
Die Krankenhausreform – weniger Ökonomie, mehr Qualität?

KCQ-Tagung

Berlin, 1. März 2024

The logo for DRG Research Group features a stylized blue line graph that rises to a peak and then falls to a trough before leveling off. The text "DRG RESEARCH" is positioned above the peak, and "GROUP" is positioned below the trough, both in a grey, sans-serif font.

DRG RESEARCH
GROUP

Dr. med. Wolfgang Fiori

Roeder & Partner Ärzte
Berater im Gesundheitswesen

KCQ-Tagung Qualitätssicherung in Zeiten tiefgreifender Gesundheitsreformen

1. März 2024

Hotel Aquino

Berlin

Darlegung Interessenskonflikte

Der Inhalt des folgenden Vortrages ist Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit.

Als Referent und Berater weise ich darauf hin, dass ich **vielfältigen Interessenskonflikten** ausgesetzt bin. Neben Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie berate ich unter anderem Fachgesellschaften, Krankenhäuser, Kostenträger, Verbände und viele weitere Akteure im Gesundheitswesen.

Als Berater profitiere ich ökonomisch insbesondere von einer Zunahme der Komplexität und Bürokratisierung der Krankenhausfinanzierung. Hoher Veränderungsdruck, Planungsunsicherheit und Überforderung der Akteure führen bei Beratern im Gesundheitswesen zu vermehrten Nachfragen. Aus der ökonomischen Sicht von Beratern ist jede Reform eine gute Reform. Die geplanten Reformen (und nachfolgend bereits absehbar notwendige Korrekturen) haben jedoch ein sehr hohes Potenzial, die Auftragslage für Berater nachhaltig positiv zu beeinflussen. **Aus ökonomischer Perspektive habe ich ein großes Interesse, dass die Reform so wie geplant umgesetzt wird.**

Wichtig:

Informationen beruhen auf dem **Stand vom 1. März 2024** und enthalten auch eigene **Interpretationen** des Referenten!

Der **Vermittlungsausschuss** hat am 21.02.2024 die Empfehlung ausgesprochen, das **Krankenhaus-Transparenzgesetz** ohne Änderungen zu bestätigen.

Der **Kabinettsentwurf** der „Großen Krankenhausreform“ soll **am 24. April** beschlossen werden.

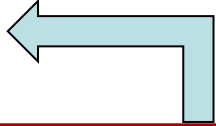
Gesetz soll im Bundesrat möglicherweise nicht mehr zustimmungspflichtig sein.

Die Gesetzgebungsverfahren
sind in einer **sehr dynamischen Phase!**

Eckpunktepapier „Krankenhausreform“ vom 10. Juli 2023

Mit der Krankenhausreform werden **drei zentrale Ziele** verfolgt:

1. Gewährleistung von **Versorgungssicherheit** (Daseinsvorsorge)
2. Sicherung und Steigerung der **Behandlungsqualität**
3. **Entbürokratisierung**



Auf der Webseite des BMG* wird anstatt der Versorgungssicherheit die „**Entökonomisierung**“ als erstes Ziel genannt!

Wesentliche Maßnahmen:

- Einführung bundesweit einheitlicher **Leistungsgruppen** und einheitlicher **Qualitätsvoraussetzungen**
- Zuweisung der Leistungsgruppen durch die **Krankenhausplanung** in den einzelnen Bundesländern
- **Ausgliederung** substanzieller Erlöse aus der DRG-Vergütung und Bildung von Bundesland- und Leistungsgruppenbezogenen „Vorhaltebudgets“
- Temporär und von zukünftigen Fallzahlentwicklungen relativ **mengenunabhängige Umverteilung** der „**Vorhaltebudgets**“ über „**Vorhaltepauschalen**“ für Leistungsgruppen jeweils innerhalb der Bundesländer
- Einführung von/Umwandlung in sektorenübergreifende(n) Versorger(n) („Level II-Krankenhäuser“)

Was hat die Reform mit Qualität zu tun?

- Wieviel können Strukturreformen zur Qualitätsverbesserung beitragen?
- Trägt eine höhere Transparenz von abstrakten Kennzahlen zur Qualitätsverbesserung bei?
- Trägt die neue Finanzierungssystematik zur Qualitätsverbesserung bei?
- Welchen Beitrag können **Leistungsgruppen** zur Qualität leisten?
 - In der Krankenhausplanung?
 - In der Qualitätstransparenz?
 - In der Vorhaltefinanzierung?
- Welchen Anteil hat die Notwendigkeit eines eingängigen Narrativs?
- Welchen Anteil an Qualität hat „Kultur“ und sind die geplanten Maßnahmen förderlich eine bessere Qualitätskultur zu schaffen?

Mindestkriterien der LG in NRW sind NICHT für eine Prüfung durch den MD geeignet!

- Was sagen diese Mindestkriterien wirklich über **Qualität** aus bzw. helfen sie zwischen Standorten mit hoher oder niedriger Qualität zu unterscheiden?
- **Wirklich relevant** für bedarfsorientierte KH-Planung?
- Prüfung bindet erhebliche **Ressourcen!**

Vorhaltung G...

Röntgen,
EKG,
Sonographiegerät,
Basislabor 24/7,
CT 24/7 mind. in
Kooperation,
Endoskopie (Regeldienst)

Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.

Röntgen 24/7,
CT 24/7 oder MRT 24/7,
Teleradiologischer Befund möglich,
24h Bereitschaft zur interventionellen Endoskopie

Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik

Verfügbarkeit

3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7

Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen. Unter dieser Voraussetzung können sich auch andere FA aus dem Gebiet Innere Medizin an der Rufbereitschaft beteiligen.



Unbestimmte Rechtsbegriffe!



Kontrollergebnis

QBAA-RL

Anforderungen nicht erfüllt

aber zu 99,64% erfüllt!

Von welchen Kriterien wollen wir eine **längerfristige** und **bedarfsorientierte** Standortplanung wirklich abhängig machen?

Der MD als Erfüllungsgehilfe einer machtlosen Krankenhausplanung?

In 1 von 276 überprüften Schichten wurde keine fachweitergebildete Pflegeperson eingesetzt, es handelte sich um einen kurzfristigen krankheitsbedingten Ausfall.

Krankenhausplanung und Prüfungen durch den MD

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR-RL	49	67,3%	32,7%	0,0%
QBAA-RL	66	74,2%	25,8%	0,0%
MHI-RL	82	86,6%	13,4%	0,0%
KiHe-RL	7	57,1%	42,9%	0,0%
KiOn-RL	12	75,0%	25,0%	0,0%
QS-RL Linsuktion	48	56,3%	41,7%	2,1%
QS-RL ...				
QS-RL ...				
QS-RL ...				
QS-RL Lungenerneuerung bei COPD	5	60,0%	40,0%	0,0%
Gesamt	348	72,4%	26,1%	1,4%

Kann
Krankenhausplanung
so funktionieren?

Berichtet wurde auch, dass interdisziplinäre Fallbesprechungen teilweise nicht zeitgerecht oder nicht unter Teilnahme aller notwendigen Berufsgruppen stattgefunden haben. Zudem bestanden diesbezügliche Dokumentationslücken in der Patientenakte.

Tabelle 2: Ergebnisse Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL je Richtlinie/Beschluss

Leistungsgruppen und Qualität

- **Grundprinzip Krankenhausplanung: Dort, wo der Bedarf ist, muss auch die Qualität hin (und nicht umgekehrt)!**
- Machen wir uns ehrlich: wie sinnvoll ist Qualitätssteuerung über die Krankenhausplanung dann überhaupt?
→ Nur Strukturqualität? → nur diese kann gut krankenhauserisch über Investitionen beeinflusst werden
- **Vorsicht: Krankenhausplanung ist äußerst unflexibel**
→ Gibt es effizientere und zielgerichtetere Wege zu besserer Qualität zu kommen?
(Mindestmengen, G-BA-Richtlinien, etc.)
- **Zentralisierung bei komplexen, elektiven und interdisziplinären Leistungen, bei der die Indikations- und Ergebnisqualität von der Menge und Alternativangeboten abhängig** sind, kann zu einem **Qualitätsgewinn** führen
→ Welcher Anteil an Krankenhausleistungen ist das?
→ Ist die kurativ intendierte onkologische Operation ein allgemeingültiges Narrativ?
- **Zentralisierung kann auch qualitativ gefährlich sein**, z.B. bei:
 - Notfallmedizinischen Leistungen
 - Förderlichem Qualitätswettbewerb (z.B. Endoprothetik, ggf. Geburtshilfe)
 - Wachsendem Bedarf (z.B. Geriatrie, Palliativmedizin)
 - Massenleistungen, ohne dass parallel Ressourcen an den verbleibenden Standorten aufgebaut werden

**Derzeit blinder Fleck der QS:
Behandlungsbedürftige, die gar
keine Versorgung mehr bekommen
(oder diese nur sehr verspätet)!**

Planung vs. Wettbewerb: One-fits-it-all?

Planung

- Reduktion von redundanten Vorhaltungen
- Abbau von Überkapazitäten
- Schaffung wirtschaftlicherer Betriebsgrößen
- Reduktion der notwendigen investiven Mittel
- Strukturqualität
- Wohnortnahe Versorgung
- Daseinsvorsorge

Was wollen
wir eigentlich?



Zielvorstellung?
Zielkonflikt?

Ggf. **unterschiedliche Zielbilder** für:

- Notfallversorgung
- elektive Eingriffe
- komplexe Chirurgie
- Interdisziplinäre Leistungen
- Ländlichen Raum und Metropolregionen, neue vs. alte Länder

Wettbewerb

- Freie Krankenhauswahl
- Trägervielfalt
- **Qualitätswettbewerb**
- Krankenhäuser können Leistungsportfolio gestalten
- Innovationsfreundlichkeit

Krankenhäuser: Fusionskontrolle ist Garant für Wettbewerb und Qualität

Meldung vom: 02.09.2021

Bundeskartellamt veröffentlicht Abschlussbericht der Sektoruntersuchung Krankenhäuser

Trägervielfalt bei den Krankenhäusern
laut Bundesregierung vorteilhaft für die
Versorgung

Dienstag, 21. September 2021

Welche Transparenz bieten die NRW-Leistungsgruppen?

„Die Leistungen der Krankenhausbehandlung werden in **Leistungsgruppen** eingeteilt, um **eine übersichtliche und für jedermann verständliche Darstellung des Leistungsangebotes** der Krankenhausbehandlung zu ermöglichen.“
- aus der Begründung der KH-Transparenzgesetzes -

Die NRW-Leistungsgruppen sind ebenso wie DRG-Textbezeichnungen **nicht selbst erklärend!**

- **Komplexe** Endokrinologie und Diabetologie/Gastroenterologie/Nephrologie/Pneumologie/Rheumatologie
- **Allgemeine** Innere Medizin (könnte beispielsweise auch eine Palliativmedizin oder operierende Rheumaorthopädie sein)
- **Allgemeine** Chirurgie (kann beispielsweise auch eine Herzchirurgie oder Radiologie sein)
- Leukämie und Lymphome (nur besondere Chemotherapien)
- Kardiale Devices (nur komplexe Schrittmacher und Defibrillatoren)
- Minimalinvasive Herzklappenintervention (ausschließlich TAVI, keine anderen MHI)
- Wirbelsäuleneingriffe/Lebereingriffe (selektive Auswahl)
- Geriatrie (nur Komplexbehandlung)
- Palliativmedizin (nur spezialisierte stat. palliativmedizinische Komplexbeh.)
- Perinatalzentren (müssen LG auch im Widerspruch zur G-BA-Regelung beantragen)

Die NRW-Leistungsgruppen und die geplanten Level bieten keine Transparenz in Bezug auf den Empfängerhorizont!

Die meisten LG stellen eine **medizinisch sehr inhomogene** und **hohe Aggregationsebene** dar
→ für Qualitätsreporting schlecht geeignet!
→ Notwendige Hierarchisierung beachten

Für die Spezialisten: in welcher Leistungsgruppe wird in NRW ein komplexer neurochirurgischer Fall abgebildet (mit/ohne Frührehabilitation)?

Warum ist die Orthopädie qualitativ bis zu 5-mal besser als die Thoraxchirurgie?

Warum ist die Kardiologie bis zu 4-mal besser als die Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie, ...?

Versorgungsstufen (Level):

- **Versorgungstufe Level 3U: Standorte einer Hochschulklinik** mit mindestens **5 internistischen** und **5 chirurgischen LG**, LG Intensivmedizin & Notfallmedizin sowie zusätzlich **8 weitere LG**
- **Versorgungstufe Level 3: Standorte** (außer Hochschulklinik) mit mindestens **5 internistischen** und **5 chirurgischen LG**, LG Intensivmedizin & Notfallmedizin sowie zusätzlich **8 weitere LG**
- **Versorgungstufe Level 2: Standorte** mit mindestens **2 internistischen** und **2 chirurgischen LG**, LG Intensivmedizin & Notfallmedizin sowie zusätzlich **3 weitere LG**
- **Versorgungstufe Level 1n: Standorte** mit **LG „Allgemeine Innere Medizin“** und **„Allgemeine Chirurgie“** sowie **LG Intensivmedizin & Notfallmedizin**

Bevorzugt Leistungsbereiche mit vielen Leistungsgruppen:

- Kardiologie
- Viszeralchirurgie
- Orthopädie & Unfallchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Frauenheilkunde & Geburtshilfe
- Perinatalzentren Level 1 (3 LG)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/krankenhaustransparenzgesetz.html>

Trägt die Reform zur Entökonomisierung bei?

- Wieso sollte sie das? („*Man kann nicht keine ökonomischen Anreize setzen!*“)
- Was wird eigentlich unter **Entökonomisierung** im Kontext der Reform verstanden?
→ Der **Mengenanreiz** soll genommen werden (oder soll eigentlich nur die Menge reduziert werden?)
- Nach den bisherigen Arbeitsentwürfen: der **Anreiz würde nicht genommen**, aber die Reform würde zu einer weiteren **Mengenreduktion** führen
 - Die Höhe der Vorhaltevergütung wird weiterhin von historischer Leistungsmenge bestimmt
 - Die Vorhalte-BWR sollen nach der Methodik der DRG-Fallkostenkalkulation bestimmt werden
 - Krankenhäuser mit geringen Fallmengen werden weiter tendenziell untervergütet
 - 60% von „zu wenig“ ist keine Existenzsicherung!
 - Wegfall von Leistungsgruppen (und Fällen) führt in der Regel zu unwirtschaftlicheren Strukturen (es fällt damit auch die bisherige Finanzierung der Vorhaltung weg)
 - Rückgang der Leistungsmenge (durch Wegfall von Versorgungsangeboten) soll auch zu einem (zeitversetzten) Rückgang des landesweiten Vorhaltebudgets führen (außer die Versorgung würde zu 100% von den verbleibenden Standorten übernommen werden [können])

Neue (komplexere) ökonomische Anreize

- Zunächst wird der **ökonomische Druck weiter steigen!**
 - Noch stärkere **Besinnung auf ökonomische Konsequenzen beim klinischen Personal** zu erwarten
 - Controller werden mit **Transparenz** unterstützen
- Finanzierung der notwendigen **Investitionskosten weiter nicht geklärt**
(derzeit auch keine Bereitschaft oder Fähigkeit dazu zu erkennen)

Tatsächliche Anreize (nach derzeitigem Stand!):

- **Mit vorhandener Minimalvorhaltung (Personal), soviel Leistung wie möglich erbringen!**
 - kein Ausstieg aus dem Hamsterrad !!!
- **Variable (Sach-)Kosten**, die nicht spezifisch im DRG-/ZE-System abgebildet sind, **tunlichst vermeiden**
 - Möglichst keine externen (Tele-)Konsile oder sonstigen Leistungen mehr
 - Innovationen, die mit höheren Sachkosten, Kosten an anderer Stelle sparen könnten, hätten keine Chance mehr
 - Dort, wo der Qualitätswettbewerb durch Zentralisierung aufgehoben wurde, bräuchte auf Qualitätsunterschiede keine Rücksicht mehr genommen werden (z.B. Implantate, medizinischer Sachbedarf)
- Ggf. den Ausstieg aus dem neuen System finden

Eckpunktepapier „Krankenhausreform“ vom 10. Juli 2023

Die Einigung im Detail

- Das überholte System der Fallpauschalen wird beendet. Stattdessen bekommen notwendige Kliniken Vorhaltepauschalen. Das heißt sie bekommen eine Art Existenzgarantie selbst wenn sie vergleichsweise wenige Behandlungen anbieten.
- Somit bestimmt die Qualität und nicht mehr die Quantität die Versorgung. Durch das neue System der Vorhaltepauschalen erhalten Krankenhäuser die Chance, zu überleben. Patient*innen können sich darauf verlassen, dass ihre Behandlung wirklich nötig ist und gut gemacht wird.
- Der Bund legt nach der Sommerpause ein eigenes Gesetz zur Transparenz vor. Patienten haben ein Recht darauf zu wissen, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Die Transparenz-Offensive soll am ~~1. Januar~~ 2024 starten.

1. Mai



Fest steht: Ohne Reform werden viele Krankenhäuser ungesteuert Insolvenz anmelden müssen. Mit der Reform bekommen Krankenhäuser wieder eine Perspektive.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

Davon findet sich nichts in den bisherigen Entwürfen oder Konzepten!

Davon (**Indikations- und Ergebnisqualität**) findet sich nichts in den bisherigen Entwürfen oder Konzepten!

Wirklich Neues findet sich nicht in den bisherigen Entwürfen oder Konzepten!
Die Leistungsgruppen und Level der KH-Planung in NRW sind dafür ungeeignet!

Davon findet sich (noch) nichts in den bisherigen Entwürfen oder Konzepten!



Roeder & Partner Ärzte
Berater im Gesundheitswesen

Roeder & Partner, Ärzte, PartG
Am Dorn 10, 48308 Senden
Wolfgang.Fiori@roederpartner.de
www.roederpartner.de

**Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**