



Krankenhausreform in Deutschland: Was entsteht aus dem Vergütungs- und Qualitäts-Ratatouille??

Th. Mansky, ehem. TU Berlin // Plattform Qualitätsmedizin, Bern 14.11.24

Zur Erinnerung:

Was sind die Probleme der Krankenhausstruktur in Deutschland?

- Strukturen zum Teil aus dem 19. Jahrhundert
- Zu viele kleine, nicht spezialisierte Krankenhäuser
- 1.808 Krankenhäuser, 1.236 mit <300 Betten (68% der KH), meist nicht spezialisiert
- 477.000 Betten, **142.000** in KH mit <300 Betten (30% der Betten)
- Durchschnittliche Belegung rund 70% (Soll 85%)
- d.h. Leerstand + zusätzlich Ambulantisierungspotenzial (ca. 15%)

- mindestens **90.000** Betten zu viel
- Extrem strukturkonservativer Wirtschaftsbereich!

Warum brauchen wir den Strukturwandel ?

- Zunehmende **Spezialisierung** in der Medizin
- 1979 Fachärzte / Teilgebiete: 27 + 35 → 62 Spezialitäten
- 2018 Fachärzte / Teilgebiete: 52 + 66 → 118 Spezialitäten
- Kleine Grundversorger können das benötigte Fachpersonal nicht mehr vorhalten
 - Wirtschaftlich: bei kleinen Fallzahlen nicht finanzierbar (Skaleneffekt)
 - Fachärzte in der benötigten Zahl nicht verfügbar
- Zunehmend teure und **aufwändige Diagnostik / Therapie** (MRT, Isotopentherapien)
 - Wirtschaftlich: bei kleinen Fallzahlen nicht finanzierbar (Skaleneffekt)
- **Qualität:** In vielen Bereichen erhebliche Volume / Outcome Effekte
- **Finanzierung:** Länder haben kein Geld für Investitionskosten (3,5% statt ca. 10%)

Das heißt:

- Wir leisten uns Krankenhäuser
 - die wir nicht benötigen
 - die wir personell und apparativ nicht adäquat ausstatten können
 - und die wir nicht erhalten können bezüglich notwendiger Investitionen

Pflegepersonal

- 30% der Beschäftigten im Gesundheitssystem arbeiten in der Pflege
- Rund **1,76 Millionen Menschen** sind in Deutschland in der Pflege tätig (Jahr 2022)
- Die Anzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen ist in den vergangenen Jahren **angestiegen**

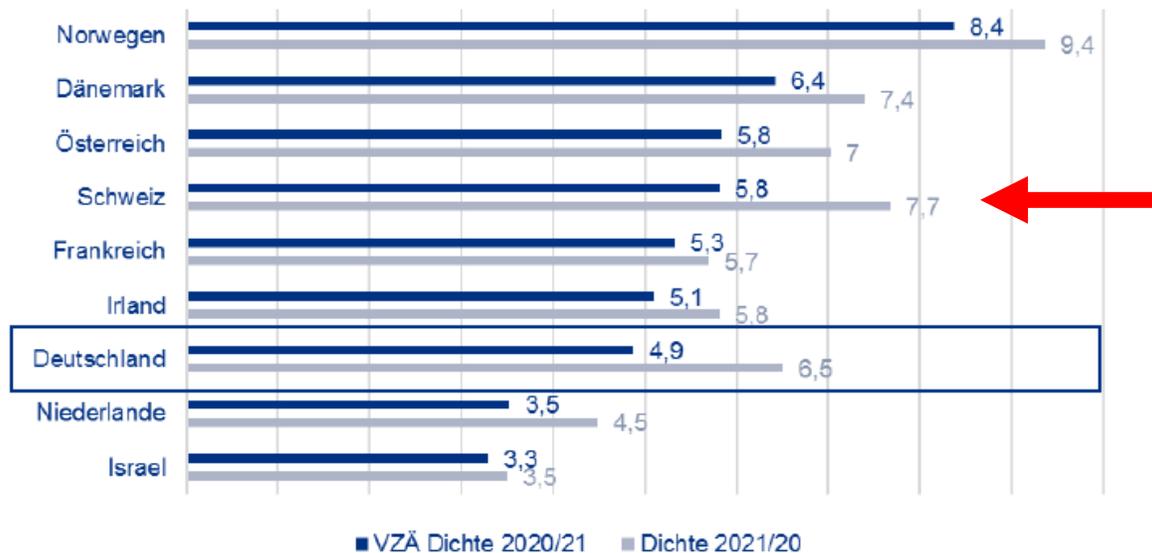


Folie: SVR / L. Sundmacher

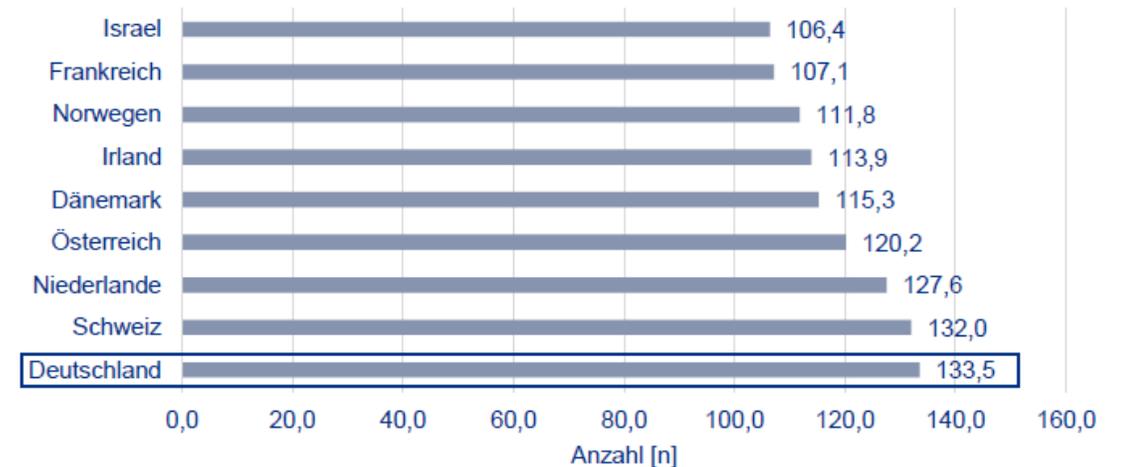
Quelle: Darstellung auf Basis der Datenbereitstellung von BA für SVR (2023)

Pflegedichte – Vollzeitäquivalente im internationalen Vergleich

Internationaler Vergleich der Dichte von Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus pro 1 000 Einwohner*innen



Anzahl von Pflegefachpersonen, um 100 Vollzeitstellen auszufüllen (Stand 2021)

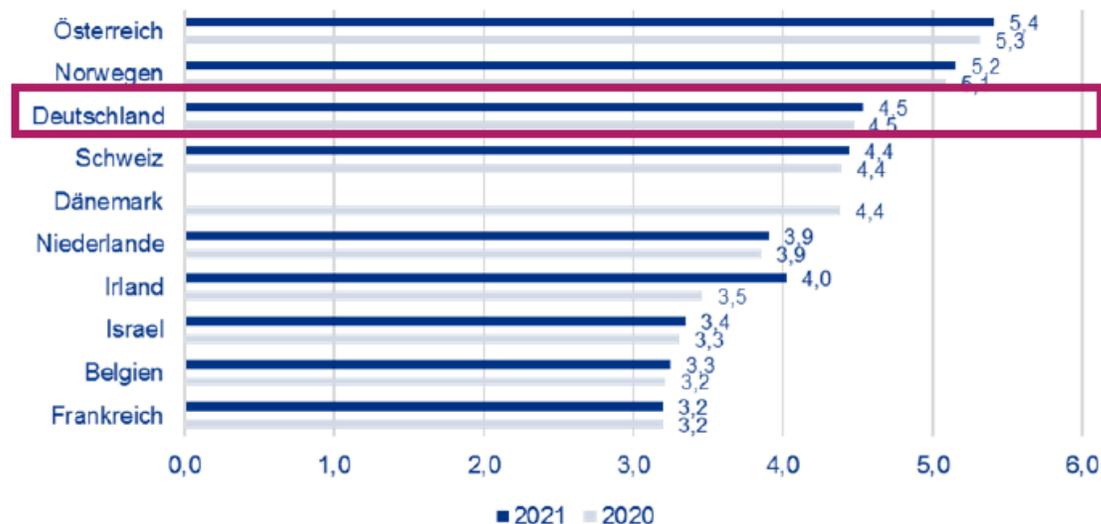


Folie: SVR / L. Sundmacher

Quelle: Grafische Darstellungen auf Basis von OECD (2024)

Dichte

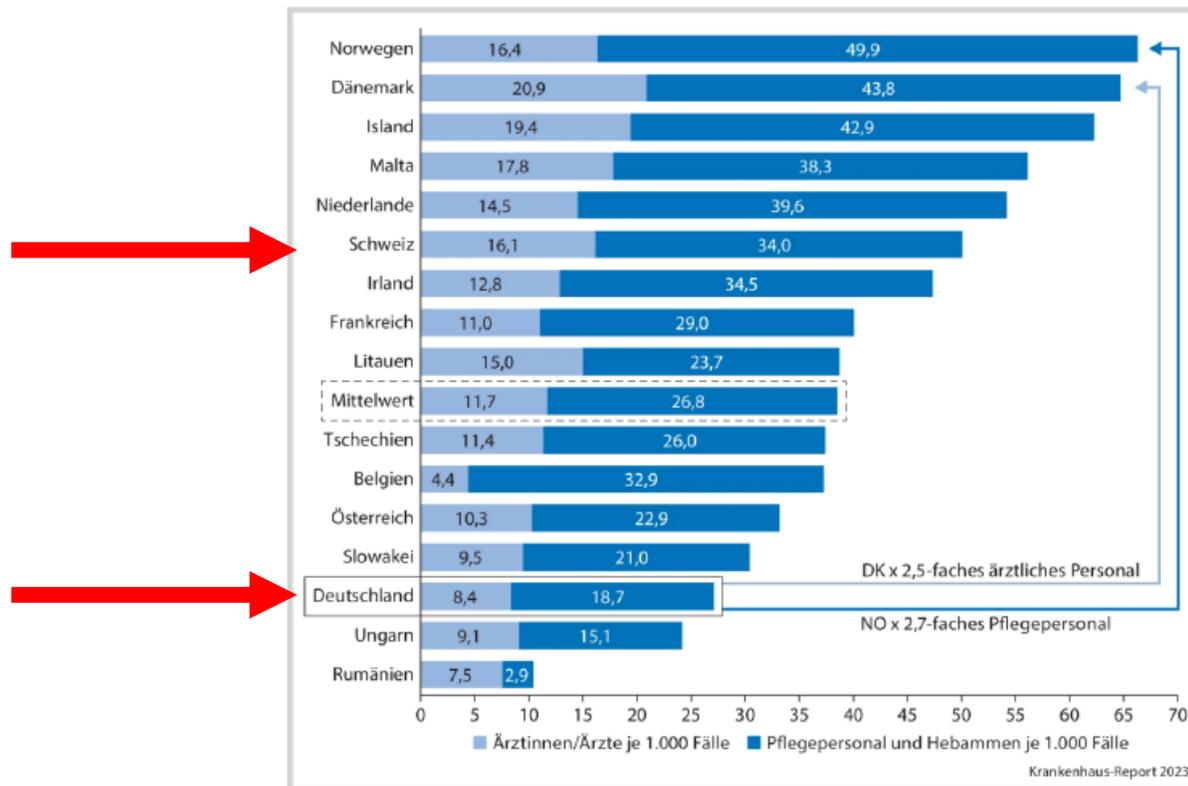
- Berufstätige Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner: 3,6 (Jahr 2000), 5,1 (Jahr 2022)
- Hohe Dichte im internationalen Vergleich ausgewählter OECD-Staaten:



Folie: SVR / L. Sundmacher

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten OECD

Hohe Fallzahl führt zu niedrigem Quotient Arzt/ Pflegekraft je 1000 Fälle



Folie: SVR / L. Sundmacher

Quelle: Köppen & Busse. Krankenhausreport (2023)

Reformversuche

- Strukturen werden nicht offen und systematisch angegangen wie z.B. in Dänemark
- Es passiert zu wenig und zu langsam
- Insbesondere strukturschwache Kommunen „hängen“ an ihren Krankenhäusern (extern finanzierter Wirtschafts-/Standortfaktor!)
- Reformversuche:
 - 2003 DRG-Einführung
 - 2017 planungsrelevante Qualitätsindikatoren (11 Indikatoren!, Geburtshilfe, Gynäkologische Operationen und Mammachirurgie)
- Jetzt: **KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz**
- **Wesentliche Eckpunkte: Leistungsgruppen + zugehörige Qualitätskriterien**

Zwischen Ratatouille und Chaos

- 17.10.24: Verabschiedung des KHVVG im Bundestag
 - BMG hält das Gesetz nicht für zustimmungspflichtig
 - 22.11.24: Bundesrat könnte den Vermittlungsausschuss anrufen
 - nächste Sitzungen BR: 20.12.24, 14.02.25, ...
- 16.12.24: Vertrauensfrage, Ende Ampel-Koalition
23.02.25: Neuwahlen
- 14.03.25: BMG will (zustimmungspflichtige) Rechtsverordnung mit den bundesweiten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien vorlegen (bis zu deren Verabschiedung gelten die LG+QK aus Nordrhein-Westfalen)

Weiteres Umfeld

- Erhebliche Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenkassen und der Pflegeversicherung, stark steigender Zusatzbeitrag
- Haupttreiber: Krankenhäuser, Arzneimittel (insbes. neue Biologika)
- BMG hat kein schlüssiges Konzept zur Eindämmung vorgelegt, KHVVG wirkt – wenn überhaupt! – viel zu spät
- Von der Einnahmeseite sind eher keine Entlastungen zu erwarten
- It's the economy, stupid! (B. Clinton)

10.11.24

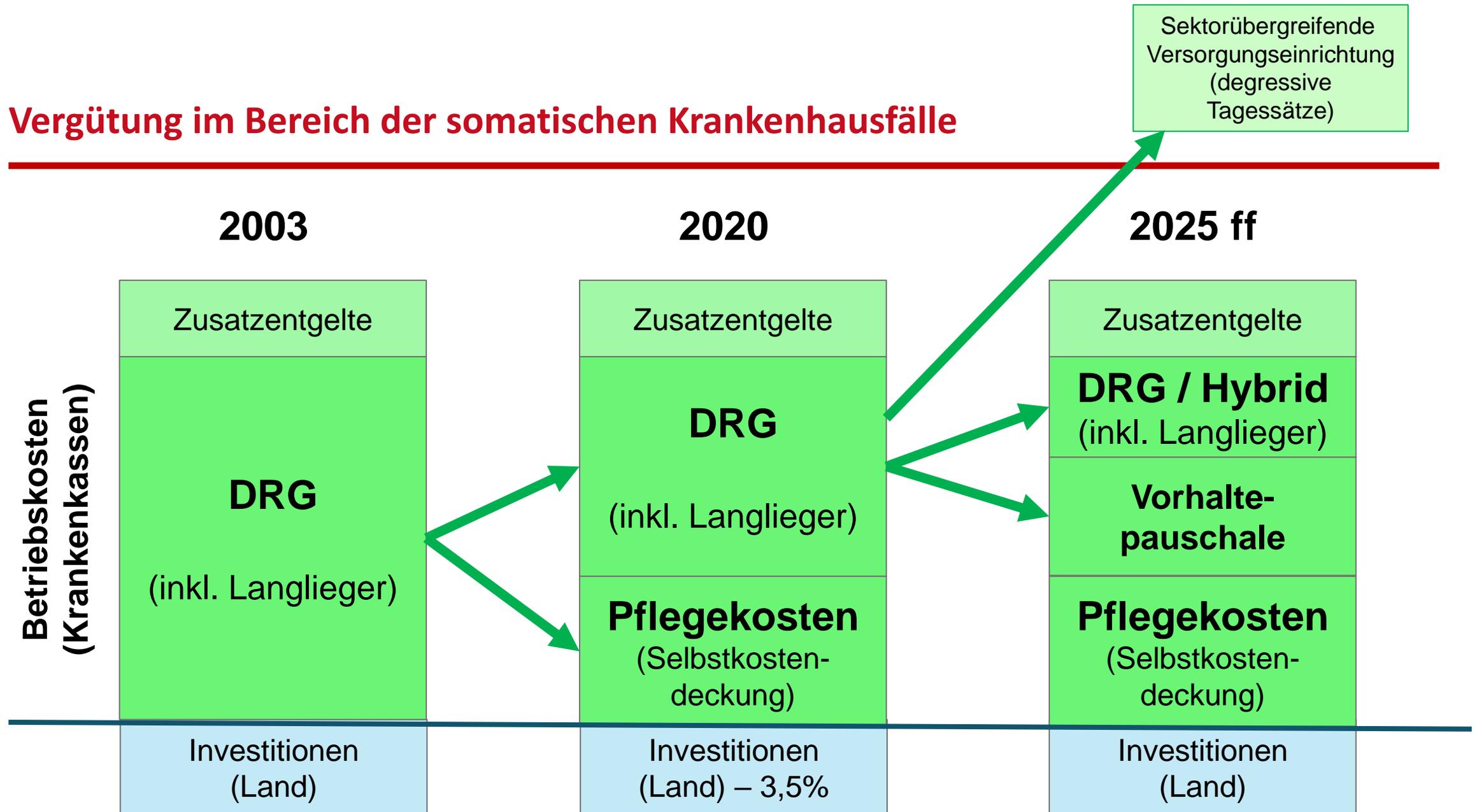
„Das ist ein bedeutender Tag für Hamburg!“ – so äußerte sich Umweltminister Jens Kerstan (Grüne) erfreut, als am Sonntag die beiden Schornsteine des ehemaligen Kraftwerks Moorburg gesprengt wurden.



Leistungsgruppen + Qualitätskriterien

- Die Leistungsgruppen haben eine Doppelfunktion:
 1. Einsatz in der Leistungs- bzw. Krankenhausplanung (mit Qualitätsorientierung und mittelbarer Wirkung auf die Vergütung)
 2. Einsatz für Ermittlung und Zahlung der neuen Vorhaltepauschalen
- Das InEK hat den Auftrag, einen Grupper für die Leistungsgruppen zu entwickeln und ein genaues Konzept für die Ermittlung der Vorhaltepauschalen vorzulegen
- Bemerke! Immanenter Widerspruch: Zuordnung der LG zielt auf Zentralisierung (und damit Gefährdung der kleinen Grundversorger) – Vorhaltepauschale zielt dagegen auf Absicherung der leistungsschwachen Kliniken bzw. Entkopplung von der fallzahlabhängigen Vergütung

Vergütung im Bereich der somatischen Krankenhausfälle



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 ⁶		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		Sonographiergerät, Osteodensitometrie

he und Leistungsgruppen			
Fachärztliche Vorgaben ⁶		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

Weitere geplante Qualitätskriterien

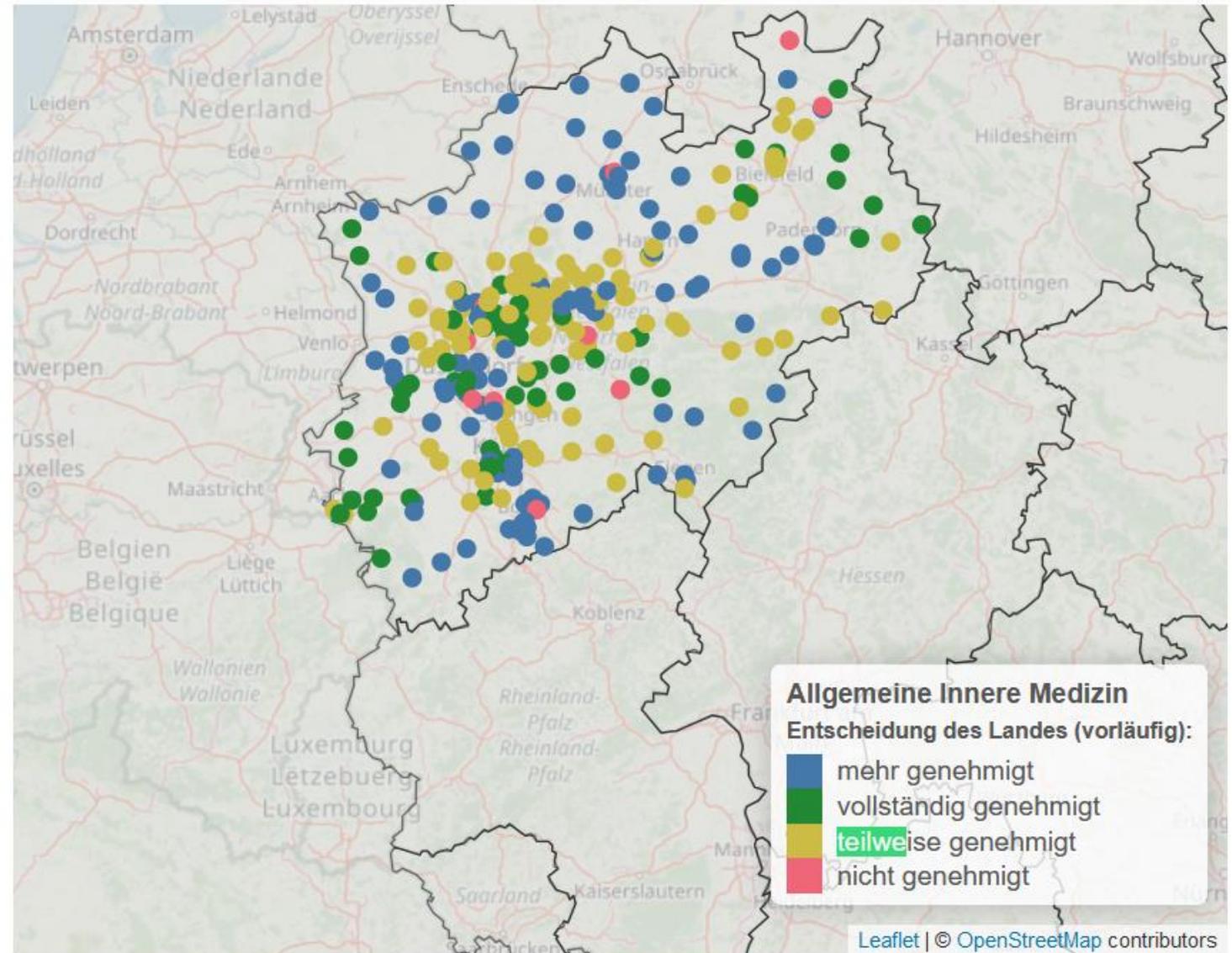
- Auf Bundesebene sollen „Mindestvorhaltezahlen“ für alle Leistungsgruppen festgelegt werden (Rechtsverordnung, zustimmungspflichtig)
- Beauftragt ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

- De facto erhebliche Ausweitung der Mindestmengenregelung
- Wirksam ab 1. Januar 2027 (?)

- § 137f

Leistungsgruppen-Planung NRW: Allgemeine Innere Medizin

Quelle:



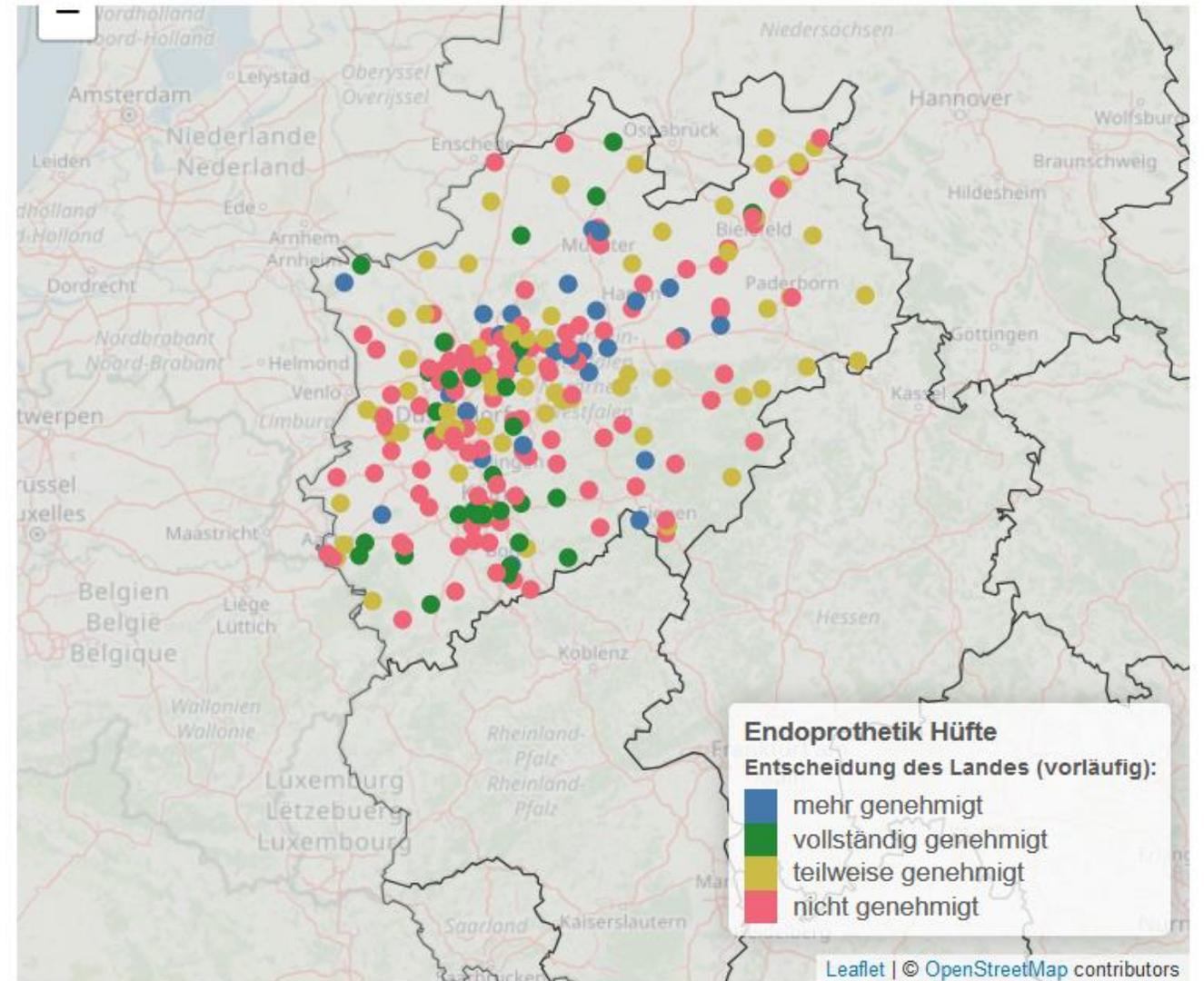
Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Downloads: [Kliniken Allgemeine-Innere-Medizin Als CSV](#). [Bundesländer Als TOPOJSON](#). [Als HTML](#).

<https://www.sciencemediacenter.de/angebote/interaktives-tool-zeigt-so-veraendert-sich-die-kliniklandschaft-in-nrw-24123>

Leistungsgruppen-Planung NRW: Endoprothetik Hüfte

Quelle:

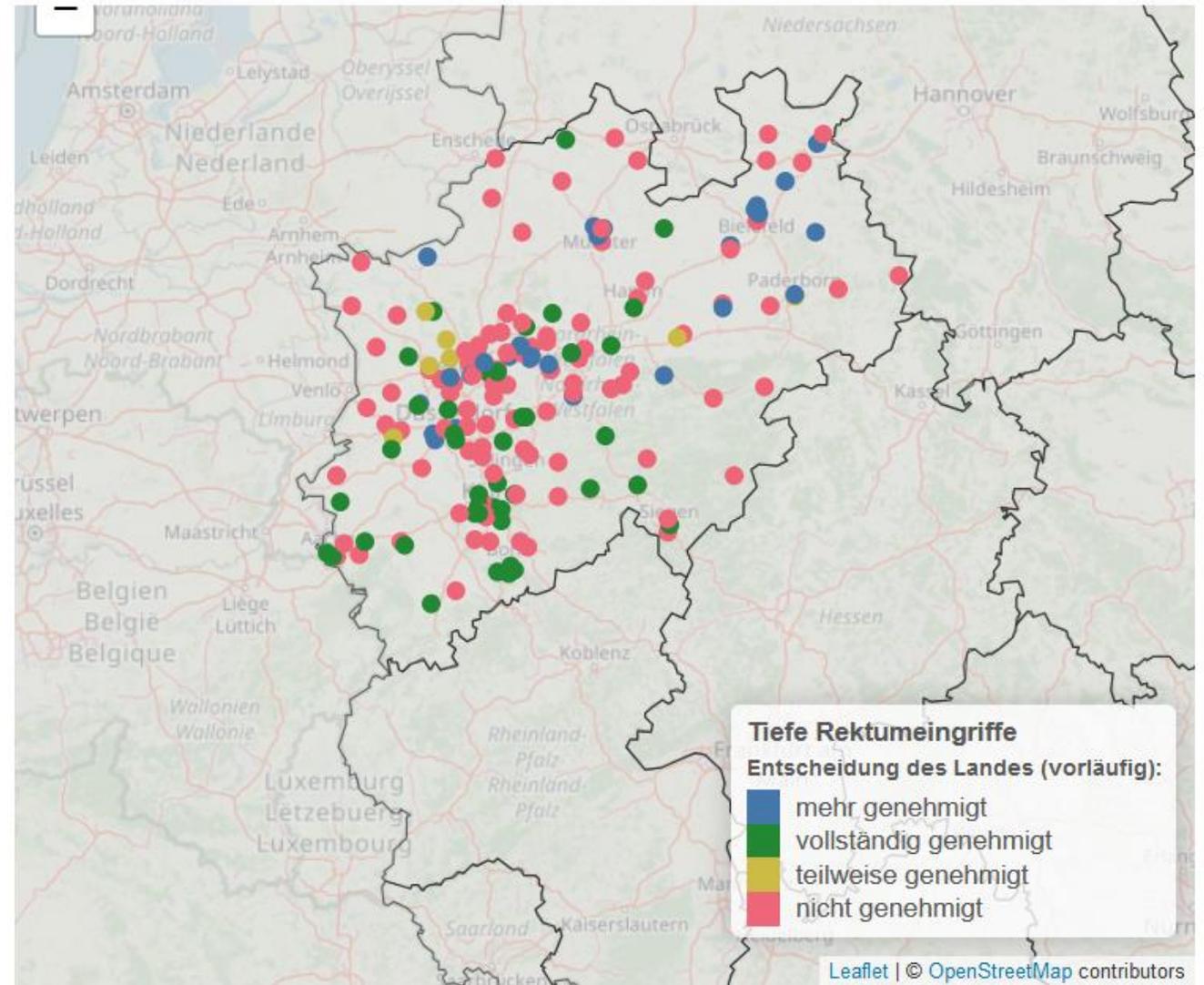


Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen | Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2021 & 2022), bereitgestellt vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Berechnungen: Science Media Center Germany.

<https://www.sciencemediacenter.de/angebote/interaktives-tool-zeigt-so-veraendert-sich-die-kliniklandschaft-in-nrw-24123>

Leistungsgruppen-Planung NRW: Tiefe Rektumeingriffe

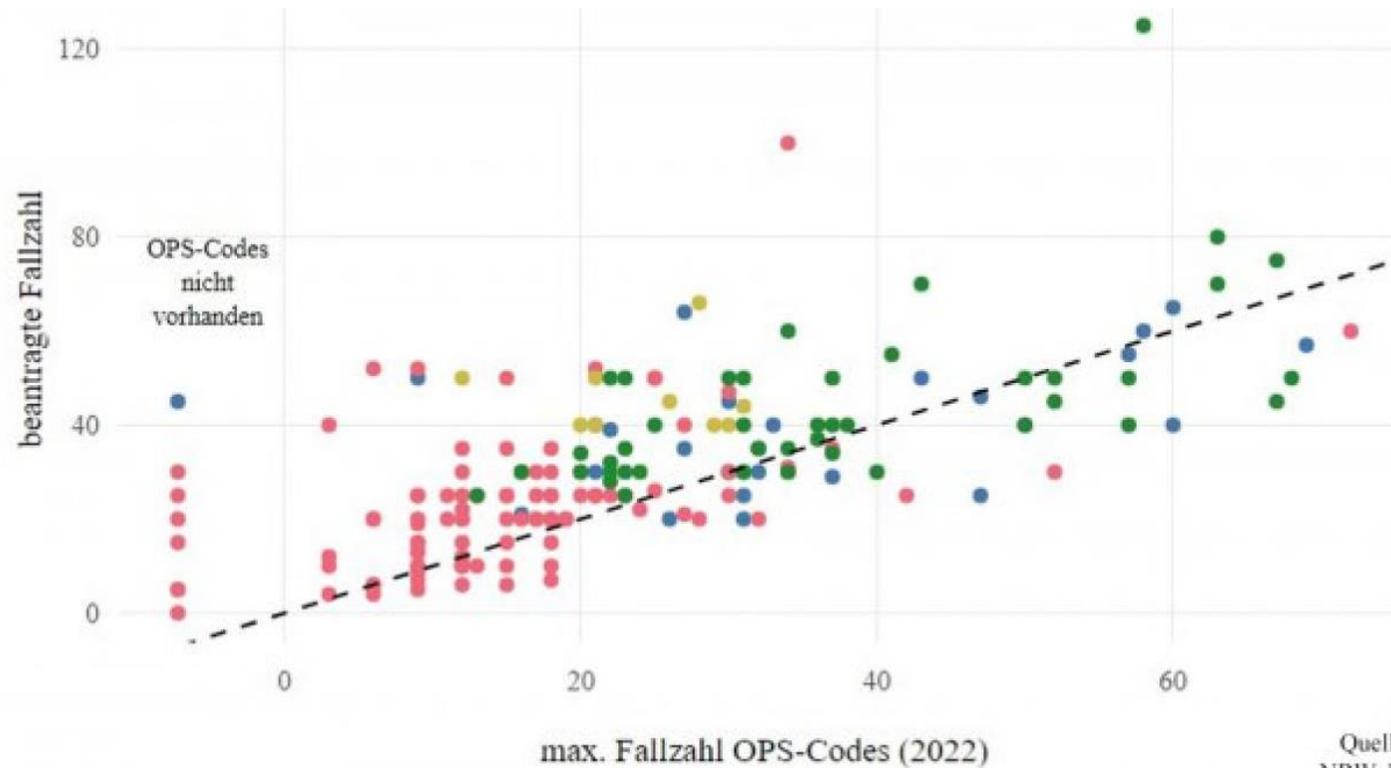
Quelle:



Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen | Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2021 & 2022), bereitgestellt vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Berechnungen: Science Media Center Germany.

<https://www.sciencemediacenter.de/angebote/interaktives-tool-zeigt-so-veraendert-sich-die-kliniklandschaft-in-nrw-24123>

Leistungsgruppen-Planung NRW: Tiefe Rektumeingriffe – Fallzahl Ist vs. beantragt



Dt. Ärzteblatt, 12.09.24

Quelle: Gesundheitsministerium NRW, Krankenhausqualitätsberichte des G-BA (2021 & 2022), Berechnungen: SMC

Genehmigung ● mehr genehmigt ● nicht genehmigt ● teilweise genehmigt ● vollständig genehmigt

Umsetzung der Leistungsgruppen-Planung in NRW

- In den Spezialdisziplinen gibt es erhebliche Auswirkungen mit entsprechender Zentralisierung und vielen betroffenen Kliniken
- Einzelne Kliniken können in mehreren LG betroffen sein
- Inwieweit diese Einschnitte einen Domino-Effekt auslösen und zur Schließung ganzer Fachabteilungen bzw. auch Krankenhäuser führen könnten, ist unklar

- Fast alle betroffenen Kliniken in NRW haben Widerspruch eingelegt – langwierige Rechtsstreitigkeiten sind zu erwarten
- Inwieweit die anderen Bundesländer in diesem Ausmaß mitziehen (z.B. Bayern!) – sofern das KHVVG überhaupt kommt – bleibt offen

Leistungsgruppen in der prospektiven Planung

- Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung hat LG in Kombination mit der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung genutzt, um regionale Bedarfsänderungen zu berechnen: **von 2022 nach 2035**
- Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist regional relativ different, u.a. infolge der Wiedervereinigung (Im Osten: Abwanderung Jüngere nach Wiedervereinigung; als Folge relativ hoher, aber jetzt rückläufiger Anteil Ältere etc.)



„Altersverteilung ist DER entscheidende Parameter für Krankenhaushäufigkeit“ – hier Bundesländer

BARMER

Bevölkerung 2022

Bevölkerungsentwicklung / -verteilung 2022

Land 2022	Bev.	00-18	19-64	65+
Baden-Württemberg	11.195	19,1%	59,9%	21,0%
Bayern	13.200	18,6%	60,2%	21,2%
Berlin	3.750	18,9%	61,8%	19,3%
Brandenburg	2.502	17,5%	56,1%	26,4%
Bremen	686	18,6%	60,0%	21,4%
Hamburg	1.885	19,3%	62,7%	18,0%
Hessen	6.310	19,0%	59,7%	21,4%
Mecklenburg-Vorp.	1.589	17,0%	56,1%	26,9%
Niedersachsen	7.951	18,7%	58,4%	22,9%
Nordrhein-Westfalen	17.847	18,8%	59,2%	22,0%
Rheinland-Pfalz	4.071	18,3%	58,7%	23,0%
Saarland	972	16,7%	58,0%	25,3%
Sachsen	4.029	17,8%	55,1%	27,1%
Sachsen-Anhalt	2.141	16,4%	55,4%	28,2%
Schleswig-Holstein	2.902	18,2%	58,0%	23,8%
Thüringen	2.096	17,0%	55,5%	27,5%
Summe	83.126	18,5%	59,0%	22,5%

- 00-18 = „Kinder & Jugendliche“
19-64 = „Erwerbstätige“
65+ = „Rentner“
- höchste **Rentneranteile** in S-A, TH, SA & M-V
niedrigste **Rentneranteile** in HH & B
- höchste Anteile **Erwerbstätige** in B & HH
- höchste Anteile **Kinder & Jugendliche** in HH & B-W



Altersverteilung ist DER entscheidende Parameter für Krankenhaushäufigkeit

Augenheilkunde nach Kreisen

Relative Fallzahlentwicklung nach LG (Auszug)

BARMER

in Arbeit

17.1: **Augenheilkunde**, 2,0% / 2,1% aller Falle [2022 – 2023: **+7.5%**]

Kreis	2023 zu 2022
Erding (Bayern)	+23,1%
Dachau (Bayern)	+20,5%
Freising (Bayern)	+19,5%
Kehlheim (Bayern)	+19,3%
Bamberg (Bayern)	+18,9%
...	
Chemnitz-Stadt (Sachsen)	-5,1%
Mansfeld-Südharz (Sachsen-Anhalt)	-5,9%
Altenburger Land (Thüringen)	-6,1%
Suhl (Thüringen)	-9,1%
Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt)	-9,3%

Interventionelle Kardiologie

Relative Fallzahlentwicklung nach LG (Auszug)

BARMER

in Arbeit

8.2: Interventionelle Kardiologie, 4,0% / 4,1% aller Fälle [2022 – 2023: **+7,3%**]

Kreis	2035 zu 2022
Erding (Bayern)	+23,0%
Dachau (Bayern)	+20,3%
Kehlheim (Bayern)	+19,5%
Freising (Bayern)	+19,1%
Bamberg (Bayern)	+18,8%
...	
Chemnitz, Stadt (Sachsen)	-5,2%
Altenburger Land (Thüringen)	-6,1%
Mansfeld-Südharz (Sachsen-Anhalt)	-6,1%
Suhl (Thüringen)	-9,3%
Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt)	-9,4%

17.10.2024 | Seite 39 | Leistungsgruppen im Krankenhaus

bifg. BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung

Allgemeine Kinder- & Jugendmedizin

Relative Fallzahlentwicklung nach LG (Auszug)

BARMER

in Arbeit

23.1: Allgemeine Kinder- & Jugendmedizin, 4,7% / 4,6% aller Fälle [2022 – 2023: **+1,4%**]

Kreis	2023 zu 2022
Münster, Stadt (Nordrhein-Westfalen)	+15,5%
Freiburg, Stadt (Baden-Württemberg)	+12,6%
Regensburg, Stadt (Bayern)	+11,8%
Darmstadt, Stadt (Hessen)	+11,3%
München, Stadt (Bayern)	+10,7%
...	
Saale-Orla-Kreis (Thüringen)	-17,6%
Greiz (Thüringen)	-18,3%
Spree-Neiße (Brandenburg)	-18,7%
Oberspreewald-Lausitz (Brandenburg)	-18,9%
Elbe-Elster (Brandenburg)	-21,7%

17.10.2024 | Seite 40 | Leistungsgruppen im Krankenhaus

bifg. BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung

Vorhaltevergütung (*unter Vorbehalt !!*)

- Vorweg: Die Vorhaltevergütung wird an die Leistungsgruppen gekoppelt
- Vorgehen:
 - 1) Kalkulation der Vorhaltbewertungsrelationen durch das InEK
 - DRG-Kosten abzüglich variable Sachkosten
 - zuzüglich Pflege, davon 60%
 - wenn Ergebnis > Pflege, dann ab Pflege = Vorhaltekosten
 - wenn Ergebnis < Pflege, dann Vorhaltekosten = Null
- Faktisch wird also nur ein Teil der „fixen“ Kosten als Vorhaltekosten vergütet

Vorhaltebudget

- Das InEK kalkuliert die Summe der Vorhalte-BWR aller Fälle eines Bundeslandes für jede Leistungsgruppe
- Daraus wird mittels Multiplikation mit Basisfallwert ein Landesbudget gebildet
- Dieses wird rückverteilt, aber nur an die Häuser, denen die entsprechende Leistungsgruppe vom Land zugeteilt wurde
- Auszahlung fallbezogen, aber mit 100% Ausgleich am Jahresende
- Änderung nur bei Fallzahländerung um >20% (nach oben oder unten)

- Ein annähernd ähnlicher Effekt hätte sich auch mit Änderung der Mehr- bzw. Mindererlösausgleiche erreichen lassen

FAZIT

- Das KHVVG wurde hier nur vereinfacht in Teilen vorgestellt
- Es beinhaltet, wenn es in der geplanten Form durchkommt, erhebliche Änderungen im Krankenhausbereich
- Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf Mindestmengen und Strukturqualität und sind daher vergleichsweise gut überprüfbar
- Vor allem Mindestfallzahlen und Personalanforderungen bezüglich Fachärzten stellen kleinere Grundversorger vor erhebliche Probleme
- Der Zweck einer Zentralisierung insbesondere in den speziellen Leistungsgruppen wird in Nordrhein-Westfalen vorbehaltlich der juristischen Auseinandersetzungen erreicht
- Dominoeffekte in den Krankenhäusern sind denkbar, aber noch nicht abschätzbar
- Das politische und wirtschaftliche Umfeld macht weitere Einschätzungen schwierig

Vergleich (2022)

Deutschland

Ausgaben: 12,8 % vom BIP

Schweiz

Ausgaben: 11,8 % vom BIP

