

Die aktuellen Pläne für eine Reform der Krankenhausversorgung: Analyse und Kritik

Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover

Struktur des Vortrags

- Der aktuelle Reformbedarf im Lichte des internationalen Vergleichs
- Hintergrundinformationen zum KH-System
- Die aktuellen Reformpläne
- Fazit

Der aktuelle Reformbedarf im Lichte des internationalen Vergleichs

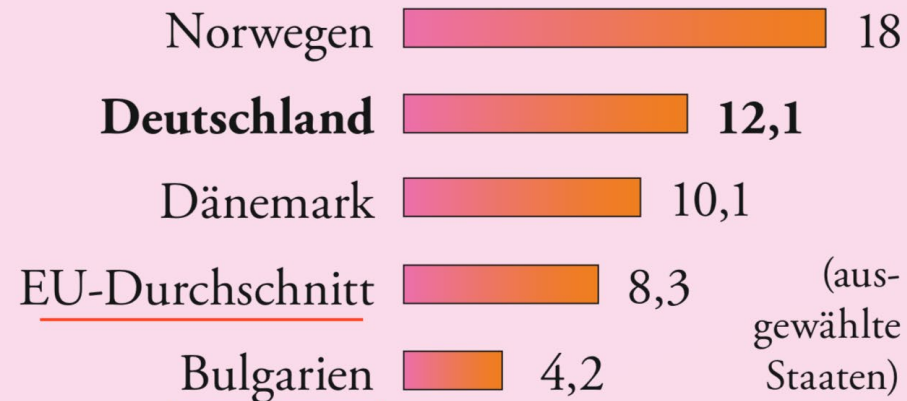
Warum internationaler Vergleich?

- Die aktuellen Reformpläne wurden werden auch **mit Verweisen auf andere Länder begründet** (v.a. **Dänemark, Schweiz**)
- Dabei findet eine **sehr selektive Verwendung von Daten** des internationalen Vergleichs statt
- Teilweise werden auch **falsche Kennzahlen** verwendet oder Aussagen gemacht, die im Gegensatz zu entsprechenden Daten des Vergleichs stehen
- Das gilt nicht nur für die Medienberichterstattung, sondern auch für **politikberatende Wissenschaftler**
- Beispiel Medien =>

12,1 Pflegekräfte

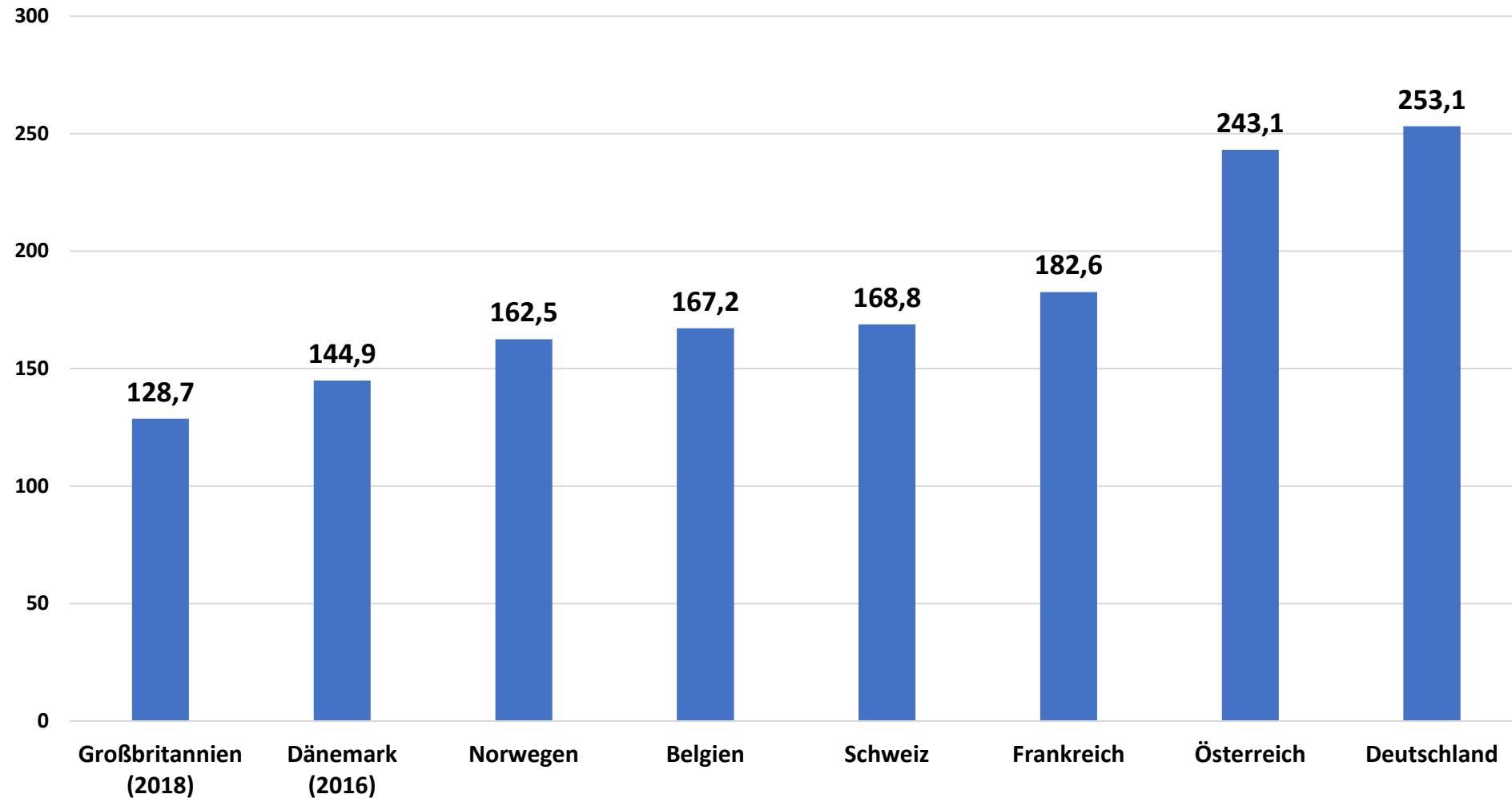
kommen hierzulande auf 1000 Einwohner.

Damit liegt Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt. Das Problem: Sie sind auf zu viele Krankenhäuser verteilt und fehlen dann beim einzelnen Patienten. Wirklich knapp sind Pfleger dort, wo wir sie oft anwerben: in Osteuropa.



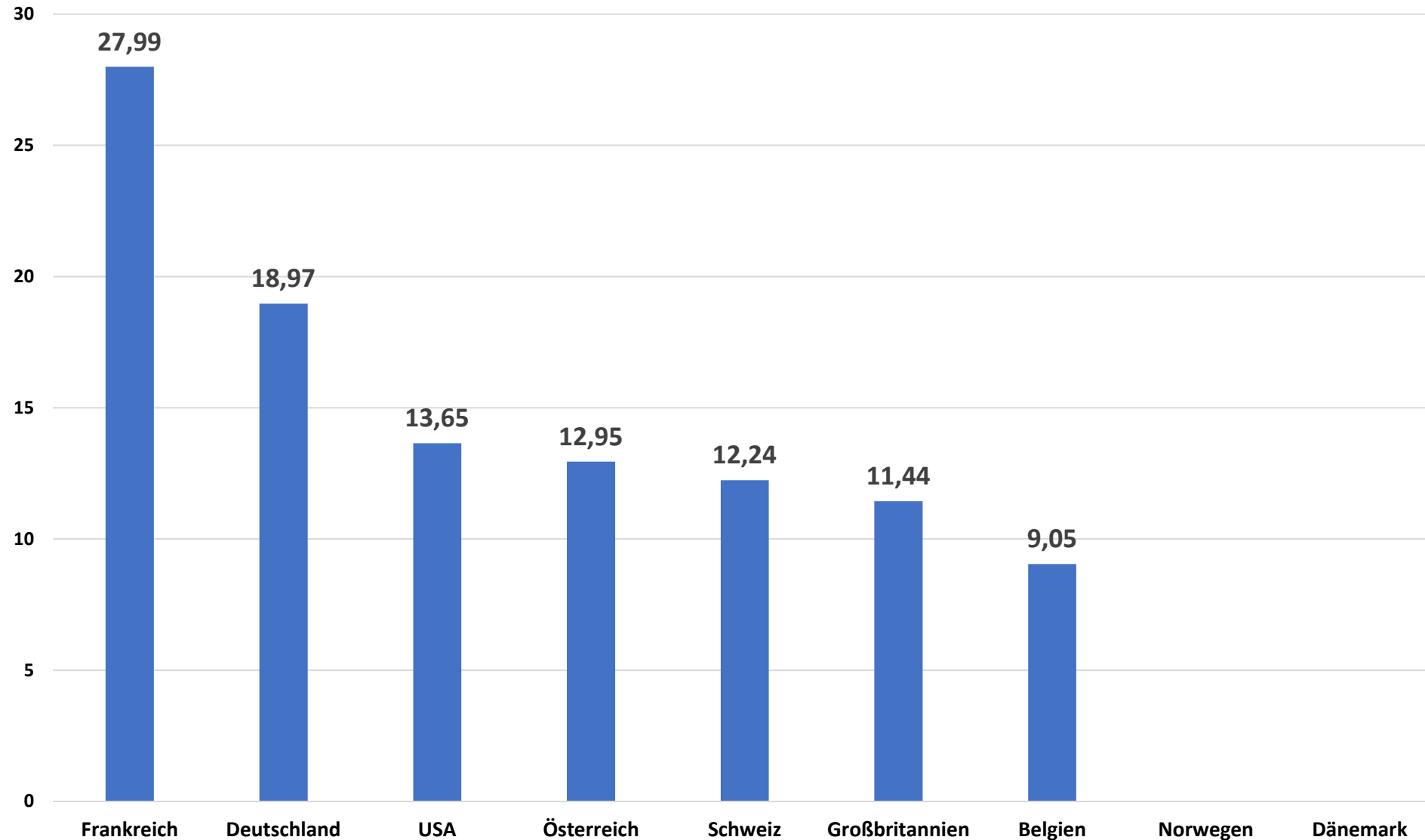
DIE ZEIT Nr. 28 vom 29.06.2023, S. 42: „Infografik Krankenhäuser“

Vollstationäre Fälle in Krankenhäusern Fälle pro 1.000 Einwohner 2019



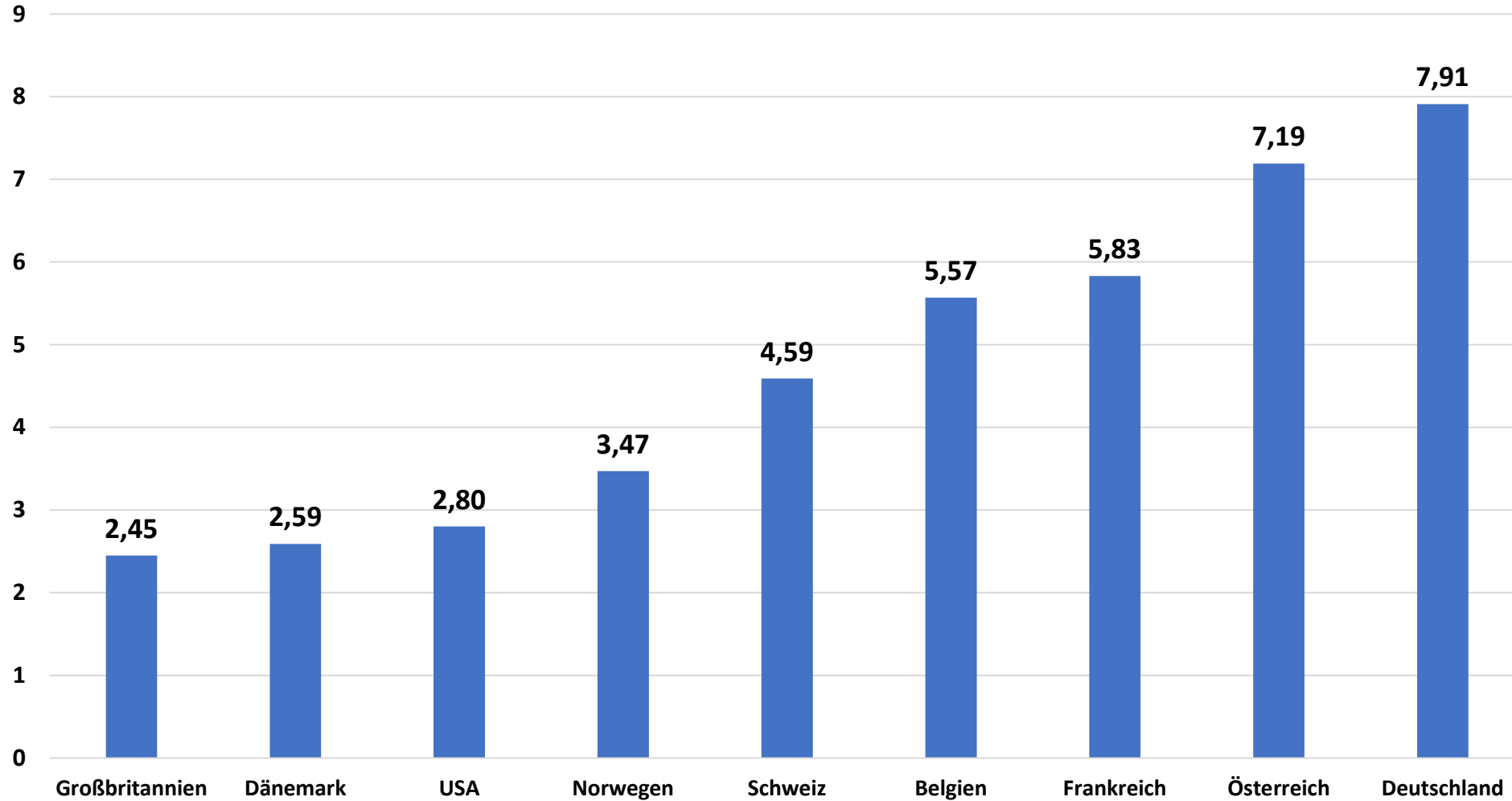
Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Allgemeinkrankenhäuser pro 1 Million Einwohner



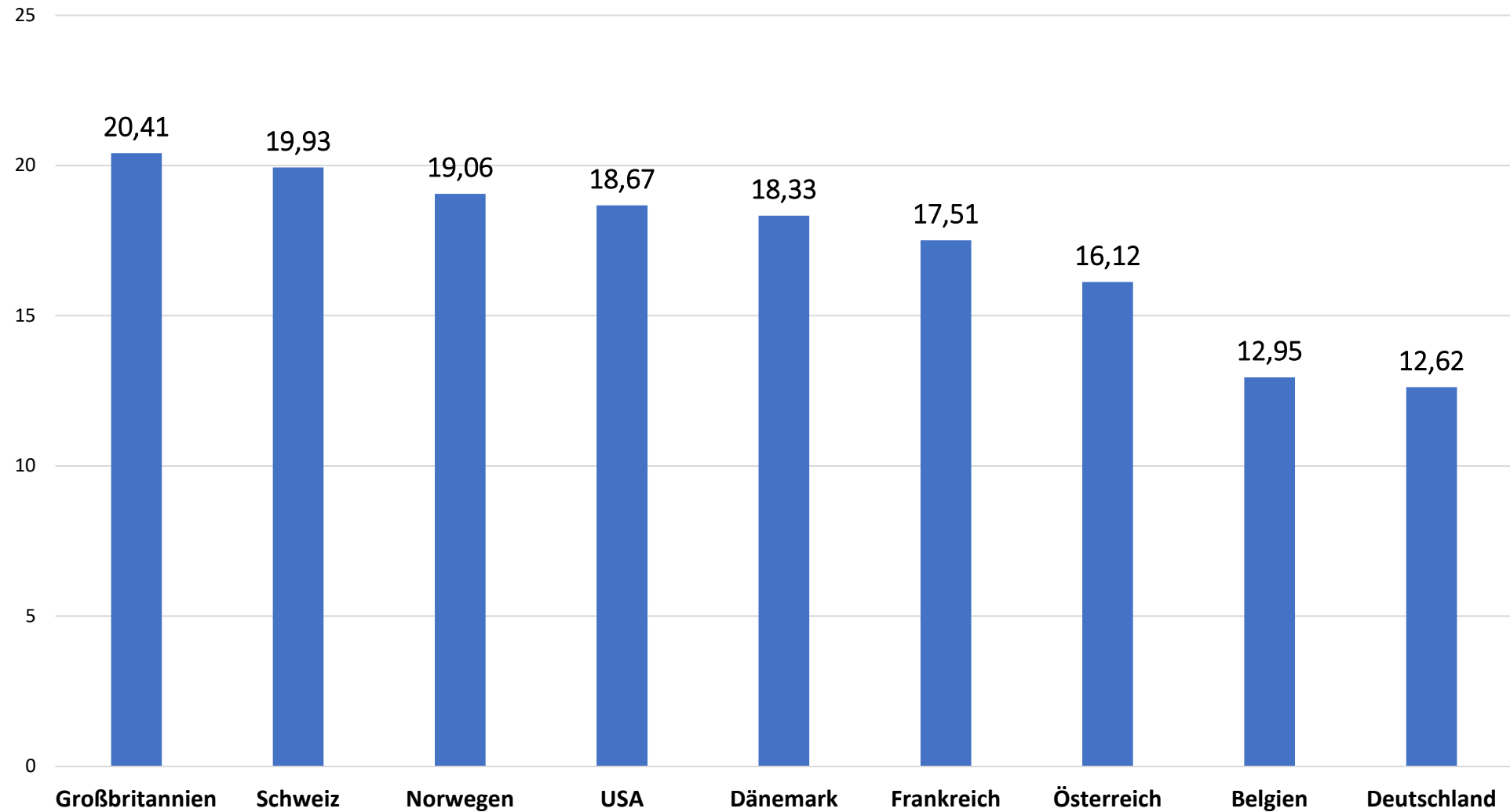
Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Betten in Krankenhäusern Anzahl pro 1.000 Einwohner 2019



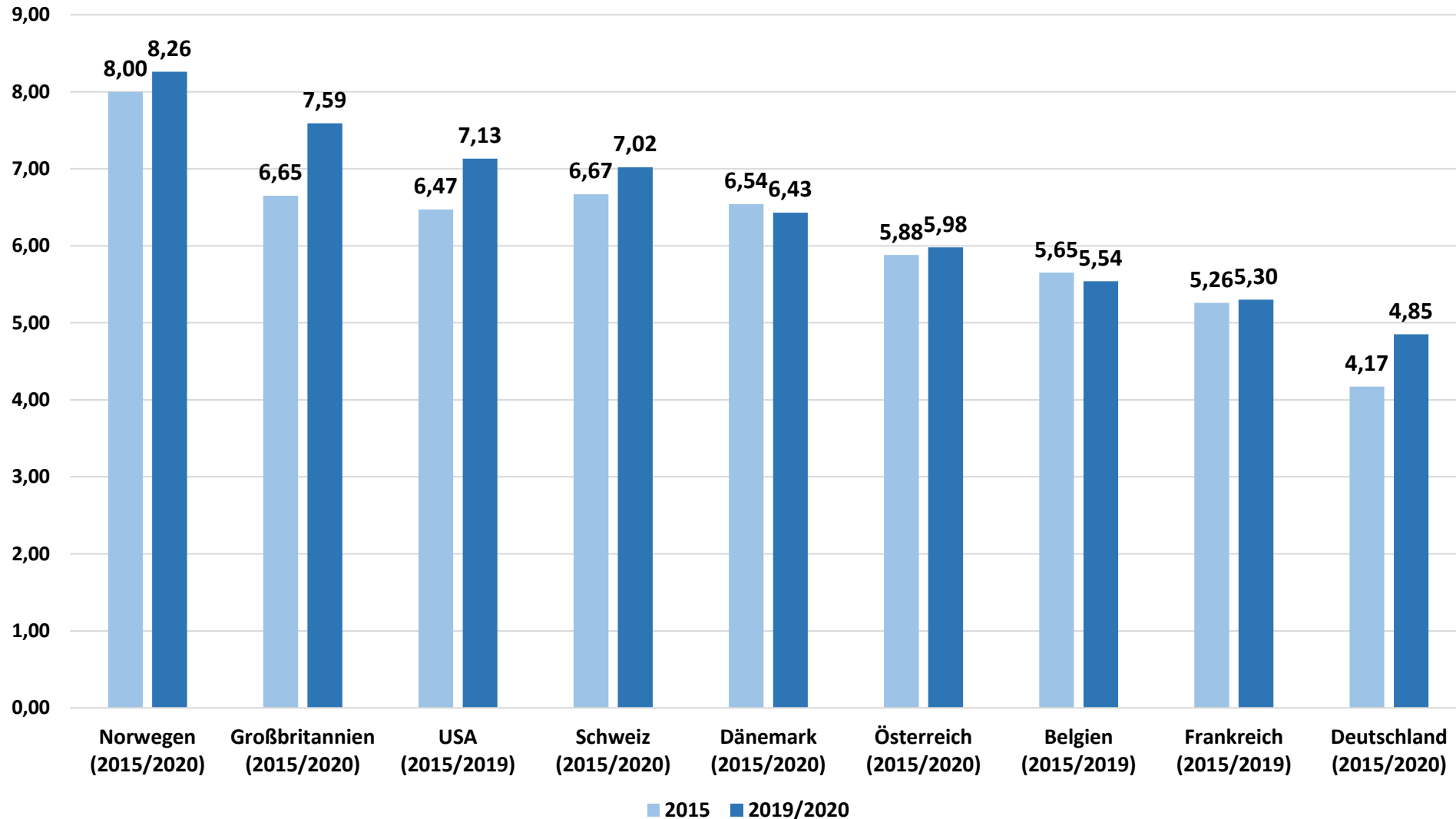
Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Personal in Krankenhäusern Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner 2019



Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Pflegepersonal in Krankenhäusern im internationalen Vergleich Professional und associate nurses. Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner



Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Kennzahlen der Krankenhausversorgung in Deutschland und Dänemark (2019)			
	Deutschland	Dänemark	Dänemarks Werte als Prozentsatz der Werte Deutschlands
Vollstationäre Fälle pro 1.000 Einwohner	253,1	144,9	57,3
Betten in Akut-Krankenhäusern (pro 1.000 Einwohner)	7,91	2,59	32,7
Personal in Krankenhäusern (VZÄ pro 1.000 Einwohner)			
Personal insgesamt	12,62	18,33	145,2
<i>darunter</i>			
Ärztinnen und Ärzte	2,12	3,02	142,5
Pflegepersonal (1)	4,74	6,35	134,0

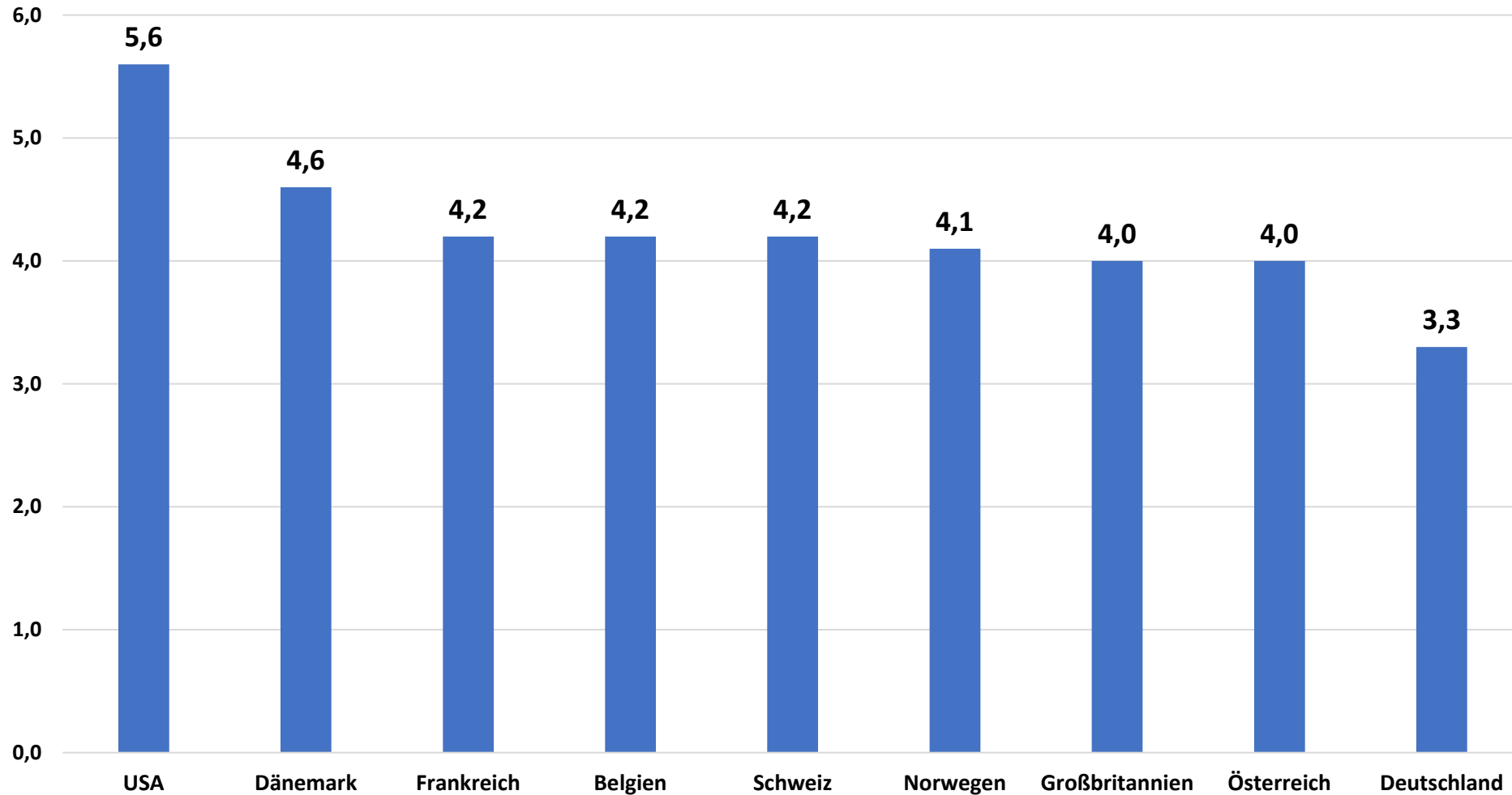
1) Professional und associate nurses.

Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Krankenhäuser: Fälle pro Vollzeitäquivalent (VZÄ)				
			Differenz	
	DK	D	Anzahl	in %
Fälle (vollstationär)	850.002	21.026.817	20.176.815	2.373,7
Personal insgesamt				
VZÄ	106.574	1.049.000	942.426	884,3
Fälle pro VZÄ	8,0	20,0	12,1	151,3
Ärztinnen und Ärzte				
VZÄ	17.586	176.000		
Fälle pro VZÄ	48,3	119,5	71,1	147,2
Pflegepersonal				
VZÄ	43.807	439.000		
Fälle pro VZÄ	19,4	47,9	28,5	146,9

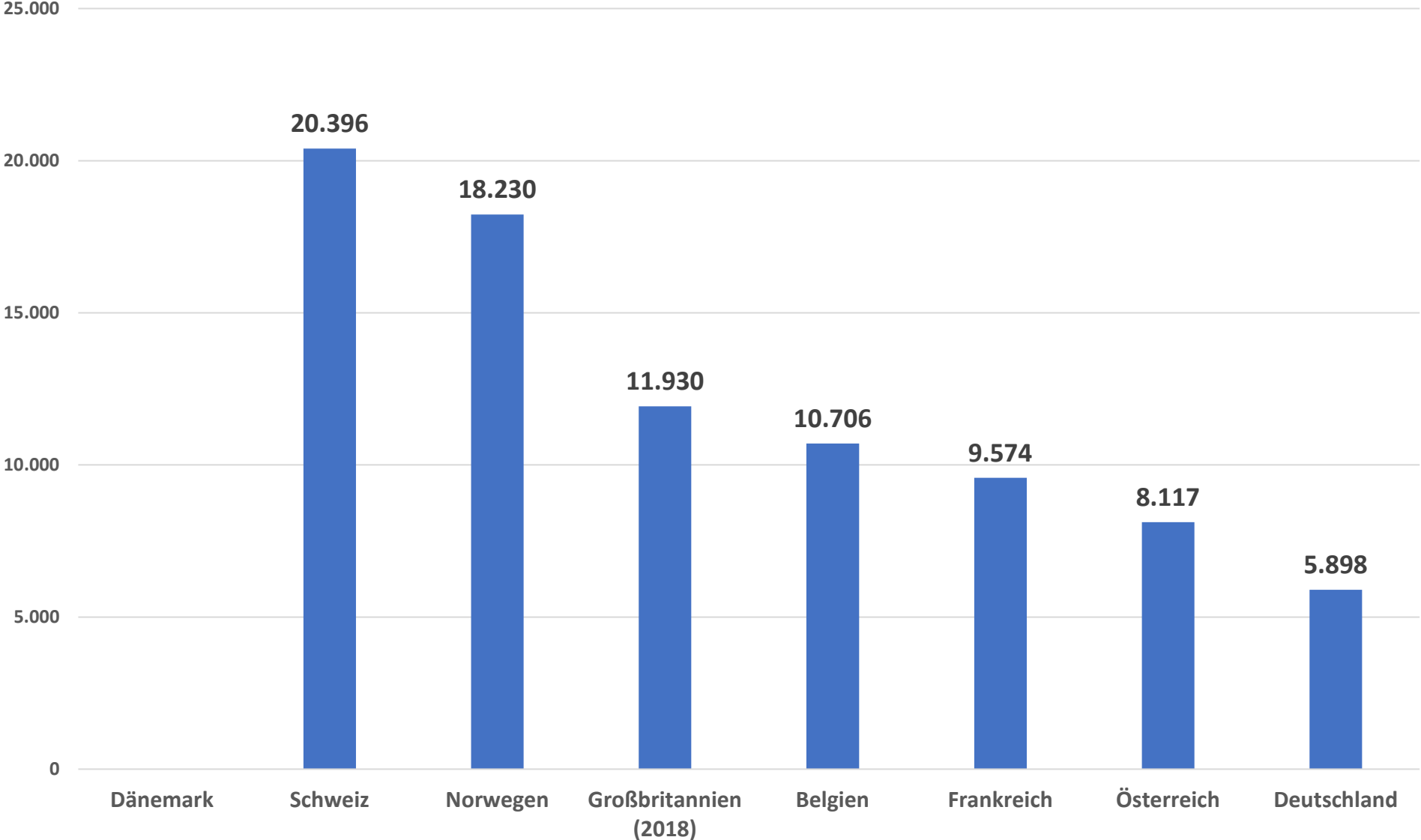
Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Ausgaben für Krankenhäuser in Prozent des Bruttoinlandsprodukts 2019



Quelle: OECD, eigene Berechnungen.

Durchschnittliche Kosten pro Krankenhausfall in Euro (2019)



Quelle: Eurostat, eigene Berechnungen.

Fazit

- In Deutschland gibt es **mehr Krankenhaufälle, KHS und Betten** und zugleich **weniger Personal** als in vergleichbaren anderen Ländern Europas (insbesondere in Dänemark und der Schweiz)
- Die **Arbeitsbelastung** in deutschen Krankenhäusern ist **deutlich höher** als in vergleichbaren anderen Ländern, insbesondere Dänemark und Schweiz
- Die **Ausgaben in Prozent des BIP** und die **Fallkosten** sind **deutlich niedriger**

Problemanalyse

- Das **Hauptproblem** sind die vielen **KH-Fälle** und die **unzureichende Personalausstattung**
- Das Wichtigste ist deshalb die **Reduzierung der Zahl vollstationärer Fälle** und **Verbesserung der Personalausstattung**
- Beides sollte **zeitgleich** geschehen
- Die **Fallzahlreduzierung** darf **nicht** zu **Mindereinnahmen der KHS** führen. Im Gegenteil: Mehr Personal erfordert mehr Geld.
- Das ist **mit dem DRG-Fallpauschalensystem nicht zu machen.**
- Deshalb m.E. notwendig: **Abschaffung des DRG-Systems**

Hintergrundinformationen zum KH-System und zur Reformdiskussion

Grundzüge des KH-Systems

- Staatliche **Daseinsvorsorge** => **Sicherstellungsauftrag** für eine bedarfsgerechte KH-Versorgung => **Länder**
- **Staatliche KH-Planung**
 - Durchführung: Länder
 - Erstellung KH-Plan
 - Erteilung von **Versorgungsaufträgen** an einzelne KHs
 - Gesetzgebungskompetenz: **Länder**
- **KH-Finanzierung = Duale Finanzierung**
 - Investitionskosten: Investitionsförderung der Länder
 - Rechtsetzungskompetenz: **Länder**
 - Betriebskosten: Vergütungen der Kostenträger (GKV, PKV etc.)
 - Gesetzgebungskompetenz: **Bund**

Betriebskostenfinanzierung

- Vergütungen
 - DRG-Fallpauschalen (ca. 55%)
 - Pflegebudget (ca. 20%)
 - Sonstige Entgelte (ca. 25%)
- DRG-System: Grundzüge
 - Bewertungsrelationen (BWR): Kostenrelationen der DRGs zueinander
 - Basisfallwert: monetäre Bewertung der BWR 1,0
 - Berechnung einer DRG-Fallpauschale
 - Bewertungsrelation (BWR) x Landesbasisfallwert (LBFW) + Zu-/Abschläge
 - BWR 2023: von 0,163 bis 43,003
 - LBFW 2023: ca. 4.000 €
 - Zahlbetrag DRG-Fallpauschale
 - Fiktives Beispiel: $BWR\ 2.0 \times LBFW\ 4.000\ € = 8.000\ €$
 - Zahlbeträge DRG 2023 (o. Zu-/Abschläge): von ca. 650 € bis ca. 172.000 €

Hintergrund der aktuellen Reform

- Das DRG-Fallpauschalensystem wird seit mehreren Jahren zunehmend wegen seiner Auswirkungen kritisiert
- Seit mehreren Jahren wird eine **auskömmliche Finanzierung der Vorhaltekosten** gefordert (Leitbegriff: **Vorhaltepauschalen**)

Kritik des DRG-Systems

- **Bewertungsrelationen**
 - Grundlage = durchschnittliche Ist-Kosten
 - Personalkosten = durchschnittliche Ist-Besetzung
 - Folglich => Gute Besetzung = Verlustrisiko, Unterbesetzung = Gewinnchancen
 - **Lauterbach: Das DRG-System bestraft Qualität**
 - KH-Stichprobe ist nicht repräsentativ
- **Basisfallwerte**
 - von Anfang an von den Ist-Kosten abgekoppelt
 - haben keinen Bezug zu den tatsächlichen durchschnittlichen Ist-Kosten
- **DRG-System = Umverteilungssystem**
 - Das Gesamtvolumen (Land, Bund) ist faktisch eine gedeckelte Gesamtvergütung
 - Folglich werden die Gewinne der einen KHS aus den Verlusten der anderen bezahlt
 - Gewinner waren bisher v.a. die privaten Klinikketten

Die aktuellen Reformpläne

Stand: 3. Entwurf des BMG für ein gemeinsames Eckpunktepapier von Bund und Ländern vom 23.06.2023

Zwei Regelungsbereiche

- **KH-Planung**

- Level (Versorgungsstufen)
- Leistungsgruppen
- Qualitätsanforderungen

- **KH-Finanzierung**

- Vorhalteanteil (DRG) – Vorhaltepauschalen – Vorhaltbudgets

KH-Planung (1)

- Level
 - Einführung eines bundesweit einheitlichen Systems von Versorgungsstufen (Leveln)
 - Vorschlag der Regierungskommission
 - Level IIIU (Universitätskliniken)
 - Level III
 - Level II
 - Level In
 - Level Ii (*ohne Notfallversorgung, neue Organisationsform ambulant/stationär*)
 - Streitpunkt BMG/Länder: Verbindlichkeit der Systematik des Bundes
 - Bereits heute plant die Hälfte der Länder mit Versorgungsstufen

KH-Planung (2)

- Leistungsgruppen
 - Umstellung der KH-Planung auf Leistungsgruppen (LGn)
 - LGn: Gruppen medizinischer Leistungen, definiert durch Diagnosen und Prozeduren
 - Das LGn-Konzept stammt aus der Schweiz (Spitalleistungsgruppen)
 - In Deutschland wird es seit 2022 in modifizierter Form in NRW angewendet
 - Anzahl und Zuschnitt des neuen Systems ist noch unklar (Vorlage für den Einstieg: NRW)
 - Schweiz: ca. 150
 - NRW: 64
 - Regierungskommission: 128
 - Vergabe der Versorgungsaufträge für einzelne LGn
- Qualitätsanforderungen
 - Für jede LG sollen Anforderungen an die Strukturqualität festgelegt werden
 - Versorgungsauftrag für eine LG nur, wenn die Anforderungen erfüllt werden
- Hauptstreitpunkt BMG/Länder: Einfluss der Länder auf die Ausgestaltung der LGn

KH-Finanzierung (1)

- ... vieles noch unklar ... sehr verwirrend ...
- Zentrale Grundsatzentscheidung:
 - Das DRG-System bleibt bestehen
 - Alle Änderungen sollen innerhalb des DRG-Systems erfolgen
- Neue Leitbegriffe
 - Vorhalteanteil
 - Vorhaltebewertungsrelation
 - Vorhaltepauschale
 - Vorhaltebudget (Land, KH)

KH-Finanzierung (2)

- Zentral
 - Ausgliederung eines Teils der DRG-Bewertungsrelationen und Umbenennung dieses Teils in „**Vorhaltebewertungsrelation**“
 - 1. Phase: für **alle DRGs 40%** (ohne Pflegebudget), später differenziert je DRG
 - 40% von 55% = **22% der Gesamterlöse**
- Vorhalteanteil = Vorhaltebewertungsrelation
 - Vorhalteanteil = Anteil an der Bewertungsrelation einer DRG
- Vorhaltepauschale
 - Teil-Fallpauschale: Vorhaltebewertungsrelation x LBFW
 - Anspruch auf Zahlung nur bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen
- Vorhaltebudget pro Leistungsgruppe (Land, KH)
 - Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller DRGs für eine LG x LBFW
 - Erstmalige Auszahlung an die KHs: 2025

KH-Finanzierung (3)

- Vorhaltebudget Land
 - Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen aller bisher abgerechneten DRGs („bisher“ = Basisjahr, bei erstmaliger Zahlung 2025: Basisjahr 2023)
 - Vorhaltebudgets = gedeckelte und starre Budgets
 - Gedeckelt: Niveau des Basisjahres
 - Starr: Fallzahländerungen bis zu +/-20% werden nicht berücksichtigt (nur Schweregradveränderungen)
 - **Fallzahlerhöhung = keine zusätzlichen Vorhaltepauschalen**
 - **Fallzahlrückgang = keine Budgetminderung (aber nur für 2 Jahre) und nur Vorhaltebudget (22%)**
 - Verteilung der LG-Landesbudgets auf die KHs im Land
- Vorhaltebudget KH
 - wie oben
 - Überprüfung und Änderung der Fallzahl nach 2 Jahren (später: 5 J.)

Grundzüge des neuen Systems

- Land teilt KHs Versorgungsstufen (Leveln) zu
- Land vergibt Versorgungsaufträge für LGn
- KH erhält Versorgungsauftrag für eine LG nur, wenn es die Qualitätsanforderungen erfüllt
- KH erhält Vorhaltepauschalen und Vorhaltebudget nur, wenn es die Qualitätsanforderungen erfüllt
- Zusätzliche Fälle werden bis zu einer Steigerung von 20% nicht vergütet
- Bei Fallzahlrückgang bleibt das Vorhaltebudget (LG) unverändert
- Nach 2 Jahren erfolgt Neufestsetzung des Vorhaltebudgets (niedrigere Fallzahl = niedrigeres Budget?)

Auswirkungen (1)

- KHS die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, werden die entsprechenden Leistungen nicht mehr anbieten können
- Folge => die betroffenen Abteilungen oder das ganze KH werden geschlossen
- Folge => Konzentration und Zentralisierung auf weniger KHS als bisher
- Folge => Die Beschäftigten der geschlossenen Abteilungen und KHS verlieren ihren Arbeitsplatz
 - Frage: Und was machen sie dann? ...
- Folge => Die bisher von dem KH versorgten Patienten müssen in ein anderes (größeres) KH gehen
 - Erwartung: Mehr Fälle = mehr Erfahrung = bessere Qualität
 - Allerdings: Längere Anfahrtswege
- Folge => Die Fallzahlen in den größeren KHS steigen an

Auswirkungen (2)

- Steigende Fallzahlen in den größeren KHs
- Bedeutung für das Personal
 - Bereits jetzt herrscht in weiten Bereichen chronische Unterbesetzung und Überlastung
 - Wir brauchen folglich insgesamt mehr Personal => Wird es das auf dem Arbeitsmarkt geben?
 - Eine Umverteilung bei gleicher Fallzahl bessert die Lage nicht
 - Wenn die Gesamt-Fallzahl sinkt, kann das die Lage etwas entspannen, es wird aber trotzdem mehr Personal benötigt
 - Problem: bei Fallzahlanstieg unterhalb von 20% gibt es keine zusätzlichen Vorhaltepauschalen
- Bedeutung für die Investitionskosten
 - Gibt es für die neuen Fälle und Leistungen die baulichen und apparativen Strukturen?
 - Die Reform erfordert somit einen erheblichen Investitionsaufwand
- Bedeutung für die Patienten
 - Welche Auswirkungen werden längere Anfahrtswege haben?
 - Eine Fallzahlsteigerung in den großen Kliniken ohne zusätzliches Personal erhöht die Arbeitsbelastung und ist ein Risiko für die Patientensicherheit

Qualitätsanforderungen (1)

- Die Qualitätsanforderungen werden von zentraler Bedeutung sein
- Zentrale Frage: Was für Anforderungen wird es geben und wie hoch werden sie sein?
- Relevanz der Frage
 - Je höher die Anforderungen, desto mehr KHS werden schließen müssen
 - Je niedriger die Anforderungen, desto weniger KHS müssen schließen
- Wichtigste Qualitätsanforderung
 - Personalausstattung (Anzahl + Qualifikation)
 - Deshalb notwendig
 - verbindlich anzuwendende **Verfahren der Personalbedarfsermittlung**
 - **Verpflichtung zur Einhaltung** der damit festgestellten bedarfsgerechten Personalbesetzung

Qualitätsanforderungen (2)

- Wichtigste Voraussetzung: **Vollständige Finanzierung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung**
- **Dazu ist das DRG-System nicht in der Lage**
- **Deshalb** bedarf es einer wirklich grundlegenden Reform der KH-Finanzierung => **Abschaffung des DRG-Systems**
- Umstellung auf eine Finanzierung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip (s. Pflegebudget)

Fazit

- Die Umstellung der KH-Planung auf **Leistungsgruppen** und die Verbindung der Versorgungsaufträge mit **Qualitätsanforderungen** sind **sehr sinnvoll und zu begrüßen**.
- Die notwendigen **hohen Anforderungen** an die Strukturqualität sind jedoch nur einzuhalten, wenn die geforderte Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung und Sachmittelausstattung auch **vollständig finanziert** werden.
- Das ist bisher nicht vorgesehen.
- Eine solche **qualitätsorientierte Reform** ist mit dem **DRG-Fallpauschalensystem** auch **nicht zu verwirklichen**.