Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

# Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

6. Dezember 2022

# Agenda

**Ausgangslage**

Reformvorschlag

# Das DRG-System hat Vor- und Nachteile

Einerseits hat sich das DRG-System **bewährt**

- Es hat **Standards** und **Transparenz** geschaffen.
- Es hat zu einer hohen betrieblichen **Effizienz im Krankenhaus** geführt.
- Es hat die Krankenhausfinanzierung gegenüber der Zeit vor DRG **verbessert.**

Andererseits hat jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen **Nebenwirkungen**; die DRG …

- … setzen den Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen; versorgungsnotwendige **Vorhaltungen** sind erst nach einer gewissen Menge finanziert → **Hamsterradeffekt**
- … verhindern eine sektorenübergreifende Versorgung und bremsen die **Ambulantisierung** aus
- … besitzen keine Erlösrelevanz für die **Pflege**
- … führen nicht zu einer hohen **Systemeffizienz**

**Grundsätzliche Anpassung am Vergütungssystem nötig**

Quelle: Eigene Darstellung

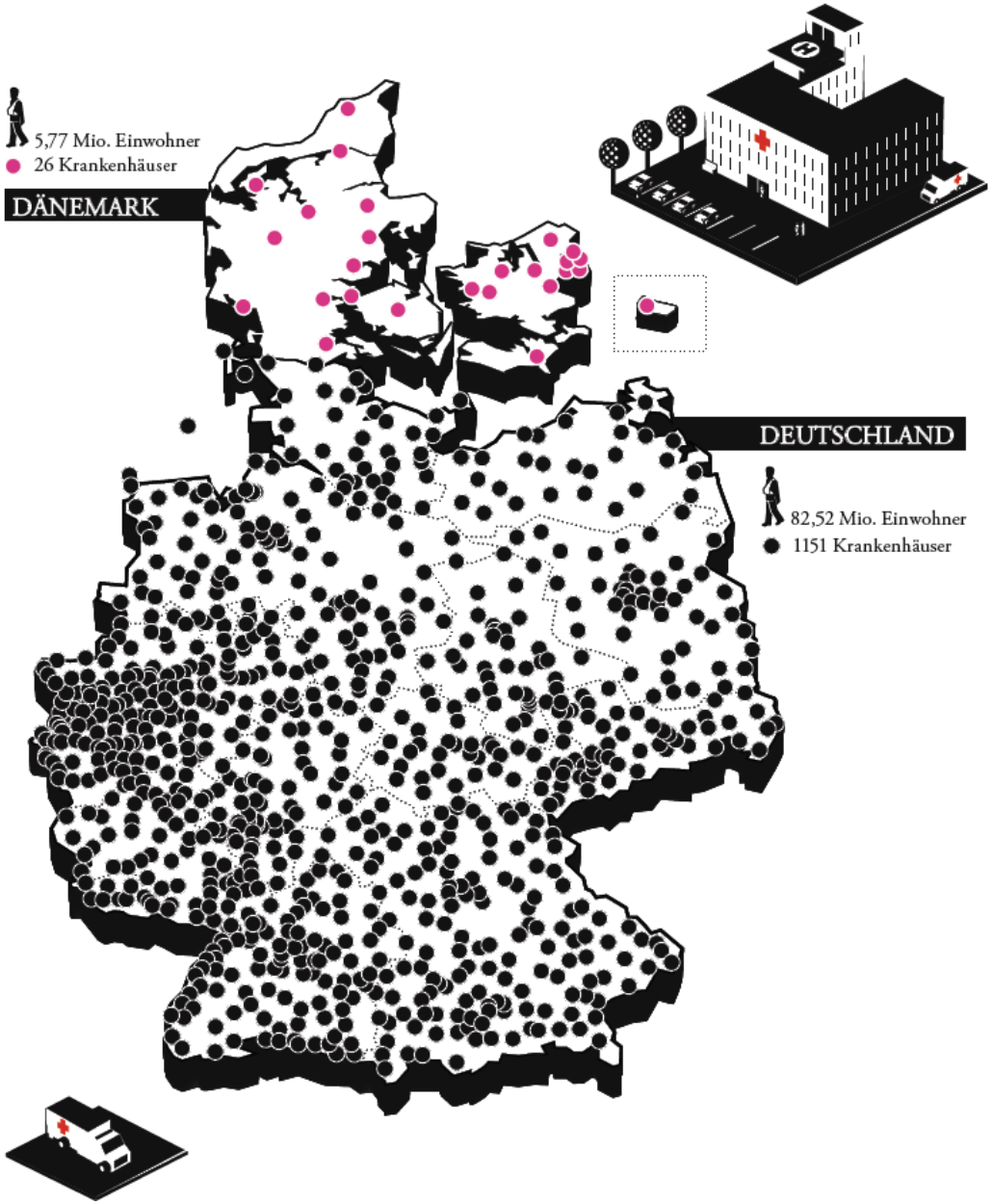
# … ebenso ist die Krankenhausdichte sehr hoch

Stand 2018

In Deutschland gibt es
– neben Hunderten Fachkliniken –

**1.151 Grundversorger**,

d.h. Krankenhäuser mit mindestens Chirurgie sowie Innere Medizin




Quelle: ZEIT-Grafik, GKV-Spitzenverband, WIdO-Qualitätsmonitor, OECD, Krankenhausreport

# Patienten erhalten durch zersplitterte Krankenhauslandschaft keine optimale Versorgung

Über 1.000 Krankenhäuser behandeln Patienten mit transmuralem **Herzinfarkt**, davon haben nur 578 einen Linksherzkatheter[1]

Über 1.100 Krankenhäuser behandeln Patienten mit **Hirninfarkt**, davon haben nur 475 eine Stroke Unit[1]

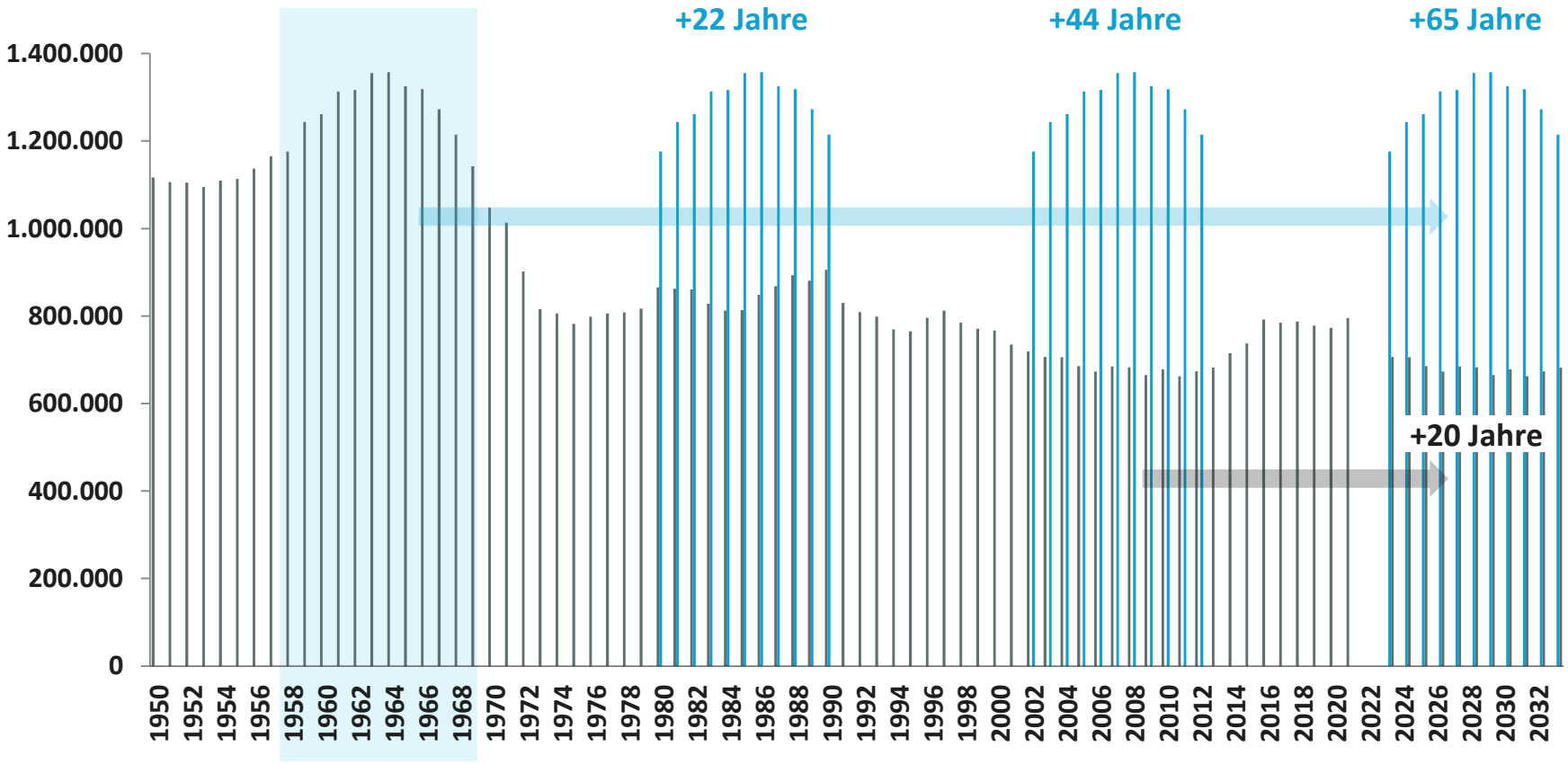
Über 50% aller **Krebspatienten** werden außerhalb von Krebszentren behandelt[2]; aber auch viele Zentren kommen auf sehr niedrige Fallzahlen[3]

(1) Im Jahr 2019; Eigene Berechnungen (R. Busse) mit DRG-Daten der Forschungsdatenzentren, jeweils für erstbehandelnde Krankenhäuser, d.h. ohne Zuverlegungen
(2) Im Jahre 2019; beim Pankreaskarzinom sogar über 70% außerhalb der 117 Pankreaskrebszentren; Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, Jahresbericht 2020
(3) 30 von 60 kinderonkologischen Zentren haben weniger als 40 Patienten pro Jahr; Quelle: Ebinger et al., Deutsches Ärzteblatt 2021

# Der bestehende Personalengpass wird noch deutlich größer werden

## 2023 werden ca. 1,2 Millionen Menschen 65, jedoch nur etwa 700.000 Menschen 20 Jahre alt

**Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)**




Quelle: Destatis

# Auch die Defizite der Krankenkassen nehmen zu …

## Zusatzbeiträge können drastisch steigen

22.02.2022: 5,7 Milliarden Minus: Krankenkassen melden laut Bericht höchstes Defizit aller Zeiten

kma Online

kma-online.de / Aktuelles / Politik / GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt

Bundeskabinett

GKV-Zuschuss für 2022 wird aufge

Die geforderte Finanzspritze für d sen (GKV) von weite sieben Milliarden Euro fü PKV monierte die Zuschüsse als n

Kassen erhalten 2021 Zuschuss aus Steuermitteln in Höhe von 7 Mrd. € p.a.

Komme teilen mitteilen te

Die gesetzlich sicherungen (GKV) sollen im den Jahr eine zusätzliche Milliardenspritze vom Bund bekommen, um die Beiträge stabil zu halten. Das sieht eine Verordnung von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor, die das geschäftsführende Kabinett am 3. November auf den Weg gebracht hat. Im Einvernehmen mit dem Finanzressort soll der Zuschuss für 2022 demnach um nochmals sieben Milliarden Euro aufgestockt werden - auf dann insgesamt 28,5 Milliarden Eu Bundestag muss noch zustimmen. Die Kassen begrüßten die Schritte, forder die neue Regierung aber auch grundsätzliche Entscheidungen zur Finanz-Stabilisierung

Symbolfoto

Ärzteblatt vom 22.11.2021

**Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weit**

Montag, 22. November 2021

Newsletter abonnieren | Zur Startseite

Im Jahr 2023 wird ein Defizit von 17 Milliarden Euro erwartet = ca. 1 Beitragssatzpunkt

/dpa

Berlin – Die Krankenkassen trudeln offenbar immer tiefer ins Defizit. Nach drei Quartalen sind Ausgabenüberschüsse von 3,2 Milliarden Euro aufgelaufen. Allein die AOK-Gemeinschaft verzeichnet nach neun Monaten ein Minus von 2,7 Milliarden Euro. Das berichtete die *Ärzte-Zeitung* am vergangenen Freitag.

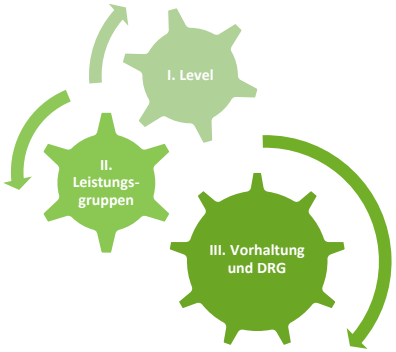
Quelle: Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weiter (aerzteblatt.de); SPIEGEL vom 21.05.2022, Interview mit Jens Baas, Techniker Krankenkasse

# Agenda

Ausgangslage

**Reformvorschlag**

# Regierungskommission schlägt eine Reform mit drei Komponenten vor



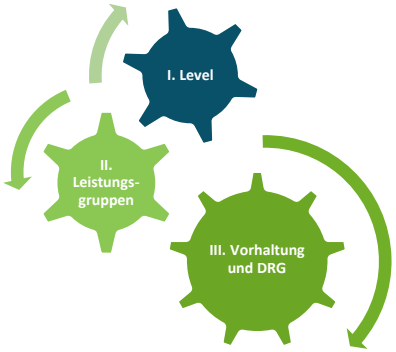
**a** Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

**b** **Leistungsgruppen** (LG), die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Leveln zugeordnet werden können

**c** Neben reduzierten DRG ein **Vorhaltebudget** für jede Leistungsgruppe, die ein Krankenhaus anbietet, wenn es die Voraussetzungen dafür erfüllt

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

# Agenda



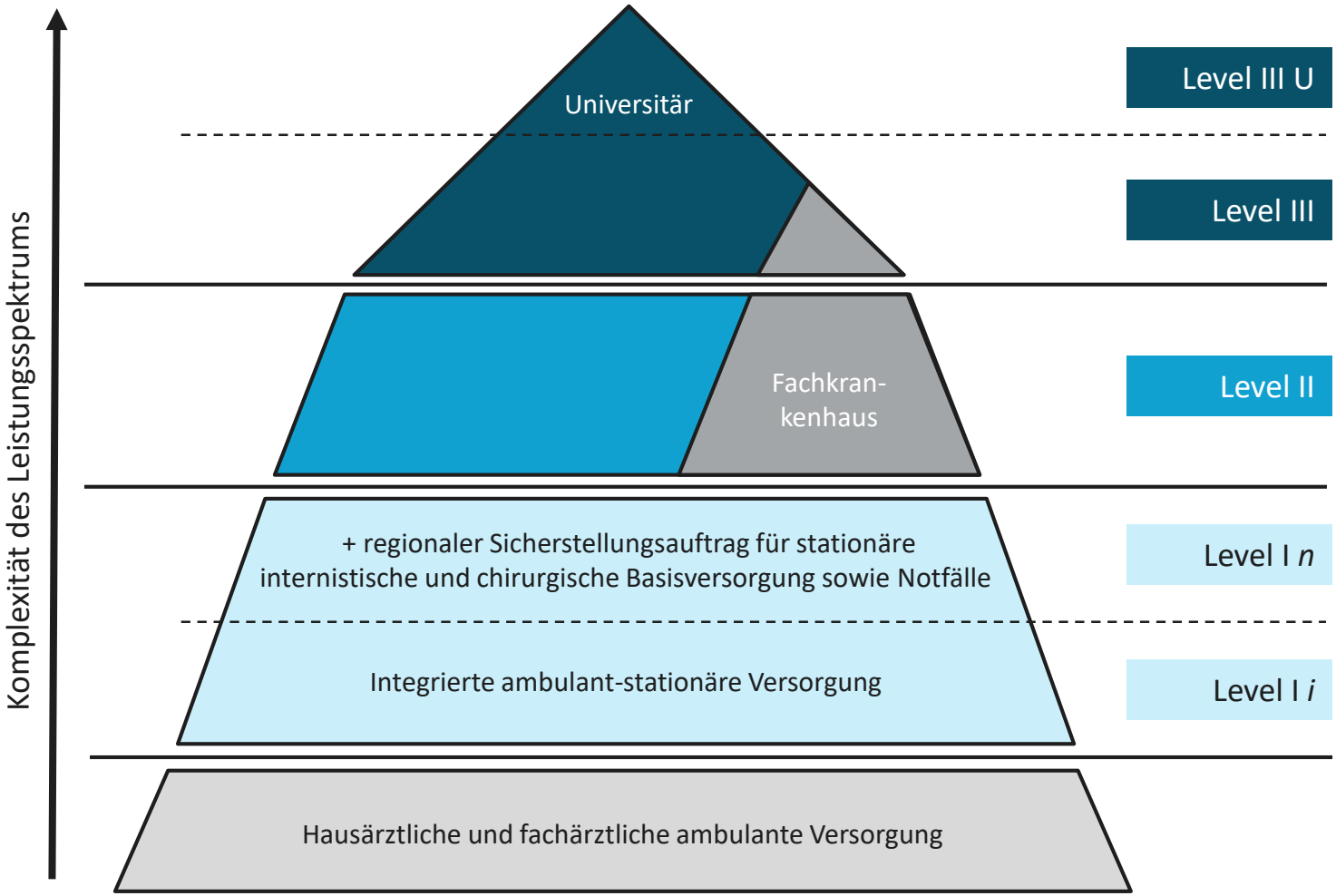
Ausgangslage

Reformvorschlag

- **Krankenhauslevel**
- Leistungsgruppen
- Vorhaltung und DRG
- Ergänzungen

# Die Krankenhausversorgung untergliedert sich in drei Versorgungslevel

## Mit Substufen „universitär“ und „integriert ambulant-stationär“



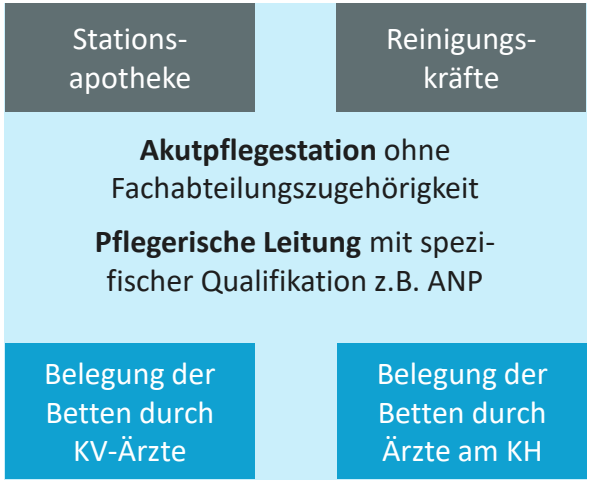

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

# Level I*i* stellt Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar

## Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung

| | |
|---|---|
| **Angebot** | **Medizin:** Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung, Innere Medizin und/oder Chirurgie, allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich<br>**Ausstattung**: Labor, Ultraschall, Röntgen<br>**Tagdienst**: Ärztliche Anwesenheit / **Nacht und Wochenende**: Fachärztl. Rufdienst, Sozialdienst<br>**Leitung** durch qualifizierte Pflegefachpersonen, z.B. Advanced Nursing Practitioners (ANP) |
| **Vergütung** | keine Vorhaltebudgets<br>kein Pflegebudget<br>Degressive **Tagespauschalen** für Akutpflege und Abrechnung der ärztlichen Leistungen<br>• nach EBM für KV-Ärzte<br>• um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am KH angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung |

**Beispiel**




Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

# Kliniken des Level I*n* stellen die stationäre Grundversorgung in sehr ländlich geprägten Regionen sicher

| | |
|---|---|
| **Voraus-setzung** | Das nächstgelegene Krankenhaus des Level II oder III ist weiter als **30 Minuten Pkw-Fahrzeit** entfernt oder das Bundesland sieht einen besonderen, zu begründenden Versorgungsauftrag |
| **Angebot** | **Medizin**<br>• Stationäre Betten für Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie(1)<br>• LG Basis Intensivmedizin (mindestens sechs täglich betreibbare Intensivbetten)<br>• Notaufnahme mit LG Basisbehandlung Notfallmedizin (Level 1 gem. G-BA)<br>**Ausstattung**: Telemedizinische Vernetzung mit Kliniken Stufe II oder III oder Fachkliniken in jeweiliger LG (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung), CT, Labor, feste Kooperation mit übergeordneten Klinken(2), Hubschrauberlandeplatz (falls nächste Level III-Klinik > 30 km)<br>**Dienste**: Facharzt-Standard 24/7 für die jeweilige Leistungsgruppe, Sozialdienst |
| **Vergütung** | Vorhaltebudgets nach **Leistungsgruppen**<br>**Residual-DRG**<br>**Pflegebudget** |

(1) Ggf. weitere Leistungsgruppen der Basisbehandlung, d. h. 3.0, 5.0, 6.0, 7.0 bzw. 11.0, Geriatrie LG 15.1 und/oder Palliativmedizin LG 16.1
(2) Auch im Hinblick auf Austausch ärztlichen Personals
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

# Kliniken des Level II konzentrieren sich auf die stationäre Versorgung innerhalb einer Region

| | |
|---|---|
| **Angebot** | **Medizin**(1)<br>• Mindestens drei internist. LG (1.1-1.9, in jedem Fall 1.6) und drei chirurgische LG (2.1-2.7)<br>• LG 3.1, 3.2, 3.3, 14.1 (Stroke Unit)<br>• LG Allg. (erweiterte) Intensivmedizin mit min. tgl. betreibbarer Low-care-Intensivbetten ≥10 und High-care-Intensivbetten ≥10, erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Level 2 gem. G-BA)<br>• Weitere LG aus mindestens fünf weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16<br>**Ausstattung**: Telemedizin. Anbindung an andere KH in jeweiligen LG, MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Hubschrauberlandeplatz (falls Distanz zur nächsten Level III-Klinik > 30 km)<br>**Pflege-Ausbildungsstätten**, Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren |
| **Vergütung** | Vorhaltebudgets nach **Leistungsgruppen**<br>**Residual-DRG**<br>**Pflegebudget** |

(1) Siehe Anhang des Kommissionspapiers zur Definition der Leistungsgruppen

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

# Kliniken des Level III bieten eine überregionale stationäre Versorgung

| | |
|---|---|
| **Angebot** | Mindestens wie Stufe II<br><br>**Medizin**(1)<br><br>• Mindestens fünf internistische und fünf chirurgische LG<br>• LG Komplexe (umfass.) Intensivmedizin mit min. täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten ≥20, High-care-Intensivbetten ≥20, umfassende Notfallmedizin LG 12.2 (Level 3 gem. G-BA)<br>• Weitere Leistungsgruppen aus mindestens acht der zwölf weiteren Leistungsbereichen (3-11 und 15-17) am Standort<br><br>**Ausstattung:** Telemed. Vernetzung mit Kliniken der Stufe I, II und Fachkliniken in jeweiligen LG, Hubschrauberlandeplatz, zertifizierte und refinanzierte Studienzentren, verpflichtender Einschluss von Patienten (etwa solchen mit NUB-Entgelten, onkologischen Patienten) in klinische Studien<br><br>Umfassende **Pflege-Ausbildungsstätten**, Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren |
| **Vergütung** | Vorhaltebudgets nach **Leistungsgruppen**<br><br>**Residual-DRG**<br><br>**Pflegebudget** |

(1) Siehe Anhang des Kommissionspapiers zur Definition der Leistungsgruppen

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

# Kliniken des Level III U mit zusätzlichen Aufgaben

| | |
|---|---|
| **Angebot** | Mindestens wie Stufe III<br>**Zusatzaufgaben**<br>• Überregionale Koordination und Steuerung<br>• System- und Zukunftsaufgaben, z.B. Pandemic Preparedness-Infrastruktur für Krankenversorgung<br>• Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums, u.a. Weiterbildungsberechtigung auch in „kleinen Fächern“<br>• Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation<br>• Entwicklung, Evaluation und Implementierung regionaler Versorgungsnetze und präventiver Public-Health Konzepte<br>• Vorhaltung für seltene Erkrankungen |
| **Vergütung** | Vorhaltebudgets nach **Leistungsgruppen**<br>**Residual-DRG**<br>**Pflegebudget**<br>**Vorhaltung für genannte Zusatzaufgaben**, soweit nicht Teil von Forschung und Lehre |

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

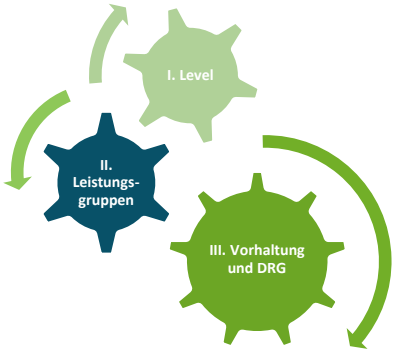
# Fachkliniken konzentrieren sich auf wenige Fachgebiete mit Versorgungsniveau auf Level II und III

| | |
|---|---|
| **Angebot** | **Medizin**<br>• Stationäre Betten, LG des entsprechenden Faches mit 24/7-Facharztstandard<br>• Basisbehandlung Intensivmedizin mit tgl. betreibbaren Low-care-Intensivbetten ≥4 und High-care-Intensivbetten ≥2 (mit vom Bundesland zu definierenden Ausnahmen, z.B. Rheuma-kliniken(1))<br>**Ausstattung**: Telemedizinische Vernetzung mit Kliniken der Stufe I, II, III in jeweiligen LG (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung), CT, Labor, Hubschrauberlandeplatz (falls Distanz zur nächsten Level III-Klinik > 30 km)<br>Mindestmengenvorgabe für angebotene LG mit Beratung durch Fachgesellschaften, Sozialdienst |
| **Vergütung** | Vorhaltebudgets nach **Leistungsgruppen**<br>**Residual-DRG**<br>**Pflegebudget** |

(1) Bei diesen sind aber feste Kooperationspartner für intensivmedizinische Versorgung zu benennen

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

# Agenda



Ausgangslage

Reformvorschlag

- Krankenhauslevel
- **Leistungsgruppen**
- Vorhaltung und DRG
- Ergänzungen

# Kategorisierung der Krankenhausleistungen in 128 Leistungsgruppen

## Definition nach ICD und OPS-Codes

Behandlung innerhalb einer Gruppe benötigt **ähnliche Qualifikationen**, **Kompetenzen** und **Erfahrungen** sowie gleichartige technische **Ausstattung**

***Mindeststrukturvorgaben*** *für Personal und Technik, die später die derzeit getrennt existierenden Qualitätsvorgaben berücksichtigen bzw. erweitern*(1)

**Definition der Leistungsgruppen nach ICD und OPS**

Insgesamt 128 LG

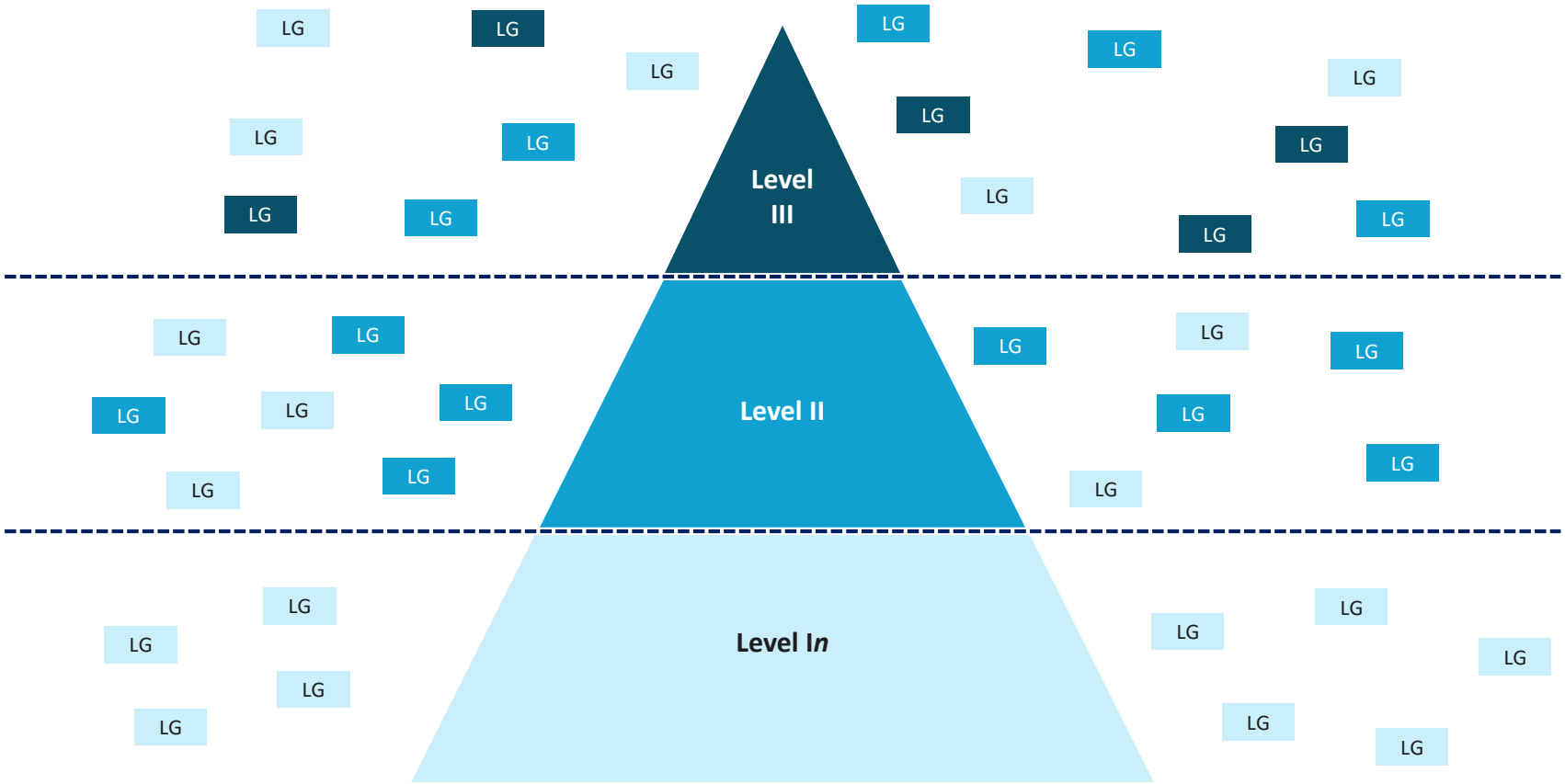
***Querschnittsbereiche*** *wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sind Teil der Mindeststrukturvoraussetzung*

(1) Dabei gelten die Personalvorgaben nicht nur innerhalb der bettenführenden Abteilungen, sondern auch darüber hinaus, etwa in Radiologie oder im Labor

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

# Die Leistungsgruppen werden mit den Krankenhausleveln verknüpft

## Nicht jede Leistungsgruppe kann von allen Leveln erbracht werden




Anmerkung: Fachkliniken sind in ihrem Fachgebiet dem Level II und/oder III zugeordnet
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

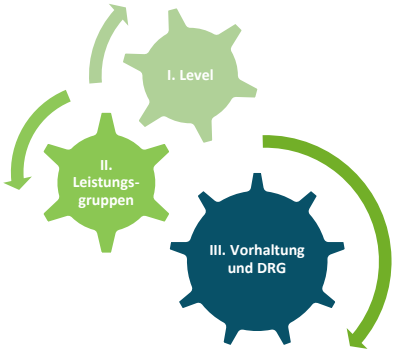
# Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Innere Medizin und Chirurgie als Beispiel

| Leistungsgruppe (LG) | | Maximales Leistungsspektrum | | |
|---|---|---|---|---|
| | Mindestlevel 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 |

Genaue Definition der Leistungsgruppen im Anhang des Gesamtdokuments

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

# Agenda



Ausgangslage

Reformvorschlag

- Krankenhauslevel
- Leistungsgruppen
- **Vorhaltung und DRG**
- Ergänzungen

# Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen

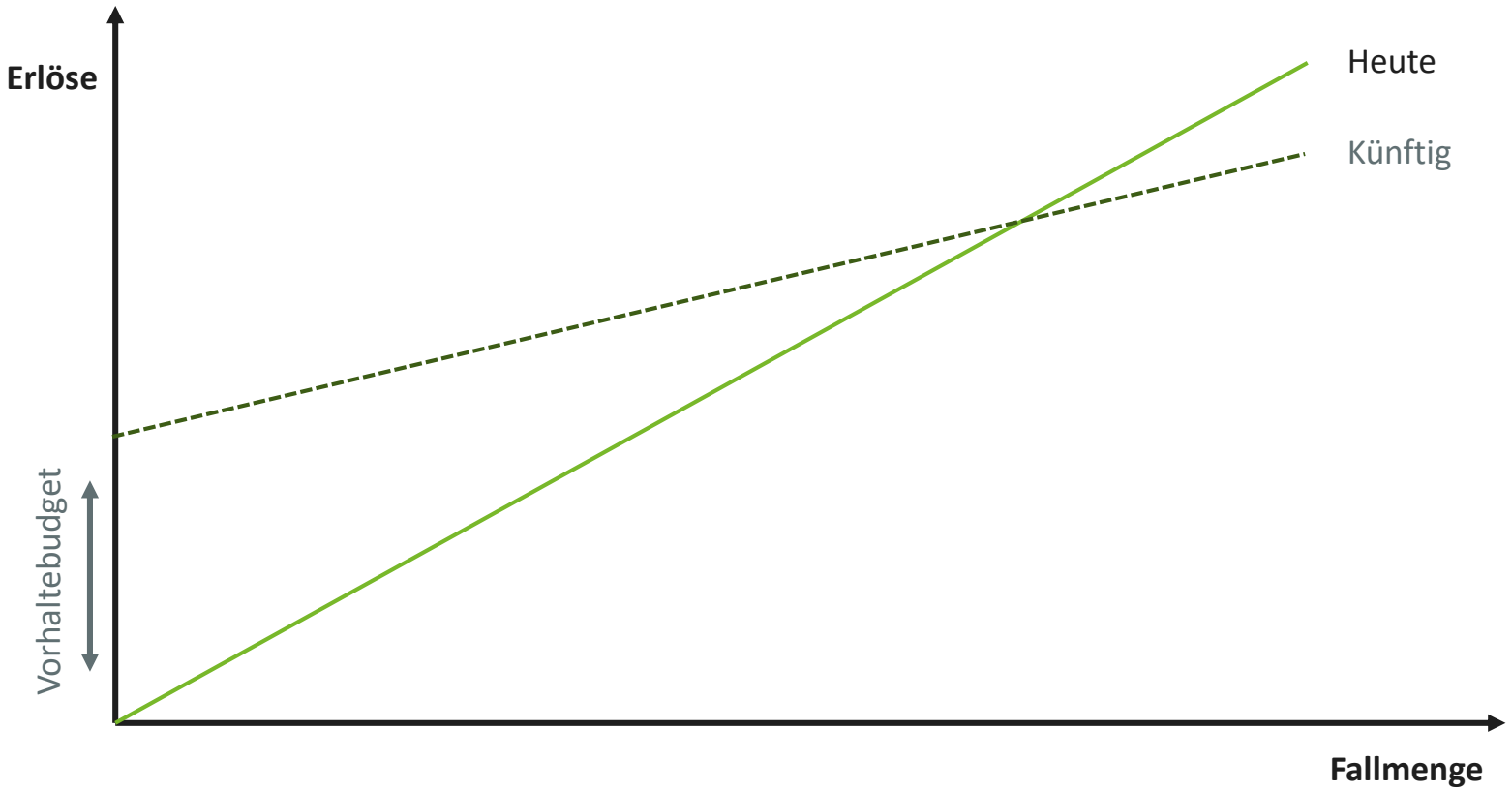
## Für Kliniken der Level I*n*, II, III und Fachkliniken

| **Fallmengenunabhängige Vergütung** | | **Fallmengenabhängige Vergütung** |
|---|---|---|
| **Pflegebudget** | **Vorhaltebudget**<br>auf Basis eines normativ festzulegenden (und potenziell anzupassenden Vorhalteanteils) **pro Leistungsgruppe** | Erlöse aus der Abrechnung der **Fälle** nach verbleibendem Restanteil der aDRG<br><br>Im Folgenden **rDRG** genannt |

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

# Der Mengenanreiz wird dadurch reduziert

## Schematische Darstellung für eine Leistungsgruppe




Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

# Vergütung der Vorhaltung erfolgt auf Ebene der Leistungsgruppen, die mengenabhängige Vergütung nach rDRG

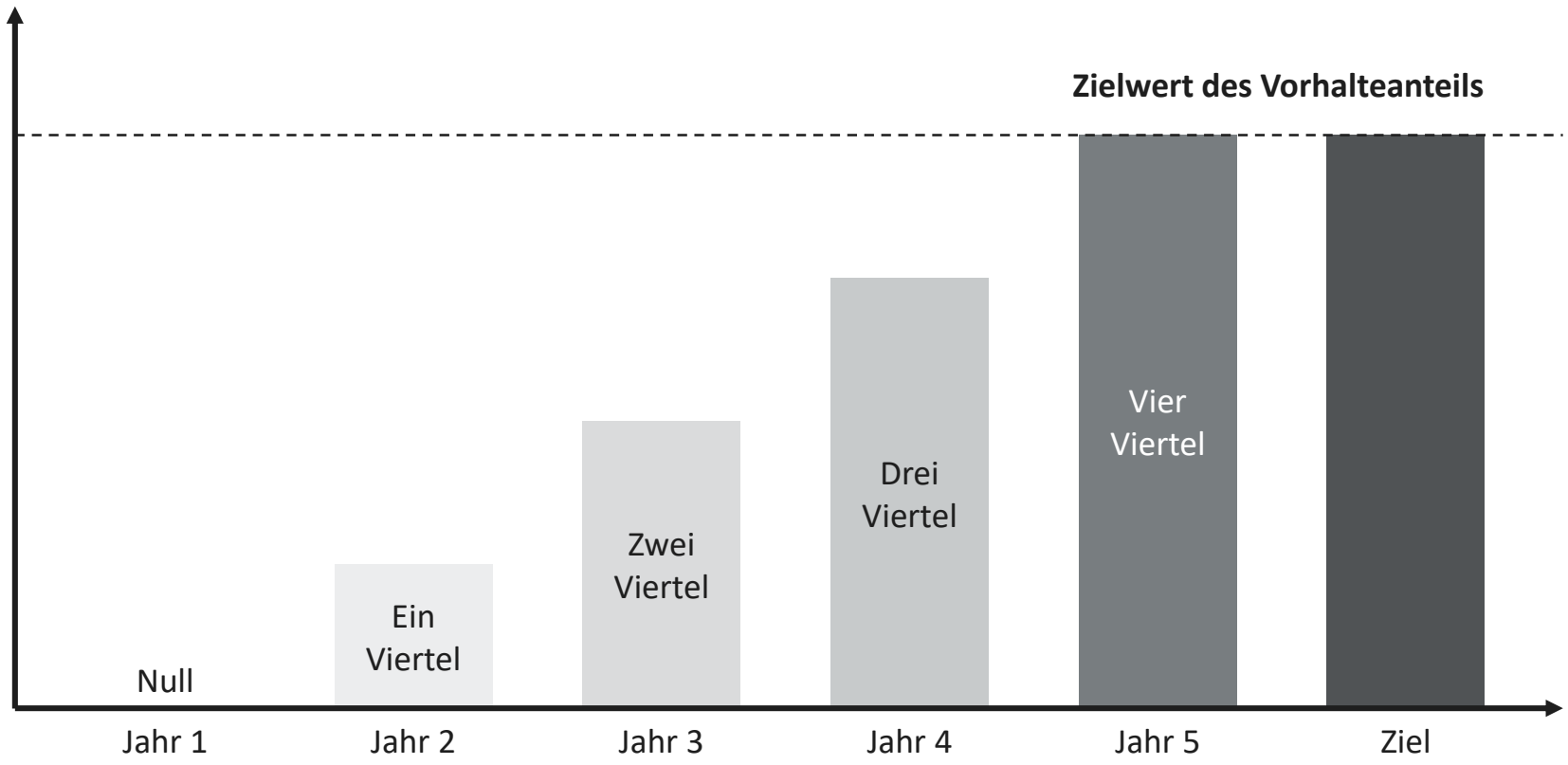
## Ausnahme: Kliniken des Level I*i*

| | Vorhaltefinanzierung aus Pflegebudget | | Vorhaltefinanzierung auf Ebene der LG | | Fallmengenabhängige Vergütung auf Ebene der rDRG |
|---|---|---|---|---|---|
| Level III<br>Level II<br>Level I *n* | **Krankenhaus-individuelle Pflege-budgets wie bisher** | + | 128 Leistungsgruppen<br>LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG LG | + | Rund 1.300 Fallpauschalen<br>rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG rDRG |
| | Auszahlung **wie bisher** | | Auszahlung **über BAS**(1)<br>**Abschlag**, wenn Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt(2) | | Auszahlung **wie bisher** über Krankenversicherungen |
| Level I *i* | **Sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen** | | | | |

(1) Bundesamt für Soziale Sicherung
(2) Die Abschlagszahlungen gehen zurück an das BAS und werden dann auf die übrigen Kliniken verteilt
Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

# Konvergenzphase von fünf Jahren vermeidet abrupte Systeminstabilität

## Schrittweises Erreichen des Zielwerts des Vorhalteanteils




Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

# Verteilung des Vorhaltebudgets einer Leistungsgruppe auf die Standorte orientiert sich in der Startphase an den bisherigen Fallzahlen

## Im Zielbild zudem Qualitätsorientierung und Bevölkerungsbezug

**Verteilung** des Vorhaltebudgets einer Leistungsgruppe **auf die Standorte**

**Startphase**
Orientierung an …

Ist-Fallzahl der Krankenhäuser

**Zielbild**
Orientierung an …

Bevölkerungsstruktur

Prozess- und Ergebnisqualität

Marktanteile (Fallmenge)

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

# Mein Fazit

- „Gefällt mir nicht“ ist keine Option
- Nicht jedes Krankenhaus wird ein Krankenhaus im klassischen Sinn bleiben.
- Der intelligenten Gestaltung und die Qualitätssicherung ambulanter Angebote und von Gesundheitszentren kommt besondere Bedeutung zu.
- Konzentration und Spezialisierung sind unumgänglich.
- Trägerübergreifende, regionale Zusammenarbeit ist ein wichtiger Schlüssel.

Wichtige Aufgaben kommen auf Qualitätsmanagementbeauftragte zu!

## Was ist zu tun

- nicht hoffen, dass es vorüber geht
- nicht auf die letzte Ausdifferenzierung warten
- ehrliche Stärken / Schwächen-Analysen machen
- mutige Entscheidungen treffen

- besonders in kleinen Krankenhäusern:
  Konzepte erarbeiten
  auf lokale Anbieter ambulanter und komplementärer Leistungen zugehen
  und Zusammenarbeit suchen

# Für mehr Information:

Bundespressekonferenz

VEREIN ▾ PRESSEKONFERENZEN ▾ SERVICE ▾ LOGIN EN

## BPK-Termine

**Wir empfehlen das Tragen einer Maske im Pressesaal.**

[ Archiv ] [ drucken ]

### Dienstag, 06. Dezember 2022

10:00 Uhr **Reformvorschläge der Regierungskommission Krankenhausversorgung**

- Bundesminister für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach
- Prof. Dr. med. Tom Bschor, Koordinator der Regierungskommission Krankenhausversorgung
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)
- Irmtraud Gürkan, stellvertretende Aufsichtsratsvorsitzende der Charité

### Saalordnung

- Grundsätzlich dürfen nur Mitglieder der BPK und des VAP an den Pressekonferenzen und Hintergrundgesprächen im Konferenzsaal teilnehmen.
- Ausnahmen (berichtende Journalisten, Pressesprecher) können per [Mail] beantragt werden. Gäste haben nur nach ausdrücklicher Genehmigung Fragerecht.
- Mitgliedsausweise bzw. Zulassungsbescheinigungen sind vorzuzeigen.
- Für die Dauer der Pressekonferenz hat das leitende Vorstandsmitglied Hausrecht.

Bundespressekonferenz: Termine

3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (bundesgesundheitsministerium.de)

Für mehr Information:

# Vielen Dank!

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Heidemarie.Haeske-Seeberg@sana.de
+49 (0)89 67 82 04 113
0174 990 57 64

Sana Kliniken AG
Stabsstelle Qualitätsnetzwerke
Oskar-Messter-Straße 24
85737  Ismaning