

Versorgungsqualität und Erreichbarkeit im Kontext der Krankenhausreform

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

A blue graphic with white geometric shapes, including hexagons and lines, creating a network-like pattern. A central white hexagon contains the number '15'.

EINLADUNG
15. Partnerdialog

Zwischen Aufstiegschancen und Abstiegskampf:
Was bringt die Krankenhausreform für Sachsen?
6. März 2024 | 16.00 Uhr | Rudolf-Harbig-Stadion

Herausforderungen im Gesundheitssystem (Auswahl)

- Fachkräftemangel
- Geringe Effizienz
- Sektorengrenzen = Designfehler
 - Betrifft Sektoren: ambulant – stationär – Reha (inklusive Planung)
 - Betrifft im ambulanten Sektor Primär – Sekundär – Tertiär
 - Betrifft in allen Sektoren berufsgruppenübergreifend
- Unzureichende Steuerung und Netzwerkhilfen
- Unzureichende Ambulantisierung
- Vergütung primär nach Leistung
- Sehr große Versorgungsmix aus Über- und Unterversorgung
- Unvollständige Digitalisierung und fehlende digitale Transformation → Eine Ursache für
- Unzureichende Investitionsfinanzierung (durch die Bundesländer)
- Keine ausreichende Resilienz

**Keines dieser Probleme ist neu!
Reformfähigkeit des Systems ???**

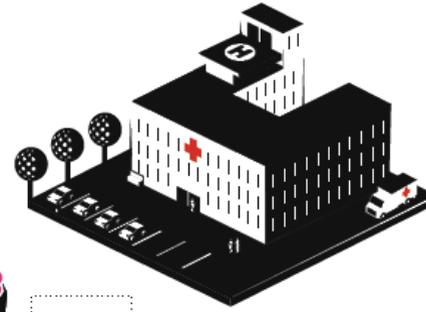
Krankenhausdichte in Deutschland und Dänemark

Stand 2018

 5,77 Mio. Einwohner
 26 Krankenhäuser

DÄNEMARK

1 KH/ 220.000 EW



DEUTSCHLAND

 82,52 Mio. Einwohner
 1151 Krankenhäuser

1 KH/ 72.000 EW



Daseinsvorsorge

In Deutschland gibt es – neben Hunderten Fachkliniken – 1151 »Grundversorger«: Krankenhäuser, die mindestens über eine Chirurgie sowie über eine Fachabteilung für innere Medizin verfügen.

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

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

Steuerung und sektorenübergreifende Versorgung verbessert Personalallokation

- Unzureichende Ambulantisierung: Alle Top 30 Kurzliegerdiagnosen sind im AOP Katalog enthalten:
 - Potenzial ca. 10 Mio. Patientenpflegetage/Jahr
- In Deutschland wird jeder 2. Fall aus der Notaufnahme stationär aufgenommen (Niederlande 32%, Frankreich 22%)
 - Potenzial ca. 30 Mio. Patientenpflegetage/Jahr

(Gesamtzahl Patientenpflegetage 2022: 120 Mio)

Koalitionsvertrag

- „Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und *bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* auf den Weg.
- Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere *Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung* erarbeiten.
- Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der *Krankenhausfinanzierung* vor, die das bisherige System um ein nach *Versorgungsstufen* (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System *erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen* ergänzt.
- Kurzfristig sorgen wir für eine *bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.*“

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Koalitionsvertrag: Sie soll Empfehlungen vorlegen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formulieren.



Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Bisher wurden 9 Empfehlungspapiere vorgelegt

1. Kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe
2. Tagesbehandlung zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser
3. **Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung**
4. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Integrierte Notfallzentren und Leitstellen
5. Potenzialanalyse: Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung
6. Kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen Kinder- und Jugendmedizin
7. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements
8. Psychiatrie, Psychosomatik und KJP: Reform und Weiterentwicklung der KH-Versorgung
9. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung

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

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Leitgedanke / Ausgangshypothese

Konzentration
Steuerung
Ambulantisierung

führen zu
besserer

Qualität
Effizienz (Finanzmittel und Personal)
Daseinsvorsorge



Grundprinzipien des Reformvorschlags

- Strukturqualität im Vordergrund stehend (Level und Leistungsgruppen)
- Jeder Leistungsgruppe wird ein Versorgungslevel zugeordnet (Wesentliche Vorarbeiten: G-BA mit Notfallstufen Level I-III)
- Interdisziplinarität und Steuerung durch Kombination bestimmter notwendiger Leistungsgruppen für Level
- Leistungsgruppen mit dezidiertem Definition des Leistungsspektrums lösen Fachabteilungen ab.
- Für jede Leistungsgruppe ein Vorhalteanteil in der Vergütung festgelegt → Vergütung soll aus einer Vorhalte- und einer Mengenkomponekte bestehen.
- Level 1i: integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung
- Konvergenzphase

Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Schlüsselfragen

Welche Standorte sind bedarfsnotwendig?

Wo bestehen spezifische Transformationsbedarfe?

Ziele:

Finanzielle **Sicherstellung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser**

bei **Reduktion des Mengenanreizes**

unter **Aufrechterhaltung des Qualitätswettbewerbs**

und **Anreizsetzung zur Strukturoptimierung**

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:

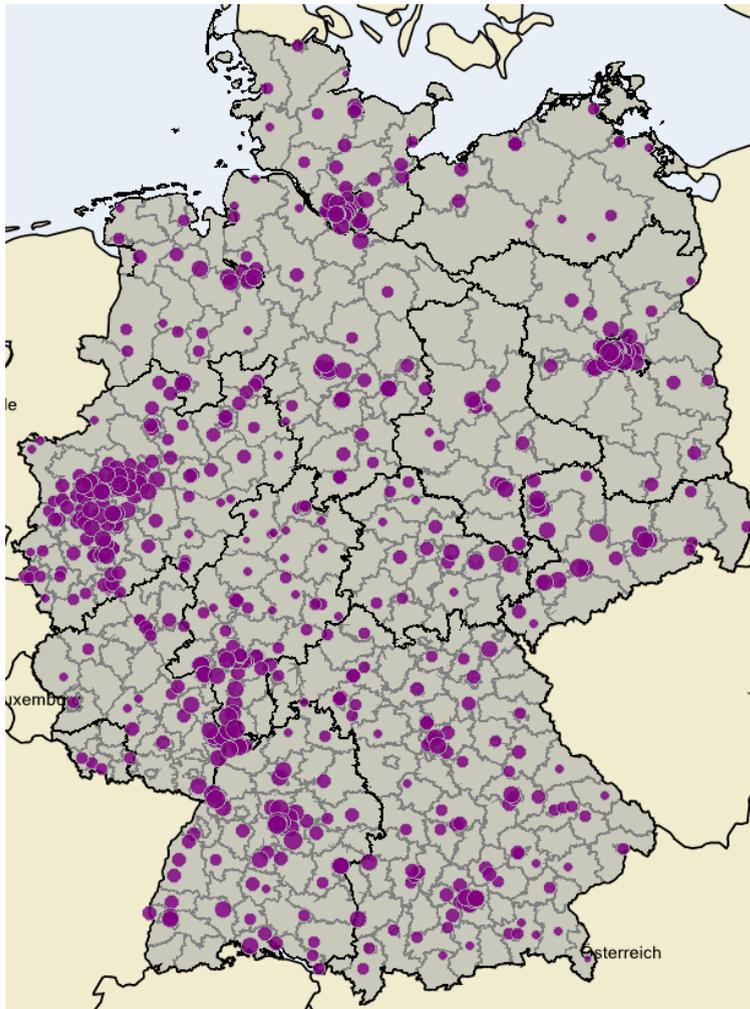
- zusätzliche Berücksichtigung der Ist-Fallzahl und Ist-CMI (DRG), um Kapazität und Patientenwahl zu berücksichtigen – Status Quo Orientierung.
- Vermeidung disruptiver Veränderungen
→ *Gewichtung der Standorte nach Erreichbarkeit, Kapazität und Patientenpräferenz*

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*

Basismodell

Beispiel Wirbelsäuleneingriffe (LG 14.5): Verteilung auf alle Standorte im Fahrzeitradius

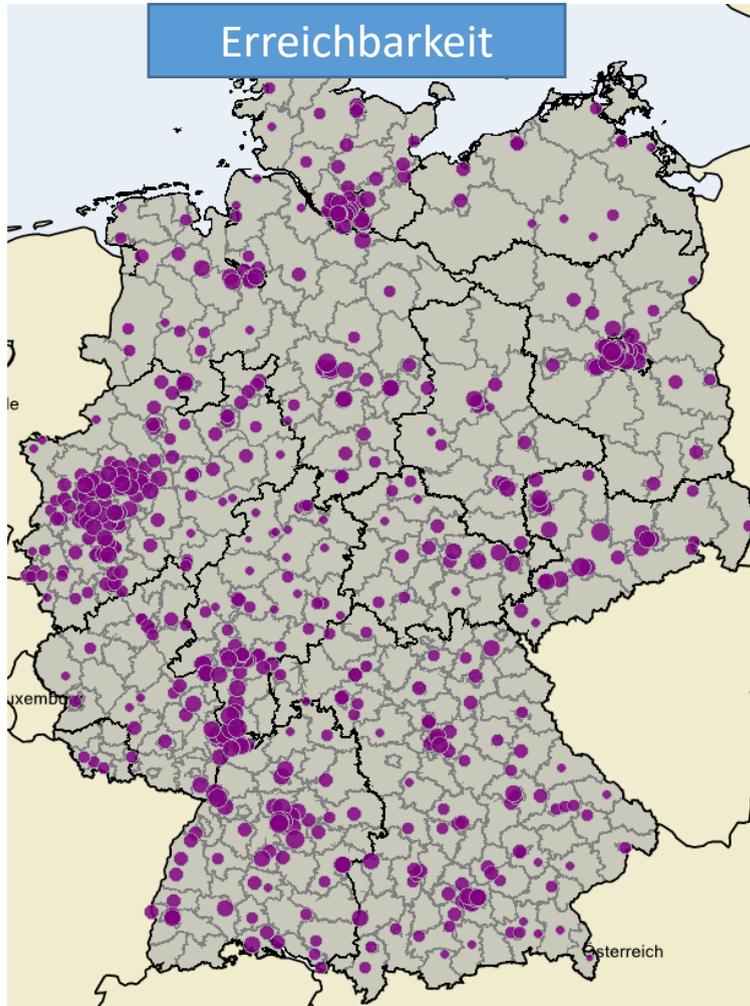


- ▶ Alle Fälle wurden NRW-LG zugeordnet
- ▶ Fahrzeitgrenze 90 Minuten
- ▶ Verteilung der Bevölkerung auf Standorte im Fahrzeitradius
 - Gewichtung der im Fahrzeitradius in der LG liegenden Standorte abhängig von der Entfernung
 - „Drittelmodell“ – 1. Drittel alle gleich. Dann Fahrzeitabhängig. Wahrscheinlichkeit einer Standortwahl alle weiteren Drittel der Fahrzeitkorridore halbiert.
- ▶ Beispielhafte Konzentration um 7,5%

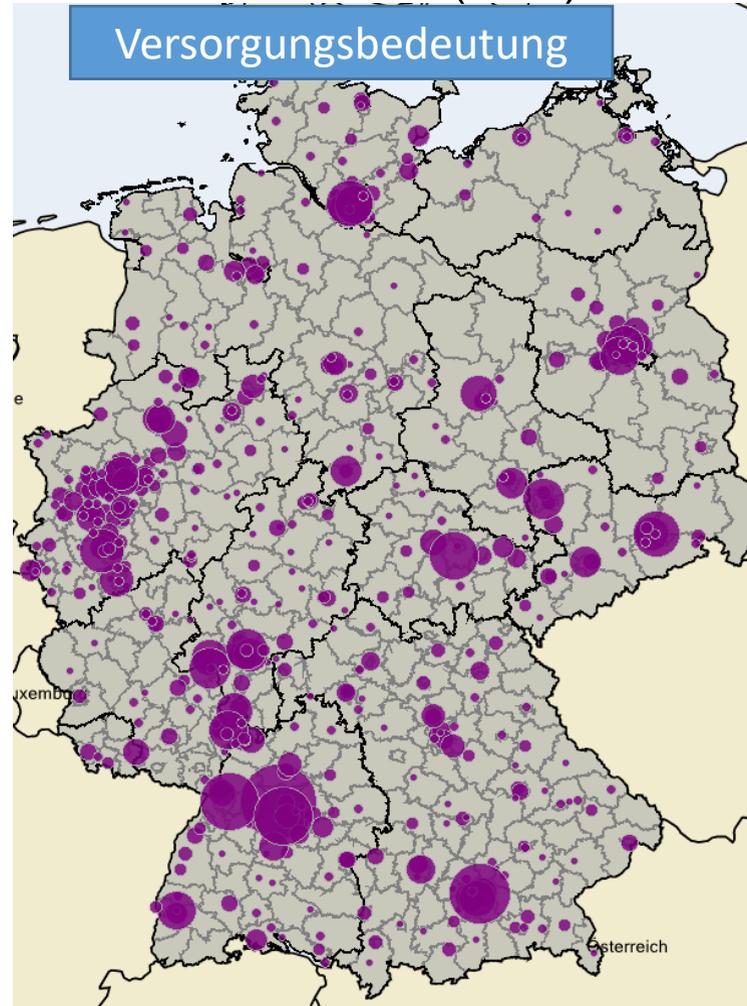
Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Beispiel Wirbelsäuleneingriffe (LG 14.5)

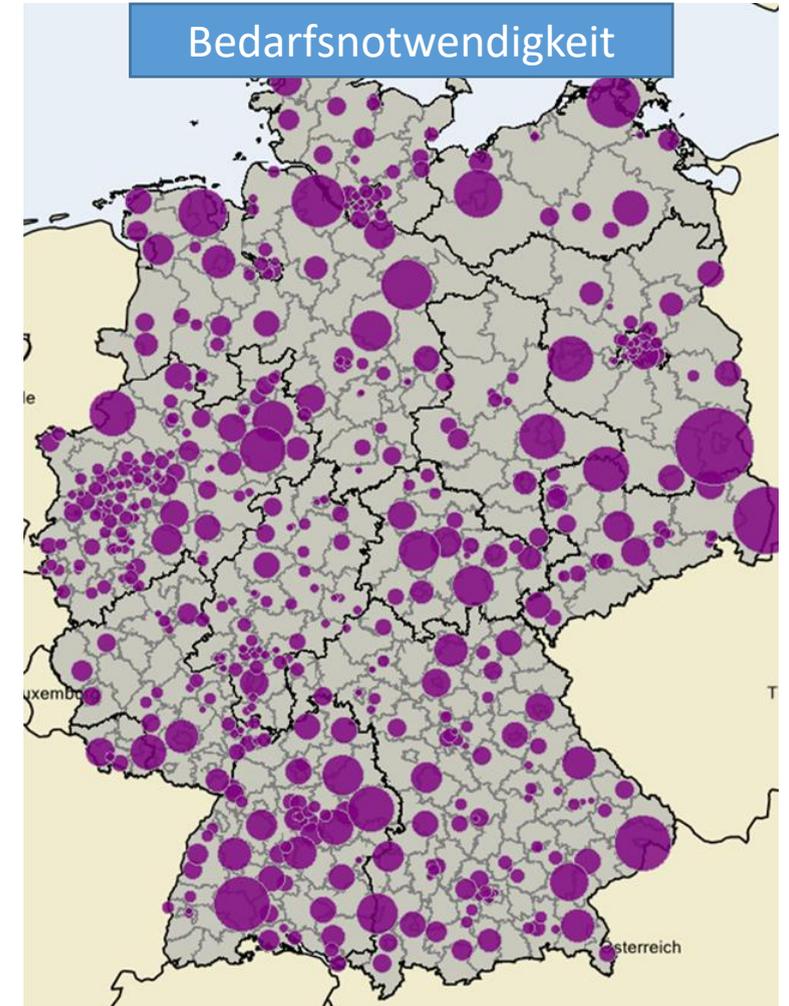
Population



Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)



Singularitätsmodell

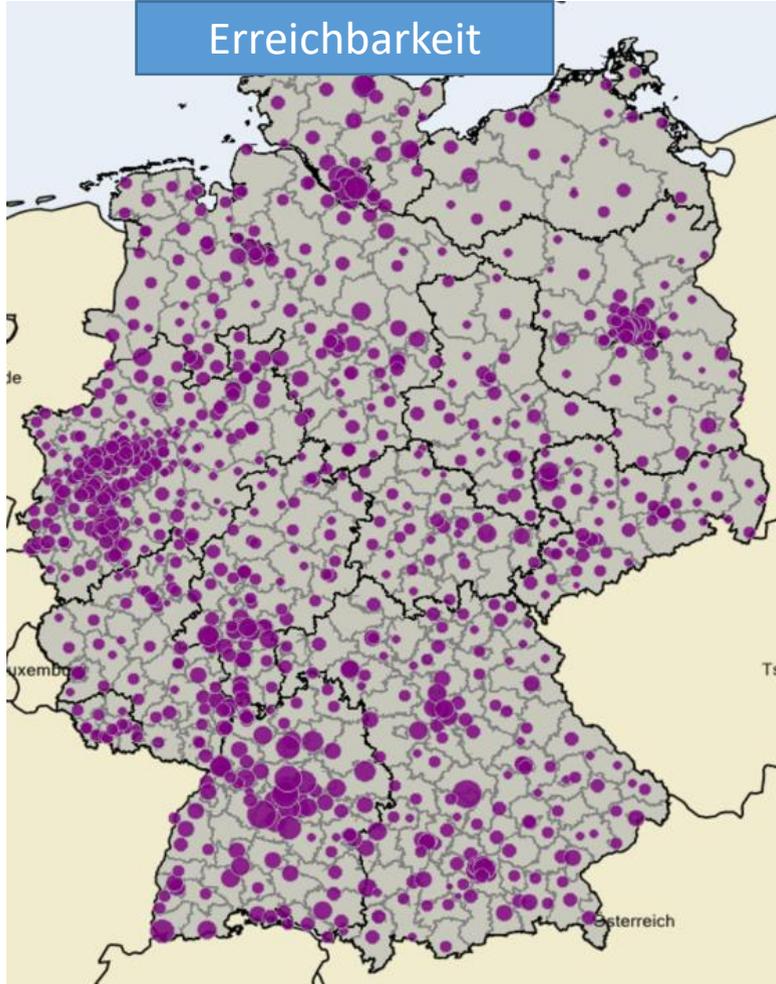


Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Allgemeine Innere Medizin (LG 01.1), Erreichbarkeitsgrenze 30 Min

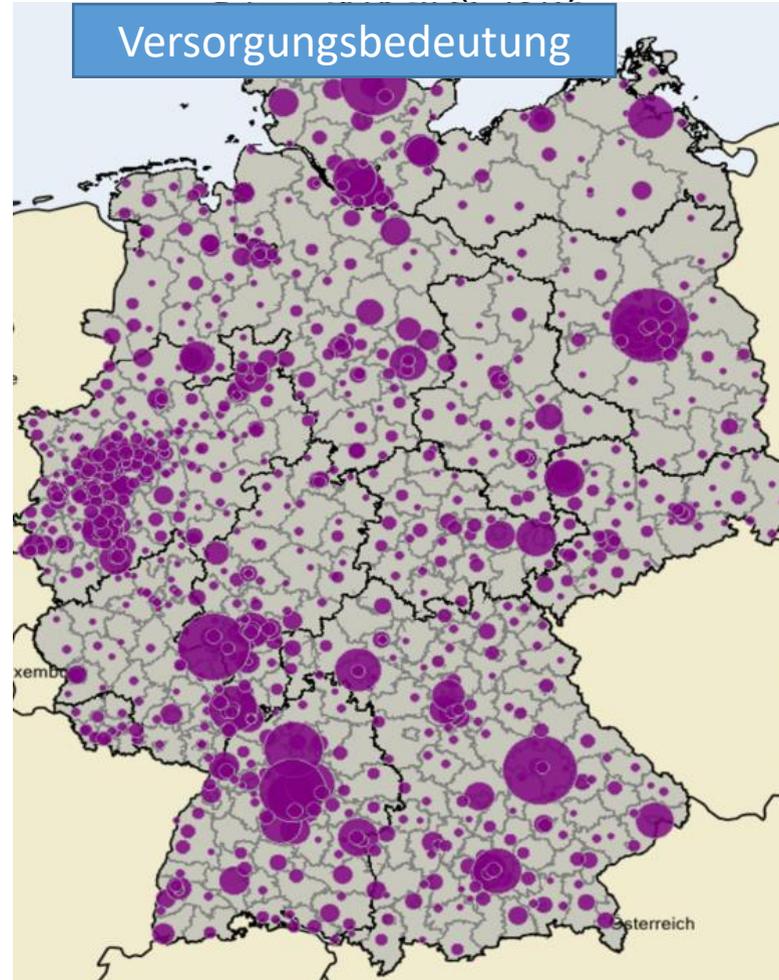
Population

Erreichbarkeit



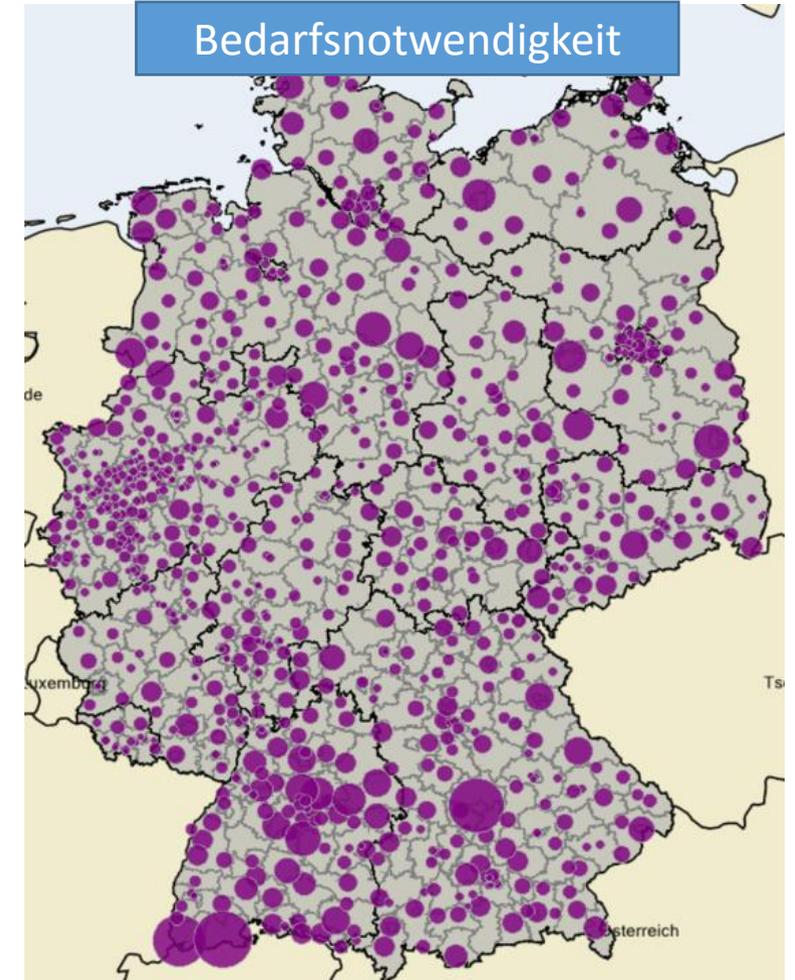
Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)

Versorgungsbedeutung



Singularitätsmodell

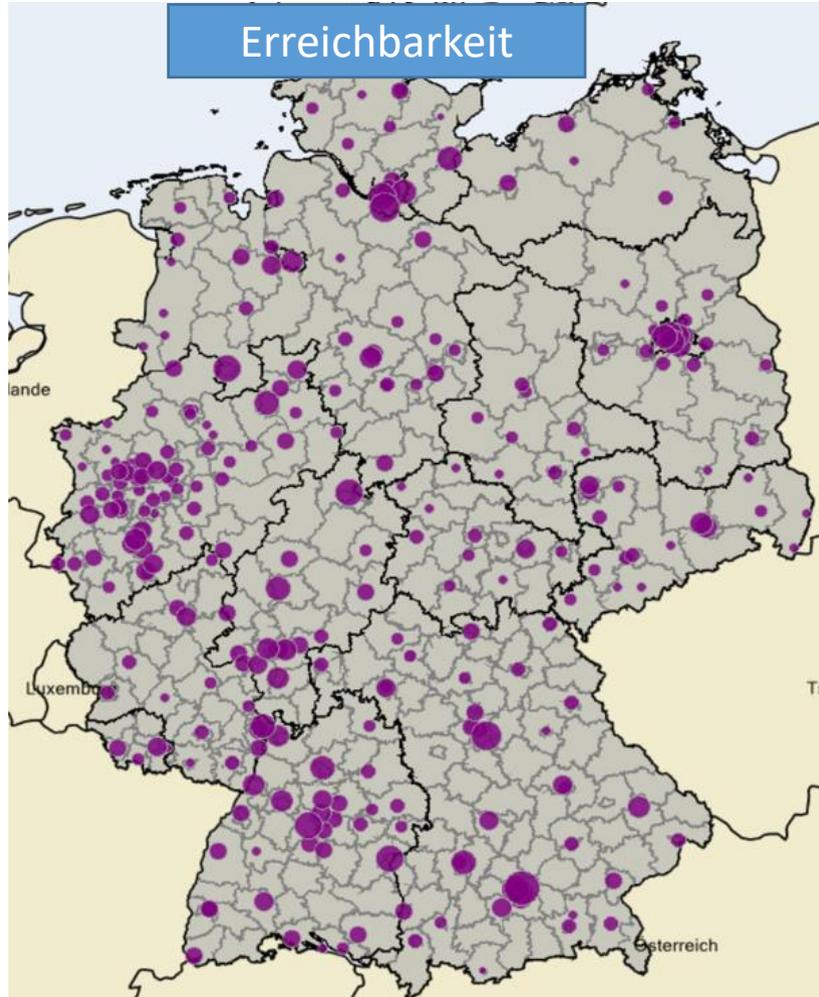
Bedarfsnotwendigkeit



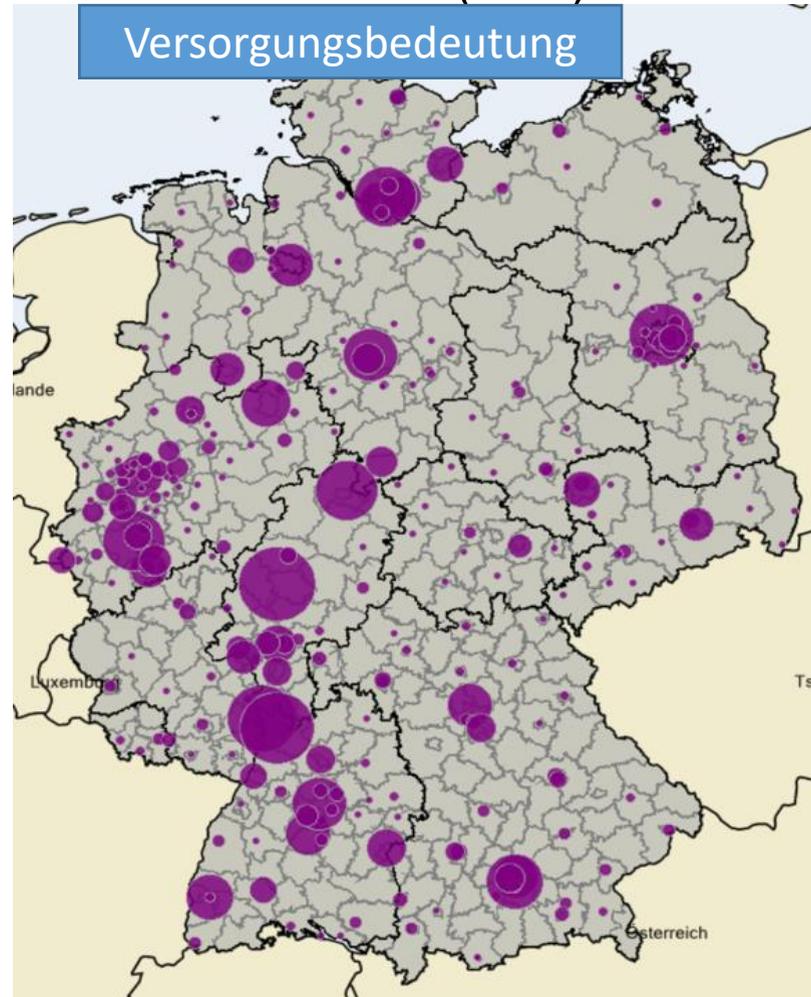
Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

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

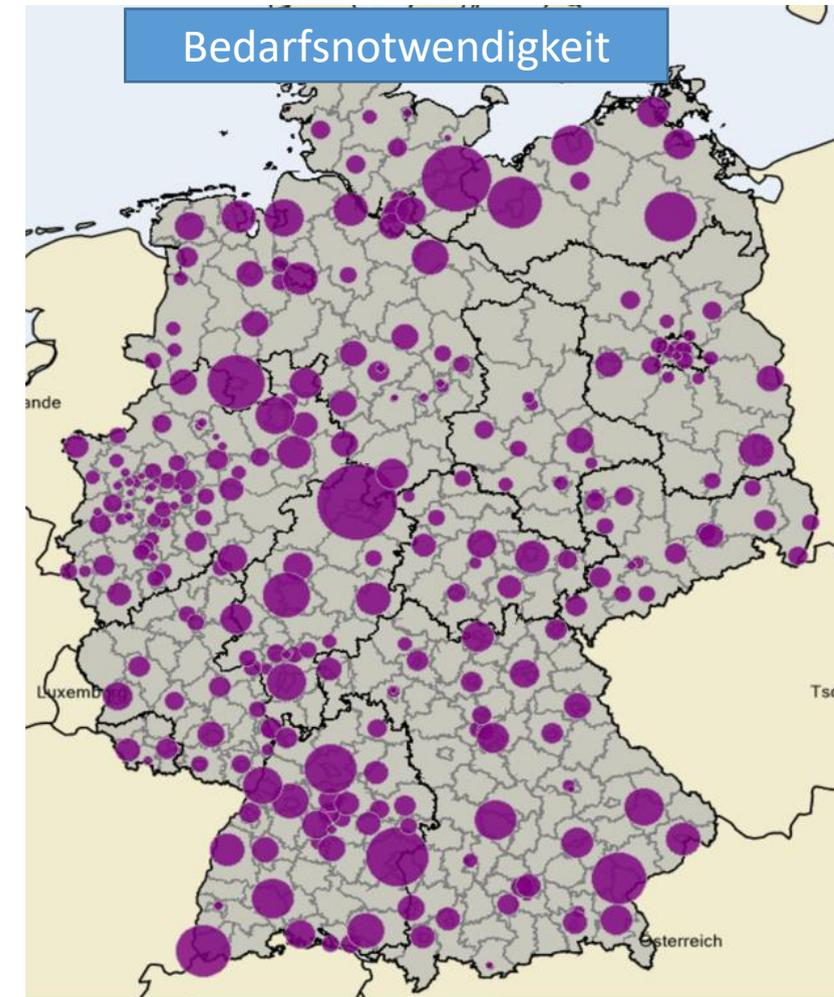
Population



Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)



Singularitätsmodell

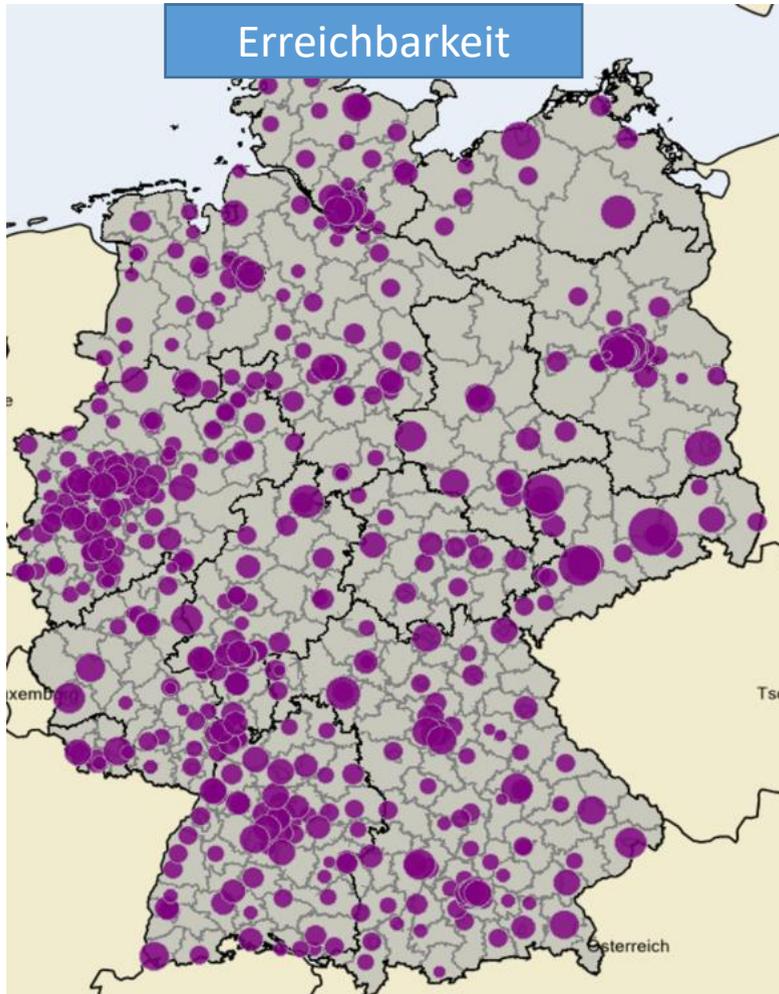


Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Geburtsklinik (LG 21.4), Erreichbarkeitsgrenze 30 Min

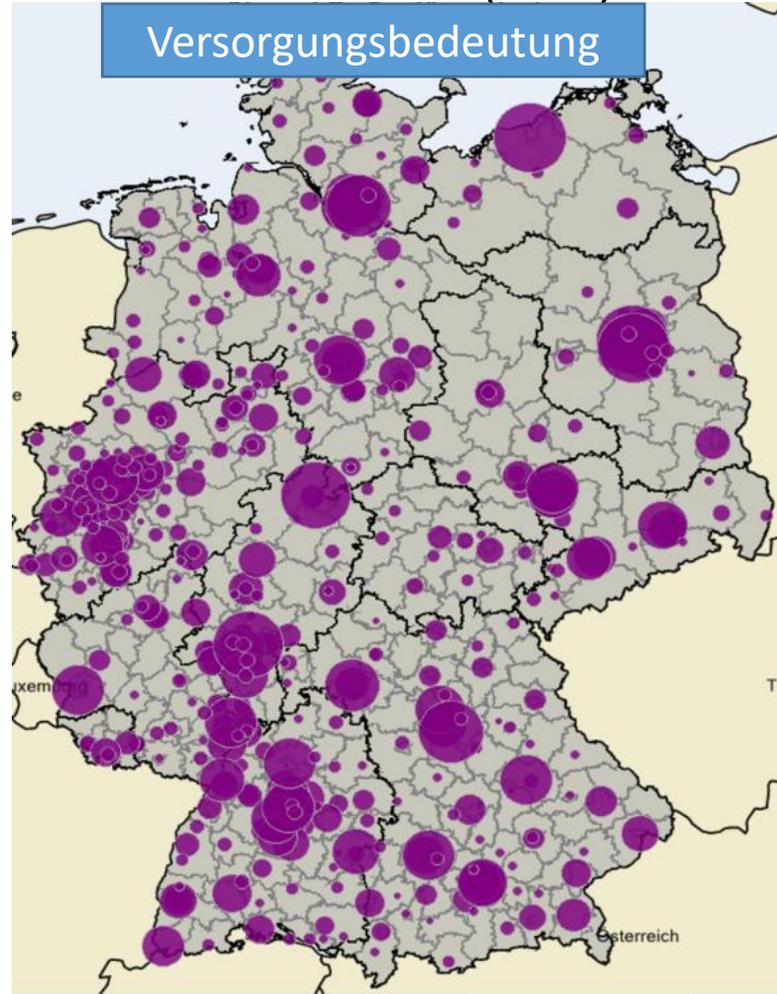
Population

Erreichbarkeit



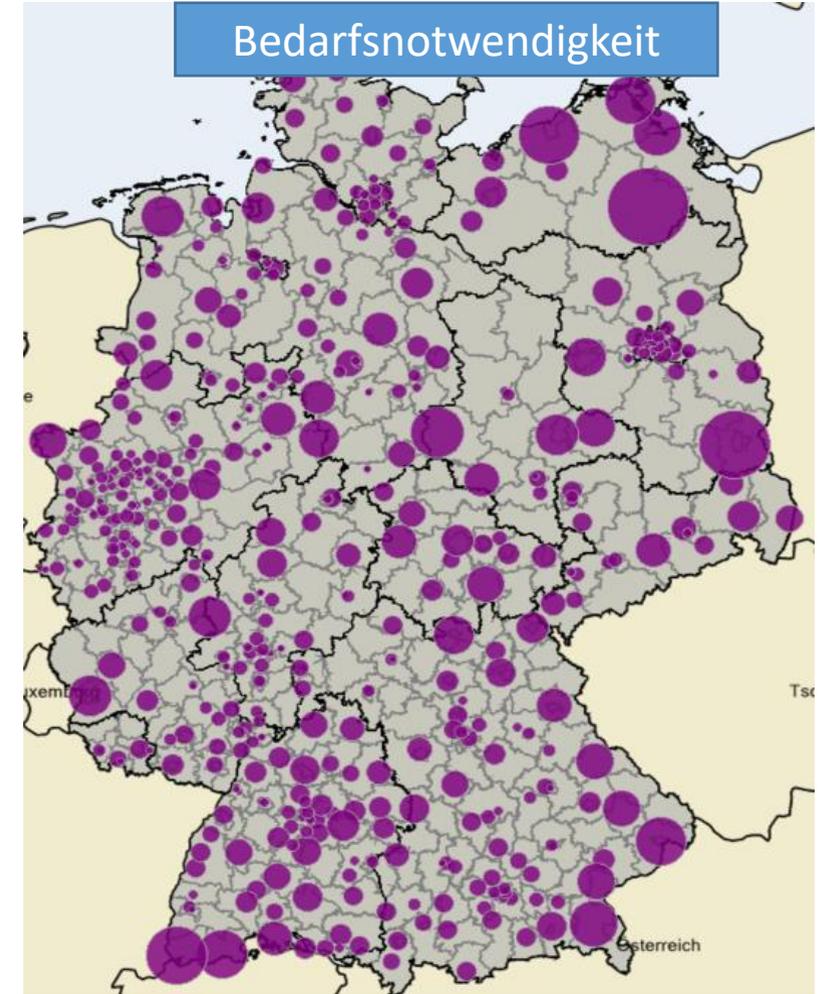
Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)

Versorgungsbedeutung



Singularitätsmodell

Bedarfsnotwendigkeit



Diskussion und Fazit

- Bundesweite Gesundheitsreform 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

- Ausgangssituation ist in einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich
- Konsolidierung hat in ostdeutschen BL in 1990er Jahren stattgefunden
→Sektorenunabhängige, regional adaptive Gestaltungsmöglichkeiten
- Ausgangssituation ist in Ballungsräumen und ländlichen Gebieten sehr unterschiedlich

- Gestaltende Rolle der Länder bei Planung notwendig
- Ein verbindliches Zielbild sollte unter allen Beteiligten gemeinsam und einheitlich konsentiert werden
- Angebot der Unterstützung durch vorgestellte Modellierung