

Köche und Brei – oder warum kein Sprichwort die Krankenhausreform angemessen beschreibt

23. Herbsttagung der AG Medizinrecht

22.09.2023

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
TU München



1

LEHRSTUHL FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE



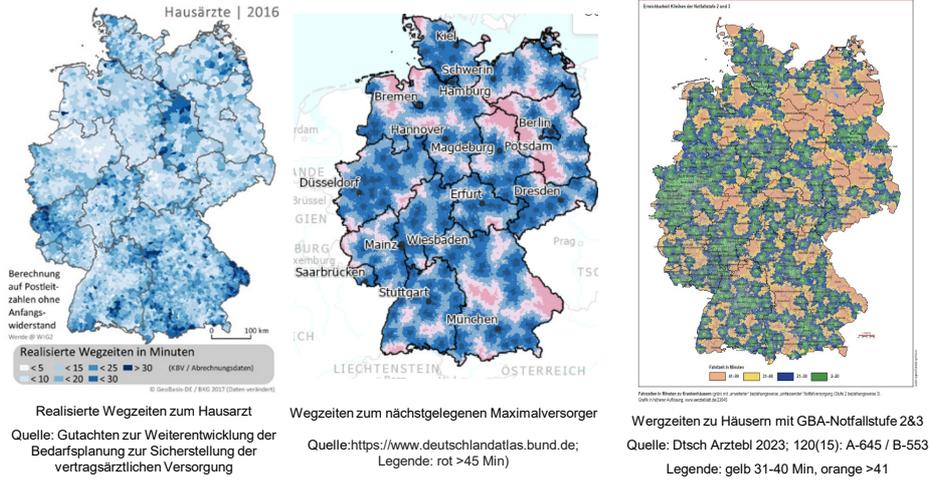
Drehzahl und Erreichbarkeit

- In Deutschland arbeiten 416.120 Ärzt:innen, die im Jahr 2019 circa 553 Mio. Fälle im vertragsärztlichen Bereich und circa 22,2 Mio. Krankenhausfälle in 1889 Krankenhäusern behandelten
- 99,8% der Bevölkerung erreichen den nächstgelegenen Hausarzt in unter 10 PKW-Minuten und mehr als 80% der Bevölkerung fahren im Jahr 2015 weniger als 15 Minuten zum Hausarzt ihrer Wahl
- 78% der Bevölkerung erreichen in maximal 15 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Maximal- und Schwerpunktversorger werden durchschnittlich in 33 PKW-Minuten erreicht
- Verzögerte Einführung der Digitalisierungsstrategie, insbesondere der ePA, bestehende sektorale Trennung und ein Mangel an konsentierten Patientenpfaden erschweren die Koordination zwischen den Leistungserbringern und der Patientensteuerung

2

2

Drehzahl und Erreichbarkeit – der regionale Blick



Internationaler Vergleich von Outcomes und flat-of-the-curve-medicine

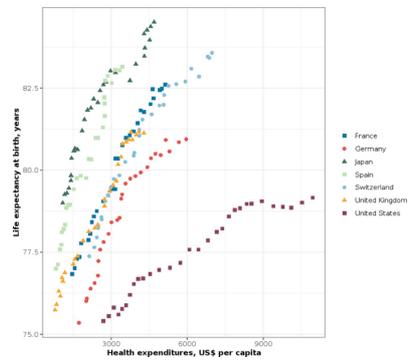
JOURNAL ARTICLE
Mapping interventional cardiology in Europe: the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) Atlas Project
 Emanuele Barbato, Marko Noc, Andreas Baumbach, Dariusz Dudek, Matjaz Bunc, Emmanouil Skalidis, Adrian Banning, Jacek Legutko, Nils Witt, Manuel Pan ... Show more
 European Heart Journal, Volume 41, Issue 27, 14 July 2020, Pages 2579–2588, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa475>
 Published: 25 June 2020 Article history

Höchste Rate an (interventionellen) Kardiologen, höchste Rate an Erstinterventionen, mittlere Sterblichkeit

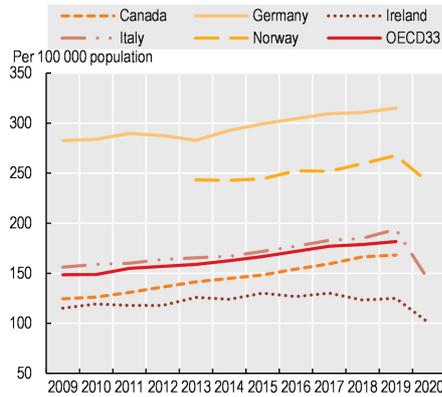
MEDIZINREPORT: Studien im Fokus
Kardiovaskuläre Mortalität: Deutschland nur im Mittelfeld
 Dtsch Arztebl 2017; 114(6): A-272 / B-242 / C-239
 Lenzen-Schulte, Martina

Altersstandardisierte CVD-Sterblichkeitsrate mit Griechenland und Finnland vergleichbar, aber schlechter als in Frankreich, Niederlande, Spanien oder Großbritannien

ESSAY | Open Access | Published: 25 April 2023
The underwhelming German life expectancy
 Domantas Jasilionis, Alyson A. van Raalte, Sebastian Klüsener & Pavel Grigoriev
 European Journal of Epidemiology (2023) | Cite this article



Internationaler Vergleich von Outcomes & Volume-Outcome-Relationships



Quelle: Hip and knee replacement | Health at a Glance 2021 :
OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)

- **Mindestmengenregelung** für primäre Kniegelenk-totalendoprothese (Knie-TEP) (**50 Eingriffe/ jährlich**)
- In mehr als **100 Standorten** wurden **<20 Knie-TEPs** jährlich durchgeführt
- 343 Standorten (34%) mehr als 100 Knie-TEPs jährlich: **23% geringere Revisionsrate** im Jahr 2021. Diese behandeln 71% der Fälle

5

5

Behandlung in DKG-zertifizierten Krebszentren

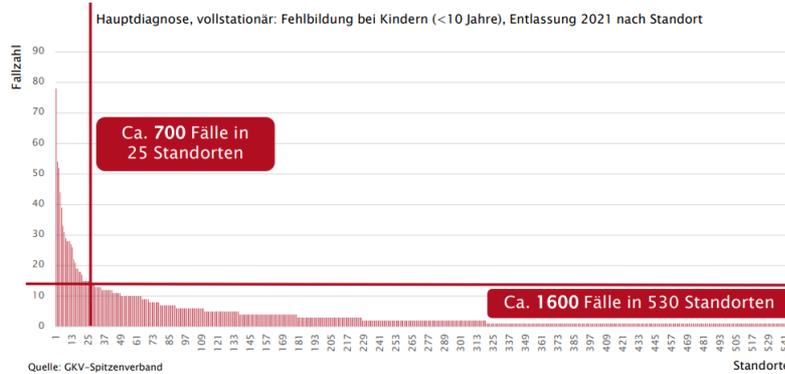
Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamtüberleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz (RKI) ¹	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland ²	Anzahl an der Versorgung beteiligter Kliniken insgesamt	Anteil Erstbehandlungen in zertifizierten Zentren 2021/23
Kolonkarzinom	8 %	39.939	295	1.280	42 %
Rektumkarzinom	10 %	17.895	295	1.229	50 %
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	125	1.223	35 %
Mammakarzinom	23 %	78.135	263	1.238	84 %
Zervixkarzinom	16 %	4.575	168	804	62 %
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	168	924	47 %
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	168	1.084	61 %
Lungenkarzinom	3 %	59.151	79	1.306	39 %
Prostatakarzinom ³	17 %	27.619	131	1.188	81 %
Hirntumore	8 %	14.721 ⁴	49	1.145	73 %
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	65	1.027	54 %

WiZen-Studie

6

6

Behandlung von Fehlbildung bei Kindern <10 Jahren



7

7

Hintergrund: Anreize des DRG-Systems

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 (im Zuge des Rückgangs der Investitionskostenfinanzierung)**
- ... verhindern eine sektorenübergreifende Versorgung und bremsen die **Ambulantisierung** aus
- ... führen nicht zu einer hohen **Systemeffizienz**

Darstellung der Regierungskommission Krankenhaus

8

8

LEHRSTUHL FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE 

Hintergrund: Anreize des DRG-Systems

JOURNAL ARTICLE

DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries ^{FREE}

Siok Swan Tan, Alexander Geissler, Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, B. Martin van Ineveld, W. Ken Redekop, Leona Hakkaart-van Roijen on behalf of the EuroDRG group

European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 6, December 2014, Pages

- 18 Artikel
- Verkürzung der Liegezeiten
- Höhere Wiederaufnahmeraten

Austria	96%
England	60%
Estonia	39%
Finland	Varies by hospital
France	80%
Germany	80%
Ireland	<80%
Poland	>60%
Portugal	80%
The Netherlands	84%
Spain/Catalonia	15-20%
Sweden	Varies by hospital

21 Artikel

- Verkürzung der Liegezeiten
- Höhere Wiederaufnahmeraten
- Hälfte der Studien berichtet reduzierte Fallzahl, Laborleistungen und Ops
- Teilweise Anreize für Ambulantisierung

Investigation of the impact of DRG based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilization, and efficiency- A systematic review

Mohsen Barachi, Lela Alimadani, Hossein Saberi Azari, Ebrahim Moshayeghi

Healthcare, Volume 12, Issue 10, October 2022, Article ID 103107

Download dates: <https://doi.org/10.1016/j.healthcare.2022.103107>

LEHRSTUHL FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE 

Ambulantisierung

Tabelle 51: Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of Inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD
 Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.
 * Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

Endoskopisch durchgeführte Leistenbruch-OP

Kontext: Fachkräfteengpässe

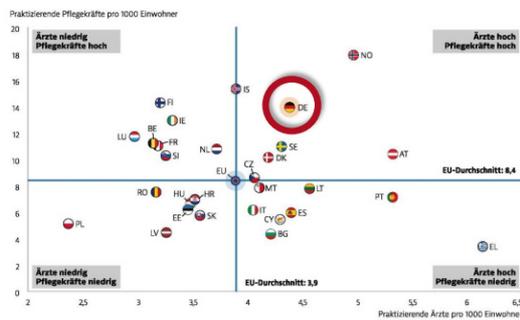
- Im Zuge des demografischen Wandels und steigender Lebenserwartung steigt der Versorgungsbedarf. Gleichzeitig wirkt der demografische Wandel auf das Angebot und die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme ein
- 2023 werden circa 1,2 Mio. Menschen 65 und etwas 700.000 Menschen 20 Jahre alt
- Fachkräfteengpässe betreffen alle Wirtschaftszweige und verstärken die Konkurrenz zwischen Arbeitgebern
- Laut Befragung während Corona denken 38,8% der Pflegekräfte und 45% der MFAs über Berufswechsel nach
- Anstieg der Arztdicht und Zunahme um 41% seit 2001, aber regional ungleich verteilt. Seit diesem Jahr mehr als 50% Ärztinnen

11

11

Kontext: Fachkräfteengpässe im internationalen Kontext

- Anstieg des Versorgungsbedarfs im Rahmen des demografischen Wandels & Fachkräfteengpässe
- **Exkurs Dänemark:** 30% Bevölkerung im Gesundheitswesen? Digitalisierung & Big Data, Prävention, Eigenverantwortung der Bürger
- Fachkräftepotential durch Zentralisierung effektiv nutzen
- Entscheidende Faktoren: Arbeitsbedingungen, Lohn

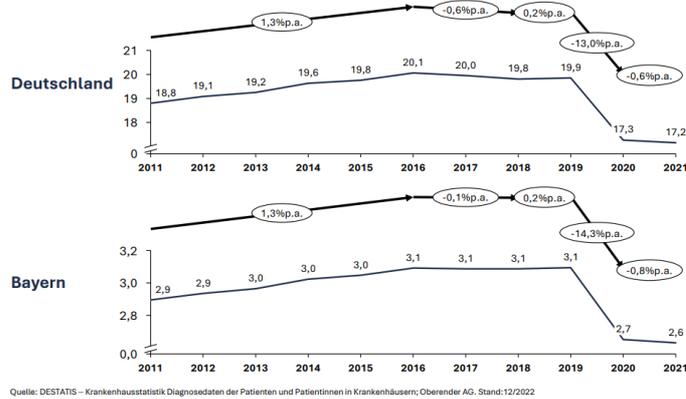


12

12

Kontext: Niedrige Leistungszahlen, wirtschaftlicher Ausblick

Entwicklung der Krankenhausfälle [in Mio. Fälle, oben: Deutschland, unten: Bayern]



Darstellung der Regierungskommission Krankenhaus

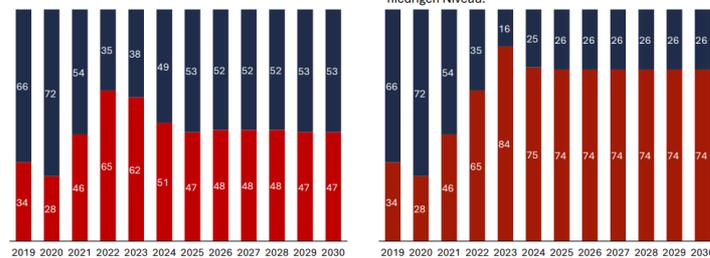
Kontext: Niedrige Leistungszahlen, wirtschaftlicher Ausblick

Prognosen zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

Anteil (%) der Krankenhäuser mit:
 ■ Jahresergebnis ≥ 0 ■ Jahresergebnis < 0

Szenario 1: Rückkehr der Leistungszahlen zu 2019
 Künftig wird wieder das Fallzahlenniveau von vor der COVID-Pandemie erreicht.

Szenario 2: Leistungszahlen bleiben niedrig
 Das Fallaufkommen kehrt nicht wieder auf das vor-COVID-Niveau zurück, sondern bleibt auf dem derzeit niedrigen Niveau.



(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

Darstellung der Regierungskommission Krankenhaus

Reformen in den Ländern

- Nach einem Vorschlag einer Enquete Kommission legt der **niedersächsische Landtag Mitte 2022** die Neufassung des Krankenhausgesetzes beschlossen
 - Jedes KH wird einer von 3 Versorgungsstufen zugeteilt (1. Grund- und Regelversorgung, 2. Schwerpunktversorgung, 3. Maximalversorgung) Ziel ist die Konzentration von „speziellen Versorgungsleistungen“
 - Kleinräumigere Planung (8 statt 4 Versorgungsregionen) Regionale Gesundheitszentren
- Nach dem Gutachten zur „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ wird **2022 ein neuer Krankenhausplan in NRW** erstellt.
 - 32 medizinische Leistungsbereiche (orientiert an Weiterbildungsordnung. Bsp.: LB: Neurologie) und 64 Leistungsgruppen (Bsp. Stroke Unit) bilden seit 2022 das zentrale Steuerungselement der Krankenhausplanung
 - Überschreitet Angebot die Bedarfsprognose, so kann eine Auswahlentscheidung getroffen werden; auch Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen kann Vorgabe sein

15

15

Vorschlag der Regierungskommission



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

b System von **Leistungsgruppen (LG)**, die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Leveln 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

16

16

Level

LEHRSTUHL FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE 

Kliniken des Level I/ stellen Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar

Angebot

Medizin: **Akutflegebetten** ohne feste Fachabteilungszuordnung. Innere Medizin und/oder Chirurgie, allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich

Ausstattung: Labor, Ultraschall, Röntgen

Tagdienst: Ärztliche Anwesenheit / **Nacht und Wochenende:** Fachärztl. Rufdienst, Sozialdienst

Leitung durch qualifizierte Pflegefachpersonen, z.B. Advanced Nursing Practitioners (ANP)

Vergütung

Keine Vorhaltebudgets, kein Pflegebudget

Degressive Tagespauschalen für Akutpflege und Abrechnung der ärztlichen Leistungen

- nach EBM für KV-Ärzte
- um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am KH angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung

Beispiel

Stations- apotheke	Reinigungs- kräfte
Akutflegestation ohne Fachabteilungszugehörigkeit Pflegerische Leitung mit spezi-fischer Qualifikation z.B. ANP	
Belegung der Betten durch KV-Ärzte	Belegung der Betten durch Ärzte am KH

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

17

17

LEHRSTUHL FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE 

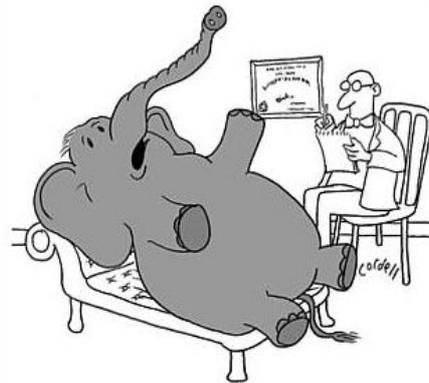
Stand heute

- 65 Leistungsgruppen, Vorhaltung und rDRG, Konzepte für eine sektorenübergreifende Grundversorgung (vgl. Häuser Level1i)
- Referentenentwurf zur Krankenhausstrukturreform (Pressemeldung)
- Diskussion über „Vorschaltgesetz“ (Tarif- und Inflationsentwicklung)
- Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)
 - Zuteilung der Krankenhäuser zur Versorgungsstufen (und Fachkliniken)
 - Erbrachte Leistungen (gemäß LGs) und Fallzahl
 - Personelle Ausstattung
 - Patientenrelevante Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren

18

18

Weniger Ökonomie?



"Whenever I walk in a room, everyone ignores me."

19

19

Mehr Effizienz und mehr Planung

- DRG-System in hoher Wettbewerbsdichte hat zu einem Hamsterradeffekt der Erbringung von Leistungen geführt
- Rückgang der Investitionskostenfinanzierung hat den Effekt verschärft während Fachkräftemangel und Corona-Pandemie die Möglichkeiten zur Mengenerbringung nachhaltig eingeschränkt haben
- Solange hohe Wettbewerbsdichte anhält, kann Vorhaltung keine nachhaltige Entspannung in den Krankenhausmarkt bringen
- Leistungsgruppensystem fördert Qualität & Fusionen von Standorten aber eine klassische Standortplanung mit einem abgestuften und vernetzten System von Leveln (Grund-, Regel-, Schwerpunkt-, und Maximalversorger) ist notwendig, um
 - sinnvolle Konzentration zu fördern,
 - die flächendeckende Versorgung in Zeiten des Fachkräfteengpässe zu sichern und
 - Innovative Grundversorgungsmodelle auf Stufe1i zu fördern

20

20

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
TU München

