

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2023“ des AOK-Bundesverbandes
und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
am Mittwoch, 19. April 2023, Berlin

Inhalt der Pressemappe

- **Ihre Gesprächspartner**
- **Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des AOK-Bundesverbandes**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Prof. Dr. Jürgen Wasem**
Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2023
- **Folien zum Statement von Prof. Dr. Jürgen Wasem**
- **Hintergrundinformationen WiZen-Studie**
- **Flyer Krankenhaus-Report 2023**

Kontakt und Information

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

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2023“ des AOK-Bundesverbandes
und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
am Mittwoch, 19. April 2023, Berlin

Ihre Gesprächspartner



Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes



Prof. Jürgen Wasem

Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber
des Krankenhaus-Reports

Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes und
des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Krankenhaus-Report: Reform der Klinik- strukturen kann wichtigen Beitrag zur Lösung von Personalproblemen leisten

Reimann: Versorgungsqualität bei Reform nicht aus dem Auge verlieren / Pro Jahr etwa 4.700 vermeidbare Krebs-Sterbefälle bei Behandlung in zertifizierten Zentren

Berlin, 19. April 2023

Die im Zuge der anstehenden Krankenhausreform geplante Verlagerung von Krankenhausbehandlungen in den ambulanten Bereich und die qualitätsorientierte Konzentration von Klinikleistungen auf weniger Standorte können auch wichtige Beiträge zur Lösung der Personalprobleme in den deutschen Krankenhäusern leisten. Das zeigt der aktuelle Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zum Thema „Personal“. Der AOK-Bundesverband fordert anlässlich der Veröffentlichung des Reports, dass Bund und Länder das zentrale Ziel einer besseren Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten in den Reform-Beratungen nicht aus dem Auge verlieren.

Bei den sogenannten „Kurzliegern“, die weniger als vier Tage stationär behandelt werden, gebe es ein großes Potenzial für vermeidbare Krankenhaustage und damit auch für eine Entlastung des Personals in den Kliniken, betonte Prof. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports. „Allein die 30 häufigsten operativen Eingriffe mit einem geringen medizinischen Schweregrad machen etwa vier Prozent aller Pflgetage im Krankenhaus aus“, so Wasem. Wenn man das gesamte Potenzial „ambulantisierbarer“ Operationen und Behandlungen betrachte, könnten noch wesentlich mehr Krankenhaustage vermieden werden. Auch die geplante Reform der Notfallversorgung eröffne Chancen für eine personelle Entlastung. So werden in Deutschland etwa 50 Prozent der Notfälle stationär aufgenommen, während es in den Niederlanden nur 32 und in Frankreich 22 Prozent sind.

„Insgesamt bietet die aktuell diskutierte Krankenhausreform eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für die dringend notwendige Entlastung des Personals in den Kliniken und für eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte“, sagte Wasem.

Deutsches Personal versorgt im internationalen Vergleich mehr Fälle

Die Zahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegekräfte sei in den vergangenen Jahren zwar kontinuierlich gestiegen, aber im internationalen Vergleich versorge das Personal in deutschen Kliniken im Durchschnitt mehr Fälle als die Beschäftigten in anderen Ländern. Der internationale Mittelwert lag 2019 bei rund zwölf Ärztinnen und Ärzten sowie 27 Pflegekräften pro 1.000 Krankenhaus-Fälle, während Deutschland mit etwa acht Ärztinnen und Ärzten und knapp 19 Pflegekräften pro 1.000 Fällen deutlich unter diesem Wert lag. „Wir haben zu wenig Personal für die hohe Zahl von Krankenhausfällen in Deutschland“, fasste Wasem das Problem zusammen. Durch den Einbruch der Krankenhaus-Fallzahlen in der Corona-Pandemie seien in den Jahren 2020 und 2021 zwar wieder mehr Ärzte und Pflegekräfte pro Fall zu verzeichnen. „Allerdings gab es gerade in der Omikron-Welle auch viele Covid-Infektionen der Beschäftigten, die diesen Effekt vermutlich wieder zunichte gemacht haben“, so Wasem.

Langfristige Trends werden Personalsituation weiter verschärfen

Zudem werden einige langfristige Trends die Personalsituation in den deutschen Kliniken laut Krankenhaus-Report in den nächsten Jahren eher noch verschärfen. Dazu gehört die demografische Entwicklung, die zu einer steigenden Inanspruchnahme der Krankenhäuser führen wird. Grund zur Sorge seien auch vorläufige Daten des Statistischen Bundesamtes zum Rückgang bei der Zahl der Pflege-Azubis und die hohen Ausstiegsraten bei den Berufen im Krankenhaus: „So sind zum Beispiel nach 20 Jahren nur noch 60 Prozent der Krankenschwestern und Krankenpfleger in ihrem angestammten Beruf tätig“, berichtete Wasem. Bei den Hilfskräften habe sogar mehr als die Hälfte nach zwei Jahren den erlernten Beruf gewechselt. Viele Kliniken hätten große Probleme, Beschäftigte zu finden. „Es gibt eine sehr geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote – wir haben in diesem Bereich praktisch Vollbeschäftigung.“

Krankenhaus-Report zeigt Lösungswege auf

Der Krankenhaus-Report 2023 zeigt einige Lösungswege auf, um die Attraktivität der Krankenhäuser als Arbeitgeber zu steigern. Dazu gehören bessere Angebote zur Vereinbarung von Familie und Beruf sowie die Umsetzung von Konzepten für ein innovatives Personalmanagement. Die geplanten Reformen im Krankenhausbereich könnten dazu führen, dass große und personell gut ausgestattete Krankenhäuser entstehen, die auch flexibler auf punktuelle Engpässe reagieren könnten – zum Beispiel durch Einrichtung von Personalpools über die Fachabteilungen hinweg, unterstrich Wasem: „Die begrenzten Personalressourcen könnten wesentlich zielgerichteter und rationaler eingesetzt werden, wenn Bund und Länder die qualitätsorientierte Konzentration von Leistungen konsequent umsetzen.“

Reimann: Öffnungsklauseln dürfen Patientensicherheit nicht konterkarieren

Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, wies bei der Vorstellung des Reports darauf hin, dass die Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten das zentrale Ziel der Krankenhausreform bleibe und in den aktuell laufenden Verhandlungen zwischen Bund und Ländern nicht auf der Strecke bleiben dürfe: „Angesichts der immer noch weit verbreiteten Gelegenheitsversorgung muss sich hier dringend etwas ändern. Es darf nicht dazu kommen, dass dieses Ziel durch wachsweiße Regelungen oder Öffnungsklauseln auf Kosten der Patientensicherheit konterkariert wird.“

Analyse zeigt: Viele Sterbefälle bei Krebspatienten vermeidbar

Nach wie vor würden beispielsweise zu viele Patientinnen und Patienten außerhalb onkologischer Zentren behandelt, obwohl die Studie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) einen Überlebensvorteil bei Behandlung in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentrum belegt habe. Reimann stellte eine aktuelle Analyse der WiZen-Autoren vor, nach der in Deutschland jedes Jahr etwa 4.700 Sterbefälle von Krebspatientinnen und -patienten innerhalb der ersten fünf Jahre nach Diagnose-Stellung vermieden werden könnten, wenn ihre Versorgung auf DKG-zertifizierte Zentren konzentriert würde. Auch durch die Konzentration der Schlaganfall-Versorgung auf sogenannte Stroke Units mit adäquater Ausstattung ergebe sich ein ähnlich großes Potenzial für die Vermeidung von Sterbefällen. Die beiden Beispiele seien „ein sehr drastischer Beleg dafür, dass eine qualitätsorientierte Reform der Krankenhausstrukturen erforderlich ist“, so Reimann.

Reimann: Umfangreiche Investitionen der öffentlichen Hand für Umbau notwendig

Die dringend notwendige Modernisierung der Versorgung lasse sich nur schrittweise gestalten und sollte mit der Zuweisung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser beginnen, betonte Reimann. Diese Gruppen seien aus Sicht der AOK das „Herzstück“ der Reform. „Auf Basis der Leistungsgruppen können klare Versorgungsaufträge definiert werden, die auf konkreten Strukturanforderungen aufsetzen und sich an den Bedarfen der Bevölkerung ausrichten“, so Reimann. Es gehe nicht um eine „kalte Bereinigung“, sondern um einen „klug geplanten, intelligent gesteuerten und ganz klar qualitätsorientierten Umbau der Strukturen“. Ein solcher Umbau könne zu einem wirtschaftlicheren Einsatz der Ressourcen führen. „Eine gut aufgestellte Krankenhaus-Landschaft sorgt auch dafür, dass die vorhandenen Personalressourcen sinnvoller als bisher eingesetzt werden und dass sich dadurch die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten nachhaltig verbessern.“ Die Reform könne allerdings nur mit „umfangreichen Investitionen der öffentlichen Hand“ gelingen, die für den Umbau der Krankenhaus-Strukturen erforderlich seien.

Kontakt und Information

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

Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts
der AOK (WIdO) zum Krankenhaus-Report 2023
19. April 2023, Berlin

Statement von Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Qualität als zentrales Ziel der Kranken- hausreform nicht aus dem Auge verlieren

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Krankenhausreform ist aktuell eines der am heißesten diskutierten gesundheitspolitischen Themen. Da ist teilweise mit Schreckensszenarien bezüglich der Auswirkungen der Reform gearbeitet worden. Nächste Woche findet die nächste Runde der Bund-Länder-Gespräche statt. Mein zentraler Appell an die Beteiligten lautet: Wir sollten das große Ziel der Reform in der Diskussion nicht aus dem Auge verlieren – und das ist die Verbesserung der Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten. Hier muss sich vor allem angesichts der immer noch weit verbreiteten Gelegenheitsversorgung etwas ändern. Es darf nicht dazu kommen, dass dieses Ziel durch wachsweiße Regelungen oder Öffnungsklauseln auf Kosten der Patientensicherheit konterkariert wird.

Die Konzentration besonders anspruchsvoller und komplizierter Operationen und Eingriffe auf bestimmte Kliniken, die personell und technisch adäquat aufgestellt sind, ist aus Sicht der AOK das wichtigste Element der Reform. Sie trägt dazu bei, dass die Behandlungsteams mehr Routine und Erfahrung haben. Das hilft insbesondere, wenn es während eines Eingriffs zu unerwarteten Problemen oder Komplikationen kommt. „Übung macht den Meister“, diese Binsenweisheit gilt auch bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten.

Das ist letztes Jahr durch die Ergebnisse der Studie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“, kurz WiZen, eindrucksvoll belegt worden. Sie zeigt einen Überlebensvorteil für Patientinnen und Patienten mit Krebs, die in Zentren behandelt werden, die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind. Voraussetzung für diese Zertifizierung sind unter anderem eine adäquate Ausstattung, die besondere Qualifikation des Personals und das Erreichen bestimmter

Mindest-Fallzahlen. Eine aktuelle Auswertung auf Basis der WiZen-Ergebnisse zeigt, dass pro Jahr rund 33.000 Lebensjahre von Patientinnen und Patienten mit Krebs gerettet werden könnten, wenn sie in DKG-zertifizierten Zentren behandelt würden. In dieser sogenannten Potenzialanalyse ist auch berechnet worden, wie viele Sterbefälle innerhalb von fünf Jahren nach Diagnosestellung verhindert werden könnten. Das Ergebnis ist beeindruckend: Prof. Jochen Schmitt von der Uni Dresden und sein Team haben festgestellt, dass wir in Deutschland jedes Jahr etwa 4.700 Sterbefälle von Krebspatientinnen und -patienten vermeiden könnten, wenn wir ihre Versorgung auf DKG-zertifizierte Zentren konzentrieren würden. Sie finden eine Zusammenfassung der Ergebnisse auch in der Pressemappe.

Ein weiteres Beispiel möchte ich Ihnen aus dem Bereich der Notfall-Versorgung vorstellen: Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall sollten in sogenannten Stroke Units behandelt werden, die technisch und personell optimal für die Versorgung dieses akuten Notfalls ausgestattet sind. Das erhöht die Überlebenschance der Patientinnen und Patienten und vermeidet Folgeschäden. Leider werden immer noch viel zu viele Schlaganfall-Patienten in Kliniken ohne diese Stroke Units behandelt – unter anderem, weil sie vom Rettungsdienst in nicht optimal ausgestattete Krankenhäuser gebracht werden. Auswertungen aus dem Innovationsfonds-Projekt QUASCH zeigen, dass es auch hier ein großes Potenzial für vermeidbare Todesfälle gibt. Die Abkürzung QUASCH steht für „Ergebnisse qualitätsgesicherter Schlaganfallversorgung“. Jährlich erleiden rund 290.000 Patientinnen und Patienten einen Schlaganfall. Von den in der Studie betrachteten Personen verstarben innerhalb eines Jahres 30,4 Prozent, wenn die Schlaganfallbehandlung in einer Klinik ohne Stroke Unit stattfand. In Kliniken mit Stroke Unit lag die Sterblichkeit hingegen bei 23,9 Prozent – also 6,5 Prozentpunkte niedriger. Wenn man sich verdeutlicht, dass im Jahr 2020 rund ein Viertel aller Schlaganfallpatienten in Kliniken ohne Stroke Unit behandelt wurde, wird klar, dass auch hier ein ähnlich großes Potenzial zur Vermeidung von Sterbefällen besteht.

Diese beiden Beispiele sind ein sehr drastischer Beleg dafür, dass eine qualitätsorientierte Reform der Krankenhausstrukturen erforderlich ist. Die von Minister Lauterbach beauftragte Regierungskommission hat dazu aus unserer Sicht sehr gute Vorschläge vorgelegt.

Die dringende Modernisierung der Versorgung, um die es im Kern geht, lässt sich nur schrittweise gestalten und sollte mit der Zuweisung von Leistungsgruppen beginnen. Die Leistungsgruppen und Leistungsbereiche sind aus Sicht der AOK das Herzstück der Reform. Auf Basis der Leistungsgruppen können klare Versorgungsaufträge definiert werden, die auf konkreten Strukturanforderungen aufsetzen und sich an den Bedarfen der Bevölkerung ausrichten. Nur auf diese Weise kann die Ablösung von der Angebotsorientierung hin zu einem Bevölkerungsbezug der Krankenhausversorgung gelingen.

Klar ist auch: Für den Umbau der Krankenhausstrukturen braucht es Investitionen von Bund und Ländern, die eine Modernisierung ermöglichen. Die Krankenhausreform kann nur mit Hilfe umfangreicher Investitionen der öffentlichen Hand gelingen. Wichtig ist, dass die Finanzierung der Krankenhäuser auf die notwendige Modernisierung einzahlt und dass die Mengenanreize durch fallunabhängige Vergütungskomponenten abgesenkt werden. Die geplanten Vorhaltepauschalen dürfen sich aber nicht an den jeweiligen Fallzahlen orientieren, sondern müssen sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausrichten. Qualitäts-, Planungs- und Finanzierungsfragen müssen bei der Reform gemeinsam betrachtet werden.

Insgesamt kommt es bei der anstehenden Krankenhausreform darauf an, dass sich durch die sinnvolle Verteilung differenzierter Versorgungsaufträge an die Kliniken am Ende die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten verbessert. Es geht nicht um die komplette Schließung von Standorten oder eine angebliche „kalte Bereinigung“ der Krankenhauslandschaft, sondern um einen klug geplanten, sinnvoll gesteuerten und ganz klar qualitätsorientierten Umbau der Strukturen.

Das führt dann auch zu einem wirtschaftlicheren Einsatz der Ressourcen – auch der personellen Ressourcen, die im Krankenhaus-Report näher beleuchtet werden. Denn je größer eine Krankenhaus-Fachabteilung ist, desto flexibler kann das Personal eingesetzt werden, um punktuelle Engpässe auszugleichen. Durch einen effizienten Einsatz des Personals verringert sich auch die Arbeitsbelastung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann sich auch auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten auswirken und die Kliniken als Arbeitsgeber attraktiver machen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, des Anstiegs der Teilzeitarbeit und der vielen Berufs-Aussteiger aufgrund der oftmals sehr belastenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus brauchen wir neue Strukturen. Eine gut aufgestellte Krankenhaus-Landschaft sorgt dafür, dass die vorhandenen Personalressourcen sinnvoller als bisher eingesetzt werden und dass sich dadurch auch die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten nachhaltig verbessern. Darauf wird jetzt Prof. Jürgen Wasem, Mit-Herausgeber des Krankenhaus-Reports, näher eingehen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt und Information

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

Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts
der AOK (WIdO) zum Krankenhaus-Report 2023
19. April 2023, Berlin

Statement von Prof. Jürgen Wasem

Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports

Personalsituation in den deutschen Krankenhäusern: Probleme auf allen Ebenen angehen

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie als Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports ebenfalls ganz herzlich und möchte Ihnen einige wesentliche Erkenntnisse zu unserem diesjährigen Schwerpunktthema „Personal im Krankenhaus“ vorstellen. Sie haben auch eine große Relevanz für die anstehende Krankenhausreform, mit der die Strukturen der deutschen Krankenhauslandschaft neu geordnet werden sollen – aber dazu später mehr.

Die Personalausstattung in den deutschen Kliniken und die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern werden schon lange diskutiert. Durch die Corona-Pandemie ist die Personalsituation, vor allem die Arbeitsbelastung von Pflegekräften und medizinischem Personal, für einige Zeit verstärkt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt und hat auch in der Politik viel Aufmerksamkeit bekommen. Ursachen dieser Belastung sind unter anderem die im Verhältnis zur Fallzahl geringere Zahl von Fachkräften, Fehlanreize durch das Finanzierungssystem und die angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt. Der Fachkräftemangel ist ja in aller Munde und betrifft auch diesen Sektor.

Einige zentrale Probleme und mögliche Lösungsansätze möchte ich Ihnen im Folgenden präsentieren. Zunächst lohnt sich der Blick auf die Ausgangslage im internationalen Vergleich (**Folie 2**). Bezogen auf die Bevölkerung verfügt Deutschland im europäischen Vergleich über leicht

überdurchschnittlich viel Personal im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Bei der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte belegen wir Rang acht von 17 und beim Pflegefachpersonal Rang zehn von 17. Bezogen auf die Fallzahl zeigt sich allerdings, dass Ärzte und Pflegekräfte in Deutschland im Schnitt mehr Fälle versorgen müssen als ihre Kolleginnen und Kollegen in anderen europäischen Ländern (**Folie 3**). Es werden hier die sogenannten Vollzeitäquivalente betrachtet, um die Zahlen gut vergleichen zu können. Der Mittelwert liegt bei rund zwölf Ärztinnen und Ärzten sowie 27 Pflegekräften pro 1.000 Fälle. Deutschland liegt hier deutlich darunter und belegt mit etwa acht Ärztinnen und Ärzten und knapp 19 Pflegekräften pro 1.000 Fälle den drittletzten Platz. Hier sieht man also, dass das Personal in den deutschen Kliniken im Vergleich zu anderen Ländern viel mehr Patientinnen und Patienten versorgen muss. Oder, anders formuliert: Wir haben zu wenig Personal für die hohe Zahl von Krankenhausfällen in Deutschland. Die Auswertungen beziehen sich auf das Jahr 2019, also die Situation vor der Pandemie.

Wenn wir uns nun die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Zeitverlauf anschauen, zeigen sich einige langfristige Trends (**Folie 4**): So ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Krankenhäusern seit dem Jahr 2000 kontinuierlich gestiegen – von rund 109.000 im Jahr 2000 auf rund 173.000 im Jahr 2021. Das entspricht einem jährlichen Anstieg von rund 2,2 Prozent. Dem gegenüber ist die Zahl der Vollbeschäftigten im Pflegedienst bis 2008 zunächst gesunken, aber seitdem wieder kontinuierlich angestiegen. In den letzten drei Jahren ist der Anstieg deutlich kräftiger, und 2021 lag die Zahl der Pflegekräfte mit 371.000 etwa zwölf Prozent über der Zahl von 2000. Der Anstieg seit 2019 kann auf die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen und der Selbstkostendeckung in der Pflege zurückgeführt werden. Auf jeden Fall gab es auch hier insgesamt ein Wachstum.

Zudem gibt es durch den Einbruch der Krankenhaus-Fallzahlen in der Corona-Pandemie einen interessanten Effekt: Gemessen an der Inanspruchnahme der Kliniken, also an den Fallzahlen und Belegungstagen, sind in den Jahren 2020 und 2021 wieder mehr Ärzte und Pflegekräfte pro Fall zu verzeichnen. Allerdings gab es ja gerade in den Omikron-Wellen auch viele Covid-Infektionen unter den Ärzten und Pflegekräften, die diesen Effekt vermutlich wieder zunichtegemacht haben – das spiegelt sich in dieser Statistik natürlich nicht wider. Vor der Pandemie gingen viele Prognosen jedenfalls davon aus, dass die Zahl der Krankenhausfälle in den nächsten Jahren eher weiter steigen wird – und damit auch der Personalbedarf. Dass das so kommen wird, ist seit den Einbrüchen in der Pandemie wohl eher nicht zu erwarten – dazu gleich mehr.

Fest steht, dass es einige langfristige Trends gibt, die die Personalsituation in den deutschen Krankenhäusern eher verschärfen werden. Sie werden im Krankenhaus-Report in diversen Artikeln beleuchtet. Ich kann hier nur auf die wichtigsten Themen näher eingehen (**Folie 5**). Ich möchte zunächst darauf hinweisen, dass wir nach vorläufigen Zahlen des Statistischen Bundesamtes aktuell einen Rückgang bei der Zahl der Pflege-Azubis sehen, der alarmierend ist. Danach ist die

Zahl der Auszubildenden in der Pflege von 2021 auf 2022 um sieben Prozent gesunken. Über die Gründe kann man aktuell nur spekulieren, zumal die Zahlen nur vorläufig sind.

Ein langfristiger Trend, der die Personalsituation in den Kliniken beeinflusst, ist die demografische Entwicklung: Durch die älter werdende Bevölkerung in Deutschland ist in Zukunft von einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit auch von einem höheren Personalbedarf auszugehen. Insgesamt sehen wir beim Krankenhaus-Personal eine überdurchschnittliche Entlohnung im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, einen hohen Frauenanteil und eine hohe Teilzeitquote. Wir sehen zudem, dass es bei den Berufen im Krankenhaus hohe Ausstiegsraten gibt. So sind zum Beispiel nach zwanzig Jahren nur noch knapp 60 Prozent der Krankenschwestern und Krankenpfleger in ihrem angestammten Beruf tätig. Bei den Hilfskräften hat sogar mehr als die Hälfte nach zwei Jahren den erlernten Beruf gewechselt. Auf der anderen Seite haben die Kliniken große Probleme, Beschäftigte zu finden. Es gibt eine sehr geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote – wir haben in diesem Bereich praktisch Vollbeschäftigung.

Was können die Kliniken selbst und die Politik tun, um die Attraktivität der Krankenhäuser als Arbeitgeber zu steigern und Personal zu gewinnen? Auch hierzu zeigt der Krankenhaus-Report einige Lösungswege auf (**Folie 6**). Ein Ansatzpunkt im Bereich des Krankenhaus-Managements sind bessere Angebote zur Vereinbarung von Familie und Beruf und die Umsetzung von Konzepten für ein innovatives Personalmanagement. Weitere Maßnahmen sind die Förderung der akademischen Ausbildung und die Steigerung des Anteils von an Hochschulen ausgebildeten Pflegekräften. Eine Handlungsoption ist darüber hinaus die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Ausland, die ja schon seit einigen Jahren vor allem in der Pflege, aber auch im ärztlichen Bereich diskutiert und angegangen wird.

Es gibt aber einen weiteren wichtigen Hebel, um die Personalsituation in den deutschen Kliniken zu verbessern. Und das sind die Strukturreformen, über die Bund und Länder im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform und auf Basis der Vorschläge der Regierungskommission gerade beraten. Darauf will ich im Folgenden eingehen.

Wenn die AU-Quoten von Ärzten und Pflegekräften aufgrund von Corona-Infektionen in der Pandemie nicht so hoch gewesen wären, hätte der deutliche Rückgang der Krankenhaus-Fallzahlen zu einer deutlichen Entlastung des Personals geführt. Die Rückgänge betrafen verstärkt die sogenannten ambulant-sensitiven Behandlungen, die sowohl im Krankenhaus als auch von entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzten adäquat behandelt werden können. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat die Fallzahl-Rückgänge im Verlauf der Pandemie ausgewertet – mit bemerkenswerten Ergebnissen (**Folie 7**). So war der Rückgang bei den ambulant-sensitiven Behandlungen im Jahr 2022 mit minus 23 Prozent gegenüber dem Jahr 2019 sogar noch größer als

in den beiden ersten Pandemie-Jahren 2020 und 2021. Corona wirkt hier offenbar bereits im Sinne der dringend gebotenen stärkeren Ambulantisierung von Leistungen. Auf jeden Fall zeigen sich in diesen Daten sehr deutlich die großen Ambulantisierungs-Potenziale für die Zukunft.

Um die Zahl der vermeidbaren Krankenhaustage durch eine stärkere Ambulantisierung genauer abzuschätzen zu können, werfen die Autoren des Krankenhaus-Reports beispielhaft einen genaueren Blick auf die sogenannten „Kurzlieger“ (**Folie 8**). Das sind Patientinnen und Patienten, die weniger als vier Tage im Krankenhaus behandelt werden und genauso gut ambulant behandelt werden könnten. Die Top-30-„Kurzlieger“ aus dem AOP-Katalog und mit einem geringen medizinischen Schweregrad machen in Deutschland einen Anteil von vier Prozent aller Krankenhaustage aus. Das gesamte Potenzial aller ambulantisierbaren Operationen und Behandlungen liegt zweifelsfrei deutlich höher. Man denke etwa auch an die schon angesprochenen ambulant-sensitiven Indikationen wie beispielsweise Herzinsuffizienz, COPD oder Diabetes. Es liegt auf der Hand, dass die konsequente Ambulantisierung von Krankenhaus-Leistungen zu einer deutlichen Entlastung des Personals in den Krankenhäusern führen dürfte.

Besonders über die Notaufnahmen der Krankenhäuser gelangen Patientinnen und Patienten in die stationäre Behandlung, die genauso gut ambulant versorgt werden könnten. Die Reform der Notfallversorgung, zu der die Regierungskommission ja kürzlich schon konkrete Vorschläge vorgelegt hat, bietet bei diesem Thema wichtige Ansatzpunkte (**Folie 9**): So weisen Befragungen von Patientinnen und Patienten darauf hin, dass viele Fälle, die hier ankommen, unnötigerweise im Krankenhaus behandelt werden. Über 50 Prozent der in den Notaufnahmen Wartenden bewerteten ihr Anliegen als nicht so dringlich. Der internationale Vergleich gibt Hinweise darauf, dass bei vielen Krankenhaus-Notfällen in Deutschland auch eine ambulante Behandlung ausreichend sein könnte. So werden in Deutschland etwa 50 Prozent der Notfälle stationär aufgenommen, während es in den Niederlanden und in Frankreich nur 32 beziehungsweise 22 Prozent sind. Wenngleich die Zahlen aufgrund der Systemunterschiede zwischen den Ländern nur begrenzt vergleichbar sind, geben sie deutliche Hinweise darauf, dass auch Reformen im Notfallbereich zu einer Entlastung des Krankenhaus-Personals beitragen können.

Die aktuell diskutierte Krankenhausreform bietet insgesamt eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für die dringend notwendige Entlastung des Personals in den Kliniken und für eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte (**Folie 10**). Die begrenzten Personalressourcen können wesentlich zielgerichteter und rationaler eingesetzt werden, wenn Bund und Länder die qualitätsorientierte Konzentration von Leistungen konsequent umsetzen. So können große und personelle gut ausgestattete Krankenhäuser auch flexibler auf punktuelle Engpässe reagieren – zum Beispiel durch Einrichtung von Personalpools über die Fachabteilungen hinweg. Die unnötige Bereithaltung von Fachpersonal an Standorten mit geringer Auslastung könnte vermieden werden. Und nicht

zuletzt hat die Bündelung von Personalressourcen an gut ausgestatteten Kliniken mit viel Erfahrung und Routine in der Behandlung auch positive Auswirkungen auf die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Frau Dr. Reimann hat das ja am Beispiel der Krebsbehandlung eben schon sehr eindrucksvoll dargestellt. Viele Komplikationen oder gar Sterbefälle könnten vermieden und die Patientensicherheit deutlich verbessert werden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Maßnahmen zur Personalgewinnung und Erhöhung der Berufsattraktivität sehr wichtige Handlungsoptionen sind, um dem Personalmangel zu begegnen (**Folie 11**). Allerdings werden sie angesichts der demographischen Entwicklung und der Lage am Arbeitsmarkt als alleinige Maßnahmen nicht ausreichen. Es braucht ergänzend die Leistungskonzentration auf die Fälle, die aus medizinischen Gründen auf eine Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind. So kann das Krankenhauspersonal nachhaltig entlastet werden. Das zentrale Problem dahinter ist die historisch gewachsene Krankenhauslandschaft in Deutschland mit ihren vielen kleinen, wenig spezialisierten Krankenhäusern. Diese Strukturen binden Personalressourcen, die viel besser verteilt werden könnten. Leistungskonzentration und Strukturwandel können wesentlich zur Lösung des Personalproblems beitragen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt und Information

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

Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2023

Krankenhaus-Personal: Probleme auf allen Ebenen angehen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

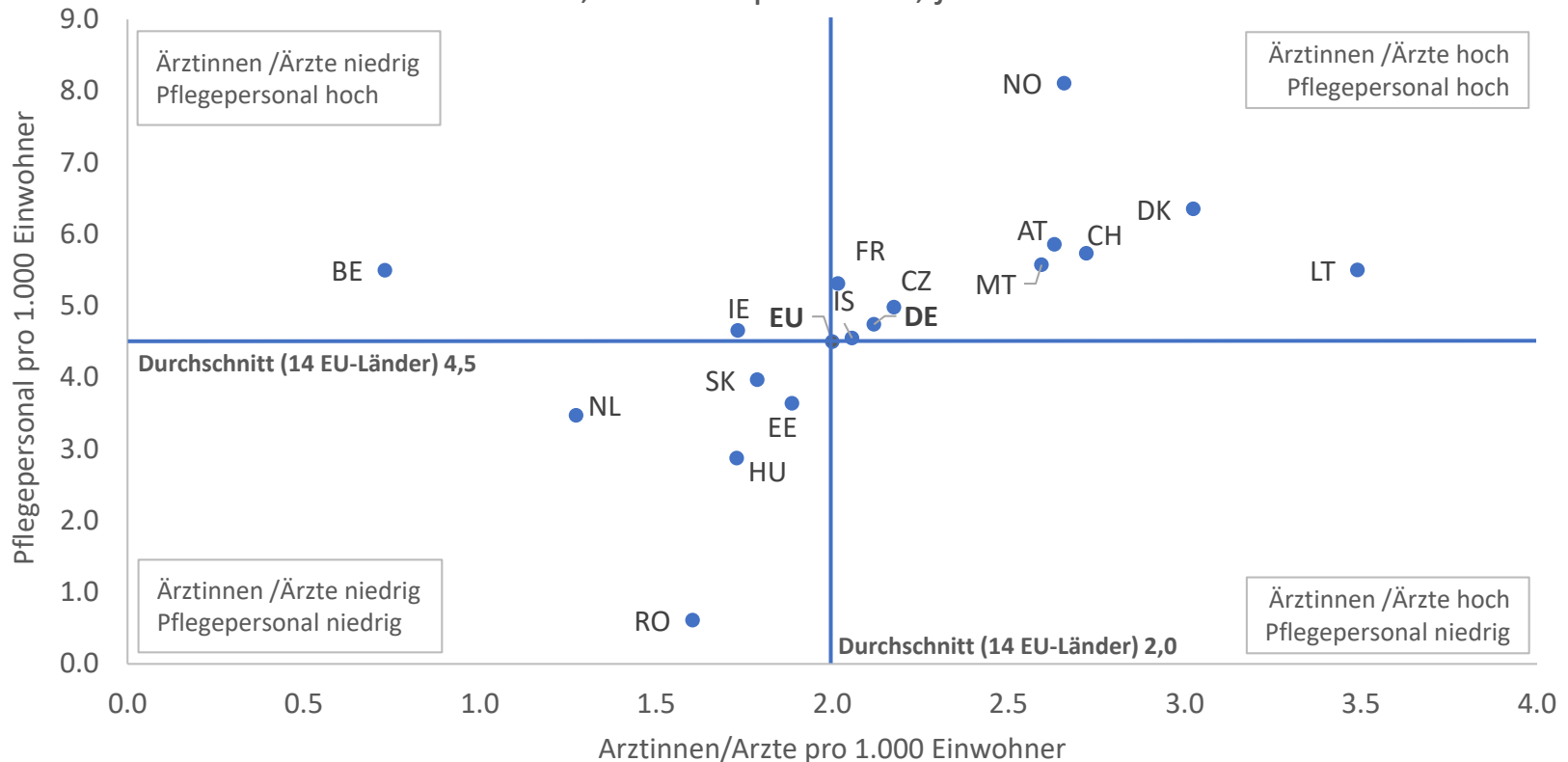
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH, Essen

Leibniz Science Campus Ruhr

Deutschland hat leicht überdurchschnittlich viel Personal im ärztlichen und pflegerischen Bereich

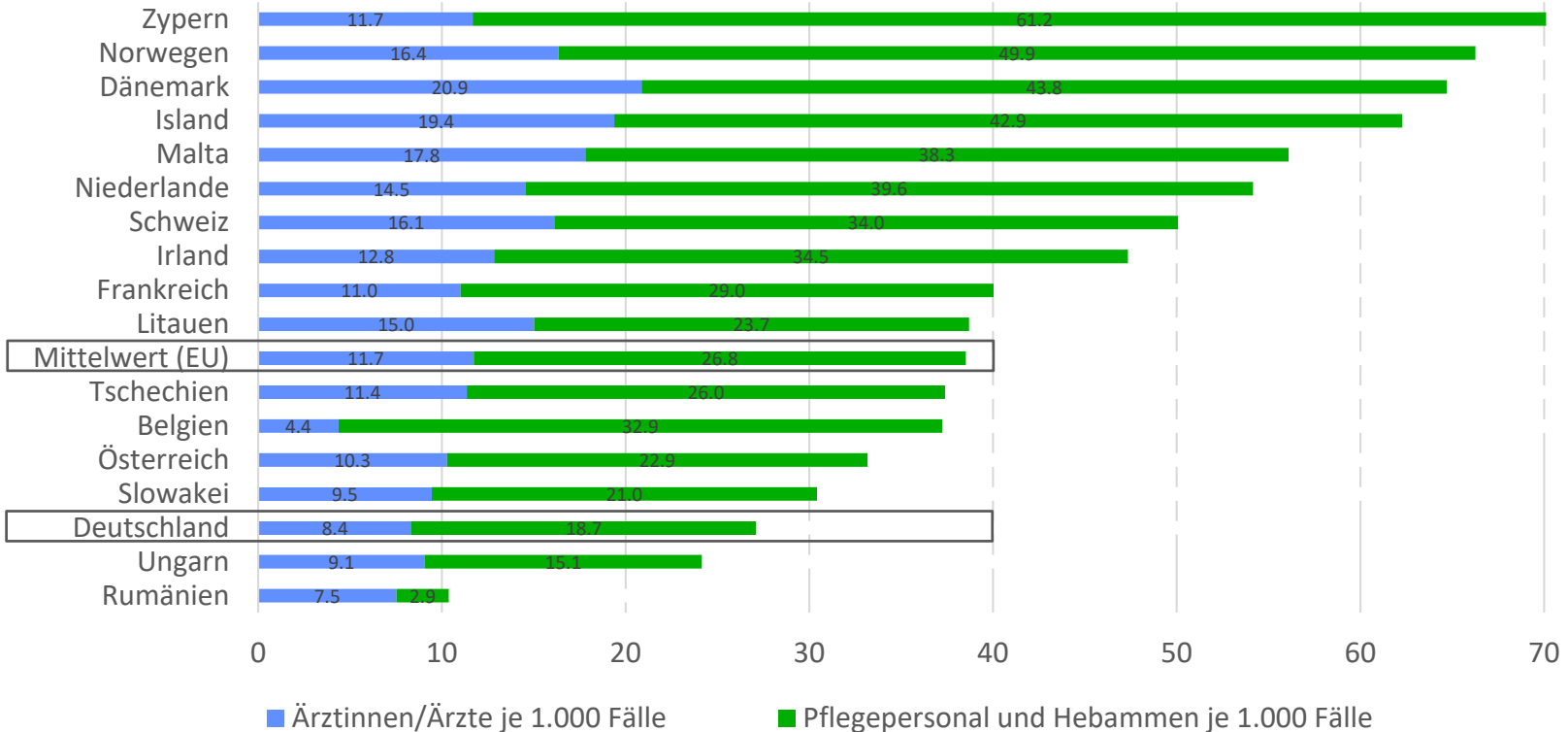
Ärztliches und pflegerisches Personal (inkl. Hebammen) in Krankenhäusern, Vollzeitäquivalente, je 1.000 Einwohner 2019



Hinweis: Der Mittelwert (ungewichtet) schließt alle in der Abbildung inkludierten EU-Länder ein. Quelle: Köppen J, Busse R (2023) Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, S 19-32 <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

In Deutschland müssen Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal mehr stationäre Fälle versorgen

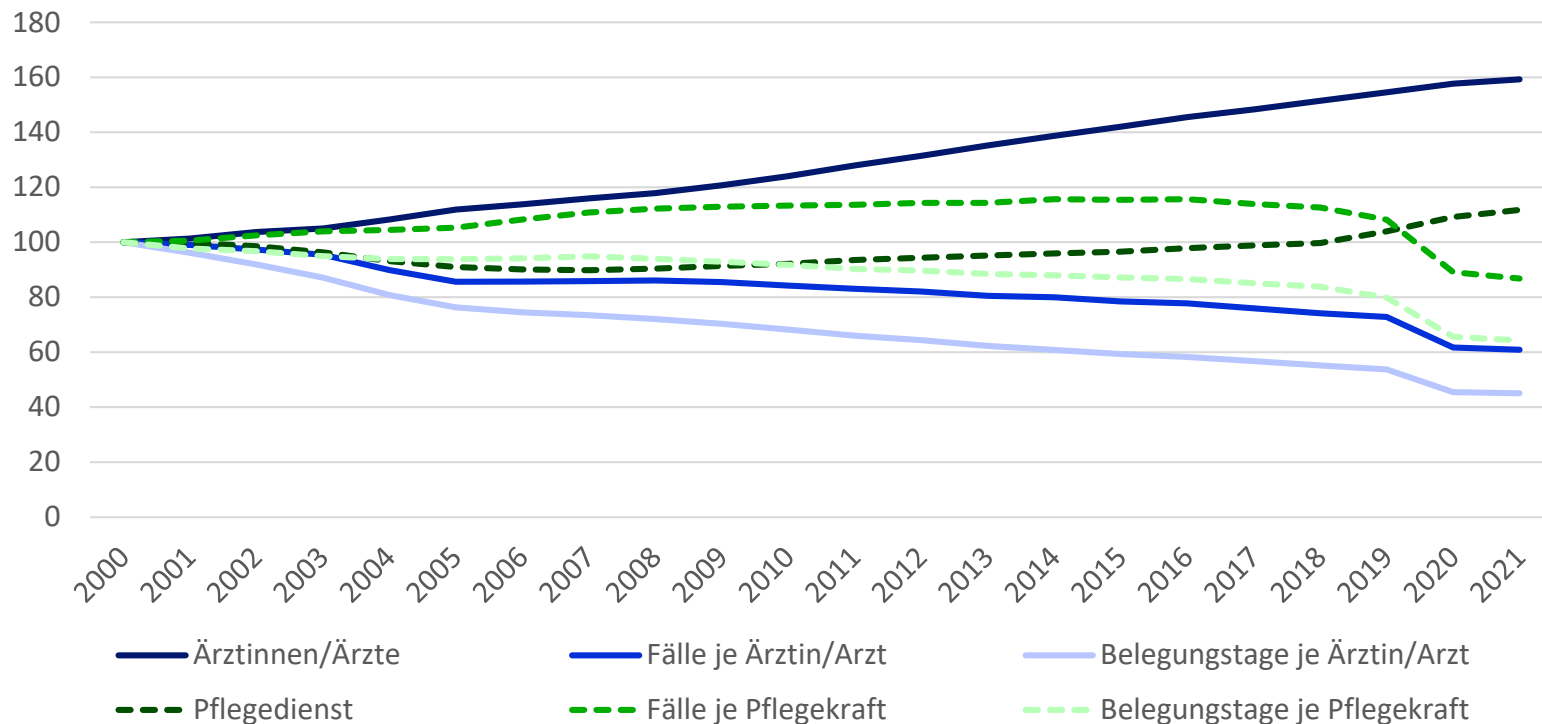
Ärztliches und pflegerisches Personal inkl.
Hebammen, Vollzeitäquivalente, pro 1.000 Fälle 2019



Hinweis: Der Mittelwert (ungewichtet) schließt alle in der Abbildung inkludierten EU-Länder ein. Quelle: Köppen J, Busse R (2023) Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, S 19-32 <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

Gemessen an der Inanspruchnahme sind seit 2019 mehr Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte vorhanden

Entwicklung der Zahl der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte im Verhältnis zur Krankenhausinanspruchnahme seit 2000 (Index: 2000=100)



Quelle: Wasem J, Blase N (2023) Die Personalentwicklung im Krankenhaus seit 2000. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, S 3-18 <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

Die demographische Entwicklung wird angesichts der Arbeitsmarktsituation das Problem verschärfen

- ▼ Vorläufige Zahlen des Statistischen Bundesamtes weisen auf einen Rückgang der Zahl der auszubildenden Pflegefachkräfte von 2021 auf 2022 um 7% hin.
- ▼ Durch die älter werdende Bevölkerung ist für die Zukunft von einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit von einem höheren Personalbedarf auszugehen.
- ▼ Aktuelle Arbeitsmarktsituation bei Pflegekräften:
 - Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittliche Entlohnung, hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote
 - Viele Aussteiger, auch bei den Hilfskräften
 - Geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote, praktisch Vollbeschäftigung

Quellen: Diverse Beiträge. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

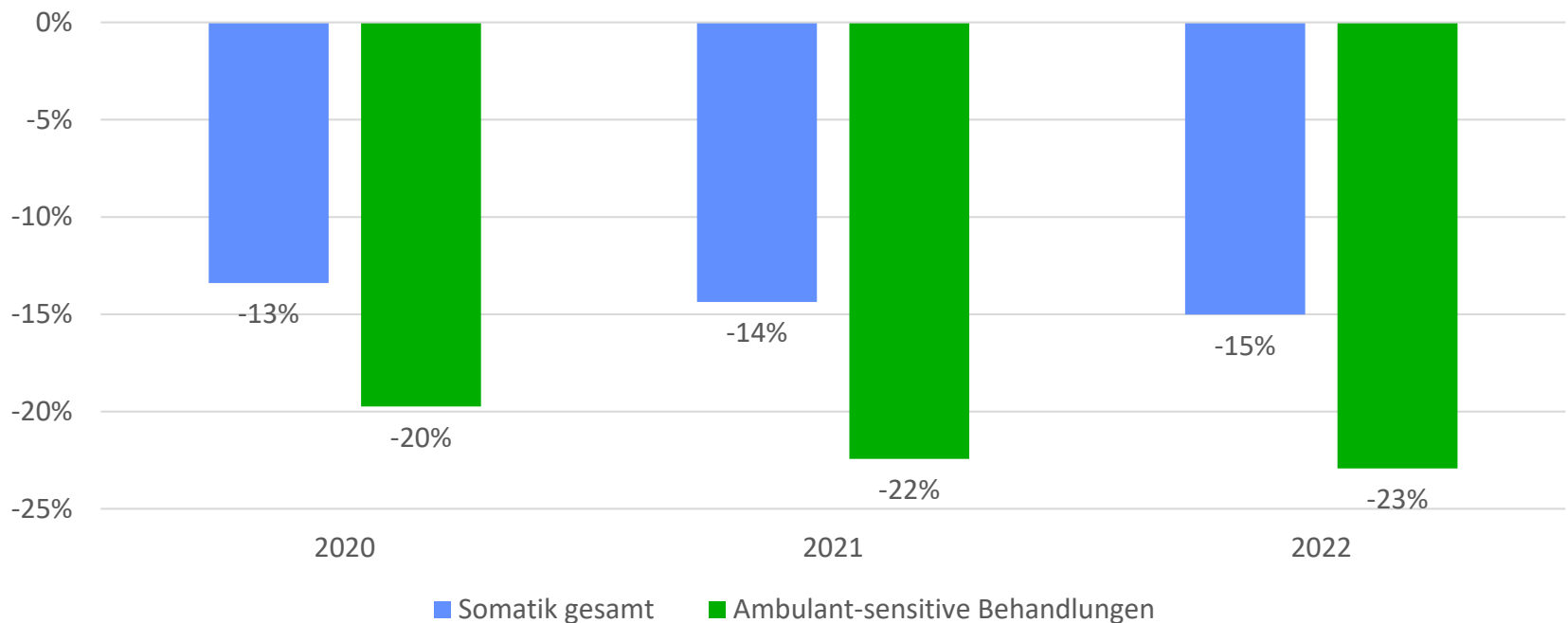
Handlungsoptionen zur Steigerung der Berufsattraktivität und Personalgewinnung

- ▼ Krankenhausmanagement:
 - Bessere Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (verlässliche Dienstplanung, Kinderbetreuung, Wunscharbeitszeiten, mehr Mitsprachemöglichkeiten der Mitarbeitenden etc.)
 - Umsetzung von Konzepten zum innovativen bzw. mitarbeiterorientierten Personalmanagement und Gewährleistung bestimmter Rahmenbedingungen (Unterstützung durch Vorgesetzte, Reduzierung der Arbeitsbelastung, Weiterbildungsmöglichkeiten etc.)
 - Erhöhung der Vollzeitquote
- ▼ Förderung und Steigerung des Anteils der an Hochschulen ausgebildeten Pflegenden.
- ▼ Erhöhung des Anteils ausländischer Arbeitskräfte.

Quellen: Diverse Beiträge. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

Fallzahlrückgang während der Pandemie legt dauerhafte Ambulantisierungspotenziale für die Zukunft nahe

Vergleich der Fallzahlen der Jahre 2020 bis 2022 mit 2019, Veränderung in %⁽¹⁾



(1) Ambulant-sensitive Behandlungen umfassen in der Auswertung Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten.

Ambulantisierung von Kurzliegern führt zur Entlastung des Personals

- ▼ Top-30-„Kurzlieger“ aus dem AOP-Katalog (Verweildauer < 4 Tage) mit geringem medizinischem Schweregrad machen einen Anteil von 4% aller Krankenhaustage (Belegungstage) aus.
 - ▼ Das gesamte Potenzial ambulantisierbarer Operationen und Behandlungen liegt deutlich höher.
- Die Hebung des ambulanten Potenzials bietet die Möglichkeit, Krankenhaustage und damit auch die Personalbelastung zu reduzieren.

Quelle: Schreyögg J, (2023) Verbesserung der Personalallokation durch Strukturwandel; In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, S 197-212 <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

Reform der Notfallversorgung bietet die Chance zur weiteren Entlastung des Personals

- ▼ Befragungen in der Notaufnahme weisen darauf hin, dass über 50% der Wartenden ihr eigenes Anliegen mit einer geringen Dringlichkeit bewerten.
 - ▼ In Deutschland werden ca. 50% der Notfälle stationär aufgenommen, in den Niederlanden und Frankreich sind es nur 32% bzw. 22%.
 - ▼ Trotz einer eingeschränkten Vergleichbarkeit geben die Zahlen deutliche Hinweise, dass in vielen Fällen auch in Deutschland eine ambulante Behandlung ausreichend sein könnte.
- Die Reform der Notfallversorgung bietet das Potenzial zur Reduktion von Belegungstagen und zur Einsparung von personellen Ressourcen.

Quellen: Geissler A, Quentin W, Busse R (2017) Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, (Hrsg) Krankenhaus-Report 2017: Zukunft gestalten. Schattauer, Stuttgart, S 41-59; Schreyögg J (2023) Verbesserung der Personalallokation durch Strukturwandel. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, S 197-212 <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66881>.

Strukturreform unabdingbar für eine bessere Allokation begrenzter Personalressourcen

- ▼ Flexiblere Reaktionsmöglichkeiten bei punktuellen Engpässen, bspw. durch Einrichtung von fachabteilungsübergreifenden Personalpools in größeren Krankenhäusern
 - ▼ Vermeidung unnötiger Vorhaltung von Fachpersonal an Standorten mit einer zu geringen Auslastung
 - ▼ Steigerung der Behandlungsqualität durch die Bündelung von Personalressourcen an Kliniken mit guter Ausstattung und viel Erfahrung
 - ▼ Vermeidung von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Komplikationen, die auf eine schlechte Behandlungsqualität zurückzuführen sind
- Durch eine Konzentration der Krankenhausleistungen lässt sich eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte erreichen

Fazit

Leistungskonzentration und Strukturwandel sind wichtige Hebel zur Lösung des Personalproblems:

- ▼ Maßnahmen zur **Personalgewinnung** und Erhöhung der **Berufsattraktivität** sind wichtige Handlungsoptionen, um dem Personalmangel zu begegnen, greifen aber angesichts der demographischen Herausforderung und der Lage am Arbeitsmarkt zu kurz.
- ▼ Es braucht ergänzend eine dauerhafte **Leistungskonzentration** auf Fälle, die aus medizinischen Gründen zwingend einer stationären Behandlung im Krankenhaus bedürfen, um für eine Entlastung des Personals zu sorgen.
- ▼ Die aktuelle, historisch gewachsene **Krankenhauslandschaft** mit vielen kleinen, unspezialisierten Krankenhäusern bindet Ressourcen, die besser verteilt werden können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Kontakt:

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement

Universität Duisburg-Essen

juergen.wasem@uni-due.de

www.mm.wiwi.uni-due.de

Tel.: 0201 183 4072

Projekt: Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen)



Förderkennzeichen:
01VSF17020

Effekte der Konzentration der Versorgung von Krebspatient:innen in Kliniken mit DKG-Zertifizierung auf die Ergebnisqualität

Autoren: Jochen Schmitt¹, Veronika Bierbaum¹, Monika Klinkhammer-Schalke^{2,3}, Olaf Schoffer¹ für die WiZen-Studiengruppe*

1 Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

2 Tumorzentrum Regensburg (TZR), Zentrum für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Regensburg

3 Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT), Berlin

* Mitglieder der WiZen-Studiengruppe:

Prof. Dr. Jochen Schmitt, Dr. Olaf Schoffer, Dr. Veronika Bierbaum, Christoph Bobeth, Dr. Martin Rößler (ZEGV),

Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Kees Kleihues-van Tol, Bianca Franke (ADT),

Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Michael Gerken, Jan Kurz, Dr. Patricia Lindberg-Scharf, Dr. Brunhilde Steinger (TZR),

Christian Günster, Patrik Dröge, Thomas Ruhnke, Andreas Klöss (Wissenschaftliches Institut der AOK, WIdO)

Gemäß Nationalem Krebsplan sollen alle Krebspatient:innen eine qualitativ hochwertige Versorgung entsprechend evidenzbasierten Behandlungsleitlinien erhalten. Vor diesem Hintergrund wurden durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) Zertifizierungsprogramme eingerichtet, die eine Leitliniengerechte Versorgung von Krebs sicherstellen. Die durch den Innovationsfonds geförderte „WiZen-Studie“ zeigte anhand einer großen und umfassenden Analyse bundesweiter AOK-Daten und Daten mehrerer klinischer Krebsregister, dass – unabhängig von der Entität – eine Behandlung in einem zertifizierten Krankenhaus die Überlebenschancen von Patient:innen mit inzidenter Krebserkrankung steigert.(1) Die relativen Überlebensvorteile lagen bei den 11 untersuchten Entitäten und Kohorten zwischen 3 und 26 Prozent (Abb. 1).

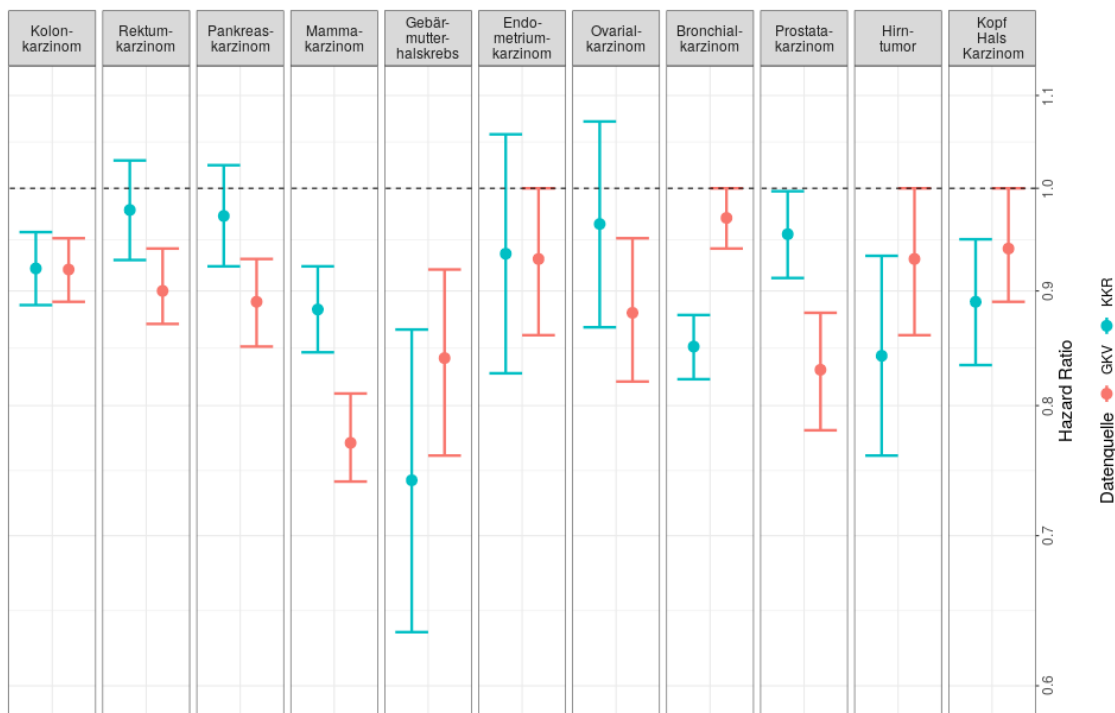


Abb. 1: Adjustierte Hazard Ratios (95% Konfidenz-Intervalle) des Gesamtüberlebens bei Behandlung in DKG-zertifizierten vs. nicht zertifizierten Kliniken

Im Untersuchungszeitraum (2009 – 2017) wurde entitätsübergreifend weniger als die Hälfte der Patienten mit inzidenter Krebserkrankung in zertifizierten Kliniken behandelt (Abb. 2). Über alle Entitäten hinweg betrug der Anteil von in zertifizierten Krankenhäusern behandelten Patient:innen während des Beobachtungszeitraums 31,3 Prozent.

Vor diesem Hintergrund wurde zusätzlich zu den laut Studienprotokoll definierten Outcomes (primäres Outcome: Gesamtüberleben, sekundäre Outcomes u.a. rezidivfreies Überleben) eine Potenzialanalyse vorgenommen, um abzuschätzen, welchen Effekt eine Versorgung aller Patient:innen in einem DKG-zertifizierten Krankenhaus bezogen auf den Untersuchungszeitraum der WiZen-Studie auf die Ergebnisqualität gehabt hätte. Grundlage bilden die der WiZen-Studie zugrundeliegenden GKV-Routinedaten der AOK mit einer Gesamtpopulation von rund 22 Mio. volljährigen AOK-Versicherten (im Jahr 2017) mit Kohorten von Patient:innen mit inzidenter Krebserkrankung für die untersuchten 11 Entitäten zwischen 10.596 (Zervixkarzinom) und 172.901 Patient:innen (Lungenkarzinom).

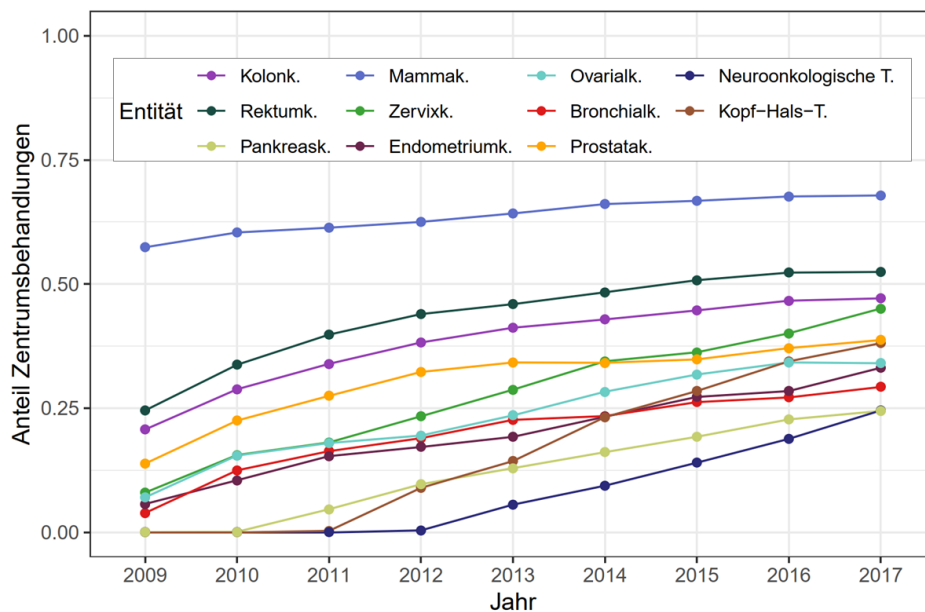


Abb. 2: Anteil Patient:innen am WiZen-Kollektiv, die in DKG-zertifizierten Kliniken behandelt wurden, nach Entität und Jahr

Ergebnisse

1. Life Years Lost (YLL)

Die Abschätzung des Potenzials einer Versorgungssteuerung von Patient:innen mit inzidentem Krebs in zertifizierte Krankenhäuser erfolgt aus der Differenz der Fläche unter der aus der Cox Regression simulierten, adjustierten Survivalfunktion der Behandlung in zertifizierten Häusern und der Behandlung in nicht zertifizierten Häusern (siehe Abb. 3). Diese Fläche wird auf die Anzahl der Patient:innen, die im nicht zertifizierten Zentrum behandelt worden sind, hochgerechnet und auf ein Jahr bezogen. Aufgrund des begrenzten Beobachtungszeitraums der WiZen-Studie von 9 Jahren wurde der Zeitraum bis 8 Jahre nach Diagnosestellung betrachtet; das letzte Jahr wurde nicht berücksichtigt, um eventuelle Fehler in den Survivalkurven zu vermeiden, welche sich durch eine zu geringe Zahl an Patient:innen mit entsprechend langem Nachbeobachtungszeitraum ergäben. Die Ergebnisse sind daher konservativ und enthalten die verlorenen Lebensjahre innerhalb dieses Zeitraums.

Bei Berücksichtigung des Versichertenanteils von AOK-Versicherten an der Bundesbevölkerung¹ ergibt sich die Berechnung für „Life Years Lost“ im WiZen-Projekt aus:

Flächendifferenz * Population nicht zertifiziert / Beobachtungszeitraum 9 Jr/ Bundesanteil AOK Versicherte 2017

Die folgende Tabelle 1 zeigt die Life Years Lost für die 11 untersuchten Entitäten. In Summe ergibt sich ein Potenzial von rund 33200 geretteten Lebensjahren pro Jahr.

¹ AOK-Versicherte Stand Juli 2017: 25.990.759, Bundesbevölkerung 2017: 82.522.000, Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>

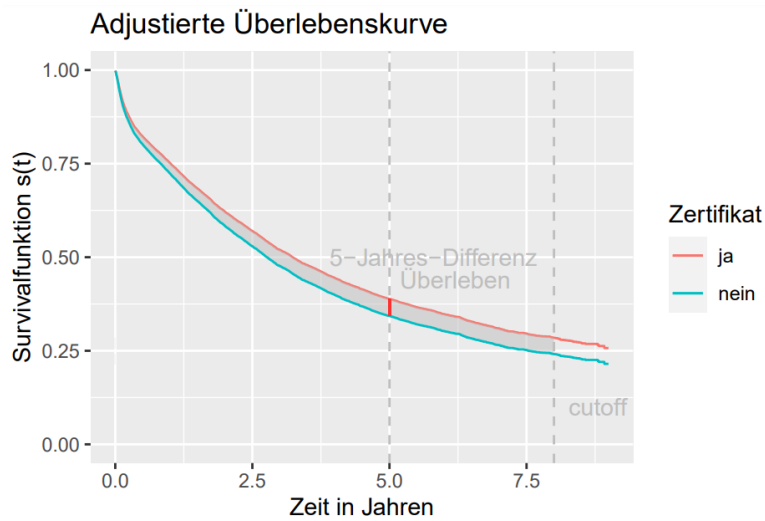


Abb. 3: Schematische Darstellung der Berechnung von Life Years Lost, entsprechend der Fläche zwischen zwei adjustierten Survivalkurven im Zeitraum bis 8 Jahre („cutoff“). Gezeigt ist auch die Differenz im Überleben nach 5 Jahren, wie zur Berechnung der vermeidbaren Sterbefälle verwendet.

Tab 1: Potenzialanalyse Life Years Lost pro Jahr für die untersuchten Tumorentitäten

Entität	n (nicht Zertifiziert)	Anteil (%) (nicht Zertifiziert)	Differenz Integralwerte (YLL)	Potenzial YLL / Jahr in Deutschland (Bezugsjahr 2017)
Kolonkarzinom	68.826	62,7	14495	5114
Rektumkarzinom	29.370	57,1	7042	2484
Pankreaskarzinom	39.892	88,0	6649	2346
Mammakarzinom	52.451	36,5	15465	5456
Ovarialkarzinom	16.031	77,1	5078	1791
Cervixkarzinom	7.769	73,3	2984	1053
Endometriumkarzinom	24.222	80,5	3116	1099
Bronchialkarzinom	139.115	80,0	7152	2523
Prostatakarzinom	57.112	70,0	14305	5047
Neuro-onkologische Malignome	58.032	92,5	11304	3988
Maligne Kopf-Hals-Tumore	44.576	84,5	6642	2343
GESAMT	537.396	-	-	33243

2. Vermeidbare Sterbefälle innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung

Das 5-Jahres-Überleben ist ein wichtiges Outcome und eine wichtige epidemiologische Maßzahl für die Erkrankungslast onkologischer Erkrankungen. Für Patient:innen ist dieser Zeitraum relevant, weil danach das Auftreten von Rezidiven in den meisten Fällen deutlich gesunken ist und i.d.R. auch die Nachsorge beendet wird.

Aufbauend auf den WiZen-Ergebnissen, sowie des Anteils im Beobachtungszeitraum in zertifizierten und nicht zertifizierten Zentren behandelter Patient:innen und unter Berücksichtigung des Anteils AOK-Versicherter in der Gesamtbevölkerung ergibt sich für den Untersuchungszeitraum durch eine Steuerung von allen Patient:innen mit inzidentem Krebs in den untersuchten Entitäten pro Jahr das in Tabelle 2 dargestellte Potenzial an vermeidbaren Sterbefällen innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung:

Tab 2: Potenzialanalyse Vermeidbare Sterbefälle innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung pro Jahr für die untersuchten Tumorentitäten

Entität	n (nicht Zertifiziert)	Anteil (%) (nicht Zertifiziert)	Nicht-adjustierte 5-Jahres Überlebensrate nicht zertifiziert	absolute Differenz zertifiziert/nicht zertifiziert auf adjustierte 5-Jahres-Überlebensrate*	Number needed to Treat (NNT)*	Potenzial vermeidbare Sterbefälle / Jahr (Bundesbevölkerung)*
Kolonkarzinom	68.826	62,7	0,467	0,031	32	754
Rektumkarzinom	29.370	57,1	0,433	0,036	28	372
Pankreaskarzinom	39.892	88,0	0,065	0,014	70	202
Mammakarzinom	52.451	36,5	0,719	0,046	22	859
Ovarialkarzinom	16.031	77,1	0,357	0,046	22	258
Cervixkarzinom	7.769	73,3	0,533	0,057	18	156
Endometriumkarzinom	24.222	80,5	0,650	0,020	51	168
Bronchialkarzinom	139.115	80,0	0,169	0,006	179	274
Prostatakarzinom	57.112	70,0	0,712	0,039	26	789
Neuro-onkologische Malignome	58.032	92,5	0,480	0,027	37	555
Maligne Kopf-Hals-Tumore	44.576	84,5	0,453	0,022	46	341
GESAMT	537.396	-	-	-	-	4729

* aus adjustierter Überlebenskurve

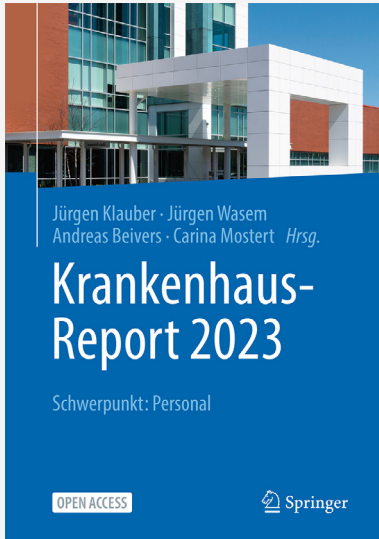
Die Berechnung der vermeidbaren Sterbefälle ergibt sich aus der Differenz der Überlebenskurven nach 5 Jahren (Abb. 3), analog zum Vorgehen für Life Years Lost bezogen auf die Bundesbevölkerung 2017 als:

Differenz 5-Jahres-Überlebensrate * Population nicht zertifiziert / Beobachtungszeitraum 9Jr / Bundesanteil AOK Versicherte 2017

Für jede einzelne Entität hätte die Steuerung in zertifizierte Zentren einen relevanten Effekt bezogen auf die vermeidbaren Sterbefälle innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung. Die Number Needed To Treat, also die Zahl an zusätzlich in einem zertifizierten Zentrum zu behandelnden Patient:innen für die Vermeidung eines Sterbefalls, hängt auch von der generellen Prognose der Entitäten ab. So ist bei Krebserkrankungen mit generell schlechter Prognose wie dem Bronchialkarzinom oder dem Pankreaskarzinom die Number Needed To Treat höher. Das Potenzial vermeidbarer Sterbefälle durch die Steuerung von Patient:innen in zertifizierte Zentren hängt zudem von der Inzidenzrate und dem Anteil der Patient:innen ab, die bisher in nicht zertifizierten Zentren behandelt werden.

Literatur:

1) Schoffer O, Rößler M, Bierbaum V, (...), Schmitt J: Ergebnisbericht zum Projekt Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen). Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss - Innovationsausschuss 2022.



J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2023

Schwerpunkt: Personal

- Open Access-Buch mit freiem und uneingeschränktem Zugang zu den Inhalten
- Aktuelle Daten und Analysen zur Krankenhausversorgung in Deutschland
- Schwerpunkt 2023: Personal im Krankenhaus

Der Krankenhaus-Report, der jährlich als Buch und als Open-Access-Publikation erscheint, greift 2023 das Schwerpunktthema „Personal“ auf. Nicht erst seit der Covid-19-Pandemie sind die Probleme der personellen Ausstattung und Personalverfügbarkeit im Krankenhaus, insbesondere in der Pflege, im Fokus der Diskussion. Der aktuelle Report analysiert die Ausgangslage und erörtert diverse Handlungsansätze mit Blick auf die Verbesserung der Personalsituation. Weiter diskutiert werden aber auch Fragen eines grundlegenden Reformbedarfs des Systems und der Finanzierung der stationären Versorgung, die auf der Agenda der aktuellen Gesundheitspolitik stehen. Zusätzlich werden folgende Themen zur Diskussion gestellt: Reformkonzept der Regierungskommission zur Krankenhausvergütung; Optionen zur Ausgestaltung einer Vorhaltefinanzierung; Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen. Daneben stellt das Statistische Bundesamt Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser bereit und die „Krankenhauspolitische Chronik“ bietet wie in den Vorjahren eine differenzierte Sicht auf die Ereignisse.

Der Krankenhaus-Report wird von Jürgen Klauber und Carina Mostert vom Wissenschaftlichen Institut der AOK, Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen und Prof. Dr. Andreas Beivers von der Hochschule Fresenius herausgegeben.

Verpassen Sie mit **SpringerAlerts** keine aktuellen Informationen aus Ihrem Fachbereich!

2023.

XXI, 453 S. 100 Abb. in Farbe. Mit Online-Extras.

Druckausgabe

Brosch.

€ (D) 42,79 | € (A) 43,99 |

CHF 47.14

ISBN 978-3-662-66880-1



Twitter Springer Shop



Facebook Springer Shop DE



Online auf [springer.com](https://www.springer.com) bestellen / E-Mail: customerservice@springernature.com / Tel.: +49 (0) 6221-345-0
€ (D): gebundener Ladenpreis in Deutschland, € (A): Preis in Österreich. CHF: unverbindliche Preisempfehlung.
Alle Preise inkl. gesetzl. MwSt. zzgl. evtl. anfallender Versandkosten.

Jetzt bestellen auf link.springer.com oder in Ihrer Buchhandlung

Part of **SPRINGER NATURE**