

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

Inhalt der Pressemappe

- **Ihre Gesprächspartner**
- **Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Christian Günster,**
Leiter des Bereichs Qualitäts- und Versorgungsforschung im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)
- **Folien zum Statement von Christian Günster**
- **Statement von Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH**
Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege
- **Folien zum Statement Prof. Dr. med. Jochen Schmitt**

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

Ihre Gesprächspartner



Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes



Christian Günster

Leiter des Bereichs Qualitäts- und Versorgungsforschung im
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und
bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und des
Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege

Pressemitteilung

Krankenhaus-Report: Qualitätsorientierte Bündelung von Behandlungen und Finanzierungsreform zusammen umsetzen

Anhaltende Qualitätsprobleme bei Versorgung von Krebs- und Notfallpatienten

Berlin, 24. April 2024

Angesichts anhaltender Qualitätsdefizite bei der Behandlung von Krebs- und Notfallpatienten hat der AOK-Bundesverband an Bund und Länder appelliert, das Ziel einer Bündelung bestimmter spezieller und anspruchsvoller Behandlungen in den dafür am besten geeigneten Kliniken mit der anstehenden Krankenhausreform konsequent umzusetzen. Die Strukturreform zur Verbesserung der Behandlungsqualität dürfe nicht von der Finanzierungsreform entkoppelt werden, warnte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, bei der Vorstellung des Krankenhaus-Reports 2024 zum Thema „Strukturreform“. Sonst drohe das Gesetz zu einer „teuren leeren Hülle ohne positive Effekte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten“ zu werden. Auch die Finanzierungsreform sei angesichts andauernder Fallzahleinbrüche und einer sinkenden Auslastung der Krankenhäuser dringend erforderlich. Die geplante Vorhaltefinanzierung müsse aber unabhängig von der Zahl der behandelten Fälle erfolgen und sich am Bedarf der Bevölkerung ausrichten.

Aktuell drohe bei der Umsetzung der Krankenhausreform eine „Entkopplung der Strukturreform von der Finanzierungsreform“, warnte Reimann. „Die verbindliche Definition der Leistungsgruppen soll erst zu einem späteren Zeitpunkt in Rechtsverordnungen geregelt werden. Die Vorgaben, welche Klinik in Zukunft welche Leistungen erbringen darf, würden damit auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben.“ Gleichzeitig werde „in bewährter Manier das Geld weiter per Gießkanne auf die

Kliniken verteilt“ – zum Beispiel über die Refinanzierung der Tarifierhöhungen. Dadurch würden „immer weiter ineffiziente Krankenhausabteilungen mit schlechten Qualitätsergebnissen finanziert, die wir eigentlich gar nicht mehr brauchen und auch nicht mehr wollen“, so Reimann. „Das verursacht nicht nur viel Leid bei den Patientinnen und Patienten, die von schlechten Behandlungsergebnissen betroffen sind, sondern auch hohe Folgekosten für die Beitragszahlenden.“

Die im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten müssten sich darauf verlassen können, dass sie im Erkrankungsfall bestmöglich behandelt werden. „Um das zu erreichen, sollten die Länder beispielsweise verpflichtet werden, Versorgungsaufträge nur an diejenigen Krankenhäuser zu vergeben, die die entsprechenden Mindestvorhaltezahlen erreichen. Auf diese Weise bleiben Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden“, forderte Reimann. Solche strikten Vorgaben fehlten aber weitgehend im aktuell vorliegenden Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – oder sie würden durch Forderungen nach umfassenden Ausnahmeregelungen für die Länder in Frage gestellt.

Schmitt: Mindestfallzahlen und Qualitätsvoraussetzung sollten bundesweit verbindlich sein

Für eine rasche Umsetzung der Rechtsverordnungen zur exakten Definition der Leistungsgruppen sprach sich auf der Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report auch Prof. Jochen Schmitt vom Universitätsklinikum Dresden aus: „Die Leistungsgruppen können eine entscheidende Verbesserung für die Patientenversorgung bringen, wenn sie ausreichende Qualitätsvorgaben beinhalten.“ Mindestfallzahlen und Qualitätsvoraussetzungen sollten für alle Länder verbindlich sein. „Wichtig ist auch, dass Ausnahmeregelungen nur zeitlich befristet und für die Bevölkerung nachvollziehbar zulässig sind“, sagte Schmitt, der Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform und des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege ist. Es sei wissenschaftlich „sehr klar belegt, dass „Gelegenheitsversorgung zu schlechteren Behandlungsergebnissen führt und ein vermeidbares Risiko für die Patientensicherheit darstellt.“

Nach wie vor mangelnde Konzentration bei Brustkrebs-Operationen

Im Krankenhaus-Report 2024 werden vor dem Hintergrund der aktuellen Reformdiskussion anhaltende Qualitäts- und Strukturprobleme in der deutschen Krankenhauslandschaft beleuchtet. So zeigt eine aktuelle Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), dass 2022 in insgesamt 95 an der Brustkrebs-Versorgung beteiligten Krankenhäusern (18,0 Prozent) weniger als 25 Brustkrebs-Fälle operiert wurden. „Das bedeutet, dass etwa alle zwei Wochen ein solcher Eingriff stattfand. Bei solchen Fallzahlen kann man nicht davon ausgehen, dass es in diesen Kliniken ein routiniertes Behandlungsteam oder gar eine eingespielte Prozesskette gibt“, erläuterte Christian Günster, Leiter der Qualitäts- und Versorgungsforschung im WIdO.

Laut der Auswertung verfügten 2022 zudem 40 Prozent der an der Versorgung von Brustkrebs-Fällen beteiligten deutschen Kliniken nicht über ein Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) oder über eine vergleichbare Zertifizierung. Diese Krankenhäuser operierten etwa 13 Prozent der Brustkrebs-Fälle. „Somit wurden mehr als 9.000 Frauen mit Brustkrebs in Krankenhäusern behandelt, die dafür nicht optimal aufgestellt sind“, betonte Günster. Es handele sich meist um Kliniken mit wenigen Fällen. Die WIdO-Auswertung zeigt bei diesem Thema große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern: Während in Sachsen-Anhalt 2022 jede vierte Brustkrebs-OP in einer nicht-zertifizierten Klinik stattfand, waren es in Berlin nur 0,2 Prozent. Das Innovationsfonds-Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) hatte 2022 belegt, dass es einen Überlebensvorteil von 20 Prozent für Patientinnen mit Brustkrebs gibt, die in DKG-zertifizierten Zentren behandelt werden. „Glücklicherweise ist bei der Brustkrebs-Versorgung in den letzten Jahren eine gewisse Konzentration erkennbar. Auch die 2024 neu eingeführte Mindestmenge für Brustkrebs-OPs wird sicherlich Fortschritte bringen“, so Günster. „Dennoch muss der Konzentrationsprozess gerade bei den Krebsbehandlungen dringend beschleunigt werden. Denn wenn wir im bisherigen Tempo weitermachen, würde es zwanzig Jahre dauern, bis alle Patientinnen und Patienten mit Krebs in zertifizierten Zentren behandelt werden.“

Mehr als 9.000 Herzinfarkte nicht optimal versorgt

Der Krankenhaus-Report beleuchtet auch Qualitätsprobleme in der Notfall-Versorgung. So zeigt eine aktuelle Auswertung, dass nach wie vor viele Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt nicht optimal versorgt werden, weil sie in Kliniken ohne Herzkatheterlabor eingeliefert werden. Von den rund 191.000 Herzinfarkt-Fällen im Jahr 2022 in Deutschland wurden 4,9 Prozent in Kliniken behandelt, die über kein Katheterlabor verfügten. Das Problem betraf somit rund 9.400 Herzinfarkt-Behandlungen. Besonders ausgeprägt war das Problem der nicht adäquaten Herzinfarkt-Versorgung in den 368 Kliniken, die 2022 weniger als 25 Fälle behandelten. Nur jede fünfte Klinik in dieser Gruppe verfügte über ein Herzkatheterlabor. Bei schweren Herzinfarkten sollte aber möglichst innerhalb von 90 Minuten eine Herzkatheter-Behandlung erfolgen.

Die Auswertung für den Krankenhaus-Report zeigt auch bei diesem Thema große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Während im Saarland jeder neunte Herzinfarkt-Fall in einer Klinik ohne Herzkatheterlabor behandelt wurde, sind in Hamburg fast alle betroffenen Patientinnen und Patienten in eine Klinik mit Herzkatheterlabor eingewiesen worden. „Wir sehen bei diesen regionalen Unterschieden wenig Bewegung im Zeitverlauf – schon 2018 war Hamburg auf dem ersten und das Saarland auf dem letzten Platz. Ganz offensichtlich gibt es in einigen Bundesländern nach wie vor große Probleme bei der Steuerung der Patientinnen und Patienten in

die geeigneten Kliniken, denn eigentlich haben wir in Deutschland keinen Mangel an Herzkatheterlaboren“, unterstrich Christian Günster. So seien in 80 Städten Herzinfarkte in Kliniken ohne Herzkatheterlabor behandelt worden, obwohl im gleichen Ort ein Krankenhaus mit einem solchen Labor existierte. „Das ist ein andauerndes Problem, das eindeutig planerisch gelöst und im Rahmen der Krankenhausreform endlich angepackt werden sollte“, so Günster.

Fallzahl-Rückgang erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser

Eine aktuelle Analyse des WIdO zur jüngsten Entwicklung der Fallzahlen macht deutlich, dass die Reform auch aus wirtschaftlichen Gründen dringend erforderlich ist. So wurden 2023 in deutschen Krankenhäusern knapp 14 Prozent weniger somatische Fälle behandelt als im Vergleichsjahr 2019. Besonders groß war der Einbruch bei den sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen – also bei Erkrankungen, die nicht zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssten. Hier lagen die Fallzahlen auch 2023 erneut deutlich niedriger als 2019, nämlich um 20 Prozent. Der Einbruch war damit ungefähr so groß wie im ersten „Pandemie-Jahr“ 2020 und nur etwas niedriger als in den Jahren 2021 und 2022. „Hier hat die Pandemie offenbar die gebotene stärkere Ambulantisierung von Leistungen bereits befördert. Auf jeden Fall zeigen sich in diesen Daten sehr deutlich die großen Ambulantisierungs-Potenziale für die Zukunft“, so Prof. Jochen Schmitt.

Neues Simulationsmodell soll Krankenhaus-Planung der Länder unterstützen

Schmitt wies in der Pressekonferenz auf ein neues Simulationsmodell hin, das Mitglieder der Regierungskommission zur Krankenhausreform gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband entwickelt haben. Es berücksichtigt Qualität, Leistungsfähigkeit und Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten und zeigt, welche Klinik-Abteilungen für welche Erkrankung in der jeweiligen Region benötigt werden und im Sinne der Daseinsvorsorge von den Ländern gestützt werden sollten. „Das Simulationsmodell soll die Krankenhausplanung der Bundesländer unterstützen. Es kann zudem die Basis für eine bevölkerungsbezogene Zuweisung von Vorhaltefinanzierung sein, die sich wirklich vom Fall löst und damit strukturierende Wirkung entfaltet. Auch für die Steuerung von Finanzmitteln aus dem Transformationsfonds bietet es sich an“, so Schmitt.

Kritik an der geplanten Finanzierung des Transformationsfonds

AOK-Vorständin Reimann kritisierte erneut, dass die Hälfte der Kosten für den Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft von der GKV und damit von den Mitgliedern und Arbeitgebenden gestemmt werden soll – ohne Einbeziehung des Bundes oder der Privatversicherten. „Das ist nicht nur grob unfair gegenüber den Beitragszahlenden, sondern widerspricht auch den geltenden Regeln für die Krankenhaus-Finanzierung“, betonte Reimann. Danach ist die GKV

nur für die Bezahlung der Betriebskosten, aber nicht für die Investitionskosten zuständig. Die notwendigen Strukturanpassungen zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft sind Teil der Daseinsvorsorge und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. „Daher sollten sie von Bund und Ländern aus Steuergeldern bezahlt werden“, forderte Reimann. Stattdessen zeige sich in den aktuellen Plänen von Minister Lauterbach „wieder das fatale Muster, staatliche Aufgaben und Finanzverantwortlichkeiten systematisch weiter in Richtung GKV zu verschieben“.

Krankenhaus-Report beleuchtet verschiedene Aspekte der anstehenden Strukturreformen

Der Krankenhaus-Report, der jährlich als Buch und als Open-Access-Publikation erscheint, hat 2024 das Schwerpunktthema „Strukturreform“. Das Buch liefert hierzu Analysen und zeigt Handlungsansätze für den aktuellen Reformprozess auf. Unter anderem thematisiert der Report bisherige Reform Erfahrungen aus der Schweiz und aus NRW und zeigt verschiedene Optionen und Elemente für eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft auf – sowohl im Bereich der qualitätsorientierten Planung als auch im Bereich der sektorenübergreifenden Vergütung. Außerdem beleuchtet das Buch die geplante Reform von Notfallversorgung und Rettungswesen, das Thema Ambulantisierung und die sektorenübergreifende Leistungsplanung.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

Statement von Dr. Carola Reimann,

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir haben für diese Pressekonferenz einen besonderen Tag ausgewählt, über den insbesondere der Bundesgesundheitsminister schon seit Wochen gesprochen hat: Die heutige Kabinettsitzung galt mal als der spätestmögliche Termin für die Verabschiedung von gesundheitspolitischen Vorhaben, die noch Anfang 2025 umgesetzt werden sollen. Auch das Gesetz zur großen Krankenhausreform sollte eigentlich heute vom Kabinett beschlossen werden. Nun ist dieses Ziel nicht erreicht worden. Die schriftliche Verbändeanhörung läuft bis zum 30. April, der Kabinettsbeschluss ist jetzt für den 8. Mai geplant. Es ist aber nicht das erste Mal, dass sich die Reform verzögert – es gab ja in den vergangenen Monaten schon ein zähes Ringen zwischen Bund und Ländern um Finanzierung und Qualitätsvorgaben.

Dass diese Reform notwendig ist, darüber sind sich alle Expertinnen und Experten einig. Wir wollen Ihnen heute anhand ausgewählter Beispiele noch einmal vor Augen führen, warum wir dringend eine qualitätsorientierte Konzentration von Krankenhausleistungen in Verbindung mit einem vernünftigen Finanzierungssystem benötigen.

Die Qualitätsprobleme der deutschen Krankenhauslandschaft haben wir schon in vielen Reporten und Berichten dargestellt, aber sie bestehen immer noch: Nach wie vor werden viel zu viele Patientinnen und Patienten in Kliniken behandelt, die technisch und personell nicht adäquat dafür ausgestattet sind. Auch der Krankenhaus-Report 2024, den wir heute vorstellen, macht erneut die Notwendigkeit von Strukturreformen deutlich und zeigt den Handlungsbedarf an konkreten Beispielen. Christian Günster vom WIdO wird Ihnen das gleich anhand aktueller Auswertungen zur Versorgung von Herzinfarkt-Patienten und von Frauen mit Brustkrebs zeigen.

Ich freue mich besonders, dass wir mit Herrn Prof. Schmitt heute ein Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform mit auf dem Podium haben. Er wird gleich darauf eingehen, was von den Vorschlägen und definierten Zielen der Regierungskommission schon gut aufgegriffen wurde und wo aus seiner Perspektive noch Anpassungsbedarf besteht.

Die zentrale Frage lautet: Ist das, was beschlossen wird, gut für die Beschäftigten in den Kliniken und vor allem für die Patientinnen und Patienten, die dort behandelt werden? Oder sollen wieder einmal die Beitragszahlenden in der GKV über Gebühr belastet werden, ohne dass es zu den dringend erforderlichen Strukturreformen und Qualitätsverbesserungen kommt? Wir haben den Prozess der letzten Monate mit viel Optimismus und konstruktiven Vorschlägen aktiv begleitet. Das jetzt vorliegende Ergebnis sehen wir aber sehr kritisch. Konkret haben wir aus AOK-Sicht drei wesentliche Kritikpunkte:

Erstens: Das Geld für die Kliniken fließt sofort, aber die Verbesserung der Behandlungsqualität wird auf die lange Bank geschoben. Die im Gesetz vorgesehenen Leistungsgruppen finden wir grundsätzlich sehr sinnvoll. Sie können bei ausreichenden Qualitätsvorgaben für die Erbringung der medizinischen Leistungen und eine daran gekoppelte Vorhaltefinanzierung einen echten Fortschritt bringen: nämlich eine Bündelung bestimmter Behandlungen in den dafür am besten geeigneten Kliniken.

Aktuell verteilen wir unsere qualifizierten Ärzte und Pflegekräfte auf viel zu viele Standorte. Hinzu kommt, dass sie häufig Fälle betreuen müssen, die nicht im Krankenhaus behandelt werden müssen. Der Krankenhaus-Report des letzten Jahres hat gezeigt, dass wir daher dringend eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte brauchen. Dies ist vor allem nötig, um das Personal in den Kliniken zu entlasten und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Auch eine stärkere Ambulantisierung von Krankenhaus-Leistungen ist dafür notwendig. Wenn man das Potenzial von „ambulantisierbaren“ Operationen und Behandlungen betrachtet, könnten sehr viele Krankentage vermieden werden. Das würde auch das Personal in den Kliniken nachhaltig entlasten.

Doch was jetzt gerade droht, ist eine Entkopplung der Strukturreform von der Finanzierungsreform. Die verbindliche Definition der Leistungsgruppen soll erst zu einem späteren Zeitpunkt in Rechtsverordnungen geregelt werden. Die Vorgaben, welche Klinik in Zukunft welche Leistungen erbringen darf, würden damit auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben. Gleichzeitig wird in bewährter Manier das Geld weiter per Gießkanne auf die Kliniken verteilt – zum Beispiel über die Refinanzierung der Tarifierhöhungen. Das Problem dabei ist, dass wir immer weiter ineffiziente Krankenhausabteilungen mit schlechten Qualitätsergebnissen finanzieren, die wir eigentlich gar nicht mehr brauchen und auch nicht mehr wollen. Es ist gut, dass dieses Problem bei der Bund-Länder-Runde letzte Woche besprochen worden ist und dass die Länder sich für ein Vorziehen der Rechtsverordnungen zur Definition der Leistungsgruppen ausgesprochen haben. Wir brauchen an dieser Stelle möglichst schnell Klarheit, damit alle Beteiligten wissen, woran sie sind.

Vor allem die Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie im Bedarfsfall bestmöglich behandelt werden. Um das zu erreichen, sollten die Länder beispielsweise verpflichtet werden, Versorgungsaufträge nur an diejenigen Krankenhäuser zu vergeben, die die entsprechenden Mindestvorhaltezahlen erreichen. Auf diese Weise bleiben Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden. Solche strikten Vorgaben fehlen aber im Gesetz – oder sie werden durch Forderungen nach umfassenden Ausnahmeregelungen in Frage gestellt. Solche Ausnahmeregelungen sollten aber nur in seltenen Fällen möglich sein. Wenn eine Klinik nur unterdurchschnittliche Behandlungsqualität vorweisen kann, liegt es in der Verantwortung des jeweiligen Bundeslandes, diese Mängel im Rahmen der Krankenhaushausplanung zu beseitigen. Dafür brauchen wir bundeseinheitliche Vorgaben, damit ein wirklicher struktureller Wandel zum Vorteil der Patienten und Beschäftigten erreicht werden kann.

Der zweite Kritikpunkt betrifft die Vorhaltefinanzierung, die vom Behandlungsfall gelöst werden muss.

Die jetzigen Reformvorschläge greifen wesentliche Ideen der Regierungskommission auf. Sie folgen nämlich der Grundidee, einen Teil der Klinikfinanzierung unabhängig von der Menge auszugestalten und die Kliniken damit gleichzeitig resilienter aufzustellen. Das wäre im Sinne der Beschäftigten und Patientinnen und Patienten. Leider hakt es aber in der Umsetzung. Denn durch die im KHVVG vorgesehene Bemessung und Abfinanzierung der Vorhaltefinanzierung auf Basis der Fälle einer Klinik würde sich im Vergleich zum Status quo im Ergebnis wenig ändern. Auch der „Hamsterrad-Effekt“, dass Kliniken aus wirtschaftlichen Gründen möglichst viele Fälle behandeln müssen, würde nicht gestoppt. Eine Finanzreform, die viele bürokratische Verwerfungen produziert, aber kaum etwas ändert, brauchen wir nicht.

Es ist daher unabdingbar, die Vorhaltefinanzierung an der Bevölkerung auszurichten. Die Gesundheitsministerin von Mecklenburg-Vorpommern, Stefanie Drese, hat letzte Woche darauf hingewiesen, dass das vor allem für Regionen mit bevölkerungsbedingt geringen Fallzahlen notwendig sei. Denn ein bestimmter Grundaufwand entstehe einfach unabhängig von der Fallzahl. Wir stimmen ihrer Einschätzung zu, dass man diese Tatsache berücksichtigen muss, denn sonst kann die Sicherung der Grund- und Notfallversorgung in der Fläche nicht gelingen.

Die AOK-Gemeinschaft und auch die Regierungskommission zur Krankenhausreform haben dazu schon am Beginn des Reformprozesses konkrete Vorschläge vorgelegt. Prof. Schmitt wird gleich noch näher auf seinen Vorschlag eingehen. Wichtig ist, dass es gelingt, einen Teil der Krankenhausfinanzierung wirklich vom Fall zu lösen und diese finanziellen Mittel im Sinne einer Vorhaltung entsprechend der Bedeutung der Krankenhäuser für die Versorgung zu konzentrieren. Das ist zwingend notwendig, weil wir in ein Zeitalter knapper personeller und finanzieller Ressourcen eintreten.

Unser dritter zentraler Kritikpunkt betrifft die Lastenverteilung bei der Finanzierung: Es ist ein Unding, dass der Umbau der Krankenhauslandschaft im Wesentlichen von der GKV und damit von den Mitgliedern und Arbeitgebenden gestemmt werden soll – ohne Einbeziehung des Bundes oder der Privatversicherten. Das ist nicht nur grob unfair gegenüber den Beitragszahlenden, sondern widerspricht auch allen geltenden Regeln für die Krankenhaus-Finanzierung. Danach ist die GKV nur für die Bezahlung der Betriebskosten, aber nicht für die Investitionskosten zuständig. Die notwendigen Strukturanpassungen zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft sind Teil der Daseinsvorsorge und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sollten sie von Bund und Ländern – aus Steuergeldern – bezahlt werden. Stattdessen sollen allein die Beitragszahlenden der GKV ab 2026 mit jährlich mindestens 2,5 Milliarden Euro zur Kasse gebeten werden.

Die angeblichen zusätzlichen Entlastungen für die GKV, die laut Gesetzesentwurf durch die Reform winken, sind nicht nachvollziehbar. Dies gilt für die prognostizierten Einsparungen von 330 Millionen Euro im Jahr 2025 und erst recht für die geschätzte Milliarde in den Folgejahren. Wo dieses Geld herkommen soll, bleibt schleierhaft. Auf der anderen Seite sollen die Möglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt werden, fehlerhaft gestellte Abrechnungen der Kliniken zu prüfen. Dadurch drohen zusätzliche Ausgaben für die GKV.

Das fatale Muster, staatliche Aufgaben und Finanzverantwortlichkeiten systematisch weiter in Richtung GKV zu verschieben, setzt sich also fort. Gleichzeitig sollen die Möglichkeiten der GKV, die Krankenhausabrechnungen effizient zu überprüfen, immer weiter ausgehöhlt werden. Und das, obwohl die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden längst erreicht ist.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die genannten Kritikpunkte im weiteren Verfahren noch einmal angepackt und korrigiert werden. Neben einer fairen Finanzierung ist aus Sicht der AOK besonders wichtig, dass Finanzierungsreform und Strukturreform Hand in Hand gehen. Denn sonst droht das Gesetz zu einer teuren leeren Hülle ohne positive Effekte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu werden.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

Statement von Christian Günster,

Leiter der Abteilung Qualitäts- und Versorgungsforschung im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,
die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat letzte Woche in einer Pressemitteilung von der Qualität als Totschlagargument gesprochen, mit dem der Gesundheitsminister die Öffentlichkeit über die Ziele seiner Krankenhausreform täuschen wolle. Das klingt danach, als wären die Qualitätsprobleme in den deutschen Krankenhausstrukturen nur scheinbar und nicht real. Dabei sind die Patientinnen und Patienten tagtäglich mit Qualitätsdefiziten in der Krankenhausversorgung in Deutschland konfrontiert. Diese Erkenntnis ist nicht neu und Maßnahmen zur Behebung dieses Missstands gab es viele. Bereits vor rund zehn Jahren legte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Eckpunkte für ein Krankenhausstrukturgesetz vor, das Qualität zu einem zentralen Kriterium der Krankenhausplanung machen wollte. Demgegenüber hat sich die strukturelle Fehlversorgung als sehr beharrlich erwiesen und Unterschiede zwischen den Bundesländern und Regionen haben sich seitdem eher noch verschärft.

Lassen Sie mich klarstellen: In vielen Kliniken werden die Patientinnen und Patienten hervorragend behandelt. Engagiertes ärztliches und pflegerisches Personal arbeitet dort nach neuester medizinischer Evidenz in Kliniken, die über die notwendige Ausstattung verfügen. Daneben leisten wir uns in Deutschland aber auch Behandlungen in Kliniken, die für den Behandlungsanlass nur wenig Erfahrung haben oder denen die notwendigen Geräte fehlen. Das schadet den Patientinnen und Patienten und im Wettbewerb um die finanziellen Mittel den besser geeigneten, spezialisierten Kliniken.

Zwei besonders eklatante Beispiele für Fehlversorgung bei häufigen Behandlungsanlässen sollen nun vorgestellt werden: Die Behandlung des akuten Herzinfarkts und die Operationen an der Brust bei Mammakarzinom. Dazu haben wir uns den Versorgungsalltag auf der Grundlage von Daten angesehen, die die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten selbst vorlegen. Die aktuellsten Berichte betreffen das Jahr 2022. Wir haben zusätzlich den Trend über fünf Jahre analysiert und die Ergebnisse nach Bundesländern gegenübergestellt.

Beispiel Herzinfarkt-Behandlungen

Der Herzinfarkt ist mit bundesweit jährlich rund 200.000 Krankenhausfällen ein häufiger und gleichzeitig lebensbedrohlicher Behandlungsanlass. In 2022 verstarben knapp 19.000 Menschen wegen eines Herzinfarkts; der Infarkt stellt damit erneut eine der häufigsten Todesursachen dar (**Folie 2**). Bei einem Drittel der Infarkte handelt es sich um die besonders schweren sogenannten ST-Streckenhebungs-Infarkte (STEMI). Die Leitlinie der europäischen kardiologischen Gesellschaft empfiehlt beim STEMI den unverzüglichen Einsatz eines therapeutischen Herzkatheters. Mit dem Eingriff können Gefäßverschlüsse in den Herzkranzgefäßen wiedereröffnet werden. Bei weniger schweren Infarktformen kann der Eingriff auch später erfolgen. In der Notfallsituation ist die Unterscheidung aber im Regelfall nicht sicher möglich. Immer ist die Möglichkeit zur Linksherzkatheteruntersuchung empfohlen.

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland in 1.228 Kliniken insgesamt rund 191.000 akute Herzinfarkt-Patienten behandelt (**Folie 3**). Kliniken, die sich auf die Nachsorge von Herzinfarktpatienten spezialisiert haben, wurden dabei ausgeschlossen. Die jährliche Fallzahl je Klinik lag zwischen einem und über 1.900 Fällen. In 368 Kliniken wurden im Jahresverlauf höchstens 24 Patienten je Klinik behandelt. Das entspricht im Mittel höchstens zwei Herzinfarktbehandlungen pro Monat. Demgegenüber gab es 324 Kliniken, die im Monatsmittel 20 oder mehr Patienten behandelten.

Eine Herzkatheteruntersuchung oder ein Herzkathetereingriff findet in einem Herzkatheterlabor statt. 82,5 Prozent aller Fälle wurden in Kliniken behandelt, die nach eigenen Angaben ein Herzkatheterlabor in 24/7-Bereitschaft betreiben (**Folie 4**). Bei weiteren 12,6 Prozent der Fälle ist aufgrund der Daten davon auszugehen, dass ein Katheterlabor vorhanden ist, das aber gegebenenfalls nicht rund um die Uhr betrieben wird. 4,9 Prozent der Fälle waren in einer Klinik ohne Herzkatheterlabor. Das betrifft rund 9.400 Herzinfarkt-Fälle (**Folie 5**). Der Anteil der Kliniken ohne Herzkatheter an allen Herzinfarktbehandlungen durchführenden Kliniken betrug 36,6 Prozent. Besonders ausgeprägt war dieses Problem in Kliniken mit höchstens 24 Fällen: Hier verfügten 80,4 Prozent der Kliniken nicht über die optimale Ausstattung für die Behandlung eines akuten Herzinfarkts.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Anteil der Herzinfarktbehandlungen in Kliniken ohne Katheterlabor seit 2018 deutlich gesunken ist. War 2018 noch jeder elfte Herzinfarktpatient in einer ungeeigneten Klinik, war es 2022 nur noch jeder 22. Klare Vorgaben im Krankenhausplan zeigen Wirkung, wie die Freie und Hansestadt Hamburg belegt (**Folie 6**). Dort darf der Rettungsdienst bei akutem Herzinfarkt ausschließlich Kliniken mit einem rund um die Uhr einsatzbereiten Linksherzka-

thetermessplatz anfahren. Auch in einzelnen Flächenstaaten gelingt überwiegend die Zuweisung. Aber die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind gravierend. Seit Jahren bildet das Saarland das Schlusslicht in diesem Vergleich. In 2022 wurde immer noch jeder neunte Herzinfarktpatient in einer Klinik ohne Katheterlabor behandelt. Auffällig ist weiterhin, dass es in 80 Städten ein Nebeneinander von Herzinfarktversorgung in Kliniken mit und ohne Katheterlabor gibt.

Die Versorgung von Herzinfarktpatienten muss verbessert werden durch die Konzentration auf Kliniken mit der erforderlichen Ausstattung und Erfahrung. Diese Maßnahme ist möglich, wie die Verbesserung in den letzten Jahren und insbesondere die Best-Practice-Beispiele unter den Bundesländern zeigen.

Beispiel Brustkrebs-OPs

Das zweite Beispiel aus dem Qualitätsmonitor bezieht sich auf Operationen bei Brustkrebs. 2022 wurden in Deutschland rund 71.000 Operationen bei Patientinnen mit Brustkrebs durchgeführt (**Folie 7**). Etwa eine von acht Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Die Sterblichkeit in den ersten fünf Jahren nach Diagnosestellung ist rückläufig, 2022 verstarben aber noch rund 19.000 Frauen an Brustkrebs.

Die optimale Versorgung dieser Patientinnen erfordert heute differenzierte Vorgehensweisen in interdisziplinären Teams. Von der richtigen Versorgung hängt ab, welcher Anteil der Patientinnen beispielsweise nach fünf Jahren überlebt. Ein wichtiges Qualitätskriterium für eine optimale Brustkrebsbehandlung ist die Zertifizierung als Brustkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft beziehungsweise durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe in Nordrhein-Westfalen. In einer groß angelegten Studie konnte für Deutschland nachgewiesen werden, dass durch die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum die Sterblichkeit um rund 20 Prozent gesenkt werden kann. Die Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft empfiehlt eine Mindestzahl von 100. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für Brustkrebsoperationen ab 2025 eine Mindestmenge in gleicher Höhe festgelegt.

In der Versorgungswirklichkeit zeigt sich, dass 44 Prozent der deutschen Kliniken 2022 weniger als 100 Brustkrebsoperationen durchgeführt haben, 18 Prozent sogar weniger als 25 Operationen. Insgesamt gab es 529 Kliniken, in denen solche Operationen erfolgten, mit einer maximalen Fallzahl von 1.090 Operationen pro Jahr (**Folie 8**). 40 Prozent dieser Kliniken waren nicht als Brustkrebszentrum zertifiziert, keine einzige der Kliniken, die die OP nur gelegentlich durchführen.

Insgesamt 12,7 Prozent aller Operationen (9.067 Fälle) fanden in nicht-zertifizierten Kliniken statt (**Folie 9**). Das ist jede achte Brust-OP bei Brustkrebs. Der Anteil der Patientinnen, die nicht in zertifizierten Krankenhäusern operiert wird, ist leicht rückläufig (**Folie 10**). Würde man den Trend der letzten fünf Jahre fortschreiben, würde es allerdings noch 20 Jahre dauern, bis jede Frau in einem zertifizierten Zentrum operiert würde.

Der Qualitätsmonitor zeigt auch hier wieder große Unterschiede unter den Bundesländern auf (**Folie 11**). Während in Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Schleswig-Holstein mehr als jede Fünfte Frau in einer nicht-zertifizierten Kliniken operiert wurde, fanden solche Operationen in Berlin, Bremen und Hamburg fast ausschließlich in Brustkrebszentren statt. Es ist zu begrüßen, wenn sich weitere Kliniken zertifizieren, bei geringen Fallzahlen ist das aber nicht möglich. Auch hier konnten wir feststellen, dass in 41 Städten Brustkrebsoperationen in nicht-zertifizierten Kliniken stattfanden, obwohl es am gleichen Ort ein Brustkrebszentrum gab.

Die Evidenzlage für die überlegene Versorgung bei Zertifizierung ist eindeutig. Frauen würden von der besseren Behandlung profitieren. Die Operation bei Brustkrebs ist kein Notfalleingriff. Daher ist eine Konzentration auch in ländlichen Bereichen zu erreichen.

Die beiden Beispiele für eine Notfallerkkrankung und für einen planbaren Eingriff zeigen, dass es in Deutschland trotz positiver Trends weiterhin Handlungsbedarf hinsichtlich einer besseren Leistungssteuerung im Sinne einer Leistungskonzentration in für die jeweilige Behandlung entsprechend ausgestatteten Kliniken gibt. Weitere Analysen zu anderen Behandlungen sind im Krankenhaus-Report und auf der Qualitätsmonitor-Website zu finden.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Krankenhaus-Report 2024 „Strukturreform“

**Mehr Qualität in der Krankenhausversorgung?
Ergebnisse zur Herzinfarkt- und Brustkrebsbehandlungen**

Pressekonferenz am 24. April 2024

Akuttherapie bei Herzinfarkt



Der akute Herzinfarkt hat eine hohe Krankheitslast und Sterblichkeit

- jährlich ca. 200.000 stationäre Behandlungsfälle, davon ein Drittel ST-Hebungs-Infarkte (STEMI)
- 70 Prozent der STEMI-Fälle männlich
- Krankenhaussterblichkeit der STEMI-Fälle: 10 Prozent bei Männern vs. 15 Prozent bei Frauen



Sofortige Koronarintervention empfohlen

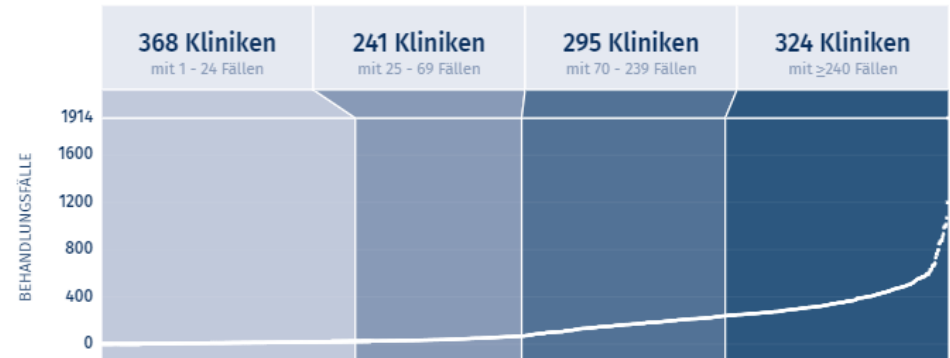
- therapeutischer Herzkatheter (PCI) zur Wiedereröffnung von Gefäßverschlüssen (<90 min)
- Maßnahme ist zeitkritisch (<90 min) und oftmals lebensrettend
- Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) 2018

Akuttherapie bei Herzinfarkt (2022)

- 1.228 behandelnde Kliniken mit insgesamt 191.186 Fällen
- 1 bis 1.914 Herzinfarkt-Fälle pro Klinik
- 324 Kliniken mit mindestens 240 Fällen behandelten 68,0 Prozent aller Fälle
- 368 Kliniken mit höchstens 24 Fällen behandelten 2,2 Prozent aller Fälle

Verteilung nach Fallzahlgruppen

Behandelnde Kliniken

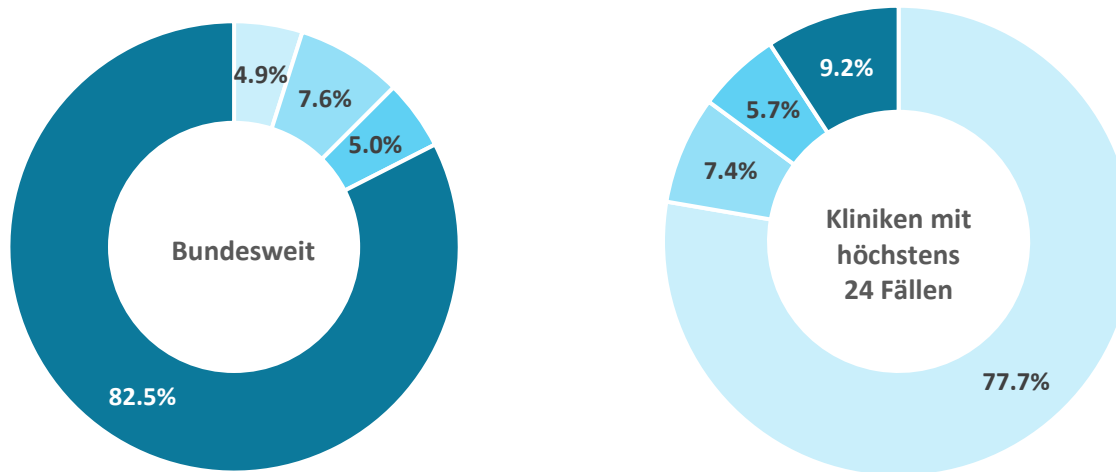


1228 behandelnde Kliniken, sortiert nach Fallzahl

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, www.qualitaetsmonitor.de

In Kliniken mit wenigen Behandlungsfällen meist keine adäquate Ausstattung zur Akutbehandlung von Herzinfarkten

Verteilung der Herzinfarktfälle nach Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors in der behandelnden Klinik (2022)



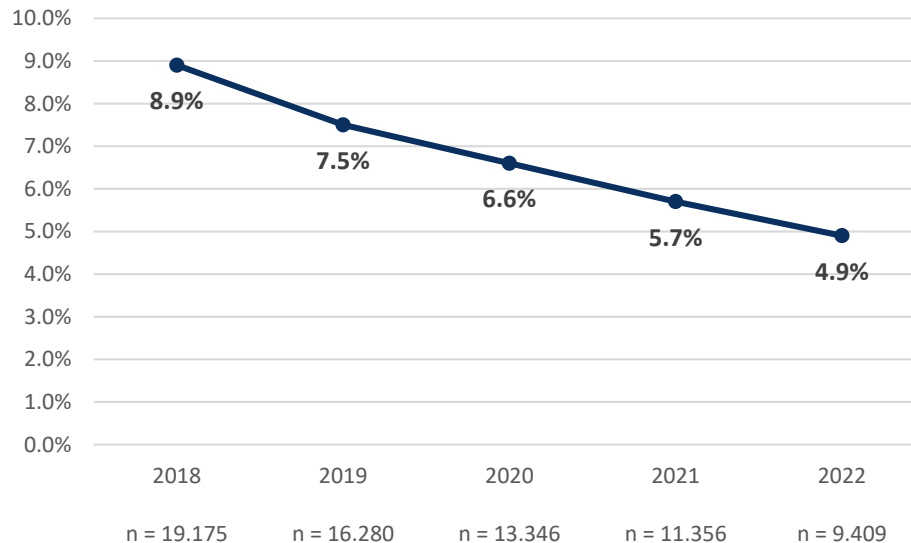
- Ohne HKL-Angabe und weniger als 10 PCI
- Ohne HKL-Angabe, aber mindestens 10 PCI
- HKL ohne 24/7-Bereitschaft
- HKL mit 24/7-Bereitschaft

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, www.qualitaetsmonitor.de

HKL: Herzkatheterlabor

Herzinfarkte in Kliniken ohne Herzkatheterlabor nehmen ab

**Anteil der Herzinfarktfälle
in Kliniken ohne Herzkatheterlabor**

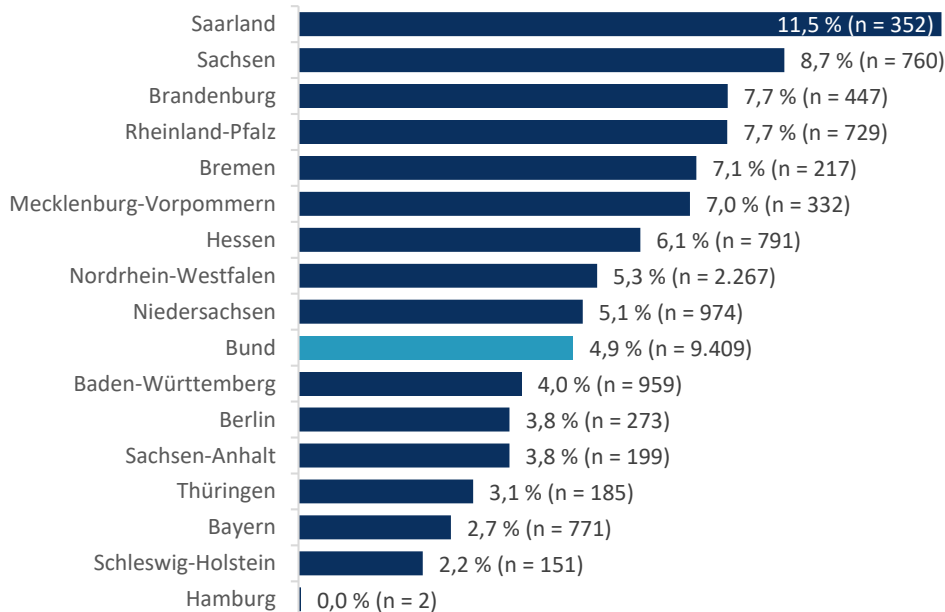


- positive Entwicklung, aber in 2022 immer noch...
- jeder 22. Herzinfarktfall in Klinik ohne Herzkatheterlabor (2018: jeder 11. Fall)
- 36,6 Prozent (450 von 1.228) der Herzinfarktfälle behandelnden Kliniken ohne Herzkatheterlabor (2018: 41,8 Prozent)

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, www.qualitaetsmonitor.de

Große Unterschiede zwischen den Bundesländern

Anteil der Herzinfarktfälle in Kliniken ohne Herzkatheterlabor (2022)



- im Saarland jeder 9. Herzinfarktfall in Klinik ohne Herzkatheterlabor
- in Hamburg **nur 2 Fälle** in Klinik ohne Herzkatheterlabor
- bereits 2018 war das Saarland auf dem letzten (18,9 Prozent) und Hamburg auf dem ersten Platz (3,9 Prozent)
- in 80 Städten wurden Herzinfarkte in Kliniken ohne Herzkatheterlabor behandelt, obwohl im gleichen Ort eine Klinik mit Herzkatheterlabor existierte!

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, www.qualitaetsmonitor.de

Brustoperationen bei Brustkrebs



Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen

- jährlich ca. 70.000 neuerkrankte Frauen mit Brustkrebs
- im Laufe ihres Lebens erkrankt eine von acht Frauen an Brustkrebs
- ab 2025 Mindestmenge von 100 Brustkrebsoperationen



Patientinnen profitieren von Behandlung in zertifizierten Brustkrebszentren

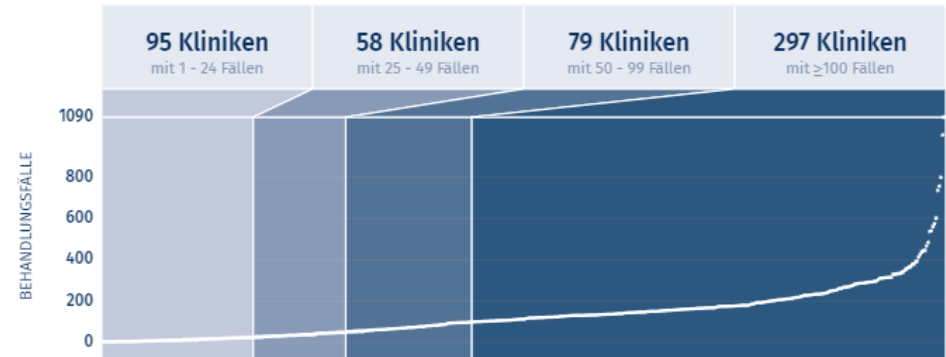
- zertifizierte Brustkrebszentren bieten spezifische Qualitätsstandards für die Struktur, Diagnostik und Behandlungsverfahren insbesondere der Mammachirurgie
- signifikant niedrigeres Sterbe- und Rezidivrisiko in DKG-zertifizierten Brustkrebszentren
- Schoffer et al. 2024 (doi: 10.1055/a-1869-1772)

Brustoperationen bei Brustkrebs (2022)

- 529 operierende Kliniken mit insgesamt 71.364 Fällen
- 1 bis 1.090 Brust-OPs bei Brustkrebs pro Klinik
- 297 Kliniken mit mindestens 100 Fällen führten 87,2 Prozent aller OPs durch
- 95 Kliniken mit höchstens 24 OP-Fällen behandelten 1,7 Prozent aller Fälle

Verteilung nach Fallzahlgruppen

Behandelnde Kliniken

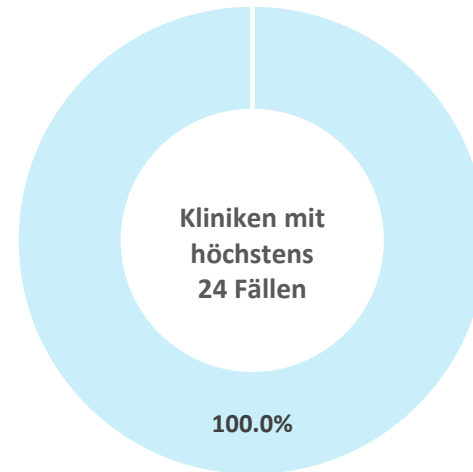
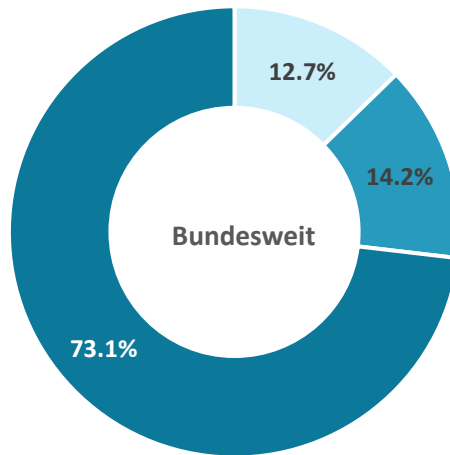


529 behandelnde Kliniken, sortiert nach Fallzahl

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, www.qualitaetsmonitor.de

In Kliniken mit wenigen OP-Fällen keine Zertifizierung

Verteilung der Brust-OPs bei Brustkrebs nach Zertifizierung der operierenden Klinik (2022)



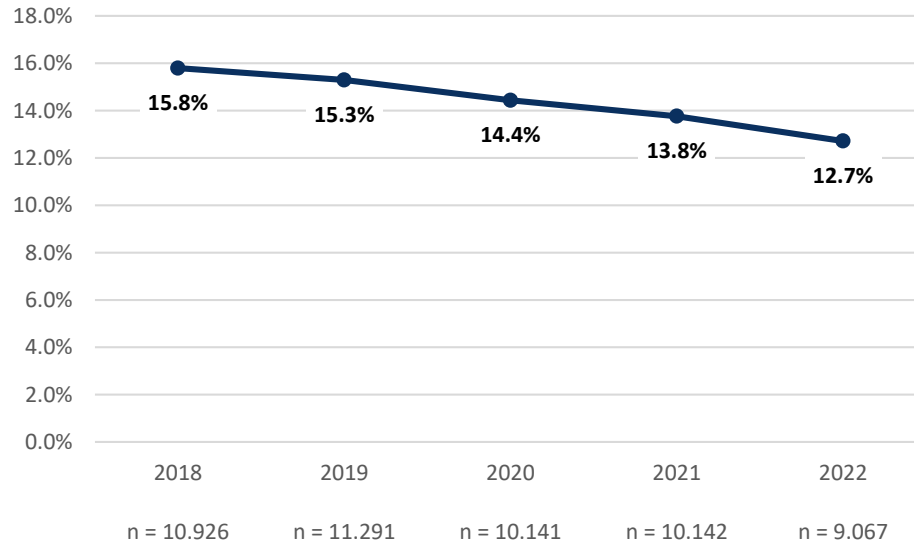
■ nicht zertifiziert ■ Äkzert-zertifiziert ■ DKG-zertifiziert

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, DKG- und Äkzert-Zertifizierungsstellen, www.qualitaetsmonitor.de

DKG: Deutsche Krebsgesellschaft, Äkzert: Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Brust-OPs in nicht-zertifizierten Kliniken nehmen langsam ab

Anteil der Brust-OPs bei Brustkrebs in nicht-zertifizierten Kliniken

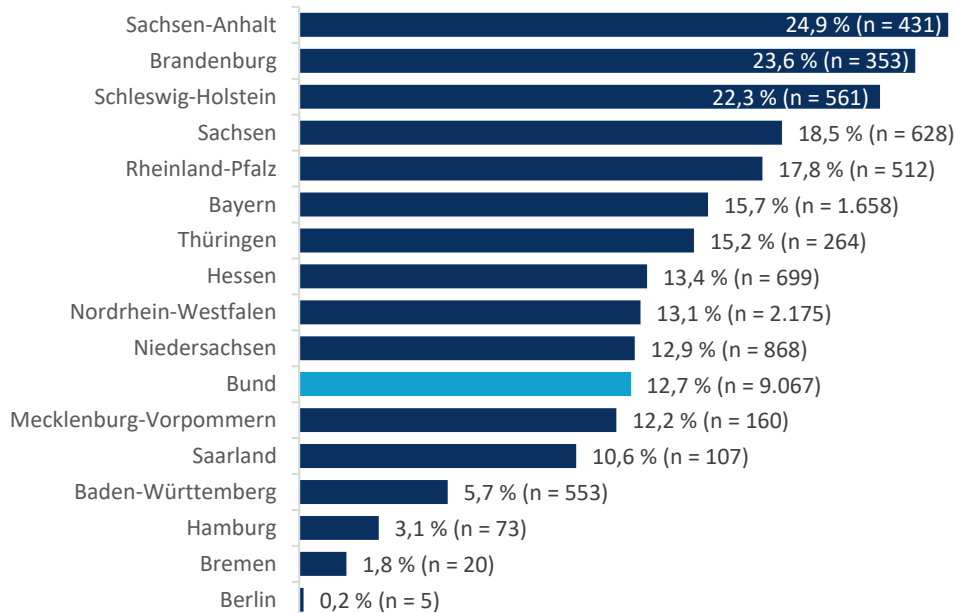


- positive Entwicklung, aber in 2022 immer noch...
- jede 8. Brust-OP bei Brustkrebs in nicht-zertifizierter Klinik (2018: jede 6. OP)
- 40,1 Prozent (212 von 529) der Brust-OPs bei Brustkrebs durchführenden Kliniken ohne Zertifizierung (2018: 46,9 Prozent)

Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, DKG- und Äkzert-Zertifizierungsstellen, www.qualitaetsmonitor.de

Große Unterschiede zwischen den Bundesländern

Anteil der Brust-OPs bei Brustkrebs in nicht-zertifizierten Kliniken (2022)



- in Sachsen-Anhalt jede 4. Brust-OP in nicht-zertifizierter Klinik
- bereits 2018 war Sachsen-Anhalt auf dem letzten Platz (31,4 Prozent)
- in 41 Städten wurden Brust-OPs bei Brustkrebs in nicht-zertifizierten Kliniken durchgeführt, obwohl im gleichen Ort eine zertifizierte Klinik existierte!

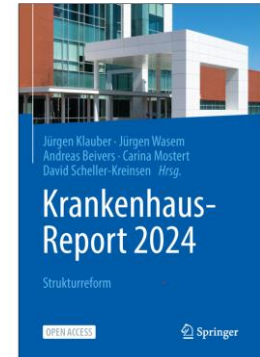
Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2022, DKG- und Ärzert-Zertifizierungsstellen, www.qualitaetsmonitor.de

Fazit

- Fehlversorgung bei Herzinfarkt und Operationen bei Brustkrebs nimmt ab und in einzelnen Bundesländern komplett abgestellt
- aber: Trend bei gravierenden regionalen Unterschieden
- Gelegenheitsversorgung und mangelnde Aufgabenteilung unter den Kliniken weiterhin stark verbreitet
- Strukturreform unter Qualitätsgesichtspunkten dringend notwendig
- *Konzentration* der Behandlungen auf Kliniken mit Leitlinien-gerechtem Versorgungsangebot und *Ausschluss von Gelegenheitsversorgung* umsetzen

Quellen:

- www.qualitaetsmonitor.de
- Drohan D / Günster C. Qualitätsdaten für die Krankenhausplanung. In: Klauber J / Wasem J / Beivers A / Mostert C / Scheller-Kreinsen D (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2024 – Strukturreform. https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5_7



Vielen Dank

Christian Günster

christian.guenster@wido.bv.aok.de

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

Statement von Prof. Dr. Jochen Schmitt,

Hochschulmedizin Dresden, Mitglied der Regierungskommission und des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,
aus wissenschaftlicher Sicht sind der Bedarf für eine substanzielle Krankenhausreform und die entscheidenden Ansatzpunkte glasklar: Wir brauchen mehr Steuerung, Konzentration und Ambulantisierung, um bestehende Qualitätspotenziale zu heben, die Patientensicherheit zu verbessern und vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Fachkräftekrise die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch langfristig sicherzustellen.

Der anhaltende Fallzahl-Rückgang zeigt, dass die Reform auch aus wirtschaftlichen Gründen dringend notwendig ist. So lagen die Fallzahlen der deutschen Krankenhäuser nach einer Analyse des WIdO im somatischen Bereich 2023 erneut deutlich unter dem Niveau von 2019 – um knapp 14 Prozent. Einen anhaltenden Einbruch der Fallzahlen sehen wir bei den sogenannten ambulantsensitiven Diagnosen – also bei Erkrankungen, die nicht zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssten. Hier lagen die Fallzahlen 2023 erneut deutlich niedriger als 2019, nämlich um 20 Prozent. Der Einbruch war damit ungefähr so groß wie im ersten „Pandemie-Jahr“ 2020 und nur etwas geringer als in den Jahren 2021 und 2022. Hier hat die Pandemie offenbar die gebotene stärkere Ambulantisierung von Leistungen bereits befördert. Darüber hinaus bestehen jedoch noch beträchtliche weitere Ambulantisierungspotenziale.

Nun befinden wir uns in der entscheidenden Phase der Abstimmung der Krankenhausreform. Viele der Empfehlungen der Regierungskommission wurden in den zurückliegenden Bund-Länder-Verhandlungen und im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) aufgegriffen. Dazu zählen die Einführung von Leistungsgruppen, die Einführung einer Vorhaltefinanzierung, die Einrichtung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen sowie der Einsatz eines Transformationsfonds zur Unterstützung der notwendigen Strukturoptimierung. Damit die Reform die notwendigen Wirkungen erreichen kann, ist nun die Ausgestaltung entscheidend.

Die Struktur- und Finanzierungsreform müssen dabei unbedingt Hand in Hand gehen und dürfen nicht entkoppelt werden. Zentral ist hierbei die Einführung von Leistungsgruppen zur Ablösung der Fachabteilungen und damit der derzeitigen Situation, dass viele Kliniken ohne entsprechende Qualifikation oder Ausstattung unterschiedlichste hochspezialisierte Behandlungen vornehmen. Es ist wissenschaftlich sehr klar belegt, dass diese Gelegenheitsversorgung zu schlechteren Behandlungsergebnissen führt und ein vermeidbares Risiko für die Patientensicherheit darstellt. Die Leistungsgruppen können hier eine entscheidende Verbesserung für die Patientenversorgung bringen, wenn sie ausreichende Qualitätsvorgaben beinhalten. Bisher steht die exakte Definition der Anforderungen für die unterschiedlichen Leistungsgruppen noch aus. Die hierzu vorgesehenen Rechtsverordnungen sollten daher möglichst rasch erfolgen, so dass sie bei der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden können. Alle Bundesländer sollten dann Versorgungsaufträge nur an diejenigen Krankenhäuser vergeben, die die entsprechenden Mindestfallzahlen und Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Nur dies garantiert den Bürgern bundesweit im Sinne der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse eine angemessene Daseinsvorsorge. Wichtig ist es daher auch, dass Ausnahmeregelungen nur zeitlich befristet und für die Bevölkerung nachvollziehbar zulässig sind.

Wissenschaftlich klar belegt ist auch der Patientennutzen einer Erstbehandlung von Krebs in einem nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krankenhaus. Die vom Innovationsfonds geförderte und vom Innovationsausschuss empfohlene WiZen-Studie zeigte in einer kontrollierten Studie auf Basis bundesweiter GKV-Routinedaten und regionaler Krebsregisterdaten, dass die Erstbehandlung von Krebs in einem zertifizierten Krankenhaus mit deutlichen Überlebensvorteilen für die Betroffenen einhergeht. Dennoch werden in Deutschland noch fast die Hälfte aller Krebserkrankten in nicht entsprechend zertifizierten Krankenhäusern behandelt. In der fünften Stellungnahme der Regierungskommission haben wir dargestellt, dass in Deutschland pro Jahr mehr als 20.000 Lebensjahre von Krebserkrankten gerettet werden könnten, wenn die Versorgung der Erstbehandlung auf zertifizierte Krankenhäuser beschränkt würde. Wir konnten auch zeigen, dass bei einer solchen Konzentration dennoch eine gute Erreichbarkeit für die Bevölkerung bestünde. Im KHVVG wird nun mit Paragraph 40 KHG versucht, eine Konzentration in der Onkochirurgie zu erreichen, indem die fallzahlschwächsten Standorte, die zusammen 15 Prozent der onkochirurgischen Eingriffe vornehmen, von der Vergütung bestimmter Entgelte ausgeschlossen werden.

Diese geplante Regelung ist aber vor dem Hintergrund der vorliegenden Evidenzlage nicht ziel-führend. Stattdessen sollte die Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft das entscheidende Kriterium sein. Sie gewährleistet eine optimale Behandlung und hat ihre Wirksamkeit in der WiZen-Studie bewiesen. Die 15-Prozent-Regelung reicht nicht aus, denn sie wird dazu führen, dass auch weiterhin Häuser ohne Zertifizierung an der Versorgung von Krebspatienten beteiligt sind. Daher ist zu befürchten, dass mit der vorgesehenen Regelung das bestehende Qualitätspotenzial nicht gehoben werden kann.

Ich komme abschließend noch einmal zurück auf den zentralen Punkt, dass die Strukturverbesserung eng mit der Finanzierungsreform und dem Transformationsfonds gekoppelt sein muss. Das bedeutet, dass Gelder von Beitrags- und Steuerzahlenden nur für Krankenhausstandorte eingesetzt werden dürfen, die die Bevölkerung auch tatsächlich braucht und nutzt. Die Länder haben mit ihrer verfassungsmäßig zugeschriebenen Rolle hier eine sehr starke Verantwortung. Bislang fehlte jedoch ein generisches Modell, das populationsbezogen unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhausstandorts ein Maß für die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser ermittelt. Ein solches Simulationsmodell haben nun einige Mitglieder der Regierungskommission gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband prototypisch entwickelt. Das Simulationsmodell will die Krankenhausplanung der Länder unterstützen und die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Leitplanken rationaler Planung schaffen. Es kann zudem die Basis für eine bevölkerungsbezogene Zuweisung von Vorhaltefinanzierung sein, die sich wirklich vom Fall löst und damit strukturierende Wirkung entfaltet. Auch für die Steuerung von Finanzmitteln aus dem Transformationsfonds bietet es sich an.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Auf der Zielgeraden zur Krankenhausreform –

Hohes Potenzial, aber auf die Umsetzung kommt es an!

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

Hochschulmedizin Dresden

■ Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2024

■ Berlin, 24.4.2024

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

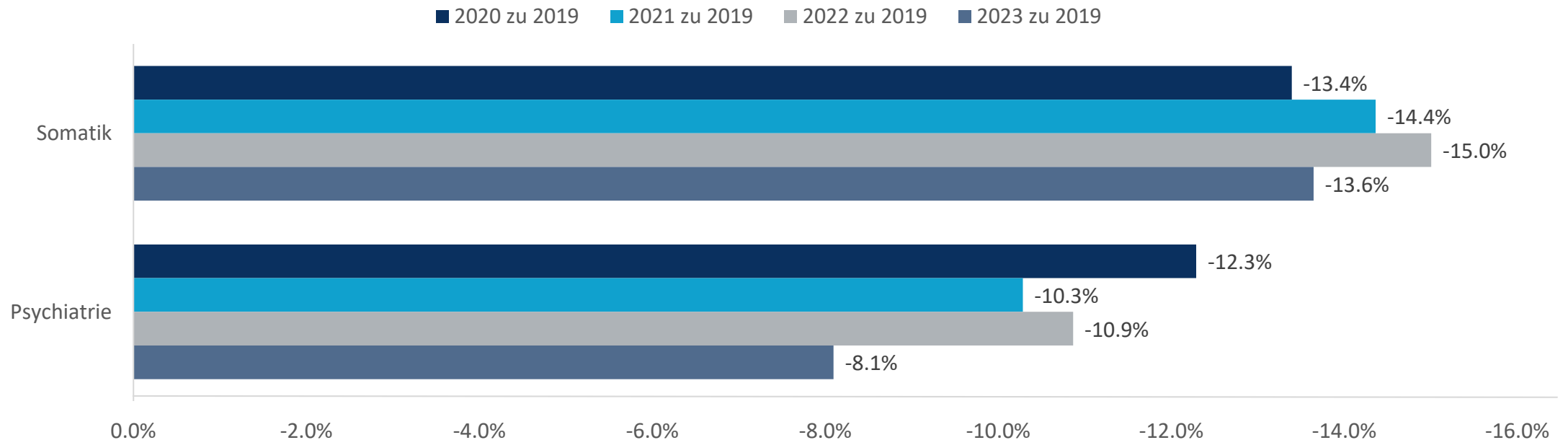


Ineffizienz des derzeitigen Systems

- Zu hohe Kosten des solidarisch finanzierten Systems
- Kalter Strukturwandel
- Unzufriedenheit bei allen Beteiligten

Stationäre Fallzahlen liegen auch im Jahr 2023 unterhalb des Jahres 2019, Fallzahlenanstieg gegenüber 2022

Vergleich AOK-Fallzahlen 2020 bis 2023 mit 2019, Veränderung in %

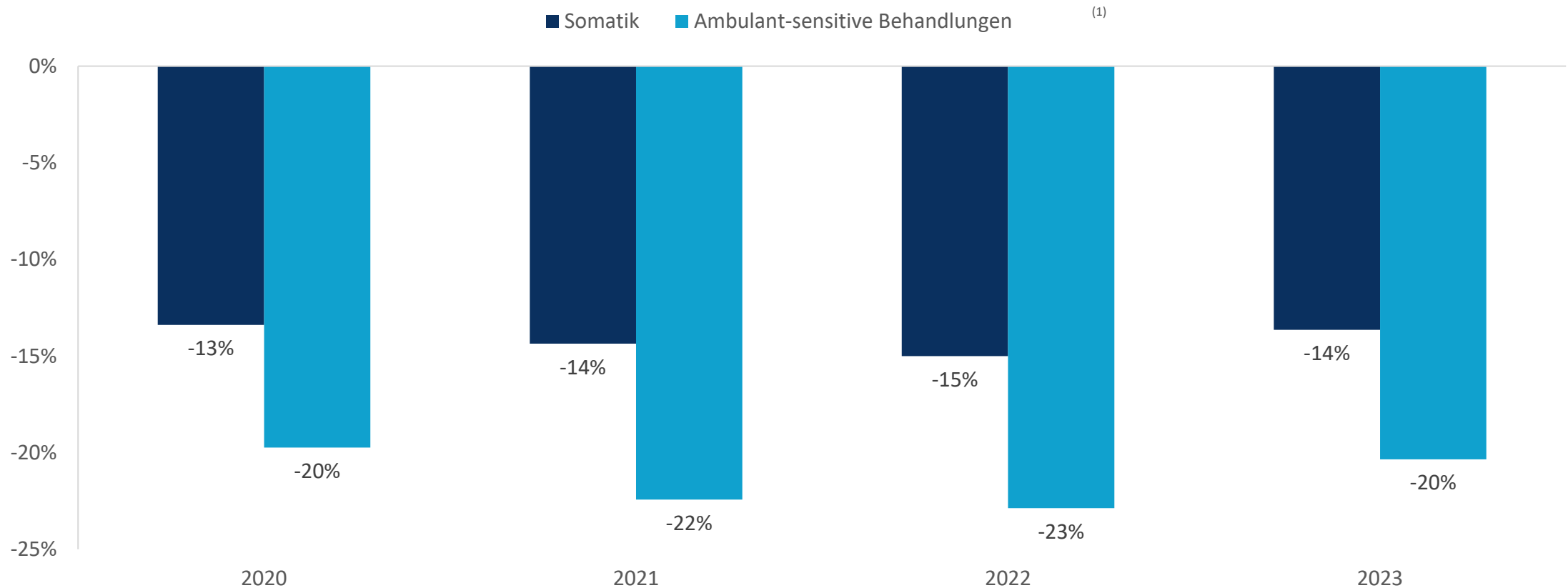


Im Vergleich zum Jahr 2022 steigen die Fallzahlen im Jahr 2023 in der Somatik um 1,6% und in der Psychiatrie um 3,1%.

Anmerkung: Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Aufnahmejahr. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

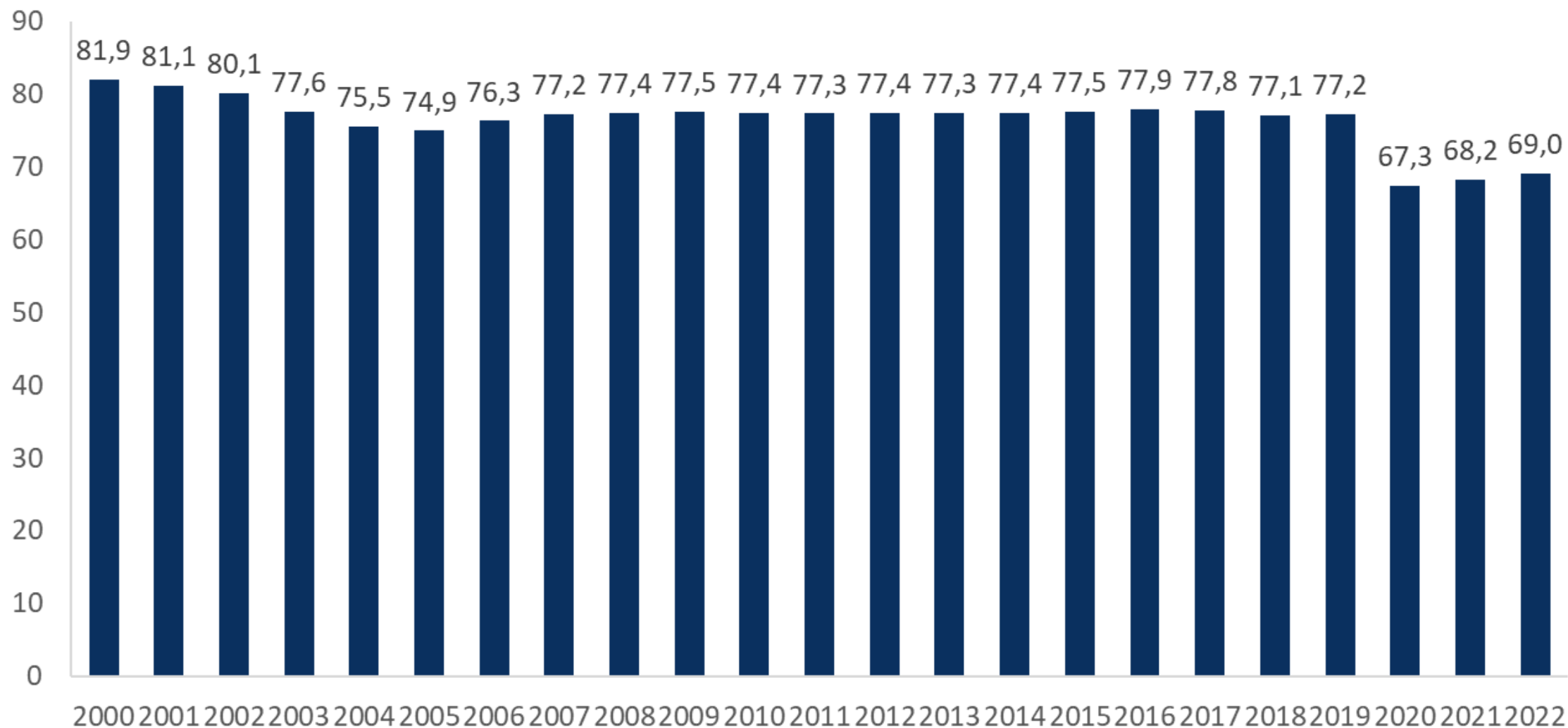
Fallzahlrückgang während der Pandemie legt deutlich dauerhafte Ambulantisierungspotenziale für die Zukunft nahe

Vergleich AOK-Fallzahlen 2020 bis 2023 mit 2019, Veränderung in %



Anmerkung: (1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Aufnahmejahr. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

Bettenauslastung: Statistisches Bundesamt



Aktuelles SVR-Gutachten: Bewältigung des Fachkräftemangels



Bonn / Berlin, 26. Oktober 2023

Mutige Krankenhausreform und wirksame Digitalisierung zum gezielteren Einsatz der Fachkräfte im Gesundheitswesen nötig

Seit Jahren wird ein Fachkräftemangel im Gesundheitswesen beklagt. Deutschland habe, so ist oft zu hören, zu wenig Ärztinnen und Ärzte, zu wenig Pflegefachpersonen und andere Fachkräfte. Dabei bewegen sich die deutschen Kennzahlen bei vielen Heilberufen im internationalen Vergleich pro Einwohner im oberen Mittelfeld.

Jedoch tragen regionale Fehlverteilung und nicht bedarfsgerechter Einsatz vorhandener Fachkräfte sowie eine erschreckend beschränkte Nutzung digitaler Technologien deutlich zu den beklagten Engpässen bei.

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

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Leitgedanke: Struktur- und Finanzierungsreform

Konzentration
Steuerung
Ambulantisierung

**führen zu
besserer**

Qualität
Effizienz (Finanzmittel und Personal)
Daseinsvorsorge

- Leistungsgruppen ✓
- Level X
- Vorhaltefinanzierung ✓
- Sektorenübergreifende Zentren ✓
- Transformationsfonds ✓

Konzentration und Steuerung

- Wissenschaftlich sehr klar belegt: *Spezialisierung führt zu besseren Ergebnissen in allen Bereichen der Medizin*
- **Leistungsgruppen sind ein entscheidendes Instrument.**
- *Wirkung nur, wenn die Kriterien zu Qualitätskonzentration führen, Ausnahmeregelungen sind kritisch und müssen begründet und zeitlich befristet werden!*
- Definition der Leistungsgruppen muss rasch klar sein (→ Rechtsverordnungen vorziehen)

Gefahr: Entkopplung der Struktur- und Finanzierungsreform

Sonderfall Krebs

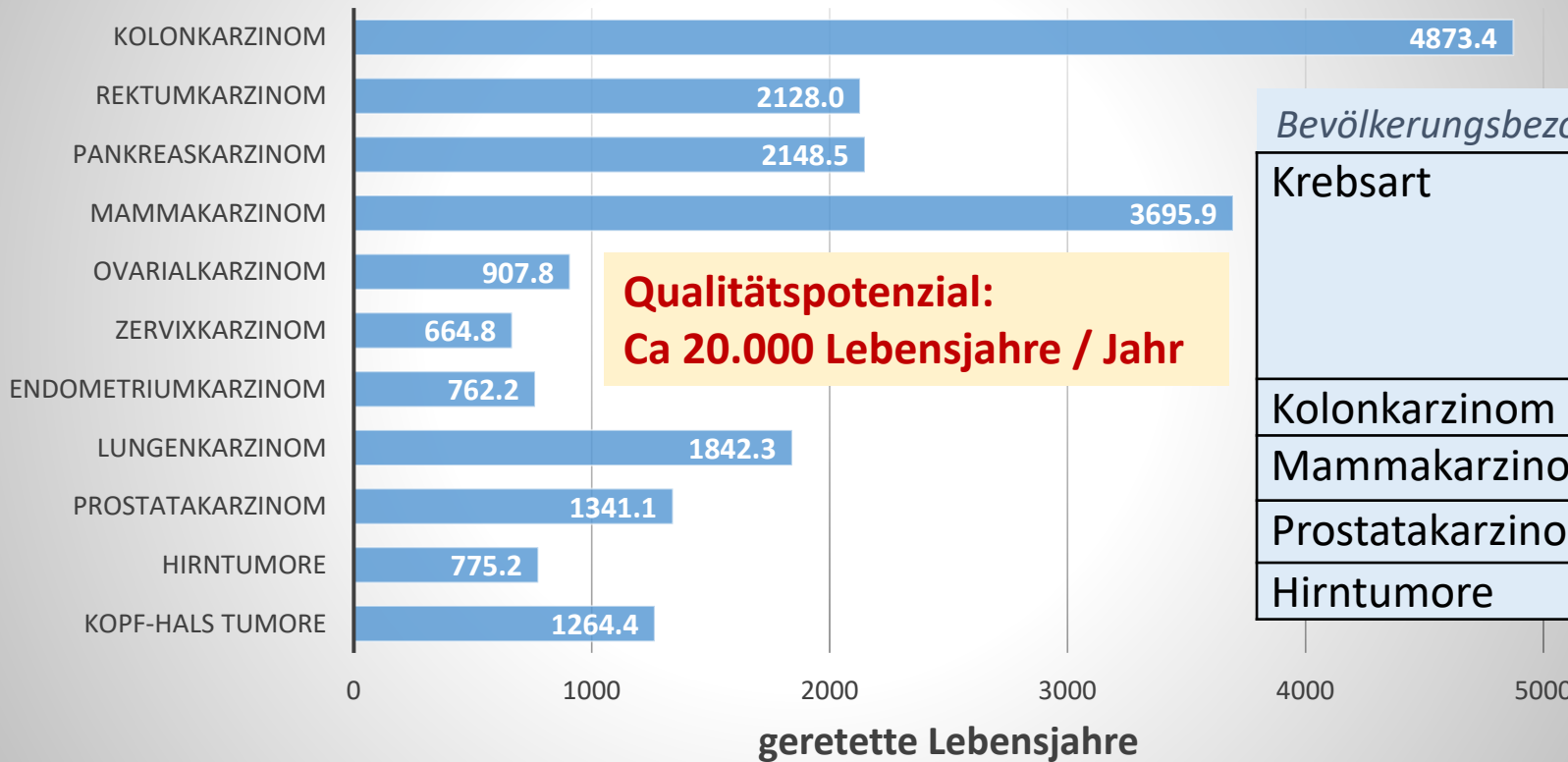
- **Nationaler Krebsplan 2008: Zertifizierungsprogramm**
- **WIZEN-Studie:** Patienten profitieren substantziell von Erstbehandlung ihrer Krebserkrankung in einem DKG-zertifizierten Krankenhaus

Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamtüberleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz	Anteil Behandlung inzidenter Fälle in zertifizierten Zentren 2021	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland
	GKV-Daten, WiZen	RKI-Daten (GKV-Daten bei Hirntm)	DKG**-Daten	DKG**-Daten
Kolonkarzinom	8 %	39.939	42 %	295
Rektumkarzinom	10 %	17.895	50 %	295
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	35 %	125
Mammakarzinom	23 %	78.135	84 %	263
Zervixkarzinom	16 %	4.575	62 %	168
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	47 %	168
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	61 %	168
Lungenkarzinom	3 %	59.151	39 %	79
Prostatakarzinom	17 %	27.619*	81%	131
Hirntumore	8 %	14.721	73 %	49
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	54 %	65

* nur radikale Prostatektomien berücksichtigt; Deutsche Krebsgesellschaft

Potenzialanalyse der Regierungskommission (5. Stellungnahme)

Potenzial der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs auf DKG-zertifizierte Krankenhäuser (gerettete Lebensjahre pro Jahr)



Bevölkerungsbezogene Fahrzeiten zu DKG-zertifizierten Krebszentren

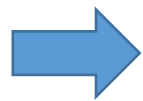
Krebsart	Mediane Erreichbarkeit (Minuten)	Anteil der Bevölkerung in Erreichbarkeitskategorie	
		≤ 30 Minuten	>40 Minuten
Kolonkarzinom	16,4	87,8 %	11,0%
Mammakarzinom	17,5	76,3%	11,6%
Prostatakarzinom	22,3	64,6%	20,5%
Hirntumore	32,0	47,5%	39,4%

Referentenentwurf KHVVG, §40 KHG Konzentration onkochirurgischer Leistungen:
Umverteilung der 15% aller Fälle, die in den Kliniken mit den geringsten Fallzahlen operiert werden bei noch auszuwählenden Indikationen. → zu starke Vereinfachung: Qualitätspotenzial so nicht hebbbar.

Planung der Länder muss Strukturverbesserungen induzieren !

Schlüsselfragen

Welche Standorte sind bedarfsnotwendig? Wo bestehen spezifische Transformationsbedarfe?



Simulationsinstrument der AG Potenzialanalyse der Regierungskommission und des GKV-SV

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc
Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH FFPH
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis
Franz Krause
Ronald Schwarz MSc
Dipl.-Volkswirt Johannes Wolff
Prof. Dr. med. Tom Bschor

**Krankenhausreform in
Deutschland: Popula-
tionsbezogenes Be-
rechnungs- und Simula-
tionsmodell zur Planung
und Folgenabschätzung**

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels, überproportional steigender Kosten und unzureichender Behandlungsqualität plant Deutschland eine grundlegende Krankenhausreform. Die Regierungskommission hat hierfür die zentralen Konzepte erarbeitet. So soll mit einer Planung nach Leistungsgruppen, denen definierte Vorgaben zur Strukturqualität zugrunde liegen, mit einer Reduktion des ökonomischen Drucks auf eine Fallzahlausweitung durch die Einführung einer Vorhaltevergütung und mit einer Einteilung der Krankenhäuser in Level – zumindest in Form einer transparenten Information der Allgemeinheit – eine Zentralisierung der Krankenhausangebote in den überversorgten Ballungsgebieten erreicht werden. Bislang fehlt aber ein generisches Modell, das populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts bezüglich Behandlungszahl und -schwere ein Maß für die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser ermittelt.

Methoden: Wir entwickelten ein generisches Modell zur Ermittlung der krankenshausstandort-bezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit für die unterschiedlichen Leistungsgruppen. Die so ermittelten Maße für die Bedarfsnotwendigkeit könnten auch bei der Bemessung der Vorhaltefinanzierung Anwendung finden. Für das Modell wurden die Leistungsgruppen nach Spezialisierungsgrad und Dringlichkeit in vier Kategorien mit Erreichbarkeitsgrenzen von 30, 45, 90 und 180 Minuten eingeteilt. Zur Simulation der populationsbezogenen Versorgungsbedeutung kamen Gravitationsmodelle zum Einsatz. Im Basismodell erfolgte die Bestimmung der Versorgungsbedeutung ausschließlich anhand der Erreichbarkeit für die innerhalb des jeweiligen Erreichbarkeitskorridors lebende Bevölkerung. In erweiterten Modellen wurden zusätzlich die historische Fallzahl und deren Fallschwere berücksichtigt, um aktuelle Versorgungskapazitäten und bestehende Wahlentscheidungen der Bevölkerung u. a. bezüglich der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Das Modell wurde basierend auf bundesweiten § 21-Daten implementiert und Auswirkungen der Gewichtung der drei Einflussgrößen (i) Population, (ii) Fallzahl und (iii) Fallschwere auf die Verteilung Versorgungsbedeutung der Krankenhausstandorte ermittelt. Am Beispiel der „Endoprothetik Knie“ (LG 14.2 in NRW) im Bundesland Sachsen wurde die Auswirkung der Konzentration auf

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*

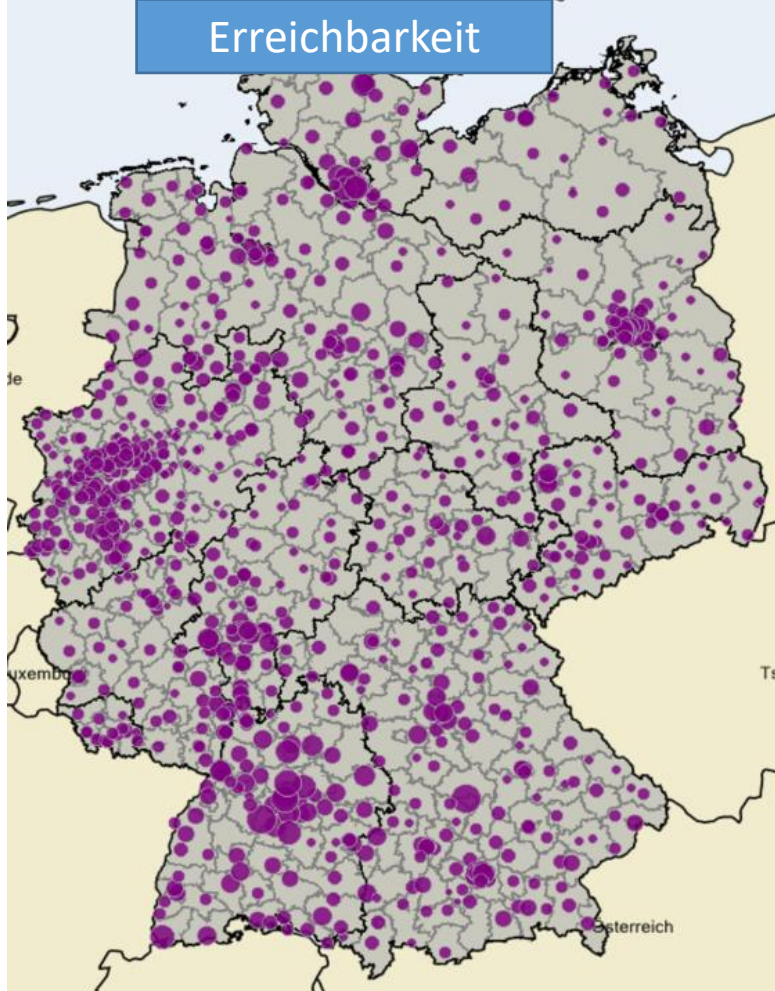
* AG Potenzialanalyse der Regierungskommission mit Unterstützung des GKV-SV

Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Allgemeine Innere Medizin (LG 01.1), Erreichbarkeitsgrenze 30 Min

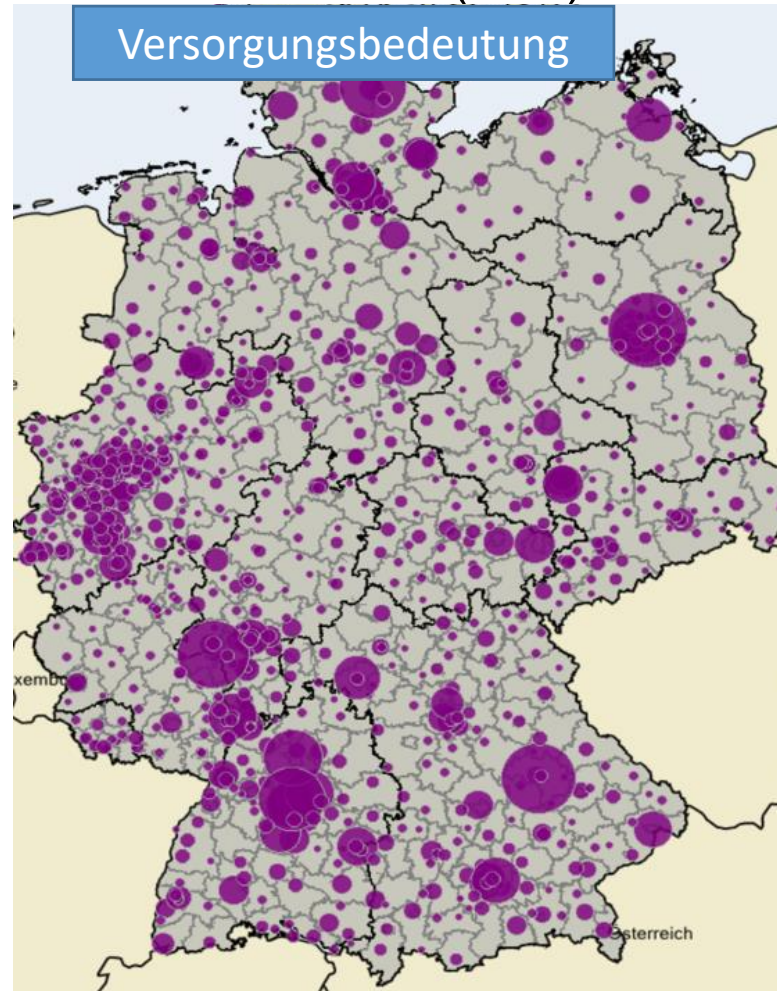
Population

Erreichbarkeit



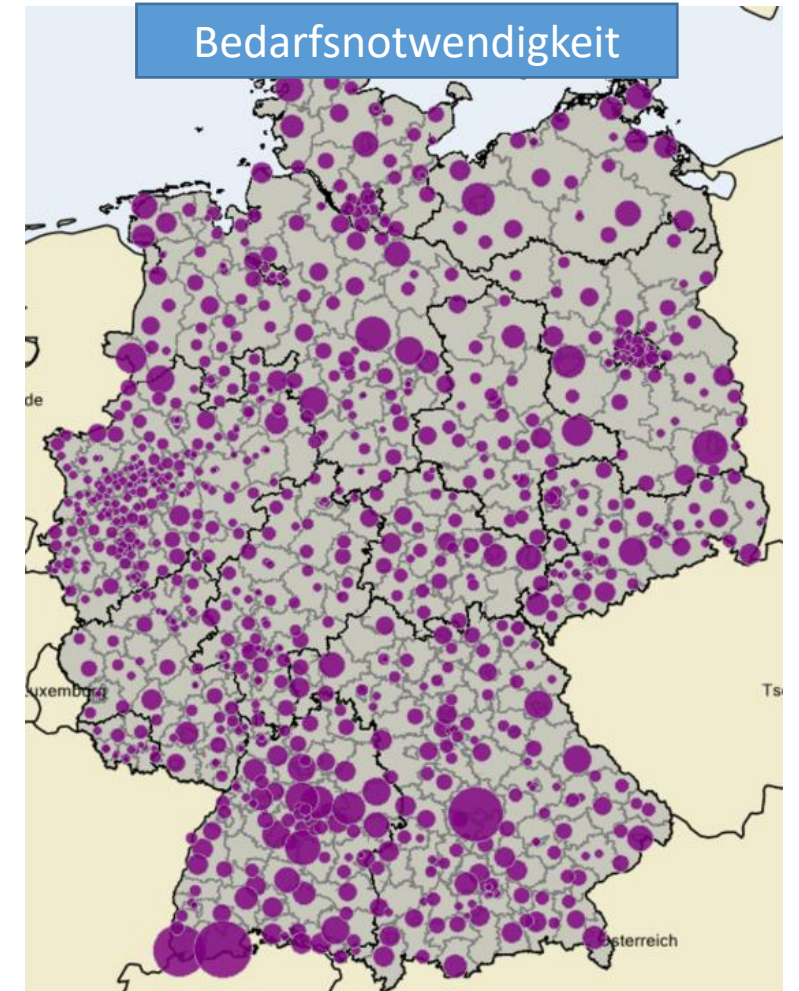
Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)

Versorgungsbedeutung



Singularitätsmodell

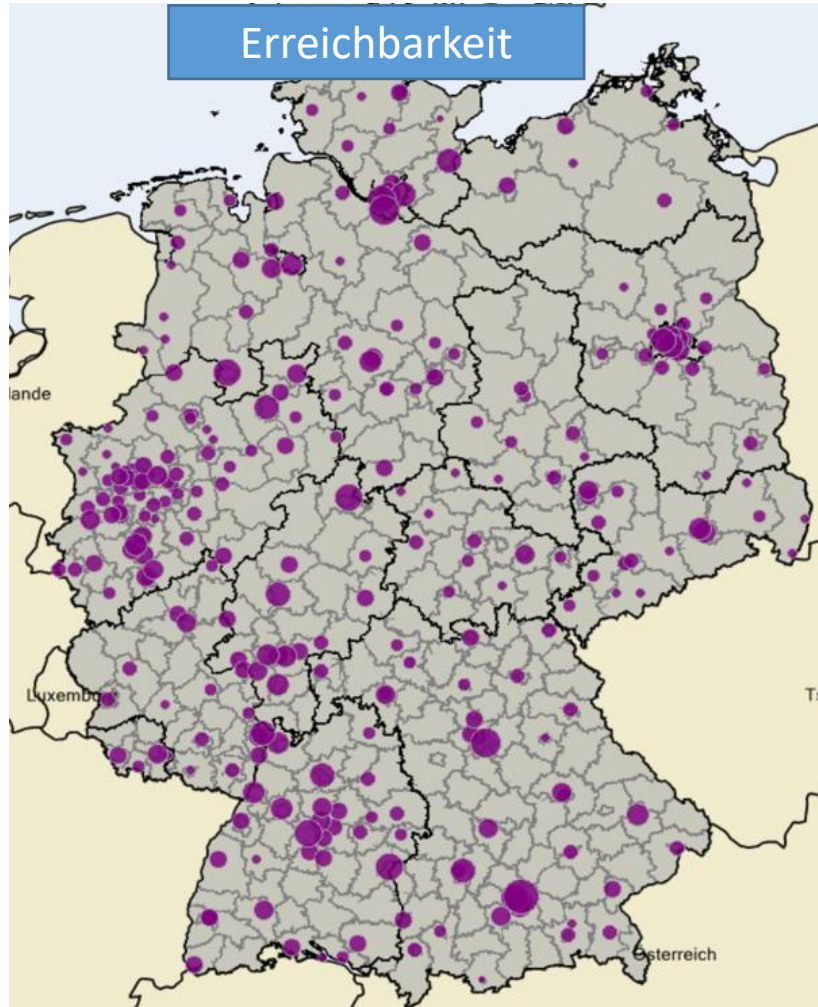
Bedarfsnotwendigkeit



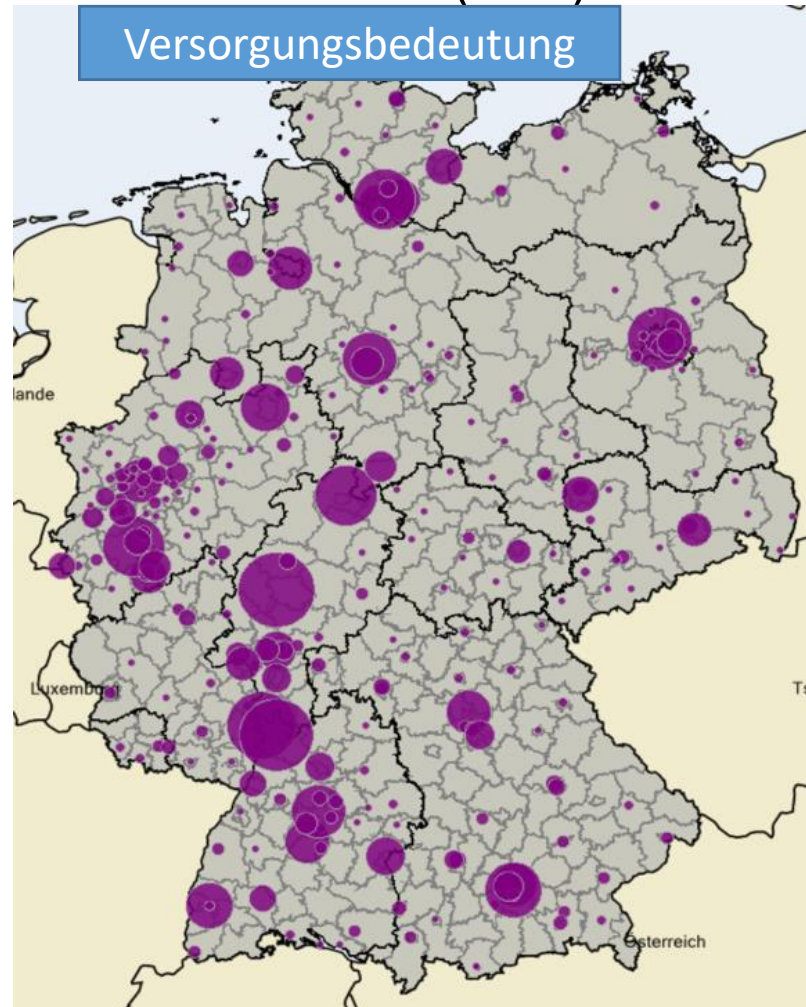
Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

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

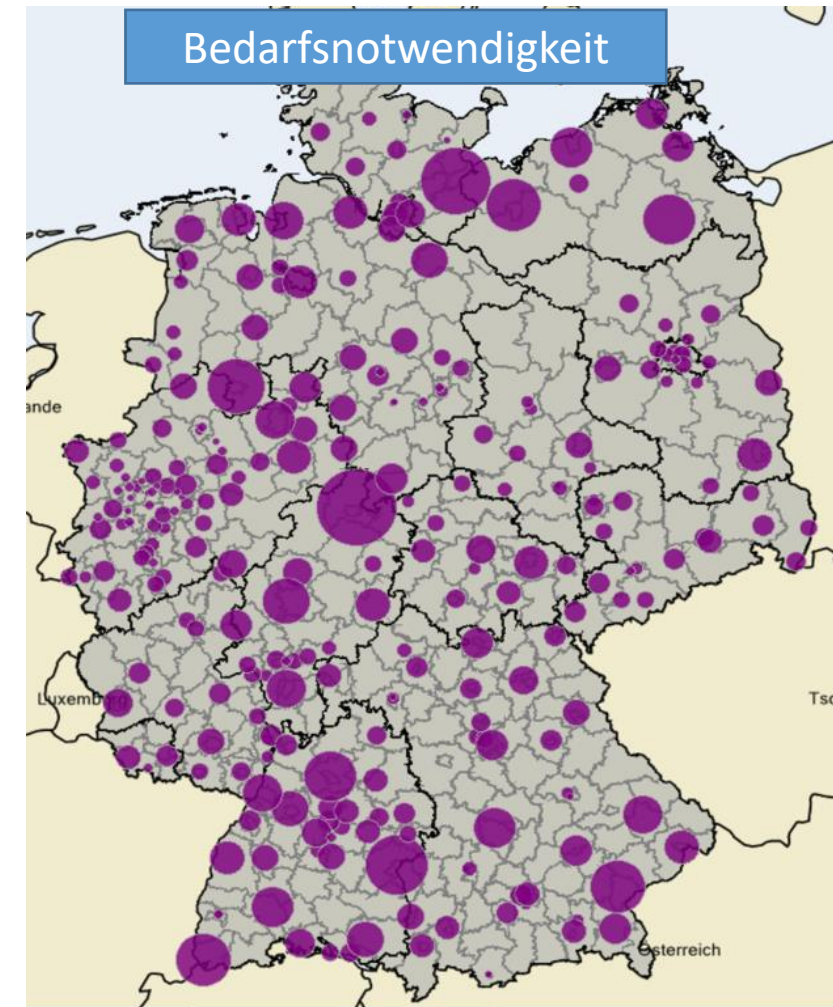
Population



Population + Fallzahl
+ Fallschwere (CMI)



Singularitätsmodell



Fazit

- Bundesweite Krankenhausreform 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

- Wir brauchen mehr Steuerung, Konzentration und Ambulantisierung
- Struktur- und Finanzierungsreform müssen Hand in Hand gehen
- Gelder der Beitragszahlenden sollte nur für Standorte eingesetzt werden, die tatsächlich benötigt werden und Qualitätsvoraussetzungen erfüllen

- Gestaltende Rolle der Länder bei Planung notwendig
- Verbindliches Zielbild sollte unter allen Beteiligten gemeinsam und einheitlich konsentiert werden
- Angebot der Unterstützung durch vorgestellte Modellierung (Simulationsmodell)
- Nutzungsmöglichkeit für Transformationsfonds und für bevölkerungsbezogene Zuweisung von Vorhaltefinanzierung