
Die Krankenhausreform – weniger Ökonomie, mehr Qualität?

15. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses

Berlin, 14. November 2024

Dr. med. Wolfgang Fiori

Roeder & Partner Ärzte
Berater im Gesundheitswesen

The logo for DRG Research Group features a stylized blue ECG line that forms a jagged shape. To the right of this line, the text "DRG RESEARCH" is written in a small, grey, sans-serif font, and "GROUP" is written in a larger, bold, grey, sans-serif font below it.

DRG RESEARCH
GROUP

Interessenskonflikte

Als **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 zu einer vermehrten Nachfrage nach Beratungsleistungen. Aus der ökonomischen Sicht von Beratern ist damit bereits jede Reform eine gute Reform. Die aktuell geplanten Reformen (und nachfolgend bereits absehbar notwendige Korrekturen) haben jedoch ein besonders hohes Potenzial, die Auftragslage für Berater nachhaltig positiv zu beeinflussen. **Aus ökonomischer Perspektive habe ich ein großes Interesse, dass die Reform genauso wie geplant umgesetzt wird.**

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

Was hat die Reform mit Qualität zu tun?

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

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

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 denen 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 Chirurgie 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, Schmerzmedizin)
 - 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)!**

Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen

- Was sagen die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen wirklich über **Qualität** aus?
- Sind sie **wirklich relevant** für eine bedarfsorientierte KH-Planung?
- **Helfen sie zwischen Standorten mit hoher oder niedriger Qualität zu unterscheiden?**
 - die meisten Standorte in NRW haben die Mindestvoraussetzungen erfüllt (z.B. Endoprothetik)
 - Relevanz bei gleichzeitiger Nutzung von **Mindestvorhaltezahlen** („Gute Qualität zeigt sich immer an der Menge“)
- Bei 65 Leistungsgruppen und 1.700 Krankenhausstandorten bindet die Prüfung **erhebliche Ressourcen!**
- Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen sind meist nicht für eine Prüfung durch den MD geeignet!

Röntgen,
Elektrokardiographie
(EKG),
Sonographiegerät,
Basislabor jederzeit,

Funktionelle Gefäßdiagnostik

Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik

Drei intensivmedizinisch erfahrene FA,

Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen



Kinderschutzstrukturen
Kinderanästhesiologische Kompetenz

Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr)

Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
Davon mindestens ein FA Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie sowie mindestens ein FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie,
Davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie

Krankenhausplanung und Prüfungen durch den MD

Richtlinie/Beschluss	Anzahl Kontrollen	Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR-RL	180	63,3 %	35,6 %	1,1 %
QBAA-RL	300	57,0 %	43,0 %	0,0 %
M			35,3 %	6,8 %
K			45,5 %	0,0 %
K			25,7 %	0,0 %
QS-RL Liposuktion	72	69,4 %	25,0 %	5,6 %
QS-RL BLVR	54	85,2 %	13,0 %	1,9 %
QS LDR-Brachtherapie				
QS Lungendeneravierung				
QS-B SZT i.-v.-A.				
QS-B SZT Multipl. Myel.	12	100,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamt	890	62,4 %	34,9 %	2,7 %

„Wesentliche Gründe für eine Nichterfüllung der Anforderungen waren in 80,4 % der Fälle eine nicht eingehaltene Anzahl und/oder Qualifikation des in der jeweiligen Richtlinie geforderten Personals.“

Kann eine **bedarfsorientierte und längerfristige Krankenhausplanung** so funktionieren?

Kontrollergebnis QBAA-RL
 Anforderungen nicht erfüllt **aber zu 99,64% erfüllt!**
 In 1 von 276 überprüften Schichten wurde keine fachweitergebildete Pflegeperson eingesetzt, es handelte sich um einen kurzfristigen krankheitsbedingten Ausfall.

Tabelle 3: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL je Richtlinie/Beschluss

Wer kümmert sich zukünftig fachlich um die Qualität?

- Die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen beziehen sich gelegentlich auf G-BA-Richtlinien (derzeit QBAA-RL, KiHe-RL, QFR-RL, KiOn-RL, Regelungen zu ... Notfallstrukturen)
- Da nicht „dynamisch“ verwiesen werden kann, erfolgt der Verweis auf eine konkrete Version
- Neuer § 136 Abs. 4 SGB V:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“

- ➔ Darf der G-BA seine Richtlinien noch weiterentwickeln, wenn das KHVVG oder die zukünftige Rechtsverordnung des BMG nach § 135e Abs. 1 SGB V bei den qualitativen Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen auf eine alte Version referenziert?
- ➔ BMG will auch hier das Ruder übernehmen („politische Qualitätssicherung“)

Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den Beschluss vom 6. Dezember 2023 (BAnz AT 29.01.2024 B4) geändert worden ist

Interessant: Das **InEK hat die Auswirkungen** der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets ... **insbesondere hinsichtlich** der Veränderung der Versorgungsstrukturen und **der Qualität der Versorgung zu analysieren** (§ 17b Abs. 4c KHG)

Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V)

Gibt auch das IQWiG nun die Evidenzbasierung auf?

- **Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe** und **Krankenhausstandort**
(Sollen zur qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung in Krankenhäusern beitragen)
 - Das BMG beauftragt das **IQWiG in regelmäßigen Abständen** damit, ... **wissenschaftliche Empfehlungen** für die **erstmalige Festlegung** und die **Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen** ... zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der **Angabe eines Perzentils** der Zahl aller Behandlungsfälle ... erfolgen.
 - Das IQWiG legt die jeweilige Empfehlung innerhalb von drei Monaten ... vor.
 - Bevor das IQWiG wissenschaftliche Empfehlungen ... erarbeitet, entwickelt und veröffentlicht es eine allgemeine Methodik zur Erarbeitung solcher Empfehlungen.
- „**Big is beautiful!**“ → Dahinterstehende Logik: Große Menge = gute Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Aber: **Zusammenhang von Menge mit Qualität und Wirtschaftlichkeit** gilt nicht für alle Leistungsgruppen!
(z.B. Geriatrie, Palliativmedizin, Schmerzmedizin, Frührehabilitation, ...)
- **Fehlanreize** für die Indikationsstellung und Leistungen, bei denen die Qualität von der Verweildauer abhängt?

Gesetzesbegründung nennt beispielhaft das 20. Perzentil
→ Fallzahlschwächsten Versorger sollen allein aufgrund der Mindestvorhaltezahlen keine Vorhaltevergütung bekommen!

Trägt die Reform zur Entökonomisierung bei?

- Wieso sollte sie das? („Man kann nicht keine ökonomischen Anreize setzen!“)
 - ➔ Das Ziel wurde konsequenterweise auch aus der Gesetzesbegründung gestrichen
- Was wurde eigentlich unter **Entökonomisierung** verstanden?
 - ➔ Der **Mengenanreiz** sollte genommen werden
 - ➔ ... oder sollte eigentlich nur die **Menge** reduziert werden?
 - ➔ ... oder soll eigentlich nur **weniger gezahlt** werden?
- **Das KHVVG setzt erhebliche Mengenanreize**
 - ➔ die Menge entscheidet, wieviel man vom „Kuchen“ abbekommt!
 - ➔ wer unter die Mindestvorhaltezahle rutscht, scheidet aus!
 - ➔ das DRG-System bestimmt weiterhin die Höhe der Vergütung (Mittelwertskalkulation)
- Allerdings würde vermutlich durch schnellen Kapazitätsabbau die Gesamtmenge reduziert („Wartelisten“) und damit der „Kuchen“, der zu verteilen ist, verkleinert

• **Ökonomischer Druck wird steigen!**
• **Anreize werden komplexer!**
• **Medizin wird sicher nicht „freier“!**

Grow or perish!

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 (sehr selektive Auswahl)
- Geriatrie (nur Komplexbehandlung)
- Palliativmedizin (nur spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung)
- 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!

Es ist unwahrscheinlich, dass dies durch den InEK-Grouper anders wird

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**

Nach Zuordnung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde:

- **Versorgungstufe Level F:** Spezialisierung auf Behandlung „einer“ bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich (+ min. 80% der Fälle in max. 4 Leistungsgruppen)
- **Versorgungstufe Level 1i:** sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin

Bevorzugt Leistungsbereiche mit vielen Leistungsgruppen:

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



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!**