Anteil der Bevölkerung in Erreichbarkeitskategorie	
		≤ 30 Minuten	>40 Minuten
Kolonkarzinom	16,4	87,8 %	11,0%
Mammakarzinom	17,5	76,3%	11,6%
Prostatakarzinom	22,3	64,6%	20,5%
Hirntumore	32,0	47,5%	39,4%

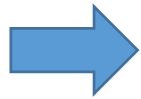
Referentenentwurf KHVVG, §40 KHG Konzentration onkochirurgischer Leistungen:

Umverteilung der 15% aller Fälle, die in den Kliniken mit den geringsten Fallzahlen operiert werden bei noch auszuwählenden Indikationen. → zu starke Vereinfachung: Qualitätspotenzial so nicht hebbar.

Planung der Länder muss Strukturverbesserungen induzieren !

Schlüsselfragen

Welche Standorte sind bedarfsnotwendig? Wo bestehen spezifische Transformationsbedarfe?



Simulationsinstrument der AG Potenzialanalyse der Regierungskommission und des GKV-SV

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc
Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH FFPH
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis
Franz Krause
Ronald Schwarz MSc
Dipl.-Volkswirt Johannes Wolff
Prof. Dr. med. Tom Bschor

**Krankenhausreform in
Deutschland: Popula-
tionsbezogenes Be-
rechnungs- und Simula-
tionsmodell zur Planung
und Folgenabschätzung**

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels, überproportional steigender Kosten und unzureichender Behandlungsqualität plant Deutschland eine grundlegende Krankenhausreform. Die Regierungskommission hat hierfür die zentralen Konzepte erarbeitet. So soll mit einer Planung nach Leistungsgruppen, denen definierte Vorgaben zur Strukturqualität zugrunde liegen, mit einer Reduktion des ökonomischen Drucks auf eine Fallzahlausweitung durch die Einführung einer Vorhaltevergütung und mit einer Einteilung der Krankenhäuser in Level – zumindest in Form einer transparenten Information der Allgemeinheit – eine Zentralisierung der Krankenhausangebote in den überversorgten Ballungsgebieten erreicht werden. Bislang fehlt aber ein generisches Modell, das populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts bezüglich Behandlungszahl und -schwere ein Maß für die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser ermittelt.

Methoden: Wir entwickelten ein generisches Modell zur Ermittlung der krankenshausstandort-bezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit für die unterschiedlichen Leistungsgruppen. Die so ermittelten Maße für die Bedarfsnotwendigkeit könnten auch bei der Bemessung der Vorhaltefinanzierung Anwendung finden. Für das Modell wurden die Leistungsgruppen nach Spezialisierungsgrad und Dringlichkeit in vier Kategorien mit Erreichbarkeitsgrenzen von 30, 45, 90 und 180 Minuten eingeteilt. Zur Simulation der populationsbezogenen Versorgungsbedeutung kamen Gravitationsmodelle zum Einsatz. Im Basismodell erfolgte die Bestimmung der Versorgungsbedeutung ausschließlich anhand der Erreichbarkeit für die innerhalb des jeweiligen Erreichbarkeitskorridors lebende Bevölkerung. In erweiterten Modellen wurden zusätzlich die historische Fallzahl und deren Fallschwere berücksichtigt, um aktuelle Versorgungskapazitäten und bestehende Wahlentscheidungen der Bevölkerung u. a. bezüglich der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Das Modell wurde basierend auf bundesweiten § 21-Daten implementiert und Auswirkungen der Gewichtung der drei Einflussgrößen (i) Population, (ii) Fallzahl und (iii) Fallschwere auf die Verteilung Versorgungsbedeutung der Krankenhausstandorte ermittelt. Am Beispiel der „Endoprothetik Knie“ (LG 14.2 in NRW) im Bundesland Sachsen wurde die Auswirkung der Konzentration auf

Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Modellierung auf Basis bundesweiter §21 Daten (2021)*

Basismodell:

- Ausgangspunkt Wohnbevölkerung (ca. 80.000 Marktzellen mit je ca. 1000 Personen)
- Darstellung der Leistungsgruppen (LG) nach NRW-Definition an allen KH-Standorten
16,5 Mio. Fälle, von denen 16,2 Mio. einer LG zugeordnet werden konnten
- Definition von Erreichbarkeitsgrenzen für LG (30, 60, 90, 180 Minuten)
- **Gravitationsmodell: Verteilung des bevölkerungsbezogenen Bedarfs auf LG-Anbieter**
→ *Gewichtung der Standorte nach Erreichbarkeit*

Erweitertes Modell:

- zusätzliche Berücksichtigung der Ist-Fallzahl und Ist-CMI (DRG), um Kapazität und Patientenwahl zu berücksichtigen – Status Quo Orientierung.
- Vermeidung disruptiver Veränderungen
→ *Gewichtung der Standorte nach Erreichbarkeit, Kapazität und Patientenpräferenz*

Singularitätsmodell:

- Effekt bei hypothetischem Wegfall einer LG an einem KH-Standort auf die Erreichbarkeit der Bevölkerung
- Zusätzliche Fahrzeitminuten für die Bevölkerung
- Personenzahl, für die kein Standort mit der LG mehr innerhalb der Erreichbarkeitsgrenze erreichbar wäre
→ *Darstellung „absolute“ Bedarfsnotwendigkeit*

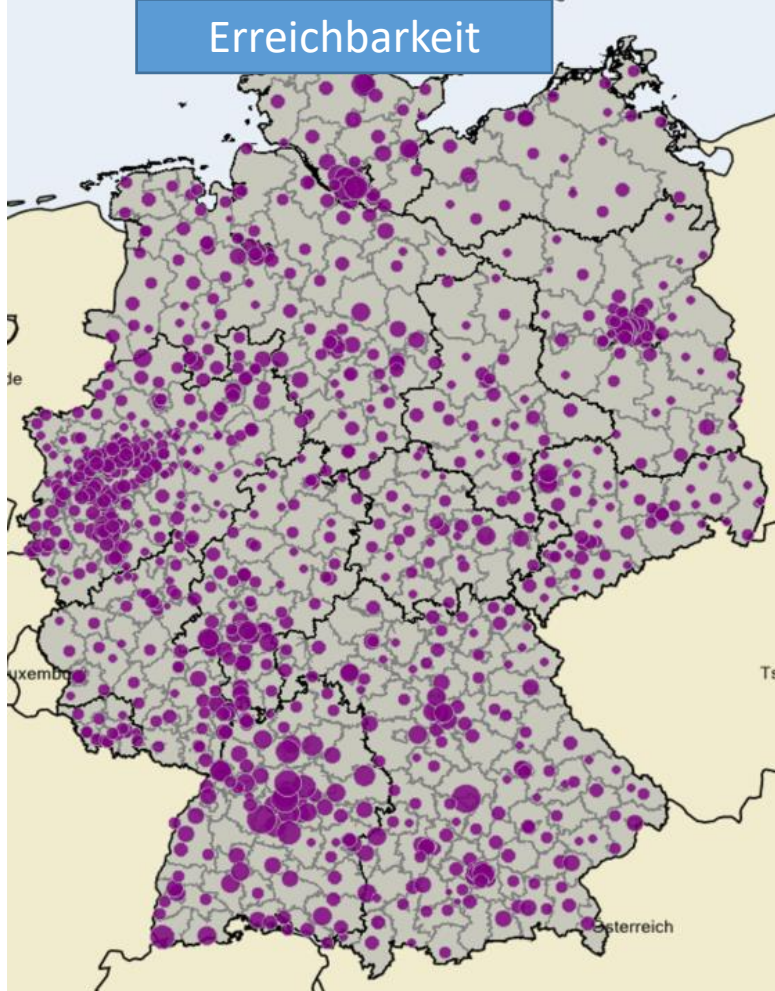
* AG Potenzialanalyse der Regierungskommission mit Unterstützung des GKV-SV

Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Allgemeine Innere Medizin (LG 01.1), Erreichbarkeitsgrenze 30 Min

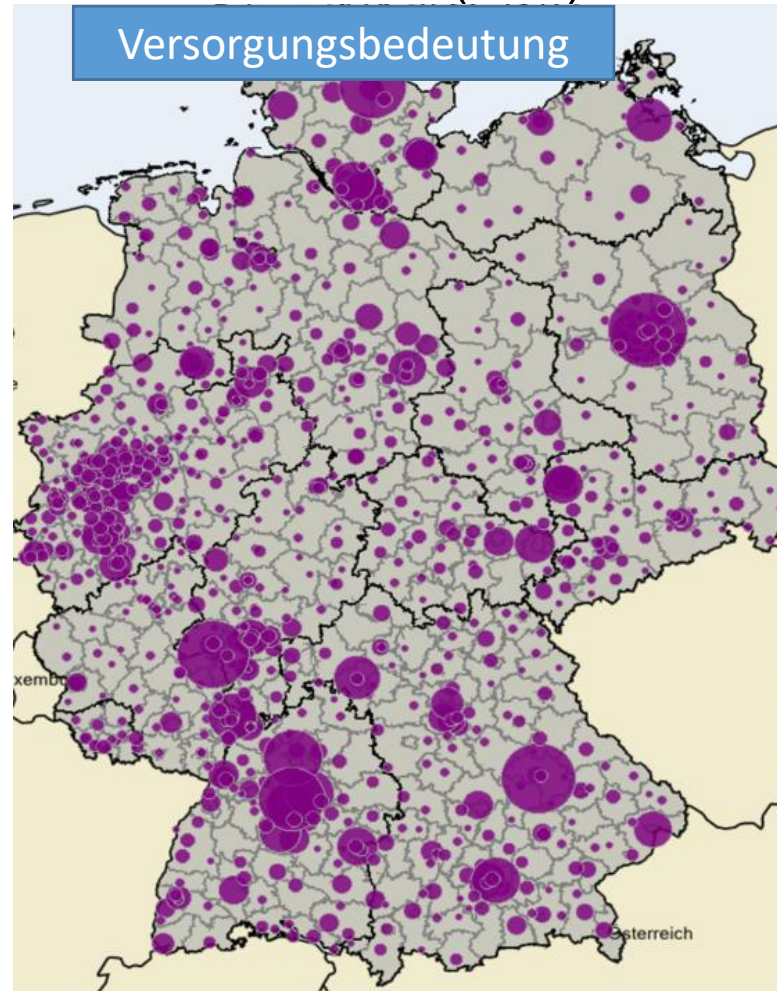
Population

Erreichbarkeit



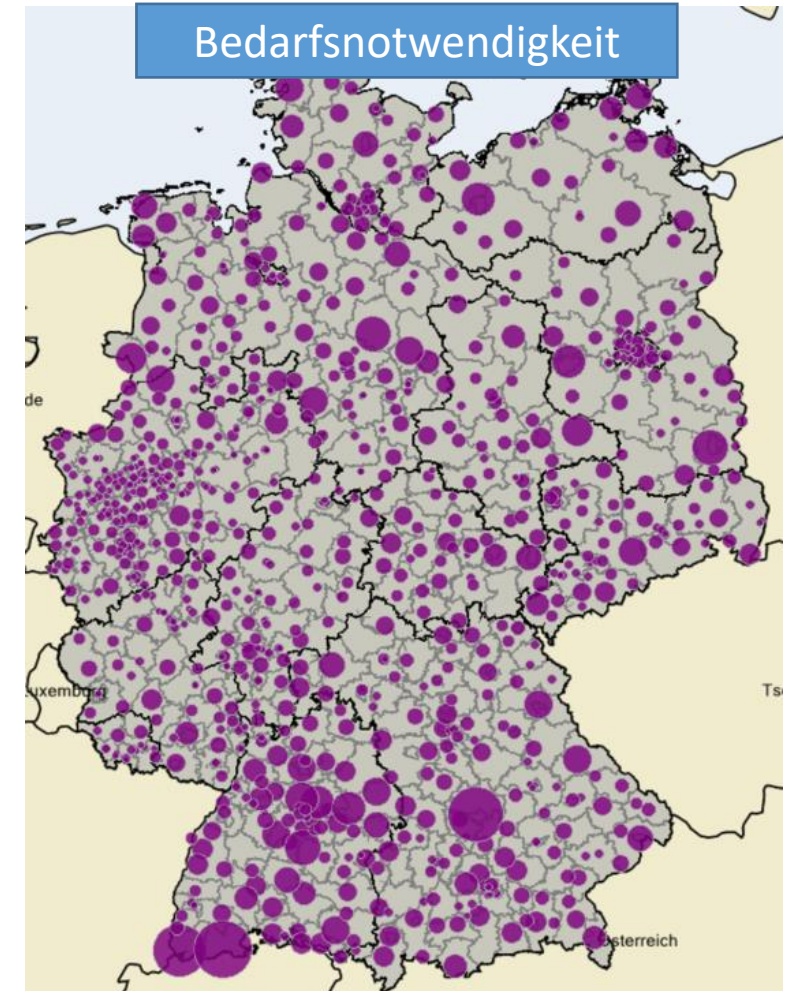
Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)

Versorgungsbedeutung



Singularitätsmodell

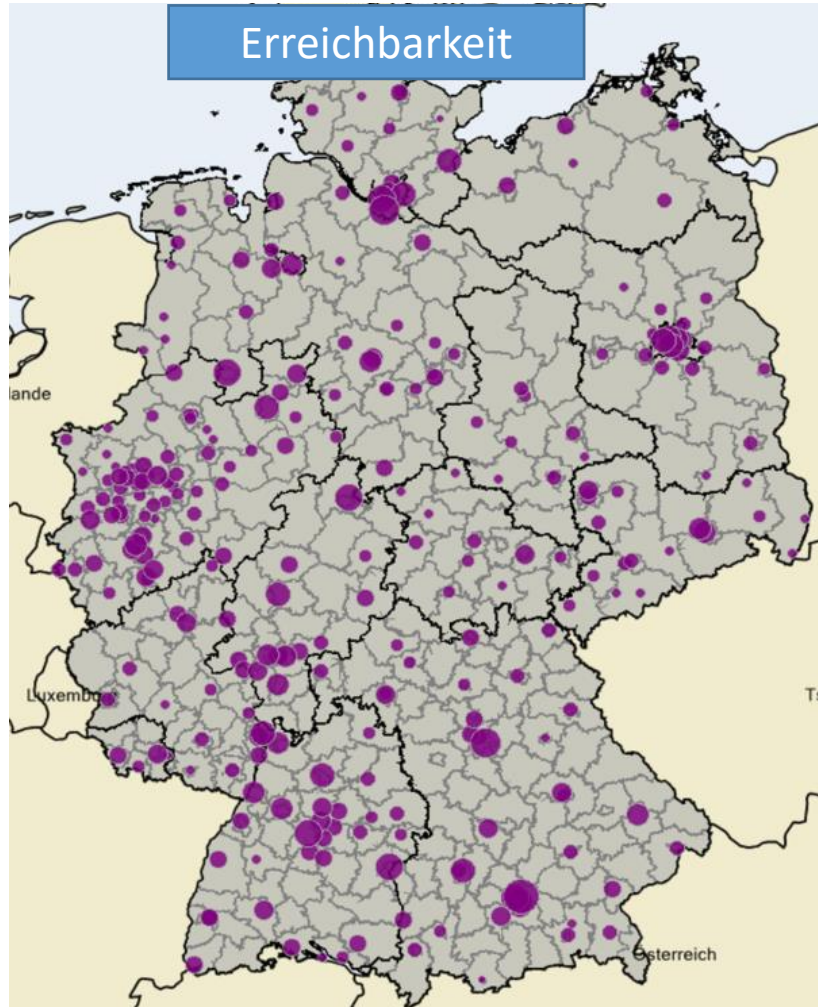
Bedarfsnotwendigkeit



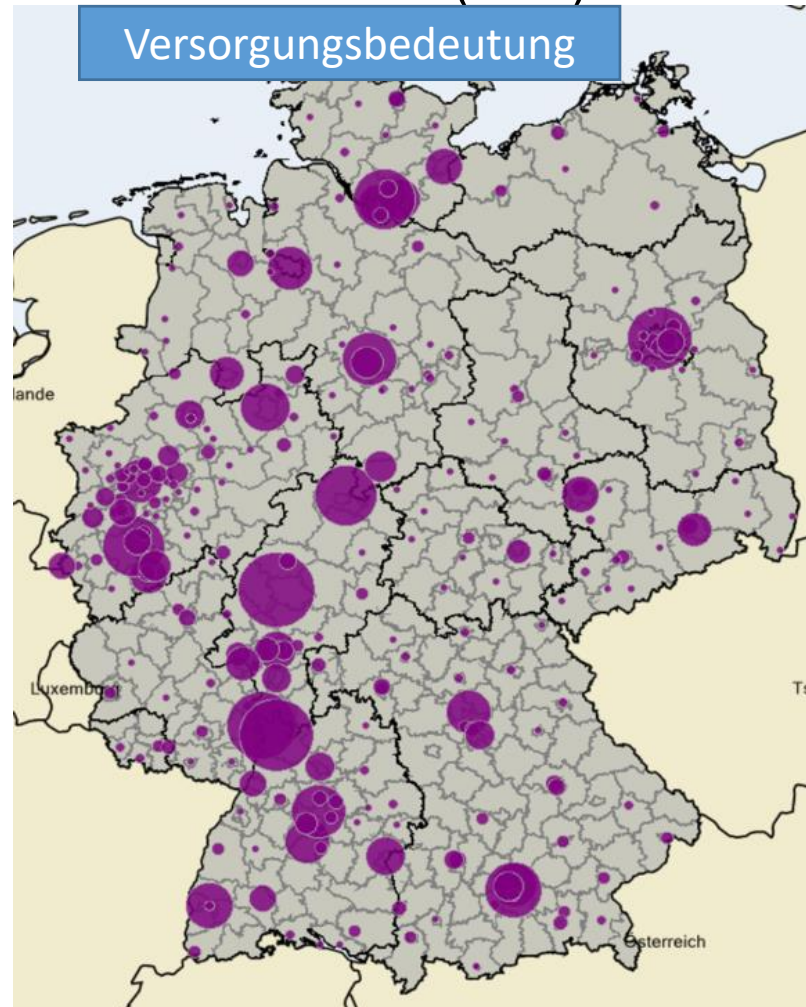
Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (LG 23.1), Erreichbarkeitsgrenze 30 Min

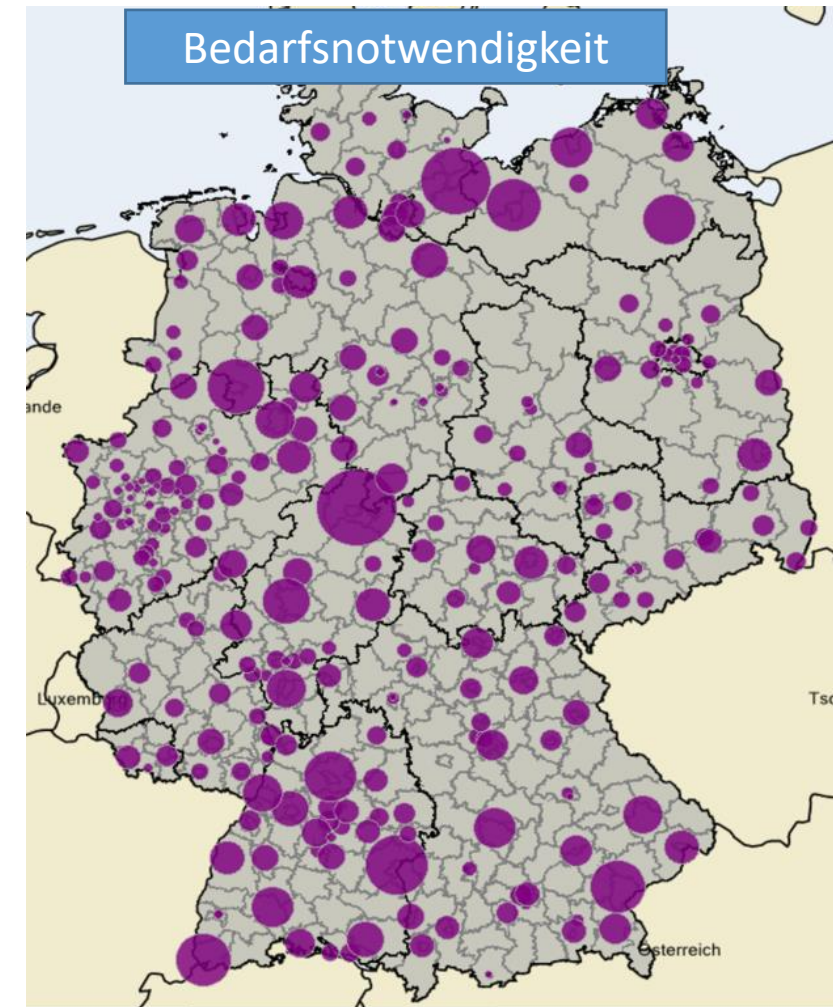
Population



Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)



Singularitätsmodell



Fazit

- Bundesweite Krankenhausreform ist überfällig.
- Hohe Einigkeit aller Akteure im Vorfeld → Jetzt muss auch echte Reform kommen.
- Ohne Reform droht der unkoordinierte Strukturwandel mit negativen Folgen für die Gesundheitsversorgung, den Fachkräftemangel und den gesellschaftlichen Zusammenhalt

- Wir brauchen mehr Steuerung, Konzentration und Ambulantisierung
- Struktur- und Finanzierungsreform müssen Hand in Hand gehen
- Gelder der Beitragszahlenden sollte nur für Standorte eingesetzt werden, die tatsächlich benötigt werden und Qualitätsvoraussetzungen erfüllen

- Gestaltende Rolle der Länder bei Planung notwendig
- Verbindliches Zielbild sollte unter allen Beteiligten gemeinsam und einheitlich konsentiert werden
- Angebot der Unterstützung durch vorgestellte Modellierung (Simulationsmodell)
- Nutzungsmöglichkeit für Transformationsfonds und für bevölkerungsbezogene Zuweisung von Vorhaltefinanzierung