
Update Krankenhausreform

Dr. Christofer Leschinger - AK Gesundheit - KV Karlsruhe – 12. März 2024



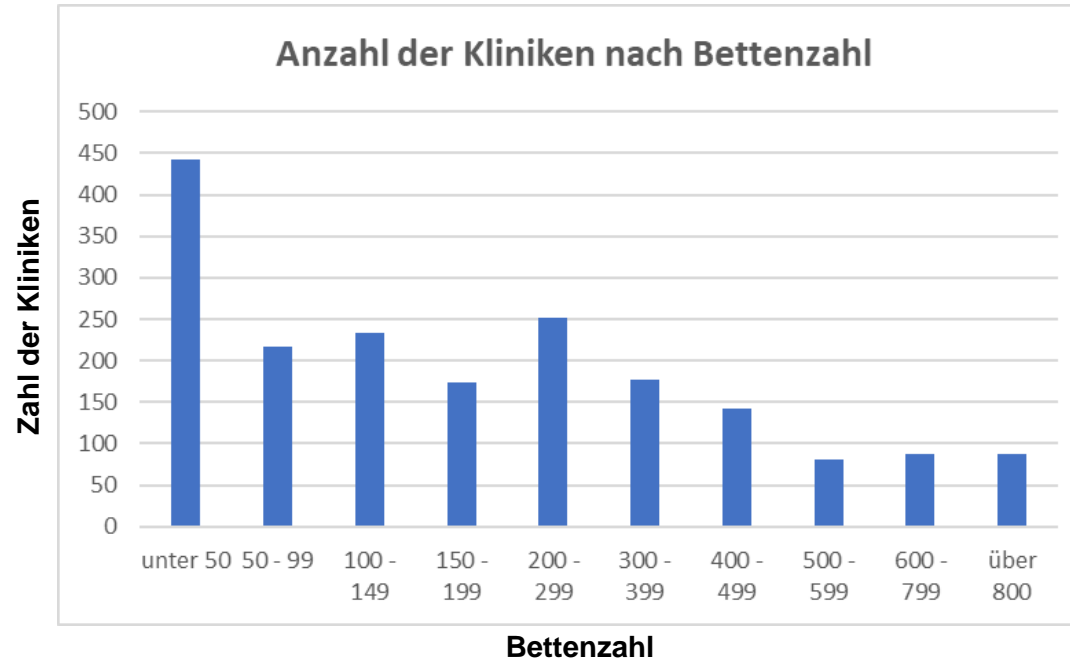
Was ist nur los in den
deutschen Kliniken?

Was ist aktuell los im deutschen Gesundheitswesen?

„Bedrohliche wirtschaftliche Notlage“

Städtisches Klinikum und ViDia-Kliniken sehen die bisher zuverlässige Patientenversorgung auf der Kippe

Krankenhauslandschaft in Deutschland

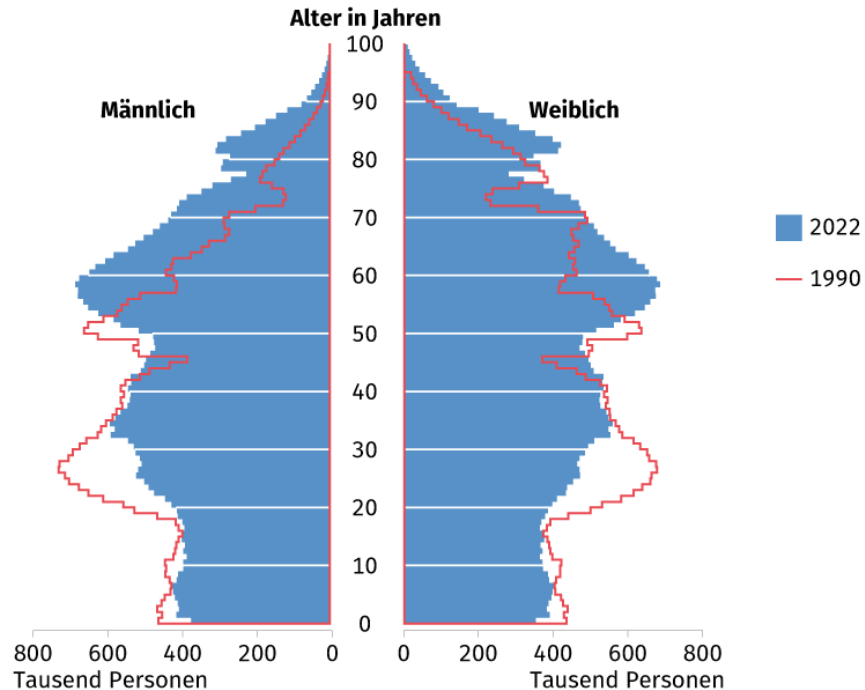


1893 Kliniken in Deutschland, davon **34 Universitätsklinika**

Demographische Entwicklung

Altersaufbau der Bevölkerung 2022

im Vergleich zu 1990



Die Babyboomer gehen in den Ruhestand...

...und werden selbst behandlungs- und pflegebedürftig

Gefährliche
Scherenentwicklung:

- Anteil der Seniorinnen und Senioren steigt
- Steigende Patientenzahlen
- Zunehmender Fachkräftemangel

Die großen Herausforderungen...

„Reformstau“

„Fachkräftemangel“

„Energiekostensteigerung“

„Kosten-Erlös-Schere“

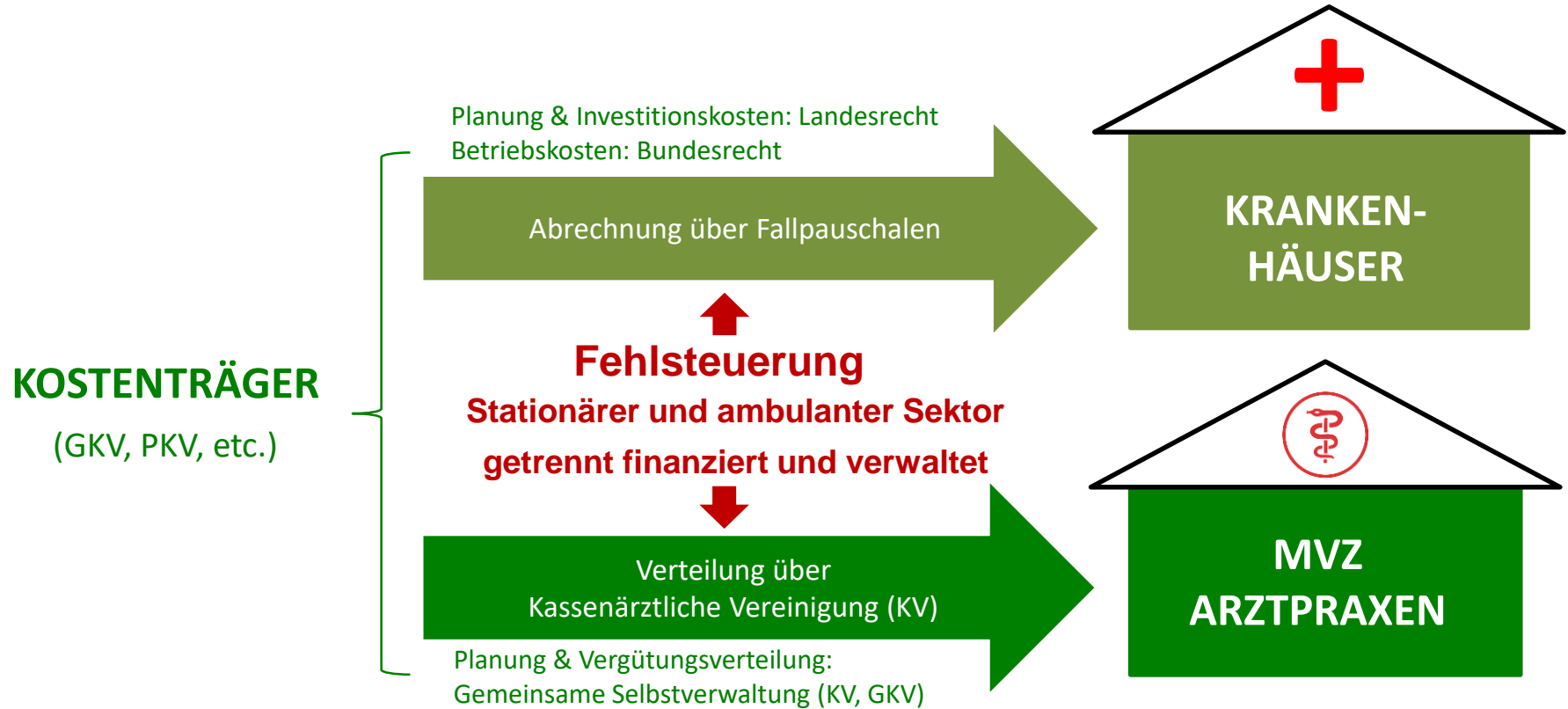
- ⇒ **80 % (!) der Kliniken schließen 2023 mit roten Zahlen ab**
- ⇒ **Grundlegende Reform des Finanzierungssystems ist überfällig, wird aber erschwert durch Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern**

„Corona-Delle“

„Pleitewelle“

Fehlsteuerung durch das DRG-System

Getrennte Finanzierung der Sektoren



Duale Krankenhausfinanzierung



Fallpauschalen - Diagnosis Related Groups (DRG)

- Schrittweise Einführung für somatische Kliniken ab 2004
- Festlegung gemeinsamer Vergütungsklassen (weitgehend unabhängig von Verweildauer)
- Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] retrospektiv anhand der realen Kostenstrukturen von ca. 200 Kalkulationskliniken
- Aufgrund der aufwendigen Kalkulation Versatz von ca. zwei Jahren, bis Kostensteigerungen auch in der DRG-Kalkulation berücksichtigt werden

Fehlsteuerung

DRGs werden retrospektiv mit einer Verzögerung von etwa zwei Jahren kalkuliert!

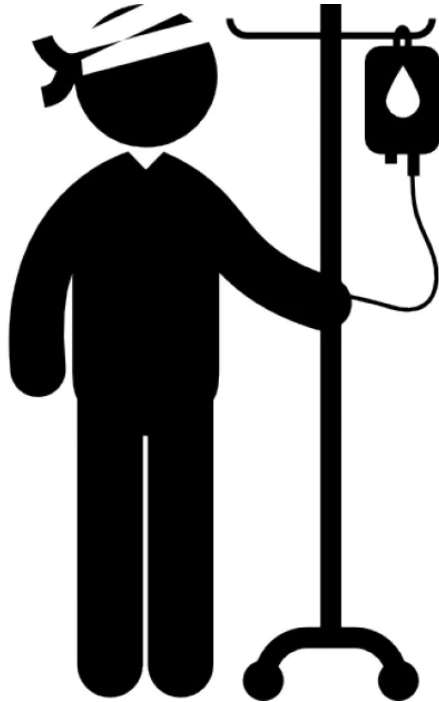
Kurzfristige Entwicklungen (z.B. Energiekostensteigerung) sind nicht eingepreist.

Wie entsteht eine Fallpauschale?

Fehlsteuerung

Rein mengengesteuertes Vergütungssystem!

Nur neue Fälle bringen neues Geld



Patientenmerkmale

- Alter
- Geschlecht

Erkrankungen

- Hauptdiagnosen (ICD-Code)
- Nebendiagnosen (ICD-Code)

Eingriffe/Maßnahmen

- Prozeduren (OPS-Code)

Weitere Parameter

- Beatmungszeit, etc.

männlich, 47 Jahre

Pankreas-Tumor

C25

5-525

Whipple-OP

Groupier

Automatisierte
Berechnung
mittels
Algorithmus

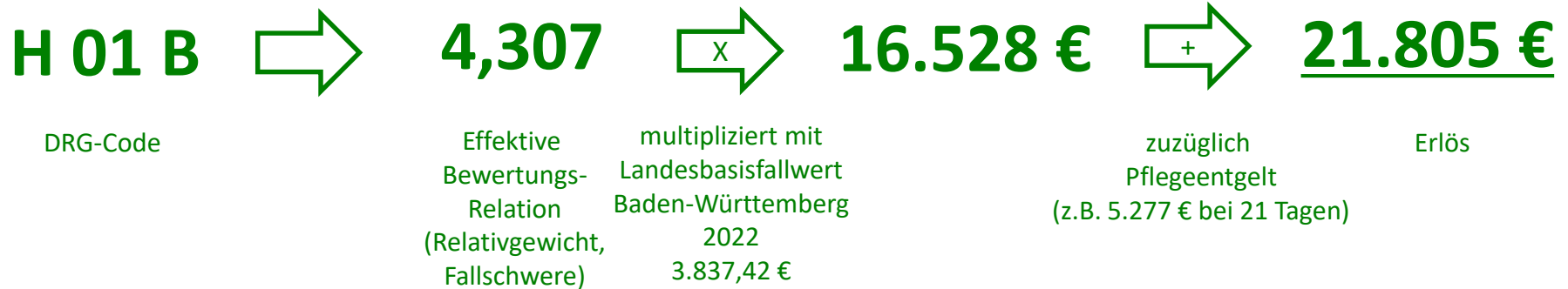
Eingriffe an Pankreas und
Leber und portosystemische
Shuntoperationen mit
großem Eingriff...

DRG-Code

H 01 B

Verweildauer ist nur von untergeordneter Bedeutung!

Wie werden die Fallpauschalen zu Geld?

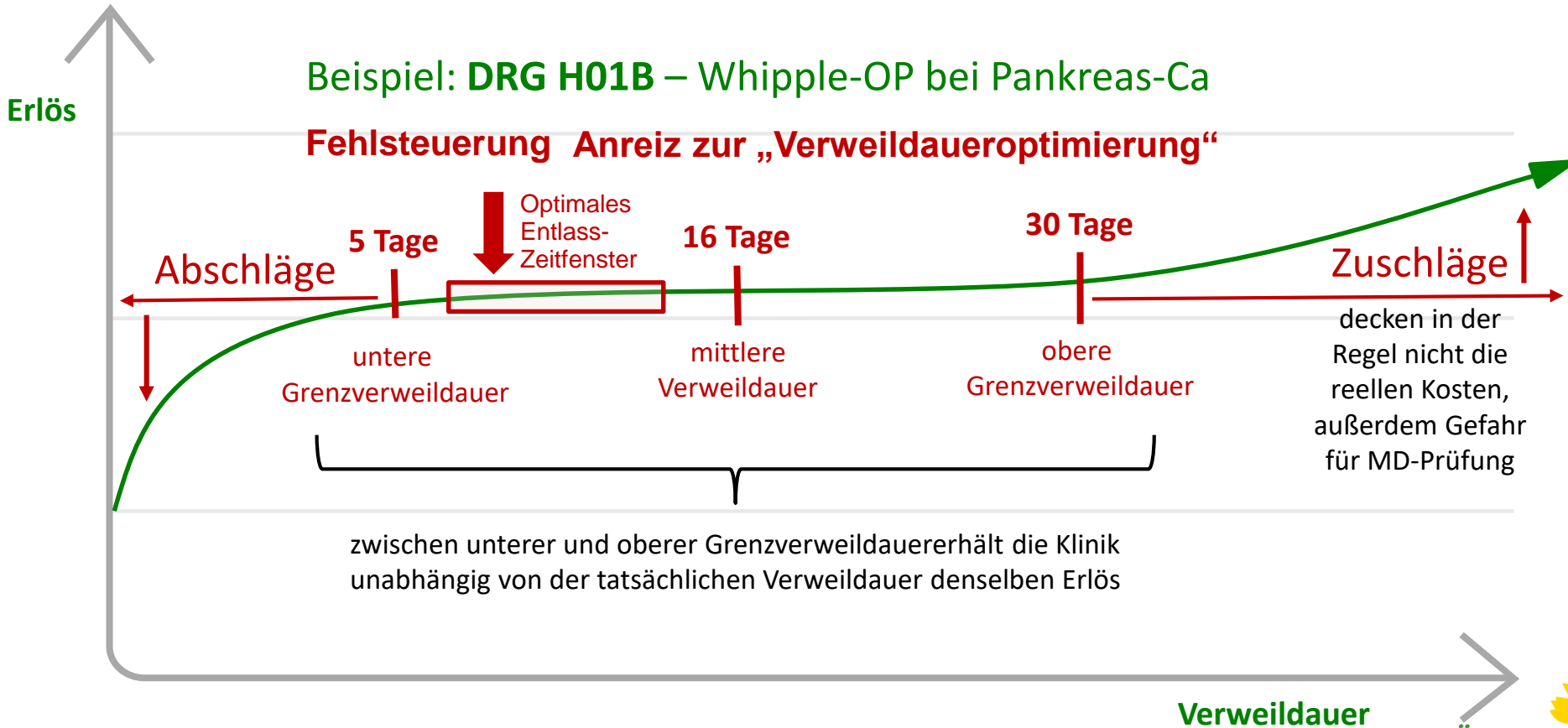


Case Mix = Summe der Bewertungsrelationen einer Klinik/Fachabteilung pro Jahr

Case Mix Index [cmi] = Case Mix geteilt durch Fallzahl = mittlere Fallschwere

Fehlsteuerung **Kliniken haben keinerlei Möglichkeit, ihre Preise selbst festzulegen**

Erlös weitgehend unabhängig von der Verweildauer



Fehlsteuerung durch das System der Fallpauschalen

- ➔ Ausgleich fehlender Investitionskostenfinanzierung durch Mittel der Krankenkassen, die eigentlich für die klinische Versorgung der Patientinnen und Patienten kalkuliert sind
- ➔ retrospektive Kalkulation der DRGs passt nicht zu akuten Entwicklungen (Corona, Energiekosten, ...)
- ➔ rein Fallzahl-bezogenes Vergütungssystem mit großem Anreiz zur Mengenausweitung
- ➔ Anreize zur maximalen Verweildauerverkürzung („blutige Entlassung“)
- ➔ Anreize zur Konzentration auf vermeintlich lukrative Fälle („Rosinenpickerei“)
- ➔ Anreize, Leistungen zu erbringen, für die das Krankenhaus nicht ausgestattet ist
- ➔ fehlender Anreiz für nicht-operative Maßnahmen oder Prävention

Negative Folgen der Fallpauschalen-Einführung

- ➔ Ökonomisierung der Versorgung
- ➔ Steigerung „lukrativer“ Fälle, Vermeidung „wenig lukrativer“ Fälle
- ➔ unzureichende Vergütung besonders komplexer Fälle („Extremkostenfälle“)
- ➔ Anstieg der Zahl privater Krankenhäuser mit elektiven Spezialitäten
- ➔ Fehlender Anreiz zur Ambulantisierung von Leistungen
- ➔ Gefahr von Überdiagnostik und Übertherapie durch rein mengenbezogene Vergütung
- ➔ kein Anreiz zur Steigerung der Qualität
- ➔ kein Anreiz für Innovation
- ➔ zunehmende Dokumentation und Bürokratisierung

⇒ **Reform dringend notwendig!**

Grundzüge der Krankenhausreform

Lauterbachs Reformkommission

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022 durch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach eingesetzt

- **Prof. Dr. Boris Augurzky** RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
- **Prof. Dr. Reinhard Busse** TU Berlin
- **Prof. Dr. Tom Bschor** Schlosspark-Klinik Berlin
- **Prof. Dr. Jörg Dötsch** Direktor Kinder- und Jugendmedizin UK Köln
- **Michaela Evans** Institut Arbeit und Technik (IAT)
- **Prof. Dr. Dagmar Felix** Professorin für Sozialrecht an der Universität Hamburg
- **Volkswirtin Irmtraud Gürkan** stellv. AR-Vorsitzende der Charité, ehemalige KD UKHD
- **Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg** Gesellschaft für Qualitätsmanagement, Sana Kliniken
- **Prof. Dr. Martina Hasseler** Ostfalia Hochschule
- **Prof. Dr. Stefan Huster** Ruhr-Universität Bochum
- **Prof. Dr. Christian Karagiannidis** Dt. Gesellschaft für Int. Intensivmedizin und Notfallmedizin
- **Prof. Dr. Thorsten Kingreen** Uni Regensburg
- **Prof. Dr. Heyo Kroemer** Vorstandsvorsitzender der Charité
- **Prof. Dr. Laura Münkler** Uni Greifswald
- **Prof. Dr. Rajan Somasundaram** Ärztlicher Leiter in der Notaufnahme Charité
- **Prof. Dr. Leonie Sundmacher** TU München

- ⇒ bewusste Auswahl eines Gremiums aus Wissenschaftler:innen
- ⇒ Lobbygruppen (Krankenkassen, Verbände, etc.) nicht beteiligt
- ⇒ auch Vertreter:innen der Bundesländer nicht eingebunden

Empfehlungen der Regierungskommission



bisher neun Positionspapiere verabschiedet zu

- Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe
- Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Notfall- und Akutversorgung sowie Rettungsdienst
- Verbesserung der Qualität
- Vergütungssystem der Kliniken

Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung>

Die Ziele der Krankenhausreform

Ziel 1: Qualitätsverbesserung durch Transparenz

Ziel 2: „Sortieren“ des Leistungsangebots

Ziel 3: Reform des Finanzierungssystems

Krankenhaustransparenzgesetz

- soll am 22. März im Bundesrat beschlossen werden

Ziel 1 – Qualitätsverbesserung durch Transparenz

- Online-Atlas zum Leistungsangebot und zur Behandlungsqualität der Kliniken
 - Fallzahlen, Leistungsangebot, Personalschlüssel, Komplikationsraten
 - Cave: Risikoadjustierung der Daten nötig
 - erste Version ab Mai 2024
- Transformationsfonds mit 50 Milliarden €
 - 50 % der Mittel vom Bund (Gesundheitsfonds der Kassen), 50 % von Ländern
 - 10 Jahre zur „Transformation“ der Kliniklandschaft
- Erhöhung der Landesbasisfallwerte und Liquiditätshilfen für Kliniken
 - soll „große Reform“ des Finanzierungssystems begleiten und unterstützen, bis Reform greift

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Ziel 2:
„Sortieren“ des
Leistungsangebotes



- 24. April Einbringung ins Bundeskabinett geplant
- keine Zustimmung der Länder erforderlich

Ziel 3:
Reform des
Finanzierungssystems

Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)

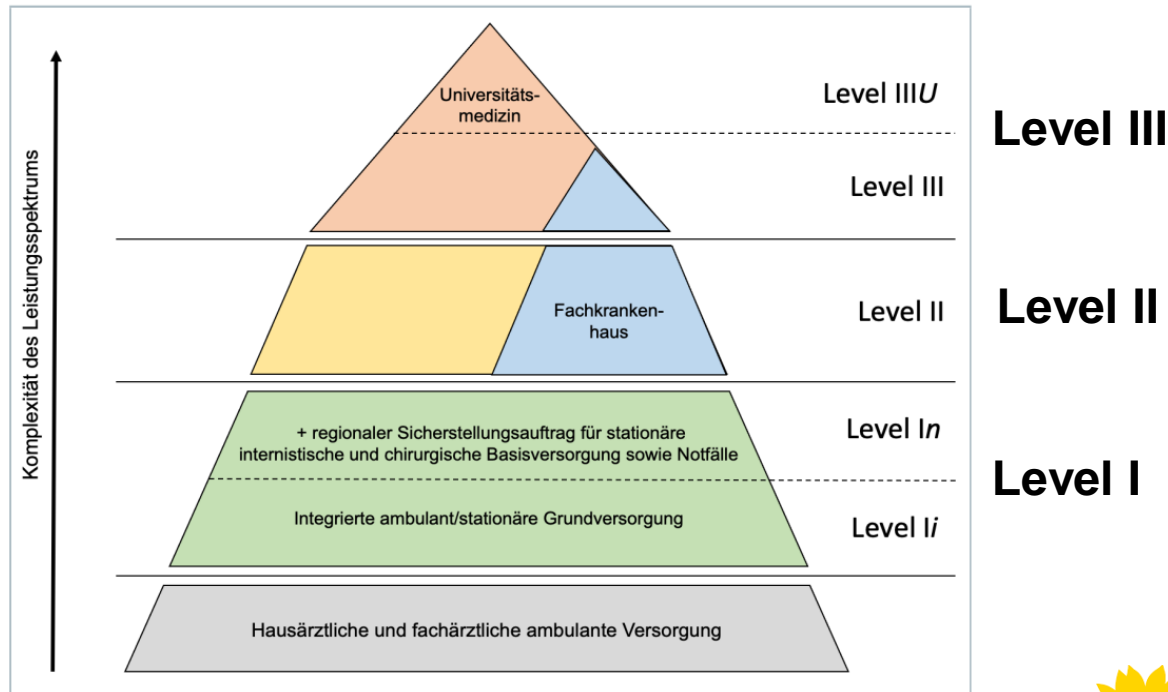
Ziel 2 – „Sortieren“ des Leistungsangebotes

Verbindlichkeit der Level-Einstufung wird abgeschwächt

(Gesetz wäre sonst zustimmungspflichtig)



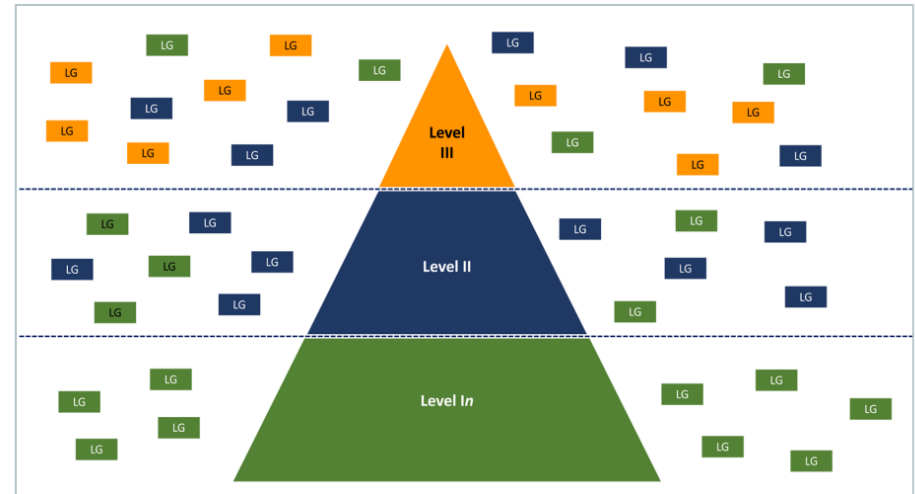
Krankenhausplanung ist Ländersache



Leistungsgruppen

Ziel 2 – „Sortieren“ des Leistungsangebotes

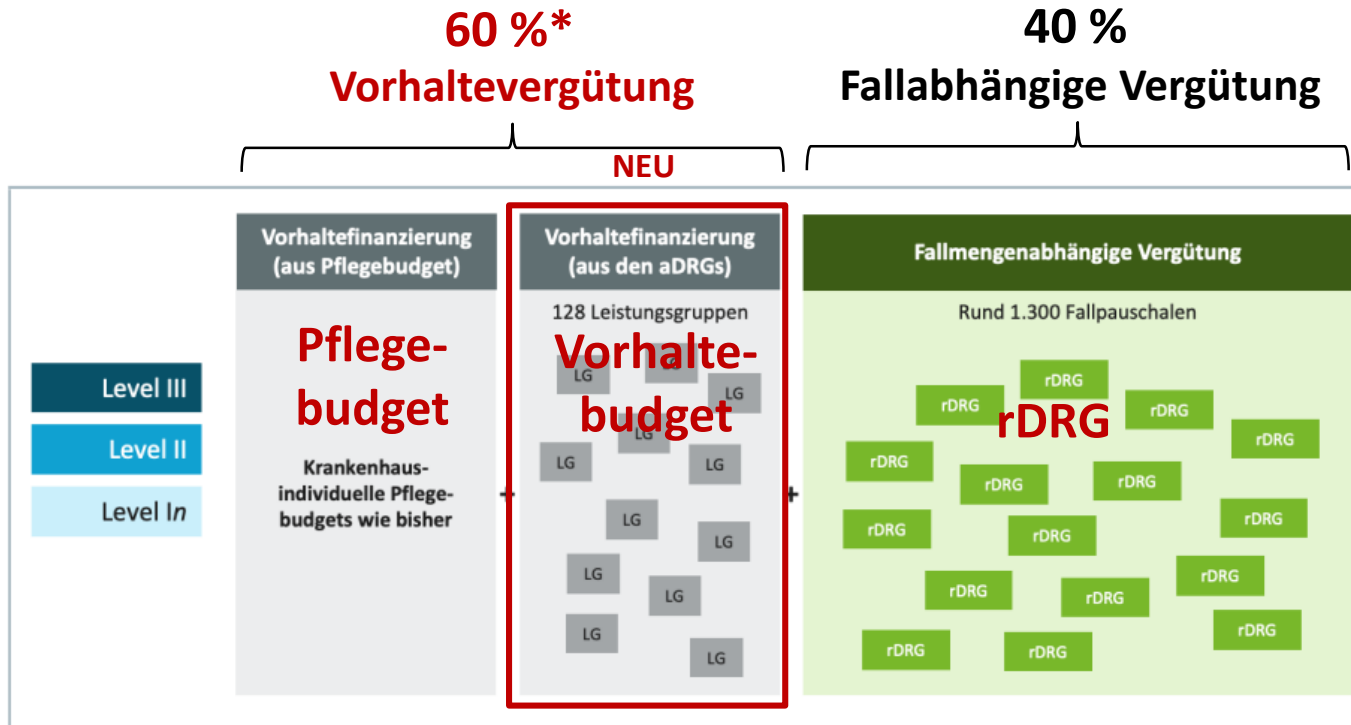
Keine verbindliche Verknüpfung von Leistungsgruppen und Versorgungslevel
(wäre sonst zustimmungspflichtig)



- Festlegung einheitlicher Qualitätskriterien je Leistungsgruppe
- Festlegung von Mindestmengen
- Krankenhaus muss pro Leistungsgruppe Strukturvoraussetzungen erfüllen

Vorhaltevergütung

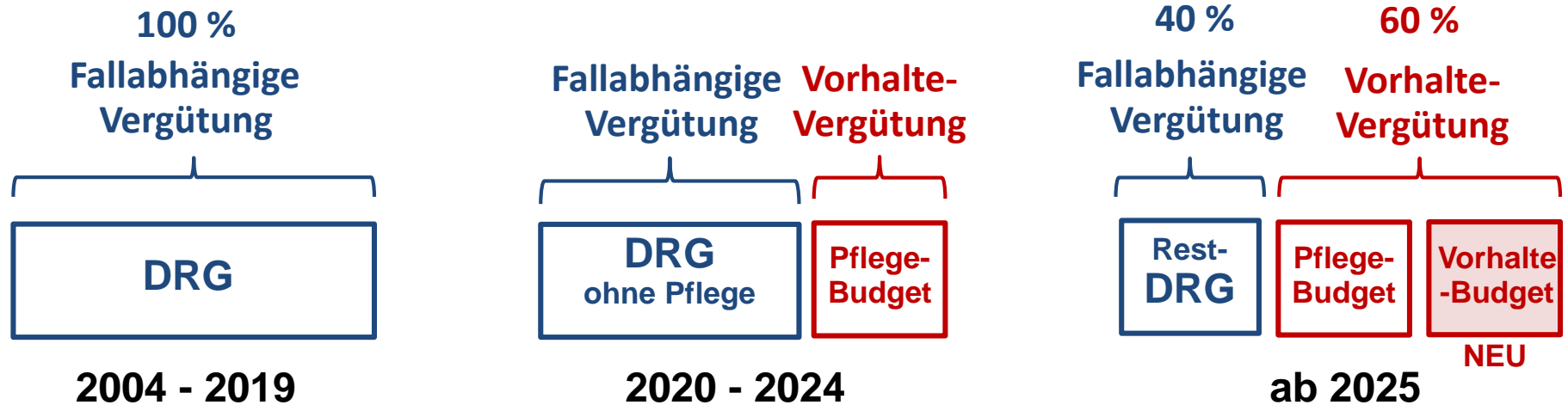
Ziel 3 – Reform des Finanzierungssystems



rDRG = Residuale DRG nach Abzug der Vorhaltung von den aDRGs

Vorhaltevergütung

Ziel 3 – Reform des Finanzierungssystems



Abkehr von einem rein mengenabhängigen Vergütungssystem hin zu einer Vergütung von Vorhalteleistungen („Feuerwehr“)



Zusätzlich Erhöhung des Landesbasisfallwerts notwendig...

... um mehr Geld im System zu haben und weitere Insolvenzen von Kliniken zu verhindern, denn anders als andere Unternehmen können Krankenhäuser ihre Preise nicht einfach selbst den Rahmenbedingungen (Lohnkostensteigerung, Energiekostensteigerung, etc.) anpassen.

