Vebeto

hcb Institute for Health Care Business GmbH

Folgeabschätzung des Reformvorschlags der Regierungskommission vom 6.12.2022

Pressekonferenz, 13. Februar 2023

Prof. Dr. Boris Augurzky

Agenda

Reformvorschlag

Methodik und Ergebnisse

Warum brauchen wir
überhaupt **Veränderungen?**

Weil uns das Personal sonst ausgeht

und wir dann nicht mehr alle Leistungen in der bislang gewohnten Weise zur Verfügung stellen können

Welche Veränderungen sind nötig?

Reduktion des Mengenanreizes, stattdessen auch **Vorhaltefinanzierung**(1)

Anreize zur **Schwerpunktbildung**

Anreize zur **Kapazitätszusammenlegung**

Investitionen in neue Strukturen

(1) Kein Widerspruch dazu, dass nicht mehr alle Leistungen erbracht werden können; Mengenanreiz bezieht sich auf einzelne DRG, während sich personell bedingte Leistungsreduktion auf Summe aller Leistungen bezieht; damit kann es zu ungünstiger Allokation innerhalb des Leistungsportfolios kommen.

Regierungskommission schlägt grundlegende Reform mit drei Komponenten vor

Pressekonferenz vom 6.12.2022

a Reduktion der Bedeutung der DRG; im Gegenzug **Vorhaltebudgets** für Leistungsgruppen

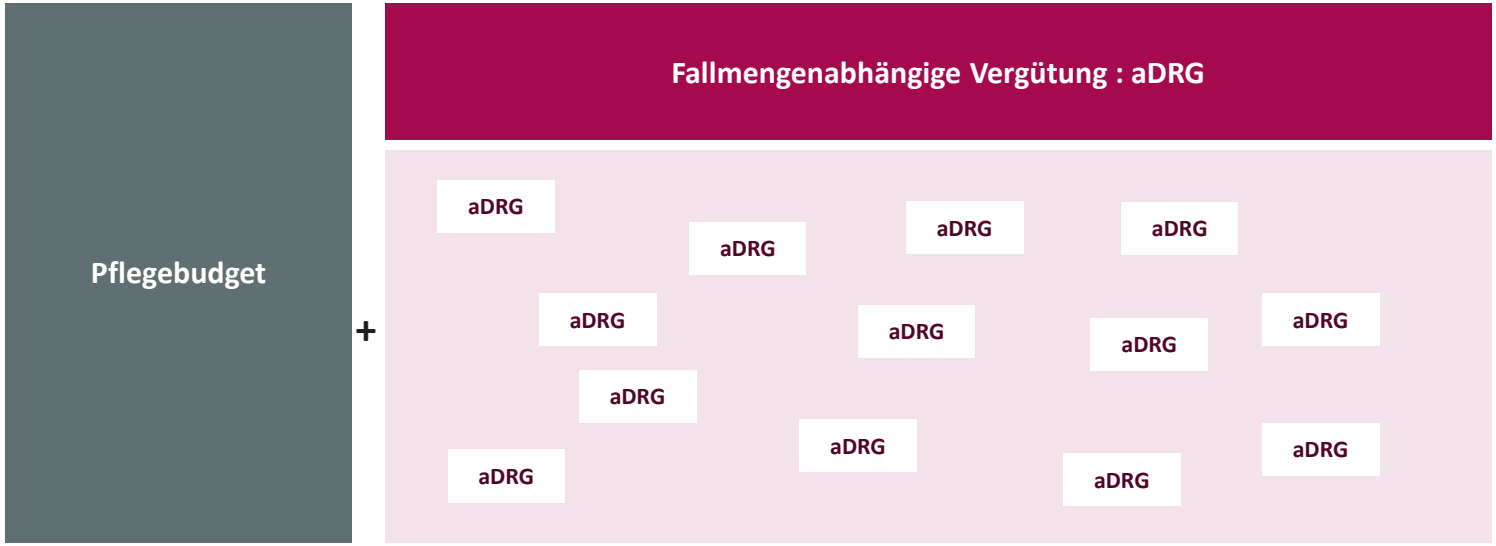
b System von **Leistungsgruppen** (LG), die pass-genauer als die DRG und Fachabteilungen den Versorgungsstufen zugeordnet werden können

c Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Level)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen

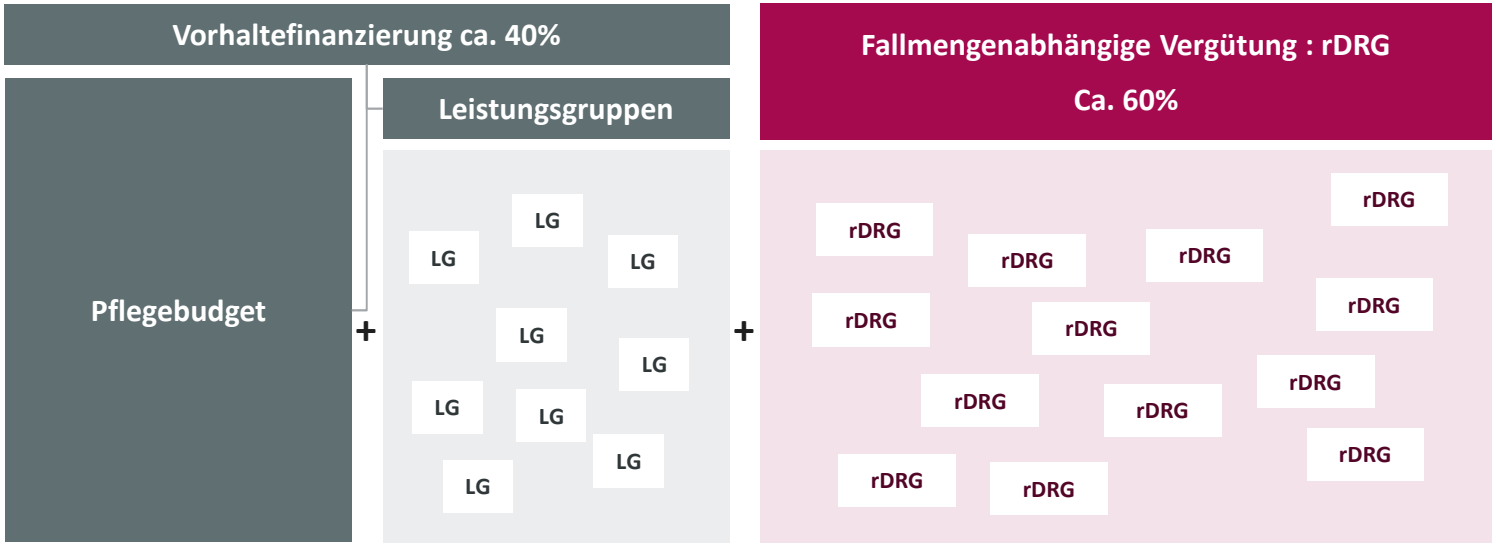
Bisher



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen

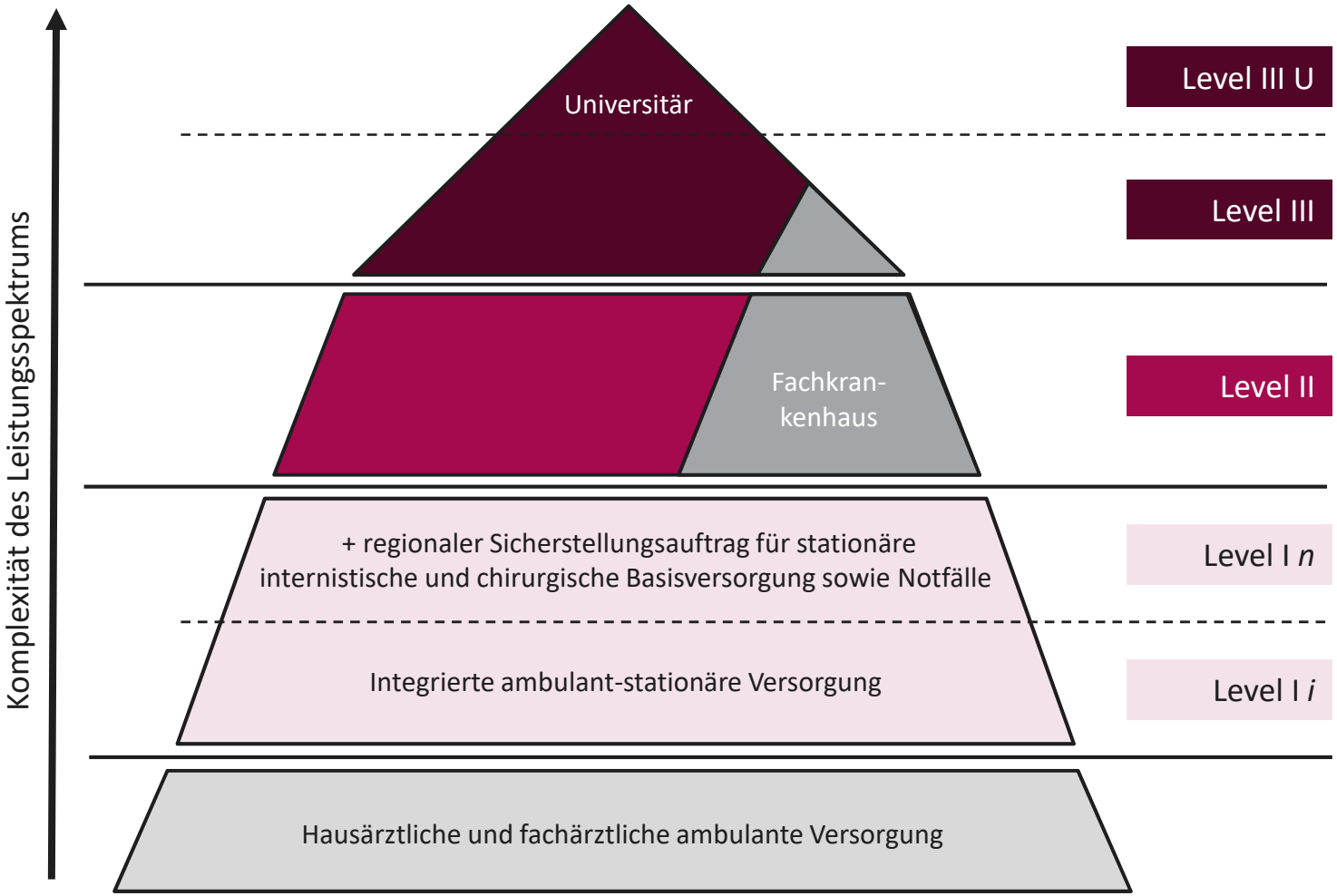
Vorschlag



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Dabei drei Versorgungslevel mit definierten Kriterien zu ihrer Erreichung

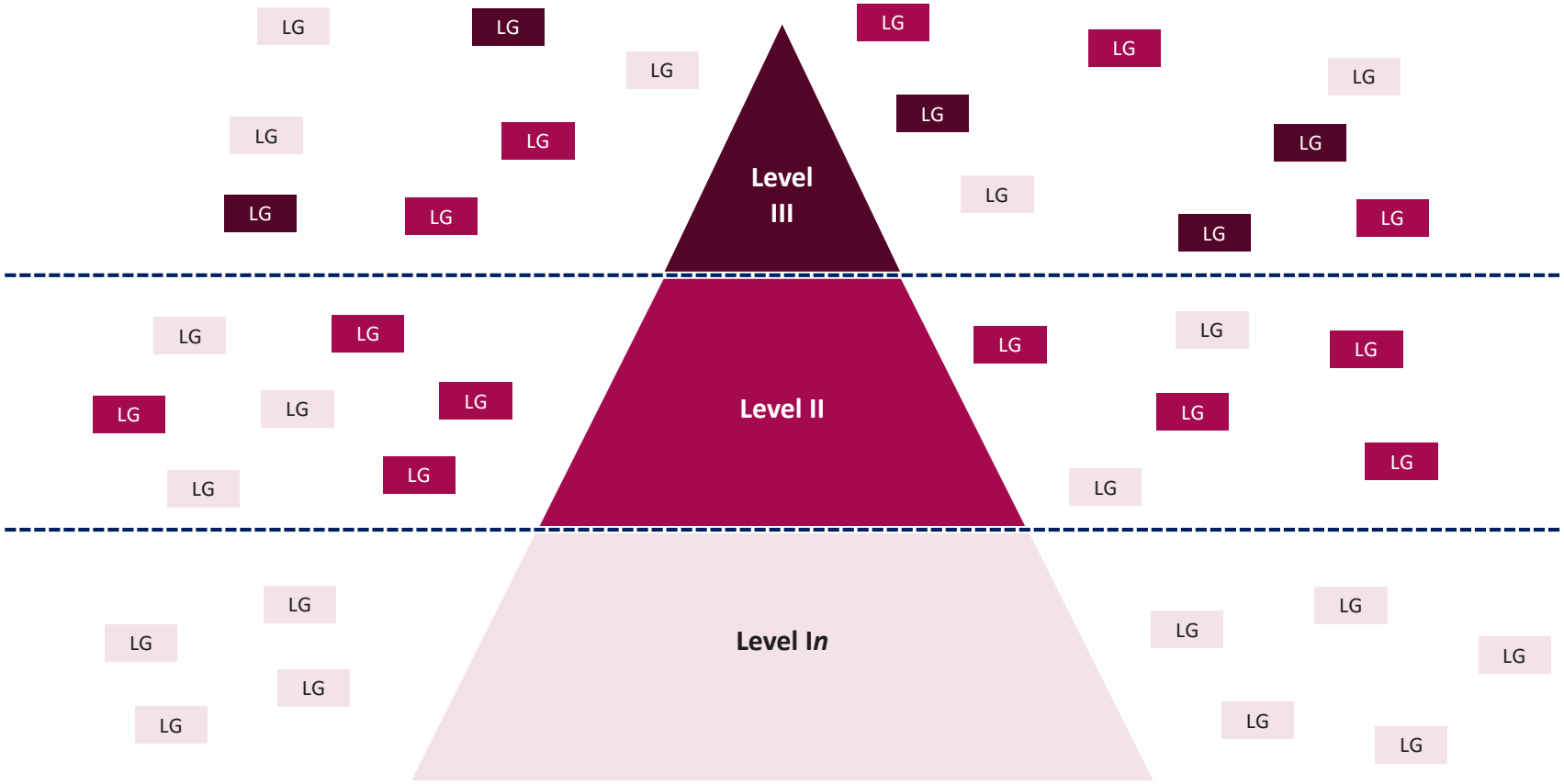
Mit Substufen „universitär“ und „integriert ambulant-stationär“



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Die Erbringung von Leistungsgruppen ist an die Level gekoppelt

Nicht jede Leistungsgruppe kann von allen Leveln erbracht werden



Anmerkung: Fachkliniken sind in ihrem Fachgebiet dem Level II und/oder III zugeordnet
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Agenda

Reformvorschlag

Methodik und Ergebnisse

Folgeabschätzung auf Basis öffentlich zugänglicher Daten

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Datenjahr **2020**

Einschluss somatischer Krankenhäuser mit **>= 100** vollstationären Fällen auf Standortebene

Modellierung Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach **NRW-Systematik (60 LG)**

Daten können im **Einzelfall fehlerbehaftet** sein, für Menge aller Krankenhäuser aber **aussagekräftig**

→ **Statistische Aussagen sind möglich, jedoch Einzelfallaussagen nicht durchgängig möglich**

Notfallstufe nach GBA-Richtlinie

Prognose des GKV-Spitzenverbands vom Februar 2022(1)

Identifikation der Fachkliniken

Manuelle Prüfung in **Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften** von

- **Level 1i** – Krankenhäusern
- Krankenhäusern **ohne Zuordnung zu einem Level**

(1) In der Zwischenzeit könnten weitere Standorte eine Notfallstufe erhalten haben

Quelle: hcb, Vebeto

Die verwendete Methodik orientiert sich an Datengrundlage und den Vorschlägen des Reformpapiers = Basisszenario

Beobachtbare Kriterien berücksichtigt

Fachabteilung Innere Medizin und/oder Chirurgie

Erreichbarkeiten für Level 1n

GBA-Notfallstufe

Relevanter Versorger[1] für verschiedene Leistungsgruppen, z.B. LG 26.2 (Stroke Unit)

Nicht beobachtbare Kriterien indirekt oder nicht berücksichtigt

Intensivmedizin indirekt über GBA-Notfallstufe

MRT und LG Kardiologie indirekt über GBA-Notfallstufe

CT, Labor, Angiograhpie, Endoskopie

Telemed. Verknüpfung

Hubschrauberlandeplatz

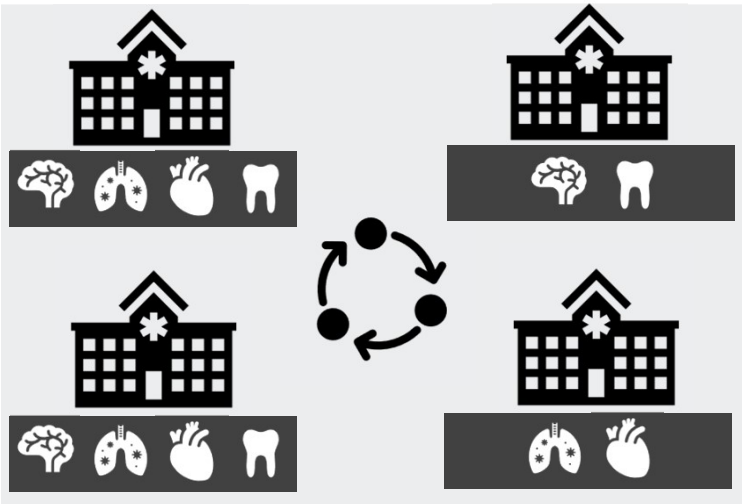
Pflege-Ausbildungsstätten, Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren

Level-Zuordnung im Basisszenario leicht weniger streng als im Reformpapier

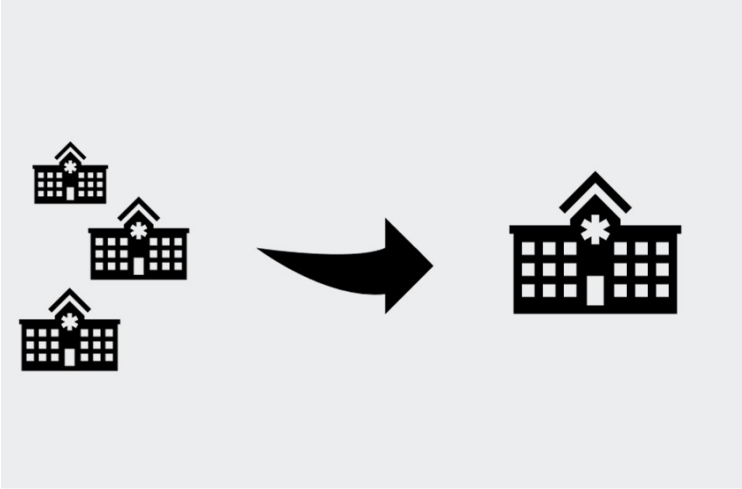
(1) Ein Krankenhaus wird als relevanter Versorger klassifiziert, wenn der gewichtete Fallzahlrang mind. 2,5 beträgt. Das bedeutet, dass 97,5 Prozent der Patienten in Häusern behandelt wurden, die eine größere Fallzahl hatten, als das betrachtete Haus.

Quelle: hcb, Vebeto

In weiteren, noch folgenden Szenarien werden mögliche Anpassungen der Krankenhausträger simuliert



Schwerpunktbildung durch Tausch von Leistungsgruppen zwischen verschiedenen Standorten



Konzentration von Kapazitäten durch Zusammenlegung von mindestens zwei Standorten

- trägerintern
- trägerübergreifend

Quelle: hcb, Vebeto

Der Reformvorschlag erlaubt Abweichungen von den Vorgaben …

… die im Basisszenario teilweise abgebildet sind

Abschwächung der Kriterien für Level II

Nicht alle Kriterien für Level II zwingend zu erfüllen, um Level II zu erreichen; in diesem Fall Abschlag am Vorhaltebudget

Ansiedlung von Fachkliniken an Level 2 oder 3

Perspektivische Ansiedlung wünschenswert, jedoch kein Muss

Mehrere Standorte können als eine Einheit gezählt werden

Trägerintern(1) und trägerübergreifend (= Kooperation) möglich, wenn im 5km-Radius

Konvergenzphase

Erlaubt Ausnahmen in der kurzen und mittleren Frist

Aussetzen der 30 Minuten-Regel (für Level 1n)

Kann vom Bundesland ausgesetzt werden

bereits in Basissimulation umgesetzt | Nicht in Basissimulation umgesetzt

(1) Trägerintern bereits in der Simulation berücksichtigt, trägerübergreifend noch nicht simuliert

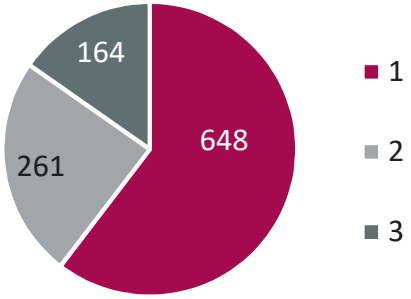
Quelle: hcb, Vebeto

Insgesamt gibt es in den Daten 1.697 Standorte

Davon 425 mit GBA-Notfallstufe 2 oder 3

Größenklasse	freigemeinnützig	Öffentlich(1)	privat	Total
weniger als 100	95 (6%)	85 (5%)	194 (11%)	**374 (22%)**
100 – 249	266 (16%)	208 (12%)	169 (10%)	**643 (38%)**
250 – 499	224 (13%)	156 (9%)	73 (4%)	**453 (27%)**
500 – 999	45 (3%)	107 (6%)	30 (2%)	**182 (11%)**
1.000 und mehr	1 (0%)	40 (2%)	4 (0%)	**45 (3%)**
Total	**631 (37%)**	**596 (35%)**	**470 (28%)**	**1.697 (100%)**

Standorte mit Notfallstufen



(1) Inklusive universitäre Häuser
Quelle: hcb, Vebeto

Im Basisszenario 232 Standorte des Level 2 oder 3

Level	Freigem.	Öffentlich(1)	privat	Total
Ohne Zuordn.	59	49	107	**215 (13%)**
1i	149	99	168	**416 (24%)**
1n(2)	376	302	156	**834 (49%)**
2	27	39	16	**82 (5%)**
3	20	107	23	**150 (9%)**
Total	**631 (37%)**	**596 (35%)**	**470 (28%)**	**1.697 (100%)**

Von den **631** Standorten Level 1i und ohne Zuordnung bis zu **426** potenziell **Fachkliniken**; Unterscheidung zw. Standorten Level 1i und ohne Zuordnung ist jedoch unscharf

Bei Anwendung des „30-Minuten-Kriteriums“ würden **562 1n-Kliniken zu 1i-Kliniken**

Vergleich: insgesamt **425 Standorte mit Notfallstufe 2 oder 3**

(1) Inklusive universitäre Häuser
(2) Das Erreichbarkeitskriterium zum 30-Minuten-Umkreis ist hier nicht eingegangen
Quelle: hcb, Vebeto

Die Standorte des Level 2 und 3 umfassen 38% der Fallzahlen

Prozentualer Fallzahlanteil

Level	freigemeinnützig	Öffentlich(1)	privat	Total
Ohne Zuordnung	1	1	1	**3**
1i	3	2	3	**8**
1n(2)	25	19	8	**51**
2	3	4	2	**9**
3	3	22	4	**29**
Total	**35**	**48**	**18**	**100**

Die **426** potenzielle **Fachkliniken** umfassen **6%** der Fälle

(1) Inklusive universitäre Häuser
(2) Das Erreichbarkeitskriterium zum 30-Minuten-Umkreis ist hier nicht eingegangen
Quelle: hcb, Vebeto

Strenge Anwendung der Kriterien (Basisszenario) würde zu großer Verschiebung der Patientenströme führen

Beispielhafte Leistungsgruppen

Fachgebiet	Standorte vorher	Standorte nachher	Anteil zu verlagernder Fälle, circa in %
Neurologie	317	187	39
Urologie	318	163	47
Interventionelle Kardiologie	603	223	56
Geburtshilfe	593	227	52

Andere Leistungsgruppen mit ähnlichen Ergebnissen

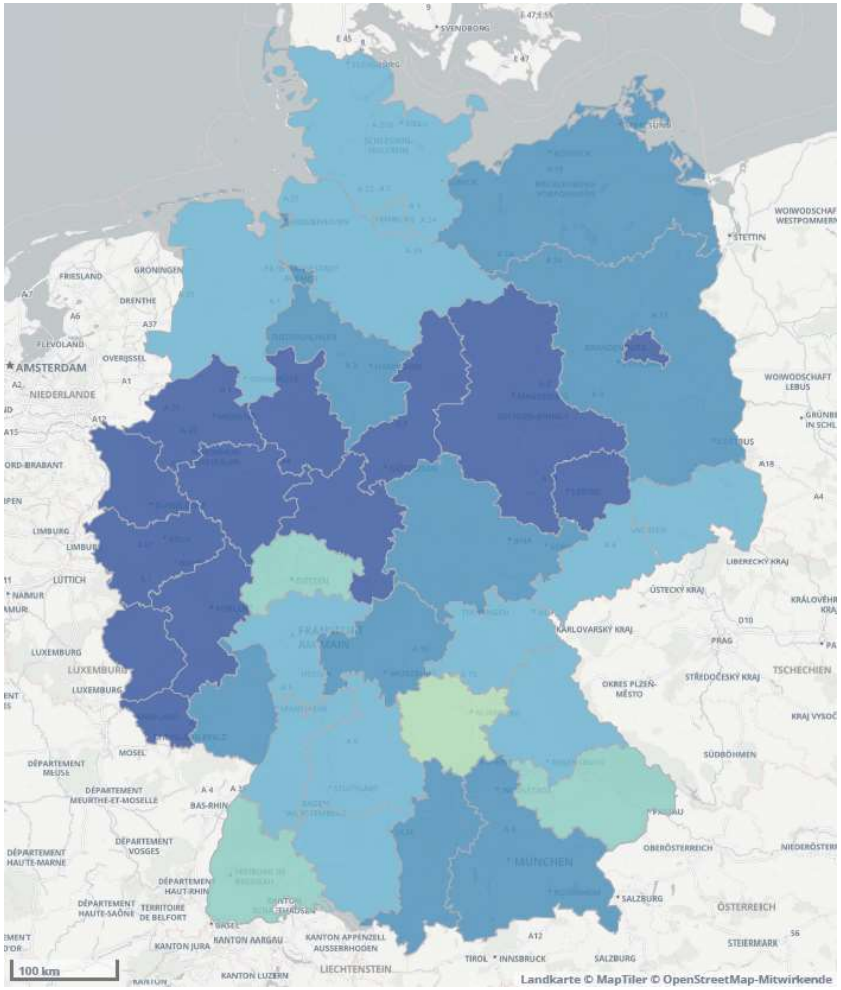
Quelle: hcb, Vebeto

Regional unterschiedliche Ergebnisse am Beispiel der Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße (LG 12.3)“

Elektive Leistungen, die nicht an Fachkliniken erbracht werden

Anteil zu verlagernder Fälle in %

- ≤ 15
- 15 – 30
- 30 – 45
- 45 – 60
- ≥ 60



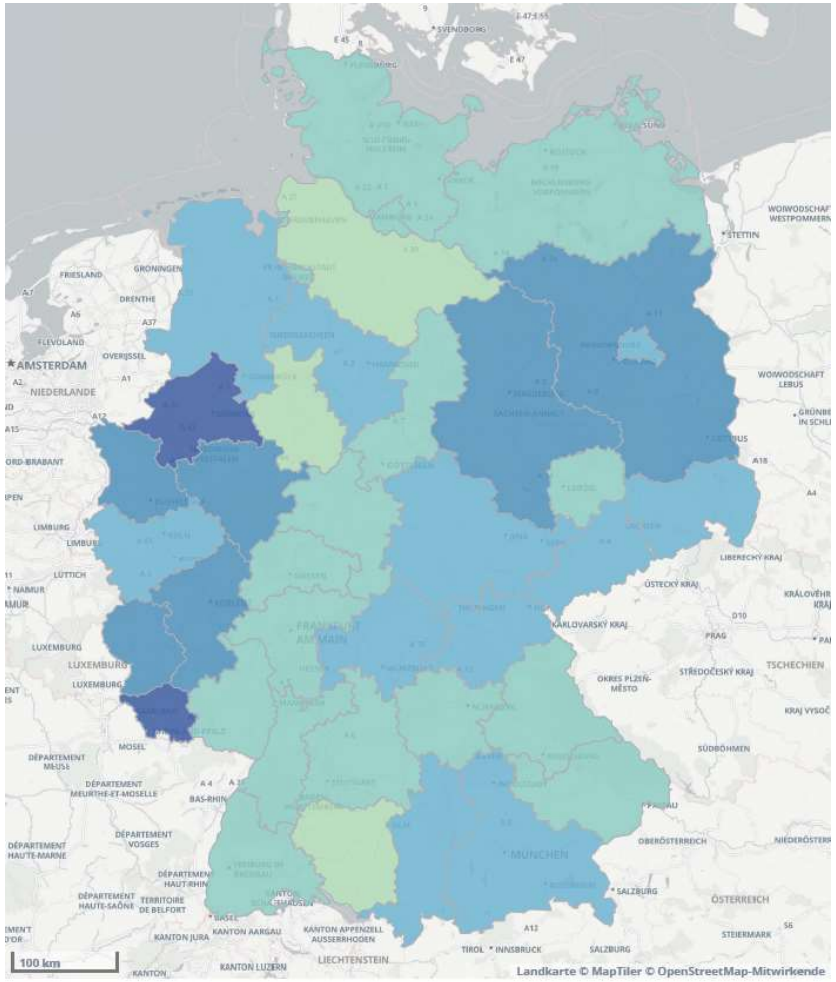
Anmerkung: Die Karte zeigt den Anteil der Patienten, die in anderen Krankenhäusern behandelt werden müssten, wenn die LG nur noch in Level II und Level III Häusern behandelt werden könnte. Die Daten sind auf Ebene der Regierungsbezirke aggregiert.
Quelle: hcb, Vebeto

Regional unterschiedliche Ergebnisse am Beispiel der Leistungsgruppe „Stroke Unit (LG 26.2)“

Notfallleistungen, die nicht an Fachkliniken erbracht werden

Anteil zu verlagernder Fälle in %

- ≤ 15
- 15 – 30
- 30 – 45
- 45 – 60
- ≥ 60



Anmerkung: Die Karte zeigt den Anteil der Patienten, die in anderen Krankenhäusern behandelt werden müssten, wenn die LG nur noch in Level II und Level III Häusern behandelt werden könnte. Die Daten sind auf Ebene der Regierungsbezirke aggregiert.
Quelle: hcb, Vebeto

Anpassung der Kriterien und ausreichend Übergangszeit zu empfehlen

Jede Leistungsgruppe in min. einem Standort innerhalb der für die LG passenden **Region**

Levelzuordnung: Level 2 auch ohne Stroke Unit oder ohne Geburtshilfe; Levelerreichung auch durch lokale Kooperationen

Fachklinikstatus bei Kliniken, die eine große Spezialisierung vorhalten, die über ihr Level hinausgeht

Kopplung Leistungsgruppen an Level: Erweiterung der zugelassenen Leistungsgruppen für Level 2

In **Ballungsgebieten** jede Leistungsgruppe an mindestens zwei Standorten (Wettbewerb)

Telemedizinische Anbindung in ausgewählten LG als möglicher Ersatz

Außerdem Simulation der **Anpassungsreaktionen** der Kliniken (Schwerpunktbildungen und Kapazitätszusammenlegungen) → Abschätzung **Investitionsbedarf**

Quelle: hcb, Vebeto

Schematisch dargestellt

Anpassungen der KH-Träger

Anpassungen der Kriterien

IST-Struktur

SOLL-Struktur

Definition der **Übergangszeit** und Abschätzung des **Investitionsbedarfs**

Quelle: hcb, Vebeto