

Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft

– Der Reformprozess auf Bundes- und Landesebene

Impulsvortrag

Zukunftsdialog Krankenhausreform Niedersachsen

Prof. Dr. Vera Winter

Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen

Fakultät für Wirtschaftswissenschaft

– Schumpeter School of Business and Economics

Bergische Universität Wuppertal

1. Aktuelle Ausgangslage

- Besonderheiten und Herausforderungen der Versorgungslandschaft in Deutschland
- Reformprozess auf Bundes- und Landesebene

2. Reformansätze

- Stand und Weiterentwicklung der stationären Vergütung
- Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybride DRGs”)
- Neue Modelle der zukünftigen Versorgung in ländlichen Regionen

Besonderheiten und Herausforderungen der Versorgungslandschaft in Deutschland

- Starre Versorgungslandschaft mit traditionellen Rollendefinitionen
- Krankenhausplanung wenig effektiv
- Vergütung basiert stark auf DRG-System
- Niedriger Ambulantisierungsgrad

- Omnipräsenter Engpass: Fachkräfte
 - Lösungsstrategien innerhalb des Status Quo der Versorgungsstrukturen werden nicht ausreichen, um genügend Personal zur Deckung des Bedarfs zu rekrutieren
- Ziel: Transformation zu einer humanressourcenschonenden, bedarfsgerechten und Redundanzen-vermeidenden Gesundheitsversorgung

Neustrukturierung im Spannungsfeld zwischen Zugang und Qualität

Fast 50% aller Krebspatient:innen* werden außerhalb von Krebszentren behandelt

* beim Pankreaskarzinom über 70%

- Sterblichkeit von Krebspatient:innen, die nicht in Krebszentren behandelt werden, höher (WiZen-Projekt, Schoffer et al. 2022)

Über 1.100 Krankenhäuser behandeln Patient:innen mit Schlaganfall; davon haben nur 475 eine Stroke Unit

- Sterblichkeit in Krankenhäusern ohne Stroke Unit höher (Pross et al. 2018)

über 1.000 Krankenhäuser behandeln Patient:innen mit transmuralem Herzinfarkt; davon haben aber nur 578 einen Linksherzkatheter

- Höhere Sterblichkeitsrate bei stationär behandelten Herzinfarktpatient:innen in D als in anderen Ländern (D 8,3%, NL 2,9%, SWE 3,5%; OECD 2022).

- Umstrukturierungsdebatte erzeugt Reaktanz bei vielen Akteuren und der Bevölkerung
- Zugrundliegendes Kernproblem in Deutschland: Zugang wird oft mit Qualität gleichgesetzt
- **Fehlendes Wissen in der Bevölkerung bzgl. Qualitätsunterschiede**
- Wohnortnahe (stationäre) Versorgung heißt nicht, dass ein Eingriff wohnortnah stattfinden muss

→ Umdenken in den Köpfen bei allen Beteiligten notwendig

Reformprozesse auf Länderebene (Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen)

Niedersachsen

- Enquetekommission: Herausforderung der flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen, Vielzahl von Standorten, Krankenhausplanung bedarf Weiterentwicklung
- gestuftes System: Kliniken der Maximalversorgung, Kliniken der Schwerpunktversorgung, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, Regionale Versorgungszentren + Fachkliniken
- acht (statt vier) Versorgungsgebiete

Prozesstart
Enquete-
kommission

Bericht der Enquetekommission

Beschluss der
Neufassung des NKHG
durch den Landtag

Inkrafttreten des
NKHG

Januar 19
Februar 19
März 19
April 19
Mai 19
Juni 19
Juli 19
August 19
September 19
Oktober 19
November 19
Dezember 19
Januar 20
Februar 20
März 20
April 20
Mai 20
Juni 20
Juli 20
August 20
September 20
Oktober 20
November 20
Dezember 20
Januar 21
Februar 21
März 21
April 21
Mai 21
Juni 21
Juli 21
August 21
September 21
Oktober 21
November 21
Dezember 21
Januar 22
Februar 22
März 22
April 22
Mai 22
Juni 22
Juli 22
August 22
September 22
Oktober 22
November 22
Dezember 22
Januar 23

Gutachten Krankenhauslandschaft
Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf zur Änderung
des KHGG NRW
Inkrafttreten des KHGG NRW

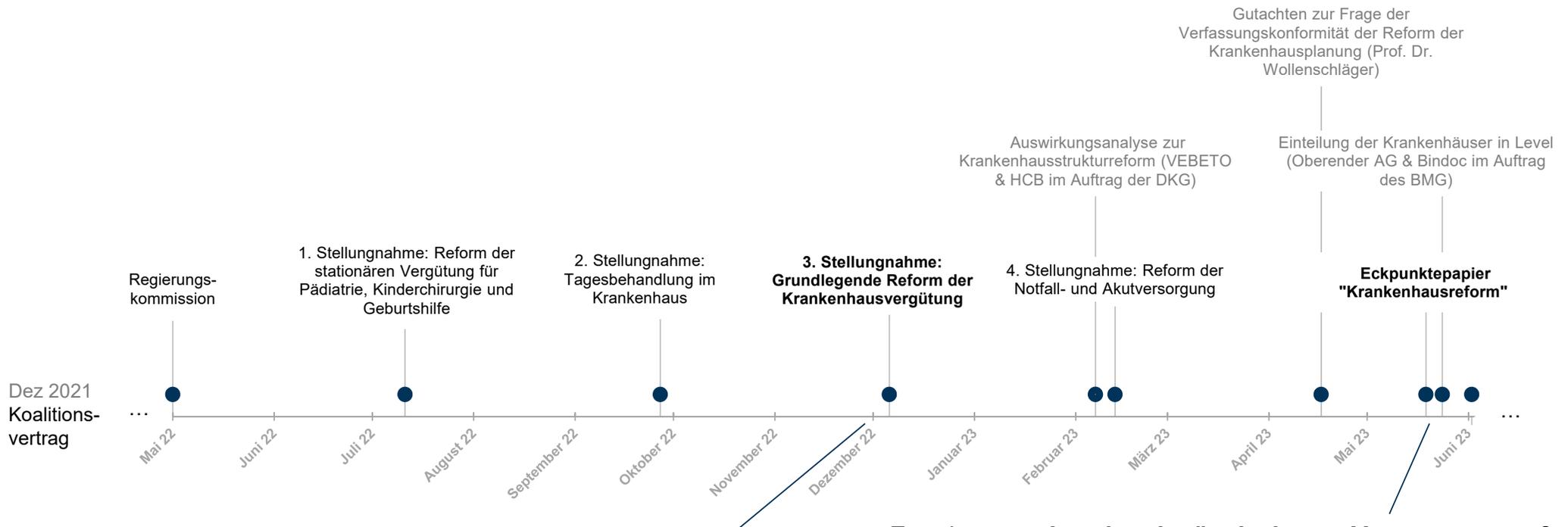
Veröffentlichung der neuen
Rahmenvorgaben des
Krankenhausplans NRW 2022

Beginn der Verhandlungen über
regionale Planungskonzepte

Nordrhein-Westfalen

- Gutachten: in den Ballungszentren des Landes in der Tendenz eine medizinische Überversorgung und in den ländlichen Teilen des Landes teilweise eine Unterversorgung
- KHGG NRW: statt bislang 22 Fachabteilungen (FAB) nun 32 (30 somatische) Leistungsbereiche (LB) mit 64 (60 somatische) untergeordneten Leistungsgruppen (LG) mit konkreten Qualitätsvorgaben pro LG
- Mehrere Planungsebenen: Kreis bzw. kreisfreie Stadt, 16 Versorgungsgebiete, fünf Regierungsbezirke, zwei Landesteile

Reformprozesse auf Bundesebene



- Vorschlag fünf bundesweit einheitlicher **Levels** & Festlegung von Mindestanforderungen pro Level
- Bundeseinheitliche Definition von **128 Leistungsgruppen** & Festlegung von Qualitätsanforderungen pro LG (inkl. Vorgaben für pflegerisches und ärztliches Personal, Vorgaben zu anderen LGs, Mindestlevel), Zuschreibung des Vorhalteanteils (40% bzw. 60%)

- Zuordnung zu **Leveln oder äquivalenten Versorgungsstufen** durch Länder
- **63 Leistungsgruppen** (NRW + 3)
- Die genaue Ausgestaltung der Level-Mindeststrukturvoraussetzungen sowie die Frage, inwieweit diese auch im Verbund mit anderen Krankenhäusern erfüllt werden können, wird im weiteren Prozess gemeinsam abgestimmt und festgelegt

1. Aktuelle Ausgangslage

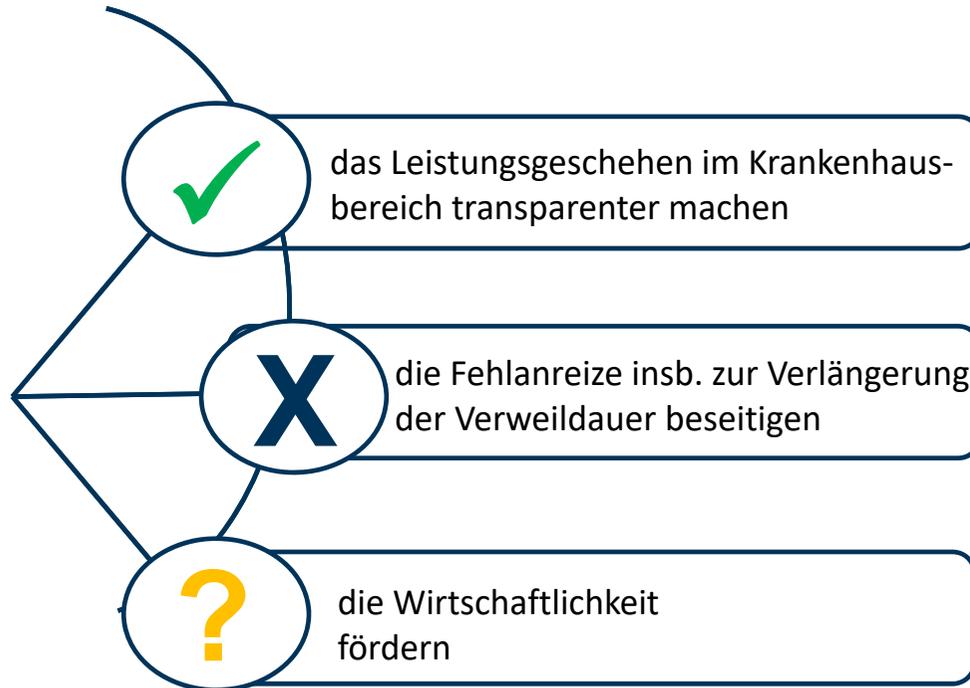
- Besonderheiten und Herausforderungen der Versorgungslandschaft in Deutschland
- Reformprozess auf Bundes- und Landesebene

2. Reformansätze

- **Stand und Weiterentwicklung der stationären Vergütung**
- Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybride DRGs”)
- Neue Modelle der zukünftigen Versorgung in ländlichen Regionen

1 Stand und Weiterentwicklung der stationären Vergütung

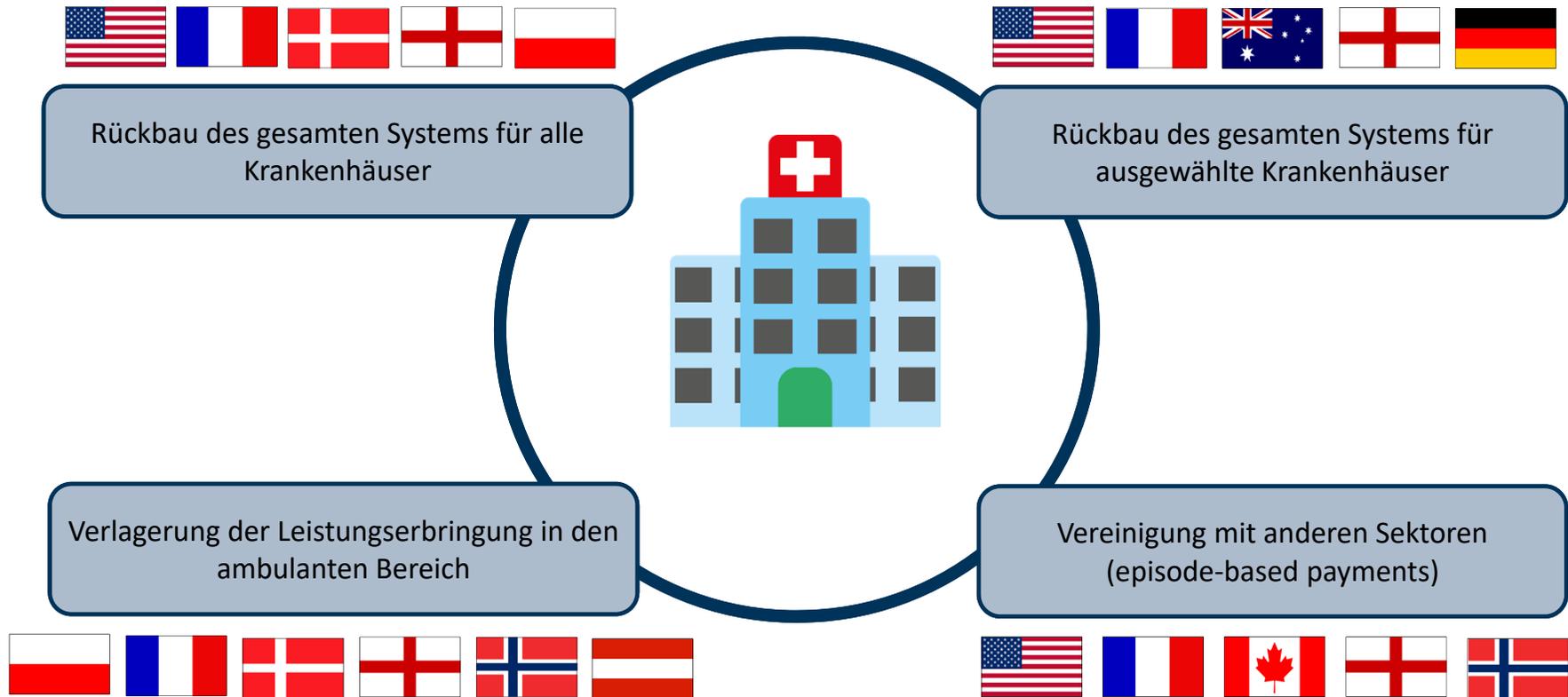
Das g-DRG-Vergütungssystem soll ...



+ (angebotsinduzierte) Fallzahlsteigerung

- Die Wahl des (stationären) Vergütungssystems hat eine direkte Auswirkung auf die Leistungserbringung von Krankenhäusern
- Das Vergütungssystem versinnbildlicht die Grunddenke des Gesundheitssystems
- DRG-Reformen ermöglichen Readjustierung des Krankenhauswesens

Vier Reformansätze dominieren international die DRG-Reform



Vorhaltekostenfinanzierung: Möglichkeiten zur Ausgestaltung

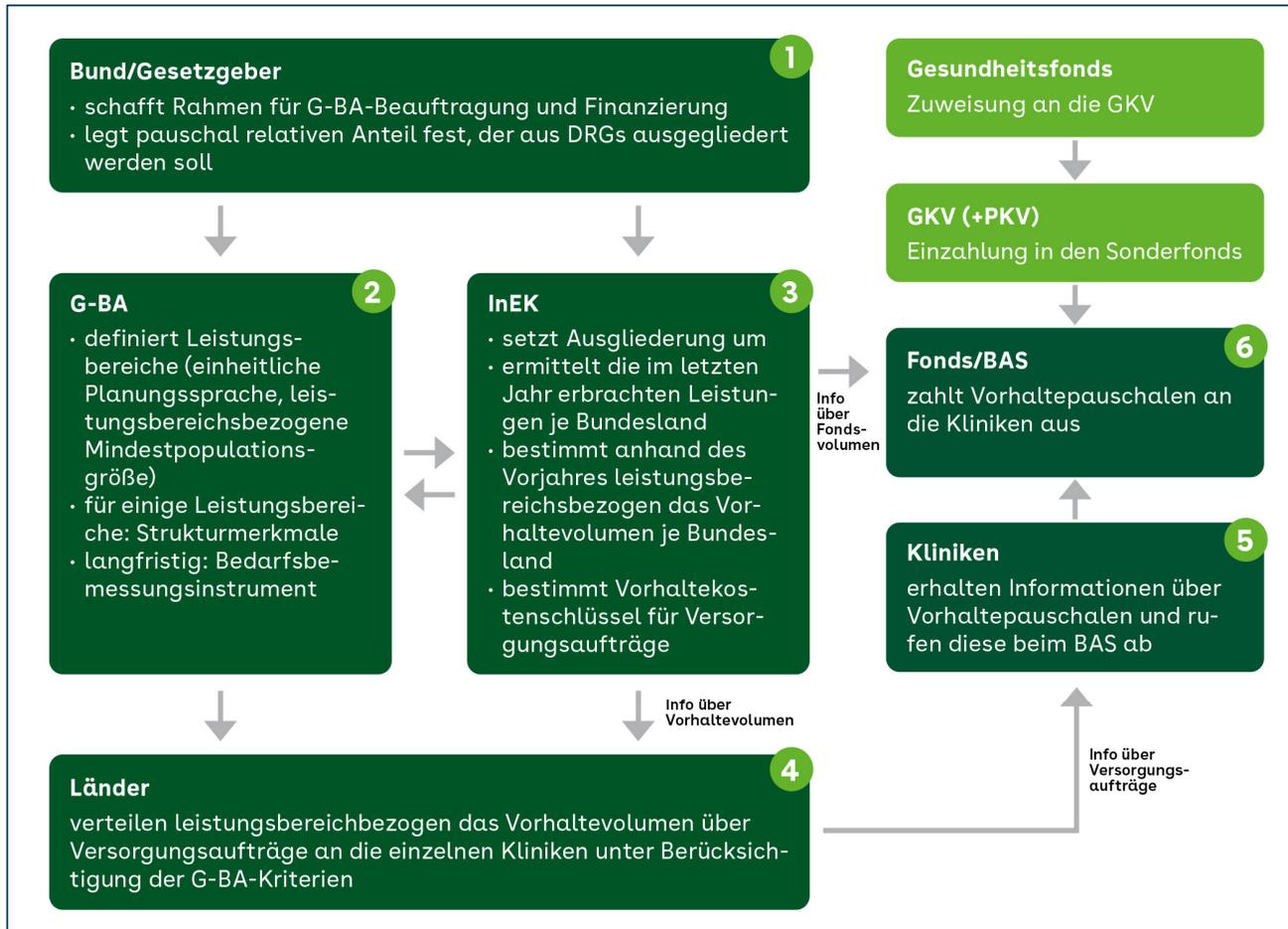
1. Kopplung an Versorgungsstufen

- starke Einschränkung der Planungssouveränität der Länder → de facto zentralistische Krankenhausplanung (kompetenzrechtlich nicht umsetzbar)
- Durch grobe Stufen Risiko, dass lediglich der Status quo zementiert wird und keinerlei Modernisierung der Strukturen stattfindet

2. Kopplung an Leistungsbereiche und -gruppen

- Bundeseinheitliche Planungssystematik (Leistungsbereiche, denen eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet werden) → Minimalset einer einheitlichen Planungssprache muss vorgegeben werden, um eine bundesrechtliche Finanzierung der Vorhaltung darauf aufbauen zu können
- Planung bliebe vollständig in der Hoheit der Länder → Feststellungsbescheiden muss zu entnehmen sein, für wie viele Menschen und für welchen Leistungsbereich der Versorgungsauftrag erteilt wurde
- ermöglicht Verknüpfung mit Vorgaben, insbesondere hinsichtlich Mindestbetriebsgröße (Fallzahlen, Populationsgröße) und Strukturanforderungen → kann zur Modernisierung der Krankenhausstrukturen beitragen

Finanzierung der Vorhaltepauschalen – Vorschlag



Fortschreibung und Aktualisierung

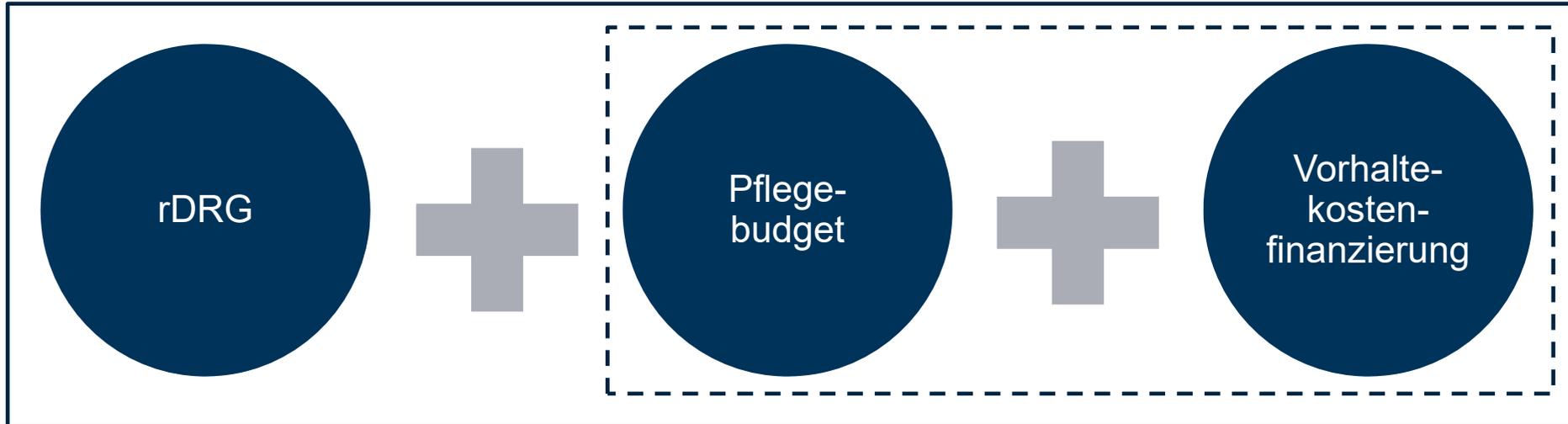
Leistungsbereiche und ihre
Strukturanforderungen:
anlassbezogen

Vorhaltevolumen & -pauschalen:
jährlich

Versorgungsaufträge: alle fünf
Jahre, automatisierter Vergleich
Vergleich zwischen den
Versorgungsaufträgen und den
tatsächlichen Leistungen jährlich

Quelle: AOK-Bundesverband 2022,
Krankenhaus-Report 2023

Komponenten der neuen Krankenhausvergütung (für die Betriebskosten)



Potentielle Komplexitätsreduktion:

- Fixkostendegressionsabschlag ✓
- Sachkostenkorrektur ✓
- Abgesenkte Bewertungsrelationen ✓
- Zentrumszuschläge ✓ (noch auszugliedern)
- Finanzierung der Notfallstufen ?
- Sicherstellungszuschläge ?

Perspektivisch:

- Reform der Pflegekostenfinanzierung (Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip)
- Performanzorientierte Vergütung (Zuschläge beim Erreichen von Qualitätsvorgaben)

1. Aktuelle Ausgangslage

- Besonderheiten und Herausforderungen der Versorgungslandschaft in Deutschland
- Reformprozess auf Bundes- und Landesebene

2. Reformansätze

- Stand und Weiterentwicklung der stationären Vergütung
- **Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybride DRGs”)**
- Neue Modelle der zukünftigen Versorgung in ländlichen Regionen

Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybride DRGs”)

- Hoher Druck auf Krankenhäusern auch aufgrund vieler wenig komplexer Fälle in stationärer Versorgung
- Ambulante Leistungserbringung oftmals bedarfsgrechtere und ressourcenschonendere Alternative
- Haupttreiber für Ambulantisierung in Deutschland und anderen Ländern: Personalengpässe in Krankenhäusern
- Zahlreiche OECD-Länder, u.a. England & Frankreich, haben durch sektorengleiche Pauschalen wenig komplexe Fälle aus der stationären Versorgung herausgelöst
- Aktuell: § 115b SGB V nicht finanziell attraktiv für Krankenhäuser/ EBM nicht attraktiv für ambulante Operationen
- Ziele für sektorengleichen Versorgungsbereich:
 - flexible, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung
 - fairer Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzt:innen
 - finanziell attraktiv für Akteure beider Sektoren
 - sollte die stationäre Versorgung von Fällen entlasten und so Personalkapazitäten sichern

→ wirkungsvolles Instrument, relativ leicht umzusetzen und mittelfristig auch für nicht-operative Leistungen

* sektoregleich bezieht sich auf Leistungen, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden können

Ambulantisierung in den Startlöchern – was 2022 & 2023 bislang passiert ist

- Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): „Zur Förderung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen wird empfohlen, einen Katalog ambulanter Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können“
- Koalitionsvertrag 2021: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um“
- Gutachten nach § 115b SGB V (März 2022)
- Innofonds-Projekts „ESV“ (Konsortium unter Leitung der Universität Hamburg): Vorschlag für sektorengleiche Vergütung (September 2022)
- Beschluss von § 115f SGB V (KHPfIEG, in Kraft getreten am 29.12.2022)
 - „eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird“
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sollten bis zum 31. März 2023 vereinbaren, für welche Leistungen aus dem Katalog des Ambulanten Operierens nach § 115b SGB V diese Vergütung geleistet wird → keine Einigung
- Bundesministerium für Gesundheit: Bestimmung der Leistungen und dazugehörigen Vergütung per Rechtsverordnung

Potential der Ambulantisierung

- Sektorengleiche Vergütung elementar für die Erhöhung des Ambulantisierungsgrads
- Reallokation von Personalressourcen
 - Reduktion der elektiven stationären Fälle (-10 Mio. Belegungstage)
 - Weniger Personalbindung
 - weniger Patientenkontakte und weniger Überwachungszeit
 - Prozessoptimierung durch Ausgliederung in ambulante OP-Zentren
- Indirekte Effekte:
 - Weniger Bettensperrungen
 - fördert Schließung oder Umwandlung von Fachabteilungen
 - Flexibilisierung von Versorgungsstrukturen

1. Aktuelle Ausgangslage

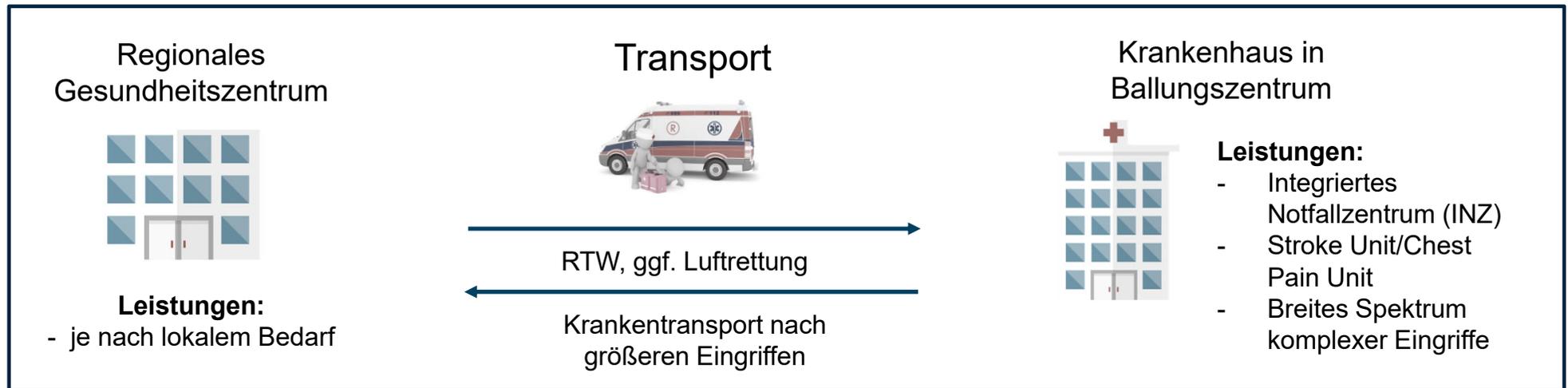
- Besonderheiten und Herausforderungen der Versorgungslandschaft in Deutschland
- Reformprozess auf Bundes- und Landesebene

2. Reformansätze

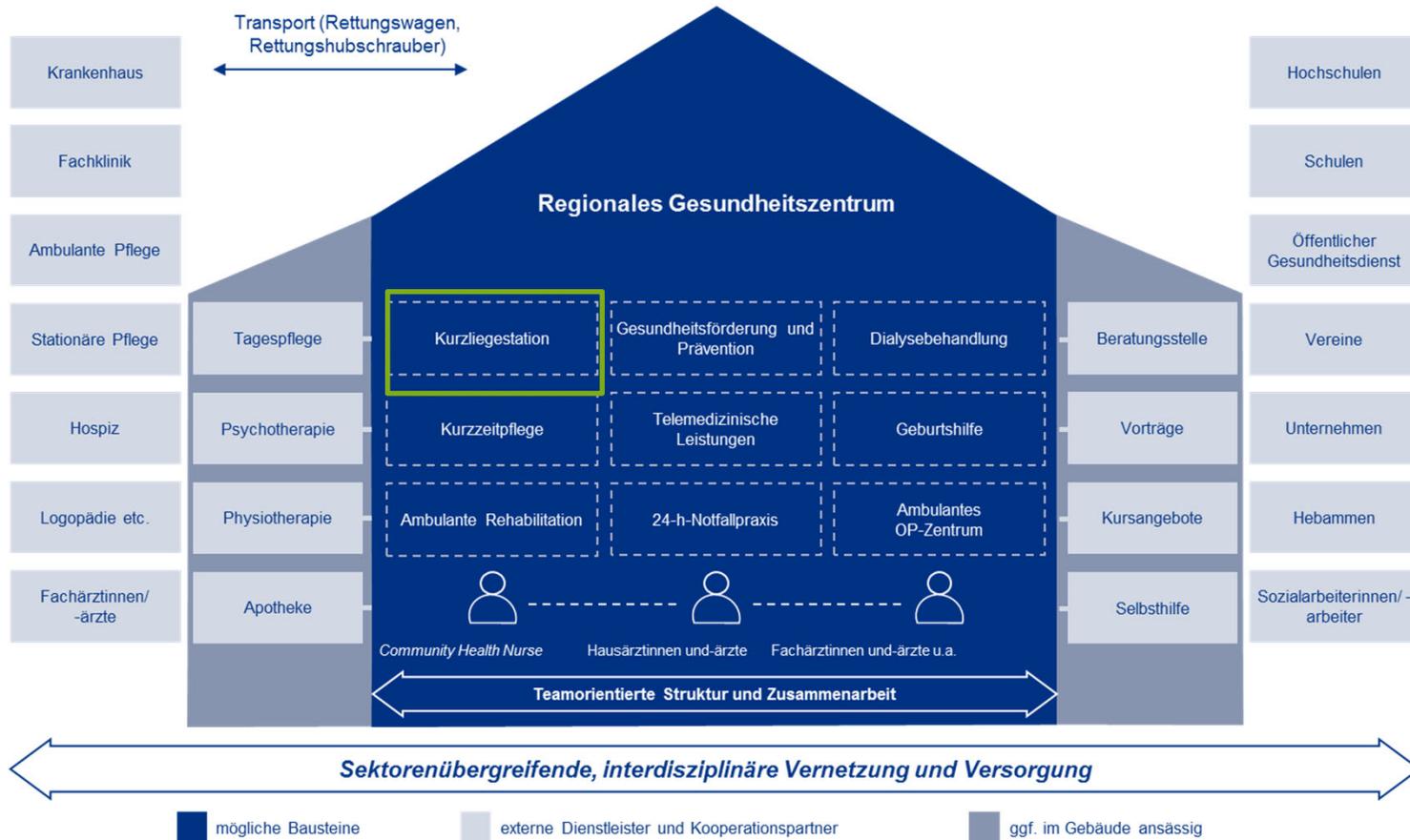
- Stand und Weiterentwicklung der stationären Vergütung
- Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybride DRGs”)
- **Neue Modelle der zukünftigen Versorgung in ländlichen Regionen**

Regionale Gesundheitszentren: Ausgangslage und Herausforderungen

- Viele kleine Krankenhausstandorte werden auch weiterhin benötigt, aber in anderer Funktion, unter anderem als:
 - Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung nach einem Krankenhausaufenthalt
 - Stationäre Langzeitpflegeeinrichtung
 - Ambulantes OP-Zentrum inkl. Nachsorge
 - Medizinisches Versorgungszentrum
 - Regionales Gesundheitszentrum (bzw. KGZ, IGZ, RVZ, Level-II-Krankenhaus, Stadtteilklinik/Stationäre Allgemeinmedizin)
- Fokus auf Umwandlung statt Schließung!



SVR-Konzept von regionalen Gesundheitszentren (SVR Gutachten 2023)



Zielgruppe:

- allgemeinmedizinisch zu behandelnde geriatrischen Patient:innen zur Beobachtung
- Patient:innen zur Nachbeobachtung, die vor Ort in einem ambulanten Operationszentrum operiert wurden
- Patient:innen zur Nachbeobachtung, die in einem stationären Zentrum operiert und postoperativ wohnortnah verlegt wurden

Betreuung durch multiprofessionelle Teams, wobei auch Berufsgruppen mit neuer oder erweiterter Fachlichkeit (z. B. Community Health Nurses) integriert werden sollten

Quelle: SVR Gesundheit, 2023 in Anlehnung an Schmid et al. (2020) und Nolting/Ochmann (2021).

Herausforderungen in Deutschland bzgl. Regionaler Gesundheitszentren

- Bisher in Deutschland kaum Erfahrungen mit regionalen Gesundheitszentren
- Gesetzliche Grundlage zu klären
 - Koalitionsvertrag: „multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren [...] für eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung“
- Welchen Status sollen diese Einrichtungen haben? In Krankenhausplan oder wer plant?
- Wie werden kurzstationäre Leistungen vergütet?
- Zahlreiche Ideen und Lösungsansätze in der Diskussion

Fazit

- Ein Strukturwandel in der Versorgungslandschaft ist dringender denn je erforderlich
 - Zum effektiveren Einsatz von Fachkräften
 - Zur Sicherstellung guter Versorgungsqualität
- Wir müssen deutlich über die stationäre Versorgung hinaus denken
- Einigkeit, dass regionale Versorgungszentren (inkl. kurzstationärer Versorgung) in Deutschland benötigt werden und gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden müssen
 - Unterschiede in Konzepten bestehen bei Zielgruppen, Personalstruktur sowie Vergütungskonzept
 - Flexible Vergütungsinstrumente können die Bildung RGZ und INZ maßgeblich unterstützen
- Reformen der Krankenhausplanung und -vergütung sind Schlüssel zu Strukturwandel und Integration
 - Debatte um Restrukturierung statt Schließung zielführend
 - Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung muss adressiert werden

Schumpeter School
of Business and Economics



Kontakt

Prof. Dr. Vera Winter

Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Bergische Universität Wuppertal
Rainer-Gruenter-Straße 21 - 42119 Wuppertal

winter@wiwi.uni-wuppertal.de
www.mig.uni-wuppertal.de