



## Seit Jahren schwelende Struktur- und Qualitätskrise deutscher Krankenhäuser Indirekte Lösung durch Strukturvorgaben?

Th. Mansky, ehem. TU Berlin // Plattform Qualitätsmedizin, Bern 16.11.23

---

## Bitte beachten

---

- Diese Präsentation beruht auf dem Kenntnisstand vom 10.11.23
- Mittlerweile wurden der deutsche DRG-Katalog und die Definitionshandbücher (letztere mit Hybrid-DRGs) veröffentlicht:
- <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024>
- Die hier genannten Gesetze dürften zeitnah verabschiedet werden, z.B.:
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/hybrid-drg-v.html>
- Die Gutachten der Regierungskommission finden sich unter:
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>



# Zahl der Krankenhaus-Behandlungen 2022 um 13,4 % unter Vor-Corona-Niveau

Pressemitteilung Nr. 386 vom 28. September 2023

- Weiterhin deutlich weniger stationäre Behandlungsfälle als im Jahr 2019
- Bettenauslastung mit 69,0 % nahezu unverändert gegenüber 2020 und 2021
- Insgesamt rund 480 000 Betten, darunter 26 300 Intensivbetten

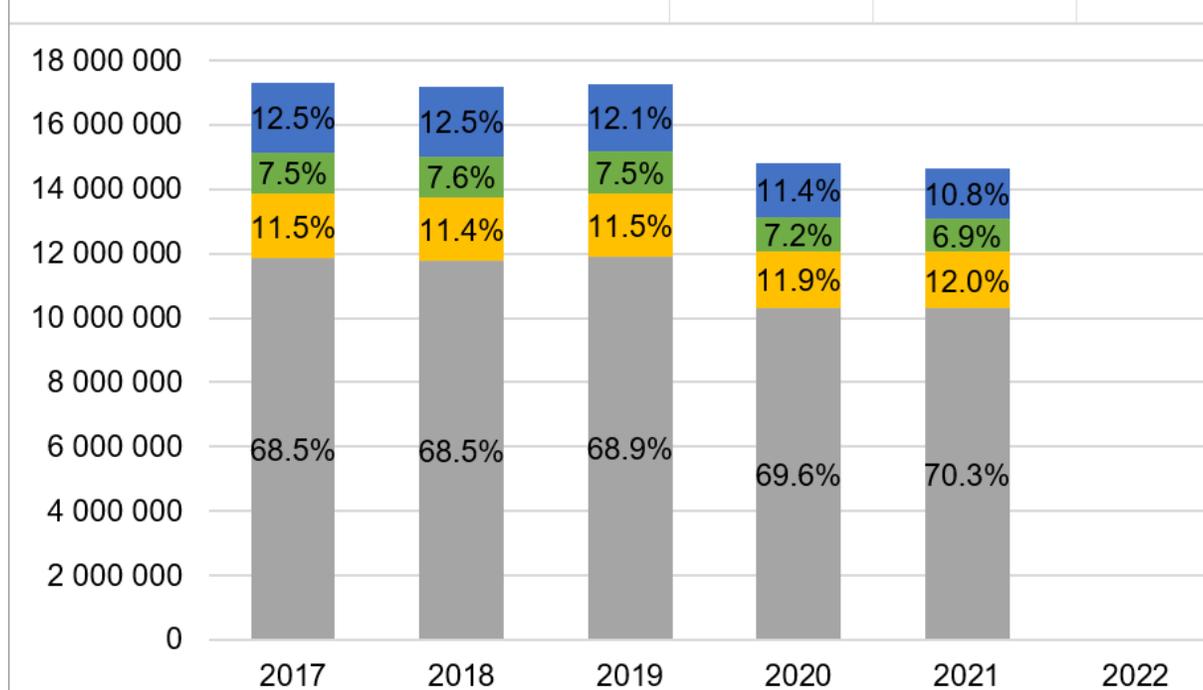
## Überkapazitäten

---

- 480.000 Betten mit 69% Belegung = 331.000 belegte Betten
- Laut Krankenhausplanung wird eine mittlere Auslastung von 85% angestrebt
- Bedeutet: Es reichen 390.000 Betten
- Überschuss **im derzeitigen IST** 90.000 Betten (ohne weitere Faktoren)
  
- Überversorgung mit zu vielen kleinen, nicht spezialisierten Grundversorgern
- Größe < 300 Betten: rund 1.000 Krankenhäuser in D in dieser Gruppe
- davon rund die Hälfte in städtischen Gebieten
  
- $90.000 / 200 = 450$  Häuser in dieser Gruppe schon jetzt nicht mehr benötigt

## Ambulantes Potential lt. IGES bzw. lt. Gesetz (§115b SGB V)

Abb. 2 Schnittmenge potenziell ambulantisierbarer Behandlungsfälle\* nach dem IGES-Modell und dem AOP-Katalog 2023, 2017 bis 2022



\* Vollstationäre Behandlungsfälle ohne Neugeborene und Entbindungen

Angesichts der Fallzahleinbrüche ist es verständlich, dass viele Kliniken jegliche Art von fallbezogener Vergütung abschaffen wollen – das hat nichts mit der Qualität des DRG-Systems zu tun!

Der Traum geht in Richtung „Vorhaltefinanzierung“

**zuzüglich Hybrid-DRG – Auswertung in Vorbereitung**

**Pioch, Nimptsch et al., Veröffentlichung in Vorbereitung**

# Vergleich IGES vs. gesetzlicher AOP-Katalog (2017 bis 2021)

## (Pioch, Nimptsch et al.: Publikation in Vorbereitung)

### IGES-Gutachten

Einschluss (IGES + AOP!)	72,1% aller Fälle
5.355 OPS	
<b>davon</b> Ausschluss (IGES)	73,3%
Es verbleiben	19,3% aller Fälle

Viel Einschluss

davon viel Ausschluss wg. umfangreicher  
Kontextprüfung

d.h. klinisch überwiegend realisierbar, wenig  
Prüfaufwand durch Med. Dienst  
(=Gutachtenauftrag), effektiv mehr ambulant

### AOP 2023 lt. Gesetz (§115b SGB V)

Einschluss (AOP)	27,3% aller Fälle
3.087 OPS	
<b>davon</b> Ausschluss (AOP)	30,4%
Es verbleiben	19,0% aller Fälle

Weniger Einschluss

davon weniger Ausschluss wg. schwacher  
Kontextprüfung

d.h. viele Fälle klinisch nicht realisierbar, hoher  
Prüfaufwand durch Medizinischen Dienst,  
effektiv weniger ambulant

## Probleme der kleinen Grundversorger

---

- Zunehmende Spezialisierung und hoher technischer Aufwand in der Medizin
- Bei kleinen Fallzahl fehlender Skaleneffekt bei teuren Geräten (Auslastung!)
- Fehlender „Skaleneffekt“ auch bezüglich Facharzt-Vorhaltung und Notdienst
- Daraus ergeben sich zu hohe Kosten hinsichtlich der materiellen und personellen Ausstattung
- Auch die Attraktivität für junge Ärzte ist niedrig (bei erheblicher Personalknappheit)
- Diese Probleme werden offenkundig bei Einführung der Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben (folgt!)
- Darüber hinaus gibt es für viele Behandlungen Volume/Outcome-Probleme (Erfahrung, vor allem des gesamten Teams!)
- Auch können personelle und materielle Strukturen für eine leitliniengerechte Behandlung nicht vorgehalten werden (z.B. Onkologie, Herzinfarkt)

# Medial geförderter Realitätsverlust (ZDF): Arztroman-Romantik verdrängt den Realitätssinn



Quelle: <https://www.zdf.de/serien/die-schwarzwaldklinik/die-heimkehr-1-100.html>

## Grundlagen

- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (bisher 8 Stellungnahmen, 210 Seiten)
- Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG (z.Zt. Entwurf)
- Hybrid-DRG-Verordnung (z.Zt. Entwurf)
  
- Ergebnisse müssen eingearbeitet werden in den neuen DRG-Katalog und in den AOP-Katalog
- Beide sind noch nicht fertig, werden aber zum 1.1.24 benötigt!
- DRG-Katalog erscheint sonst Ende September, jetzt vermutlich erst Ende November

## Was ändert sich? (unvollständig)

---

- Neupositionierung bestimmter kleiner Krankenhäuser
- Leistungsgruppen mit vielen neuen Qualitätskriterien (vor allem Strukturqualität), Umsetzung standortbezogen !
- AOP Katalog
- Hybrid-DRGs
- Ermittlung und Berechnung der Vorhaltepauschale
- Diverse Änderungen der Vergütungssystematik (hier nicht Thema)
- .....
  
- Alle nachfolgend genannten Änderungen sind vorläufig und Kommentare beruhen auf der derzeitigen Einschätzung der sich ändernden Regelungen.

# Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung (§115g SGB V, §6b KHG u.a.) ENTWURF !

(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c,
7. *Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,*
8. *Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.*

Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Plankrankenhäuser (§ 6 b KHG) !

Vergütung noch nicht abschließend (degressive Tagessätze??)

# Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung (§115g SGB V, §6b KHG u.a.) ENTWURF !

(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

1. am Tragsä... Leistungen nach Satz 1 Nummer 7 und 8 können in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, sofern dies **in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind.** Die Leistungen nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 können erbracht werden, sobald die Genehmigung der Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes wirksam geworden ist.
2. am
3. me
4. bel
5. Übe
6. Kur (Vertragsärzte in Kooperation)
7. *Kur*
8. *Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.*

Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Plankrankenhäuser (§ 6 b KHG) !

Vergütung noch nicht abschließend (degressive Tagessätze??)

# Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung (§115g SGB V, §6b KHG u.a.) ENTWURF !

---

- Die genannten Leistungen können auch nach der bisherigen Rechtslage schon von den Krankenhäusern erbracht werden
- Für die Pflegeleistungen war auch bisher schon eine Kooperation bzw. Betrieb einer Pflegeeinrichtung möglich
- Es handelt sich eher um eine Aufzählung bestehender Möglichkeiten als um eine grundlegende Neuerung

# Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung (§ 135e SGB V) ENTWURF !

1) Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen. **Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:**

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen, jeweils mit der Angabe, ob die Leistungsgruppe am Standort oder auch in Kooperation erbracht werden kann,
2. sachliche Ausstattung,
3. personelle Ausstattung sowie
4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.

# Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung (§ 135e SGB V) ENTWURF !

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 gelten

1. die Leistungsgruppen nach Anlage 1 und
2. die Qualitätskriterien, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 (veröffentlicht am 27. April 2022 durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf dessen Internetseite) festgelegt sind; dabei finden die auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen geltenden sonstigen Struktur- und Prozesskriterien keine Anwendung.
3. die Qualitätskriterien nach Anlage 2 für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin).“

- Derzeit empfehlenswert: Simulation der LG und Aufstellung einer **Checkliste** betreffend die Erfüllung der Qualitätskriterien für die im Hause in Frage kommenden Leistungsbereiche

# Beispiel Leistungsgruppen NRW: **Allgemeine Innere Medizin**

## Qualitätskriterien (Prüfung durch MD !)

LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene	Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	
					Standort	Kooperation		
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin	Kreis	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst)
					Auswahlkriterium	LB Frauenheilkunde und Geburtshilfe LG Geriatrie		MRT

Fachärztliche Vorgaben <sup>6</sup>		Sonstige Struktur- und Prozesskrit	
Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Lar
FA aus dem Gebiet für Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	

# Beispiel NRW: Leistungsgruppe Komplexe Rheumatologie

## Qualitätskriterien (Prüfung durch MD !)

LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte
						Standort	Kooperation	
6	Rheumatologie	6.1	Komplexe Rheumatologie	RB	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin ODER LB Orthopädie und Unfallchirurgie		Sonographiegerät, Osteodensitometrie

he und Leistungsgruppen			
Fachärztliche Vorgaben <sup>6</sup>		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	Interdisziplinäre Fallkonferenzen  Physiotherapeutische, ergotherapeutische, schmerztherapeutische Kompetenz am Standort

# Beispiel Leistungsgruppen NRW: **Senologie 1**

## Qualitätskriterien (Prüfung durch MD !)

LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene	Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte
					Standort	Kooperation	
21	Frauenheilkunde und	21.3	Senologie	VG	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	
					Auswahlkriterium	LB Hämatologie und Onkologie LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Angebot Strahlentherapie	Angebot Nuklearmedizin

# Beispiel Leistungsgruppen NRW: Senologie 2

## Qualitätskriterien (Prüfung durch MD !)

	Fachärztliche Vorgaben <sup>6</sup>		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
	Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
Kriterium	Endokrinologie und Reproduktionsmedizin			Pathologie in Kooperation (ambulant und/oder
Mindestvoraussetzung	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	Regelmäßige erfolgreiche (Re-) Zertifizierung als Brustzentrum durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe  Strahlentherapie in Kooperation (ambulant und/oder stationär)
Auswahlkriterium	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie			

# Beispiel Leistungsgruppen NRW: **Periphere arterielle Gefäße 1**

## Qualitätskriterien (Prüfung durch MD !)

				Qualitätskriterien der Leistungsbereiche		
LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte
				Standort	Kooperation	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	VG	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LB Kardiologie <sup>1</sup> LG Komplexe Nephrologie <sup>1</sup>	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, CT 24/7, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik
			Auswahlkriterium	LB Kardiologie <sup>1</sup> LB Neurologie LG Komplexe Nephrologie <sup>1</sup>		

# Beispiel Leistungsgruppen NRW: Periphere arterielle Gefäße 2

## Qualitätskriterien (Prüfung durch MD !)

und Leistungsgruppen							
LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Fachärztliche Vorgaben <sup>6</sup>		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	VG	Mindestvoraussetzung	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7  Davon mind. 2 FA Gefäßchirurgie		Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ, interventionell und/oder konservativ)  Physiotherapie (mind. in Kooperation)
			Auswahlkriterium	FA Innere Medizin und Angiologie			Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie

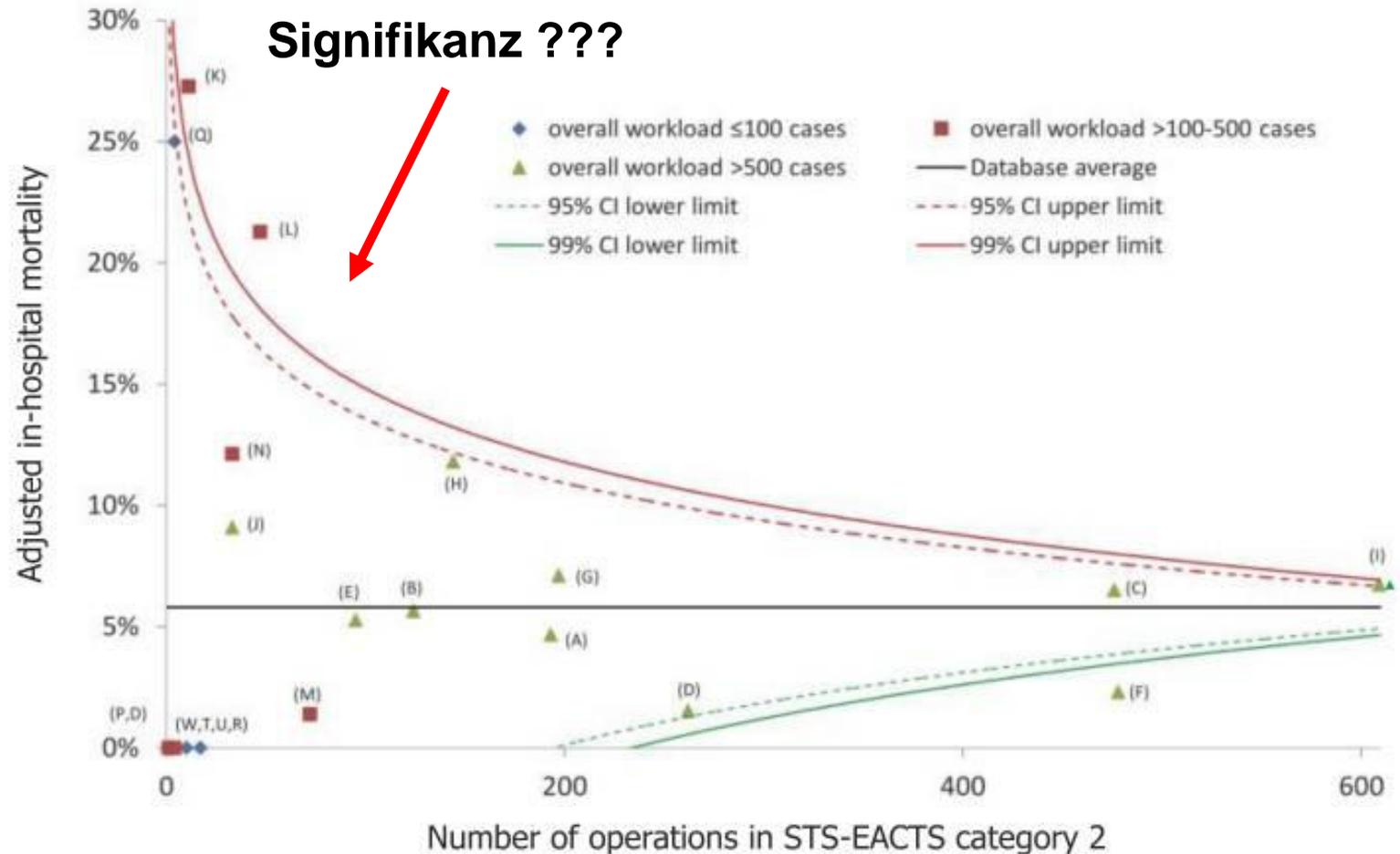
# Warum Strukturqualität?

## Funnel Plot Qualitätskennzahl (Y) vs. Fallzahl (X) mit Konfidenzintervall

### Beispiel Thoraxchirurgie (hier Thailand)

Bei niedrigen Fallzahlen ist  
eine Qualitätsmessung  
nicht möglich

(selbst 3-4fach erhöhte Raten  
sind statistisch nicht auffällig)



## AOP Katalog

---

- IGES Gutachten: **2.476** neue Leistungen
- zum 1.1.23 wurden **208** neue OPS-Codes eingeführt
- GKV Spitzenverband:
  - „Die Vertragsparteien werden in einem **zweiten Umsetzungsschritt zum 01.01.2024** den gesetzlichen Auftrag gemäß § 115b SGB V **vollständig umsetzen**, insbesondere hinsichtlich einer vollständigen Überarbeitung des AOP-Vertrags und einer Erweiterung des AOP-Katalogs um Leistungen mit komplexerem Regelungserfordernis.“ (Web-Seite 2.10.23)
  - Die derzeitigen Gerüchte sprechen vermutlich für eine eher „kleine Lösung“ + Hybrid-DRGs (evtl. **240** neue OPS Codes im AOP?? Es verbleiben 2.000 von IGES)
  - Dennoch erlaubt der IGES-Katalog eine Einschätzung des künftigen Potenzials!
- [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante\\_stationaere\\_ambulantes\\_operieren\\_115\\_b/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_stationaere_ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp)

## Hybrid-DRGs ENTWURF !

---

- Aktuell sind 12 Hybrid-DRGs in der Diskussion zu folgenden Bereichen:
  - Entfernung von Harnleitersteinen
  - Hernienoperationen
  - Exzision eines Sinus pilonidalis
  - Ovariectomien
  - Arthrodesen der Zehengelenke
- Hier ist insbesondere der Kontext zu beachten. Viele dieser Leistungen werden z.B. im Zusammenhang mit größeren Eingriffen erbracht und kommen daher nicht für die Hybrid-DRGs in Frage (Kontextfaktor im IGES-Gutachten!). Zum Teil greift hier die DRG-Logik. Genaue Ein- und insbesondere Ausschlusskriterien des InEK bleiben aber abzuwarten („bewegliches Ziel“).
- Neuer DRG-Katalog 2 Monate im Verzug! Erscheinen Ende November??

## Hybrid-DRGs Vergütung

---

- Hybrid-DRGs sollen ambulant und stationär gleich vergütet werden
- Stationär soll allerdings die Pflege bei Übernachtung berücksichtigt werden
- Derzeit noch erhebliche Unklarheiten bezüglich:
  - Priorisierung der Vergütungsform (geht alternativ auch EBM ?)
  - Berücksichtigung in den jeweiligen Budgets
  - Bei Unklarheiten erhebliches Gaming möglich

## Vorhaltepauschalen (kurz!) (§ 37 KHG) ENTWURF !

---

- Im Anschluss an die Übermittlung ... <Leistungsgruppen nach KH-Plan > .... **ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jeden Krankenhausstandort** in diesem Land, dessen voll- und teilstationäre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, seinen **Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe. ....**
- ... Die Ermittlung nach Satz 1 oder Satz 3 erfolgt bis zum 30. November des Jahres, in dem die Übermittlung nach Satz 1 vorliegt, **auf der Grundlage der** nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes **für das Vorjahr übermittelten Leistungsdaten**; eine neue Ermittlung ist nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November eines Jahres auf Basis der jeweils zuletzt verfügbaren Leistungsdaten durchzuführen. ....
- InEK soll zum 30.9.2024 genaues Konzept vorlegen; Information der Krankenhäuser für 2025 und 2026, Bescheid für 2027 zum 10.12.26

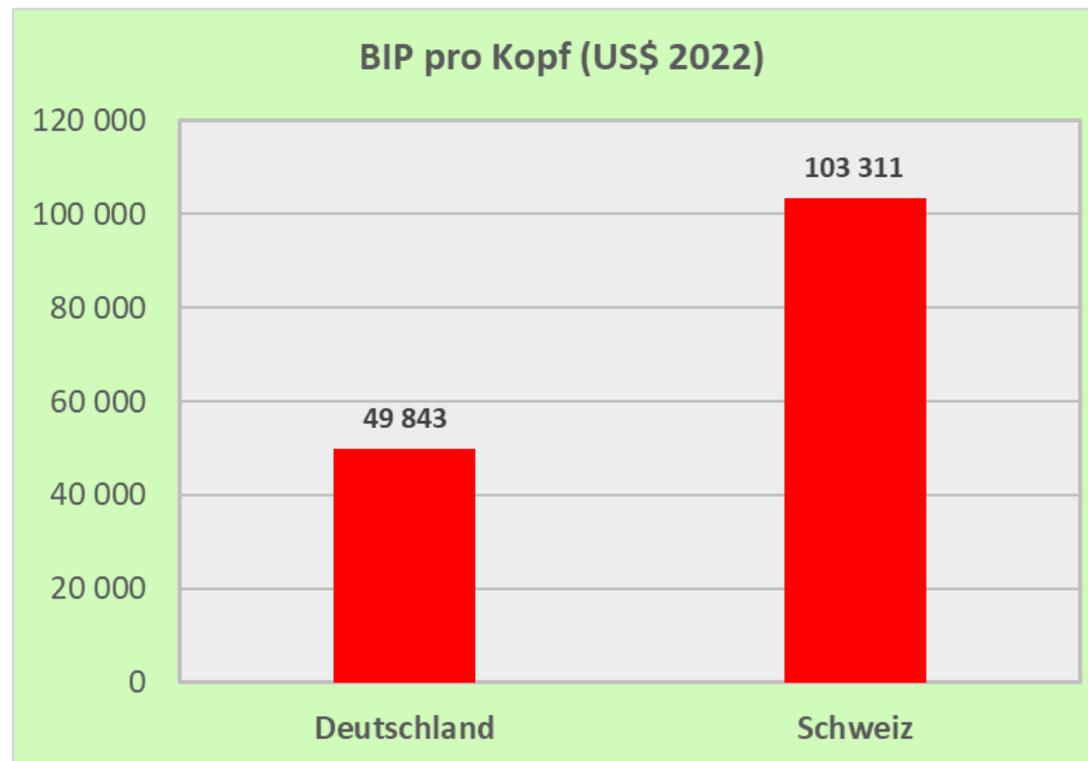
# Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) (2022)

Deutschland

Schweiz

Ausgaben: 12,8 % vom BIP

Ausgaben: 11,8 % vom BIP



Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/166224/umfrage/ranking-der-20-laender-mit-dem-groessten-bruttoinlandsprodukt-pro-kopf/>

## FAZIT 1 – betriebswirtschaftliche Sicht

---

- Auf die deutschen Krankenhäuser kommen umfangreiche Änderungen in folgenden Bereichen zu: Krankenhausplanung, Leistungsdefinitionen, Qualitäts-/Struktur-Anforderungen und Vergütung
- Simulationen sind dringend anzuraten bezüglich:
  - Leistungen im Sinne der Leistungsgruppensystematik
  - Ambulantes Potenzial nach IGES sowie nach dem (neuen) AOP-Katalog
  - Hybrid-DRGs
  - Anteil der Vorhalteleistungen bzw. Vorhalte-BWR
- Vielfach sind dies derzeit noch „bewegliche Ziele“!
- Zusätzlich sollten die KH Checklisten hinsichtlich der Erfüllung der Qualitätskriterien in den für sie in Frage kommenden Leistungsgruppen erstellen

## FAZIT 2 - Systemsicht

---

- Insbesondere die Strukturanforderungen für die Leistungsgruppen können vermutlich von vielen kleinen Grundversorgern nicht in allen von ihnen derzeit angebotenen Leistungsbereichen erfüllt werden
- Daraus können sich Dominoeffekte ergeben, die das ganze Haus gefährden
- Es fragt sich, welche Ausnahmeregelungen es geben wird und in welchem Maße die Planungsbehörden der Länder die Strukturvorgaben scharf schalten
- Nach derzeitigem Stand eröffnet das Gesetz zwar wenig Spielraum, aber vermutlich dürfte es eine Zustimmungspflicht des Bundesrates geben !?
  
- Es ist zu vermuten, dass die Länder ihre Kleinkliniken schützen werden
- In diesem Fall wird Deutschland weiter zurückfallen (vgl. Dänemark!)
- Eine Bewertung wird aber erst nach Verabschiedung der Gesetze möglich sein