

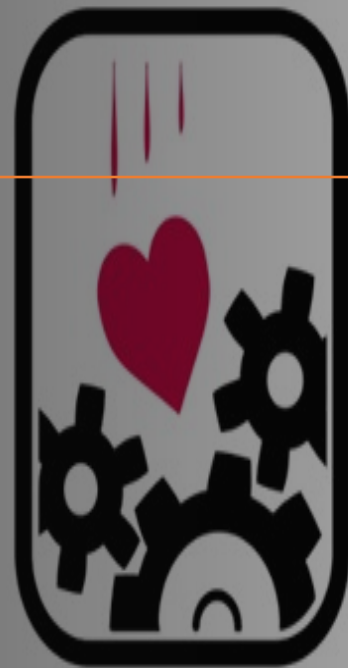
Revolution - Reform -Etikettenschwindel?

Einführung in die Krankenhausreform

Vorschläge der Regierungskommission
Eckpunkte-Papiere des BMG

Dr. Peter Hoffmann

verein
demokratischer
ärzt*innen

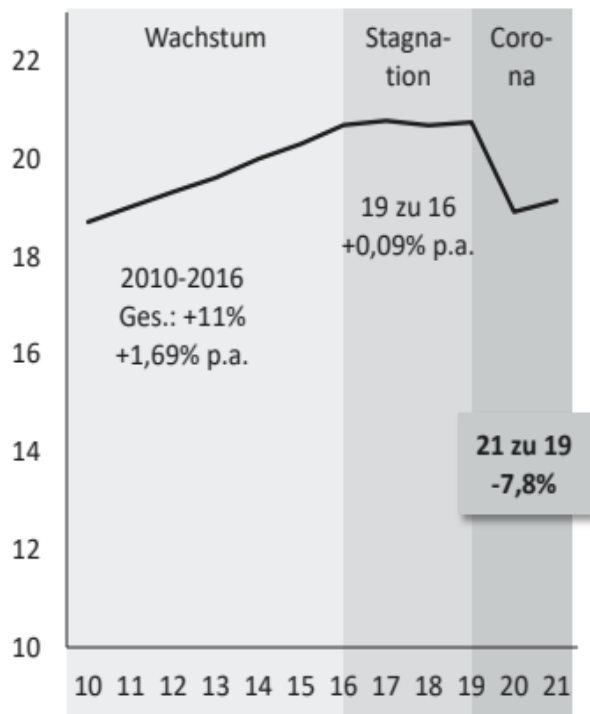


KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

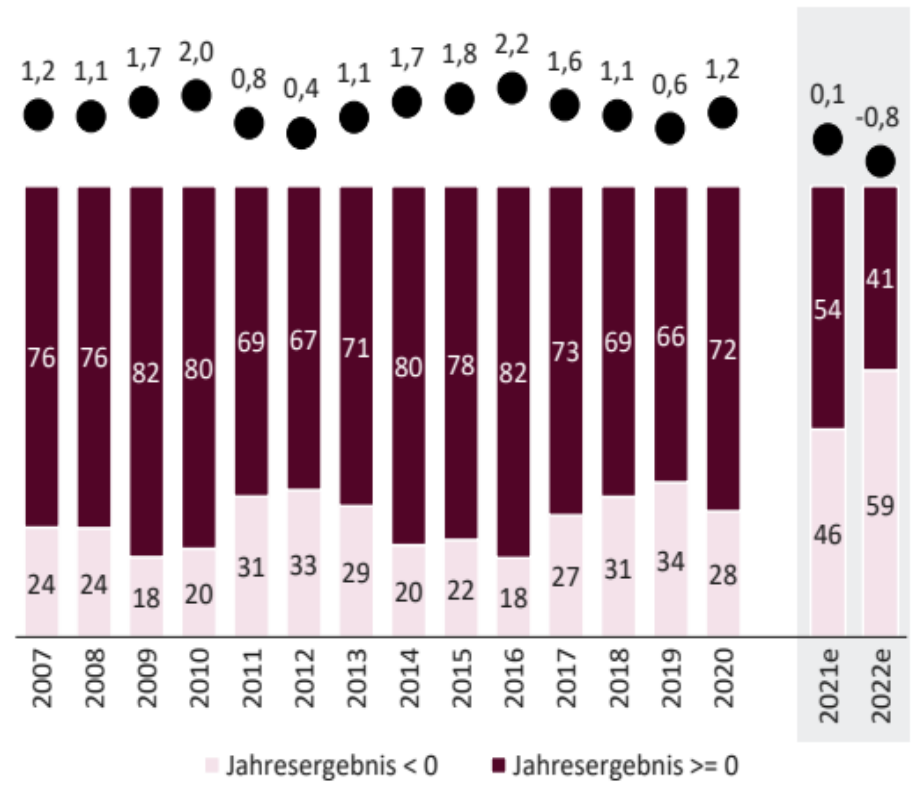
Einbruch der Leistungszahlen der Kliniken, Ausblick düster

**Eine KH-Reform ist dringend
Finanzen**

Leistungszahlen = Casemixvolumen⁽¹⁾



Jahresergebnis (als Anteil an Erlösen)



Bei anhaltend niedrigen stationären Fallzahlen starker Einbruch ab 2023 erwartet

(1) Casemix vor Umstellung im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022; Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

Einbruch der Leistungszahlen

Ursache? historisch gewachsene Überkapazitäten (Prof.Busse) oder Personalmangel

**„Im Gesamtjahr 2022 waren durchschnittlich 64,0% der aufgestellten Betten belegt
gewesen, nach Abzug der gesperrten Betten wurden 83,3% Auslastung
erreicht. Die Zahl der durchschnittlich gesperrten
Betten lag bei 606 Betten, davon 440 aus Personalmangel.“**

Aufsichtsrat Städtisches Klinikum München gGmbH

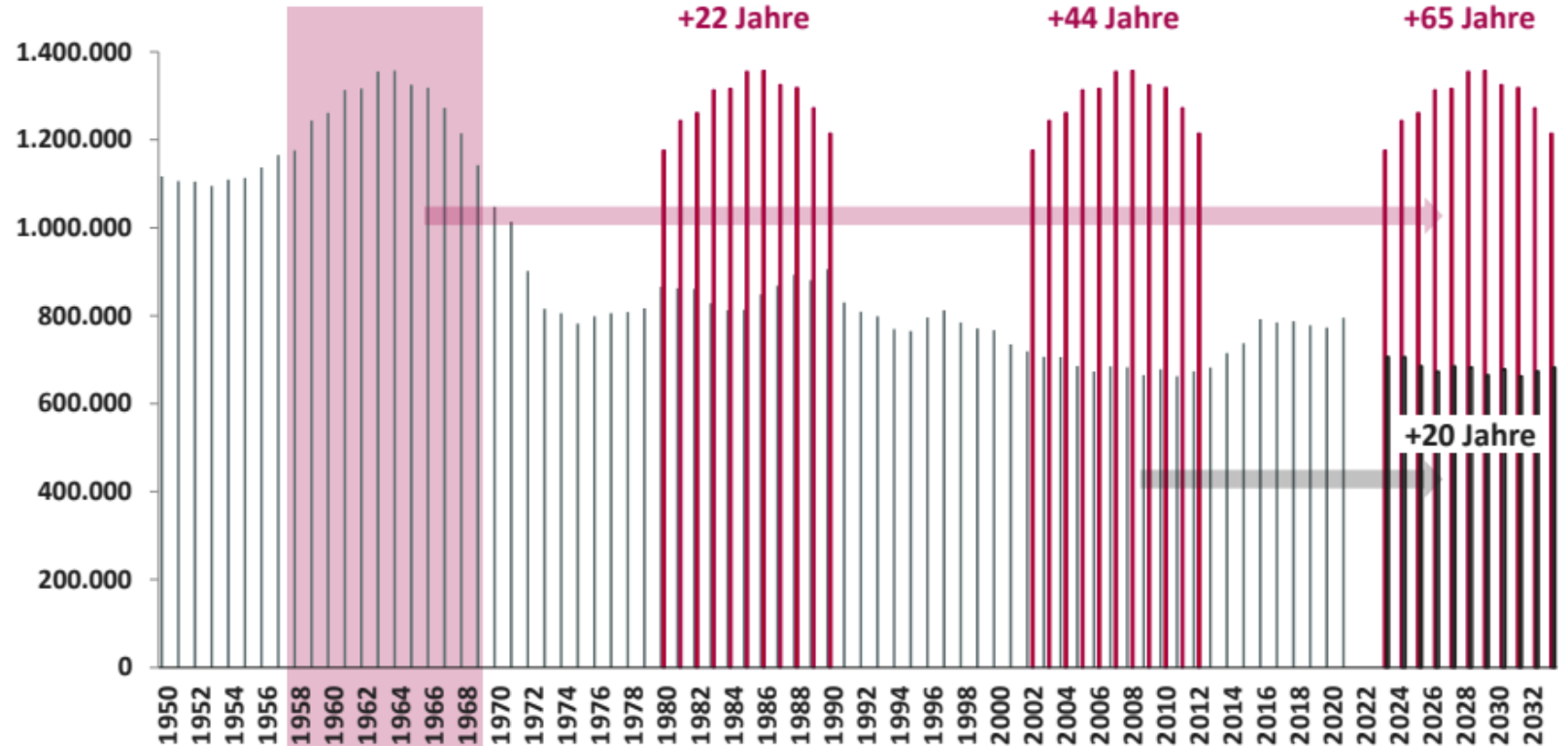
Quartalsberichterstattung zur wirtschaftlichen Entwicklung (03.03.2023)

Im Jahr 2023 feiert die erste große Babyboomer-Generation ihren 65. Geburtstag und der kleine Jahrgang aus 2003 seinen 20. Geburtstag
Etwa 1,2 Millionen Menschen werden 65, etwa 700.000 Menschen werden 20

Demografischer Wandel

Arbeitskräfte werden knapper

Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)

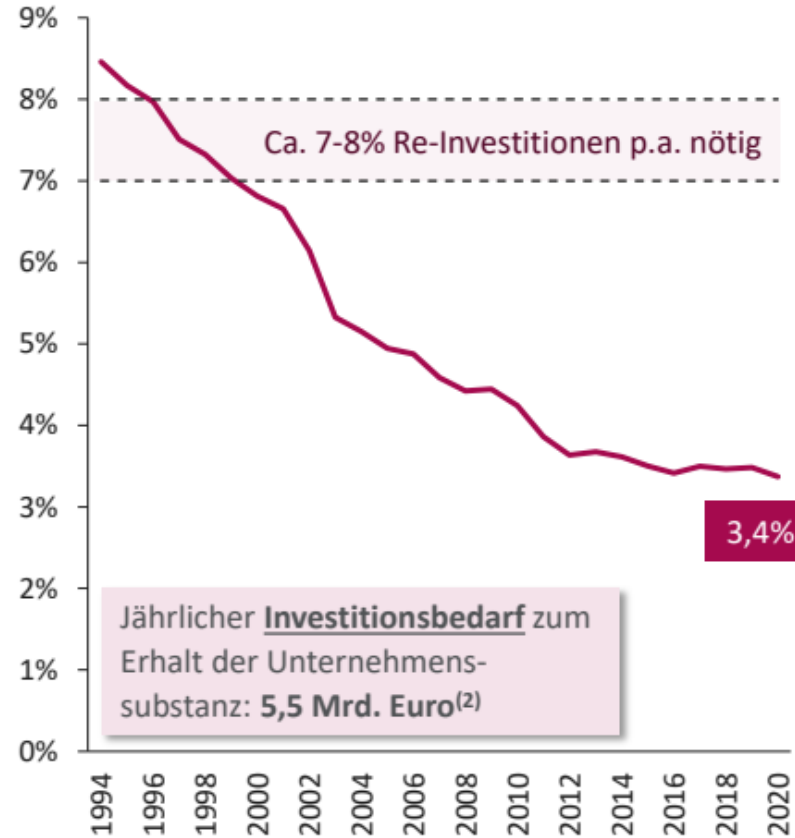


Quelle: Destatis

Auch abnehmende Unternehmenssubstanz bei Krankenhäusern

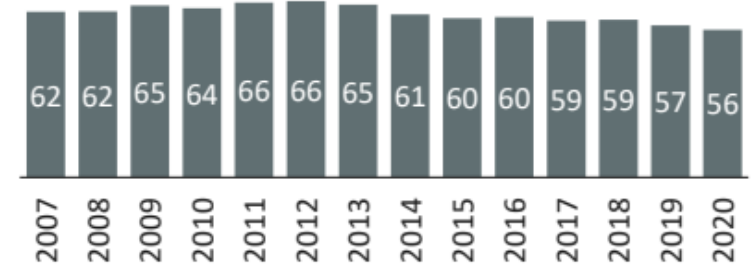
**Finanzen
Investitionen
der Länder sind
zu gering**

KHG-Fördermittel / Krankenhauserlöse⁽¹⁾

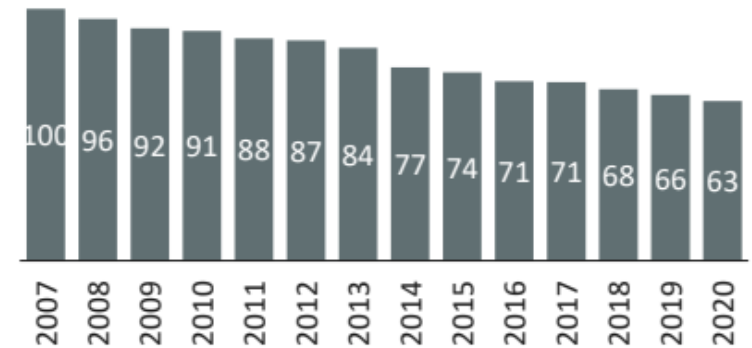


Sachanlagevermögen (in Cent) je Euro Gesamterlöse

West-Deutschland



Ost-Deutschland



(1) Ohne Universitätskliniken
 (2) Mit Universitätskliniken: ca. 6,3 Mrd. Euro
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

überholt durch Blockade der Länder:

Empfehlungen der Regierungskommission



Quelle: Stellungnahme Regierungskommission, S.9

Drei zusammenhängende Reformansätze der Regierungskommission

1. einheitliche **Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen
2. System von **Leistungsgruppen**, die passgenauer als durch DRGs und Fachabteilungen den Levels zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können
3. Einführung einer **anteiligen Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser**, dazu Absenkung des auf dem DRG-System basierenden Finanzierungsanteils

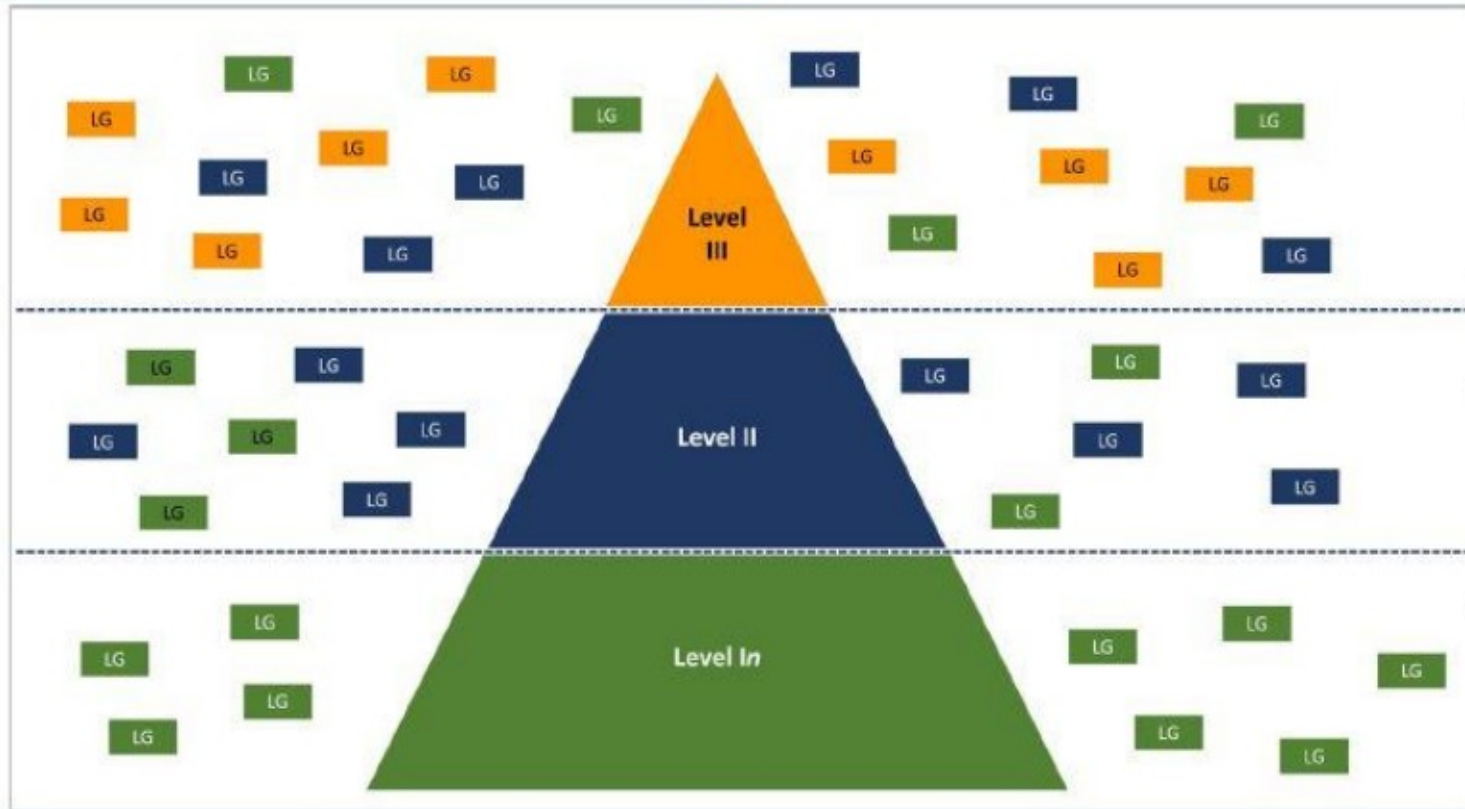
03.03.2023

4

6

abgeschwächt durch Widerstand der Länder

2. Einführung und Zuordnung von Leistungsgruppen



Im Rahmen einer deutlich engeren Kooperation der Kliniken sollten insbesondere Level-I- und -III-Kliniken eng miteinander vernetzt sein und regionale Versorgungsmodelle mit bilateraler Patientenverlegung etablieren.

Quelle: Stellungnahme Regierungskommission, S.19

- 128 standardisierte Leistungsgruppen sollen bedarfsgerechte Behandlung von Patient*innen ermöglichen
- Für jede Leistungsgruppe wird festgelegt, in welchem Level sie erbracht werden darf
- Nur Krankenhäuser mit spezifischer Leistungsgruppe dürfen die zugehörige Versorgungsleistung auch für Patient*innen erbringen
- Krankenhäuser sollen Leistungsgruppen untereinander tauschen und Kooperationen zur Leistungserbringung eingehen dürfen
- Für jede Leistungsgruppe wird vorab Anteil der Vorhaltefinanzierung bestimmt

künftig entscheidend: Leistungsgruppen

System von Leistungsgruppen



Leistungsgruppe (LG)	Maximales Leistungsspektrum			
	Mindest-level erbringendes KH	Level I-KH	Level II-KH	Level III-KH
Innere Medizin				
1.0 LG Basisbehandl. Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
Chirurgie				
2.0 LG Basisbehandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	X
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X

Quelle: Stellungnahme Regierungskommission

03.03.2023



Leistungsgruppen

- „Die Definition von Leistungsgruppen beinhaltet
 - Zuordnung von OPS- und ICD-Codes [statt DRGs]
 - Festlegung von sachgerechten, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je LG
- Zu den Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe zählt (...)
 - auch die Festlegung von verwandten Leistungsgruppen, die ebenfalls an demselben Krankenhausstandort zu erbringen sind
 - Die Qualitätskriterien je Leistungsgruppe beziehen sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort
- [Ausnahmen erlaubt, um] in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen.
 - bundesweit einheitliche Kriterien
 - (...) Ausnahmen sollen grundsätzlich zeitlich befristet und deren Ergebnisse evaluiert werden.
- Bewertung: Definition des Versorgungsauftrages über Leistungsgruppen verhindert, dass jedes KH alles macht, obwohl es von den Voraussetzungen her ungeeignet ist
- offene Frage: Mengensteuerung?

Level II integriert ambulant und stationär

(grundsätzlich nur)

bestehende Krankenhäuser

die keinen der anderen Level erfüllen

können vom Land dem Level II zugeordnet werden



Negativkatalog folgt per Gesetz

Portfolio:

allgemeinstationäre Behandlung (mindestens Innere Medizin, Chirurgie oder Allgemeinmedizin)

Ambulante Leistungen vertragsärztlichen Ermächtigung

Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V

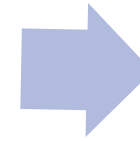
Leistungen nach 115f SGB V (Hybrid-DRGs)

belegärztliche Leistungen

Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI insbesondere

Übergangspflege nach § 39e SGB V und

Kurzzeitpflege



Finanzierungsmix

Vergütung für stationär erbrachte Leistungen über Tagespauschalen

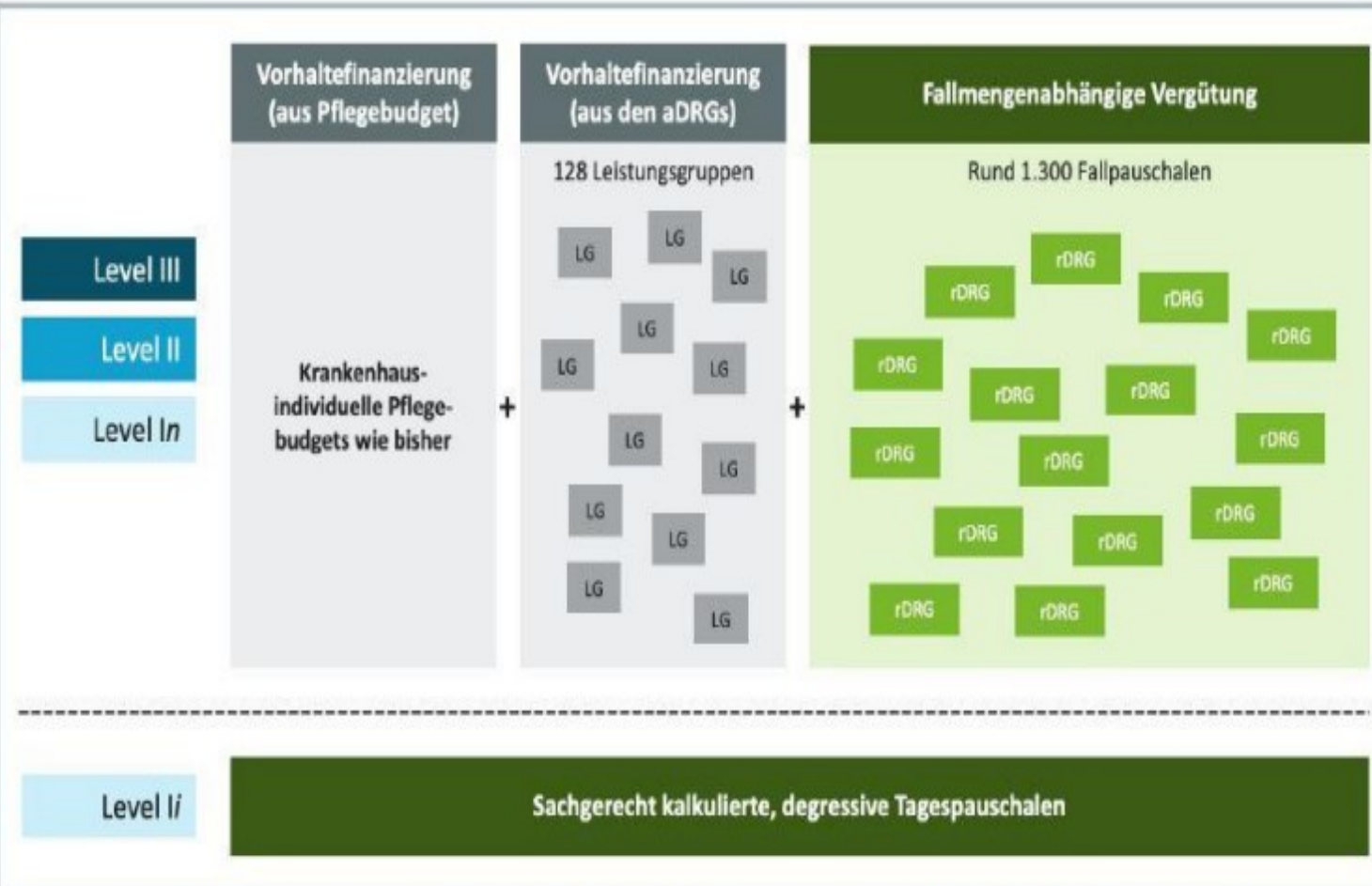
ambulante Leistungen nach §§ 115b und 115f SGB
Übergangspflege nach § 39e SGB nach den geltenden Vergütungsregelungen

Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden

Bis dahin erhalten die Vertragsparteien auf Ortsebene den Auftrag zur kurzfristigen Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Tagessatzes sowie dessen Degression

Finanzierungsvorschläge

Erlösbestandteile zur Vergütung von Krankenhausbehandlungen



Quelle: Eigene Darstellung. rDRG = residuale DRG nach Abzug der Vorhaltung von den aDRGs

3. Einführung einer anteiligen Vorhaltefinanzierung

- Für Krankenhäuser der Level In, II und III wird für jede Leistungsgruppe *Anteil des Vorhaltebudgets* bestimmt (Ausnahme: *Level Ii* über *Tagespauschalen*)
- Der Vorhaltanteil *beinhaltet auch Pflegebudget*, das nicht verändert wird und als Teil der Vorhaltefinanzierung zu verstehen ist
- Für aufwandsintensive Leistungsgruppen wie Intensivmedizin, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie soll *60-prozentiger Vorhalteanteil* gelten, für alle übrigen Leistungsgruppen *40-prozentiger Vorhalteanteil* (jeweils inkl. Pflegebudget)
- fallmengenabhängige Vergütung bleibt als ergänzender Anteil zu Vorhaltefinanzierung bestehen

Quelle: Stellungnahme Regierungskommission, S.21

Kritikpunkt Festklammer n am DRG- System

nur geringe Reduktion
fallmengenabhängiger
Vergütungen
zugunsten
Vorhaltefinanzierung

Warum keine
Selbstkostendeckung
für alle
notwendigen
Berufsgruppen

• **Das DRG-System und seine**

Fehlanreize bleiben:



- Zielkonflikt: Gewinnoptimierung Versorgung
- → Über-, Unter-, Fehlversorgung
- → Mengensteigerung und Kostendumping
- aktuell verstärkt wegen hoher Defizite

• **Ausgliederungen verstärken ökonomischen Druck**

- ← Beispiel Selbstkostendeckung für Pflege am Bett
Ausgliederung der Vorhaltekosten wird
„Überökonomisierung“ nicht abschwächen

Leistungsgruppen

- „Die vorgesehene Vorhaltevergütung orientiert sich dabei an den Leistungsgruppen und nicht an der Levelzuordnung.“
- Voraussetzung für die Zahlung der Vorhaltevergütung für die zugewiesenen Leistungsgruppen ist die Einhaltung ihrer jeweiligen bundeseinheitlichen Qualitätskriterien.
- auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen
 - „zuzüglich folgender fünf ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen:
 - Infektiologie
 - Notfallmedizin
 - spezielle Traumatologie
 - spezielle Kinder- und Jugendmedizin
 - und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie“

**Gesamt-Erlösvolumen
bleibt gleich**

Vorhaltevergüt ung

**für somatische Häuser
auch BG-Kliniken,
Bundeswehr-KH,
Fachkliniken ...**

- „Krankenhäuser erhalten temporär unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung. Die Vorhaltebewertungsrelationen ergeben sich aus der Absenkung der bisherigen aDRG um einen Vorhalteanteil.
- „Die Absenkung erfolgt perspektivisch auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen.
- Das Vorhaltebudget eines Krankenhauses wird zunächst für eine budgetneutrale Phase auf Basis der Fallzahlen ermittelt.
- In den Jahren 2025 und 2026 erfolgt eine budgetneutrale Anwendung der Vorhaltebewertungsrelationen. **[Wozu?]**
- Hierzu werden die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren.
- Eine Differenzierung des Vorhalteanteils nach Schweregraden und Leistungsmengen wird im weiteren Verfahren geprüft, **[Erst] In der Folge** entfalten die Leistungsgruppen, zunächst im Rahmen einer mehrjährigen Konvergenzphase, finanzielle Wirkung auf die Vorhaltefinanzierung.

Bewertung Vorhalte- Finanzierung

- Vorhaltefinanzierung wird eine gewisse Umverteilung bewirken zugunsten Notfall- und Maximalversorgungs-Krankenhäusern
- keine Zweckbindung der Vorhaltebudgets
Gewinnentnahme und Kostendumping möglich
- so ist das aber keine Vorhaltekosten-Finanzierung:
 - Regierungskommission: Mengenbezug und Qualitätsbezug
 - BMG: Vorhaltebewertungsrelationen analog DRG-System
- richtig wäre:
kostendeckende Vorhaltefinanzierung
(**mindestens** für das notwendige Personal)