

Vogel, Justus; Kuklinski, David; Geissler, Alexander

## Research Report

# Thesen und Empfehlungen zur Krankenhausreform in Deutschland

Working Paper Series in Health Economics, Management and Policy, No. 2024-01

### Provided in Cooperation with:

University of St.Gallen, School of Medicine, Chair of Health Economics, Policy and Management

*Suggested Citation:* Vogel, Justus; Kuklinski, David; Geissler, Alexander (2024) : Thesen und Empfehlungen zur Krankenhausreform in Deutschland, Working Paper Series in Health Economics, Management and Policy, No. 2024-01, Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management, St.Gallen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/285122>

### Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

### Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**Working Paper Series in Health Economics, Policy, and Management**

**2024 – Nr. 01**

**Thesen und Empfehlungen zur Krankenhausreform in Deutschland**

**Justus Vogel, David Kuklinski, Alexander Geissler**



# Working Paper Series in Health Economics, Policy, and Management

## Editor

Prof. Dr. Alexander Geissler  
Professor  
Chair of Health Economics, Policy, and Management  
School of Medicine  
University of St.Gallen

## Editorial office

Justus Vogel  
PostDoc/ Scientific Project Leader  
Chair of Health Economics, Policy, and Management  
School of Medicine  
University of St.Gallen

The entire series of publications is available on our website at: <https://med.unisg.ch/en/research/health-care-management/publications/>

# Thesen und Empfehlungen zur Krankenhausreform in Deutschland

**Keywords:** Krankenhausreform Deutschland; Krankenhausfinanzierung; Vorhaltefinanzierung; Krankenhausplanung; Krankenhaustransparenzgesetz

**JEL Classification:** I10, I18

## **Authors:**

Justus Vogel

PostDoc/ Scientific Project Leader

Chair of Health Economics, Policy, and Management, School of Medicine, University of St.Gallen

justus.vogel@unisg.ch

David Kuklinski

PostDoc/ Scientific Project Leader

Chair of Health Economics, Policy, and Management, School of Medicine, University of St.Gallen

david.kuklinski@unisg.ch

Alexander Geissler

Professor

Chair of Health Economics, Policy, and Management, School of Medicine, University of St.Gallen

alexander.geissler@unisg.ch

## **Recommended citation:**

Vogel, Justus; Kuklinski, David; Geissler, Alexander (2024): Thesen und Empfehlungen zur Krankenhausreform in Deutschland, Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy, No. 2024-01, Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management, St.Gallen

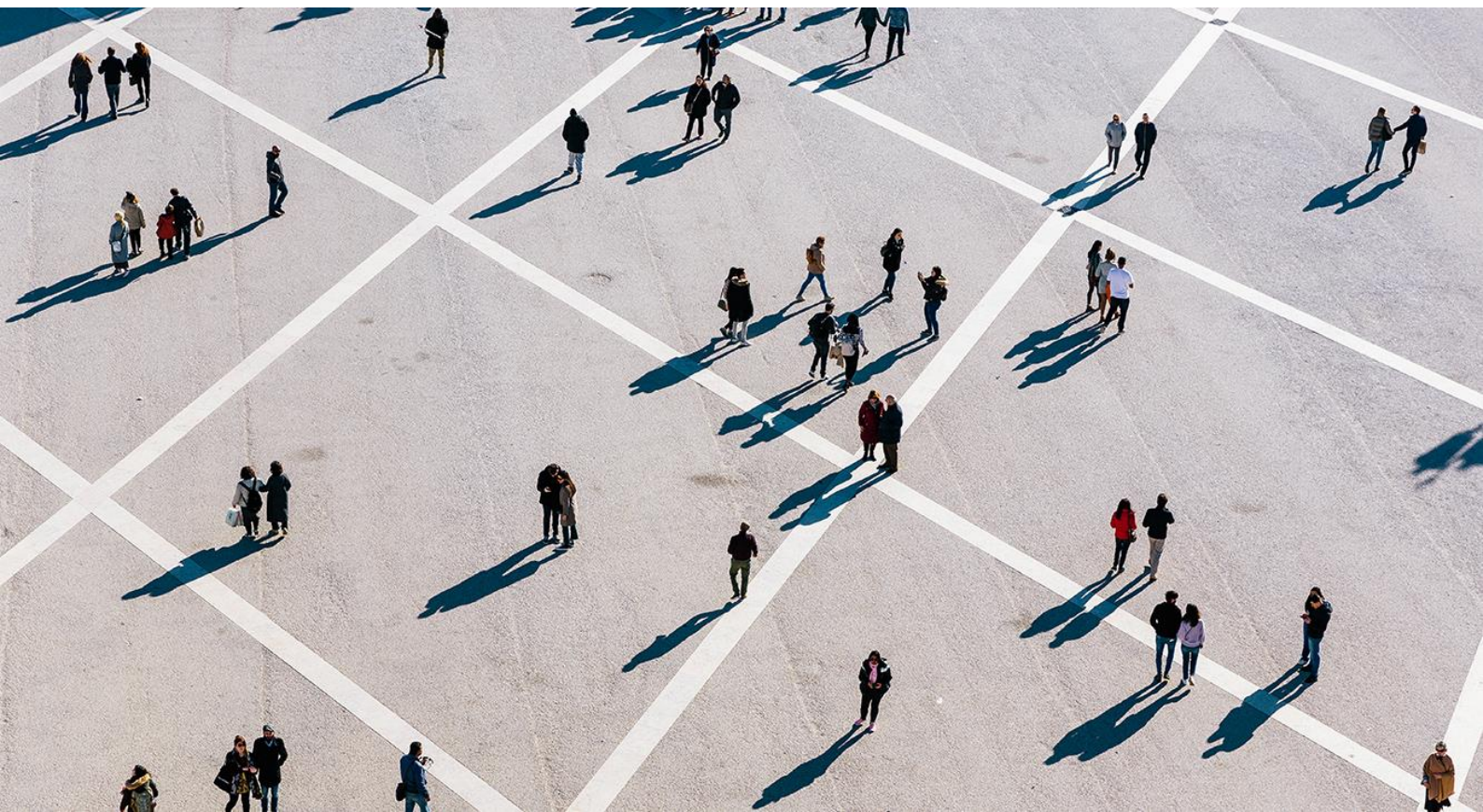


Universität St.Gallen

# Thesen und Empfehlungen zur Krankenhausreform in Deutschland

Schriftenreihe in Health Economics, Policy, and Management  
Nr. 2024-01

Dr. Justus Vogel, Dr. David Kuklinski, Prof. Dr. Alexander Geissler  
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management, School of Medicine,  
Universität St. Gallen  
St.Gallen, 01. März 2024



# Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	2
2	Thesen und Empfehlungen	3
	Literaturverzeichnis	12

# 1 Hintergrund

Die Diskussionen zur Krankenhausreform in Deutschland, die mit den Veröffentlichungen der Regierungskommission Ende 2022 starteten, sind nunmehr durch den eingeläuteten Gesetzgebungsprozess (Krankenhaustransparenzgesetz bzw. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) in formale Bahnen gelenkt worden.

Im Rahmen der Reform soll einerseits das Vergütungssystem weiterentwickelt, d.h. um leistungsunabhängige Vorhaltepauschalen ergänzt werden. Andererseits werden insbesondere strukturelle Änderungen angestrebt, die die Krankenhausplanung der Länder tangieren. Spezifisch definierte Leistungsgruppen (LG) sollen die Grundlage für die Verteilung der Vorhaltefinanzierung darstellen. Grundlage dafür sollen die in NRW entwickelten LG sein, welche um weitere LG ergänzt werden sollen.

Krankenhäuser sollen nur dann LG erbringen dürfen, wenn sie definierte Qualitätsvorgaben erfüllen. Darüber hinaus ist an die Vergabe von LG die Verteilung der Vorhaltefinanzierung gekoppelt. Entsprechend stehen insbesondere die Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft, die durch die Anwendung der Qualitätsvorgaben je LG entstehen könnten, im Zentrum der aktuellen Diskussion.

Ziel der Reform ist v.a. die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser bei gleichzeitiger Steigerung von Qualität. Eine Wirkung im Sinne einer medizinisch und ökonomisch sinnvollen Zentralisierung von Leistungen kann jedoch nur entstehen, wenn die Art und Höhe der Qualitätsvorgaben hierfür hinreichend sind. Grundlage für die im Zuge der Krankenhausreform zur Anwendung kommenden bundesweiten Qualitätsvorgaben sollen die bereits entwickelten Vorgaben aus NRW sein.

Im Folgenden präsentieren wir acht Thesen und Empfehlungen. Die Thesen stellen Argumente dar, inwieweit die derzeitige Systematik, d.h. LG-Definitionen und Qualitätsvorgaben basierend auf NRW, die gesetzten Ziele der Reform erreichen können. Die Empfehlungen bauen direkt auf den Thesen auf, d.h. stellen Vorschläge zur Weiterentwicklung der derzeit diskutierten Systematik dar.

Grundlage der Thesen und Empfehlungen sind zwei (Kurz-) Gutachten, die im Rahmen eines wissenschaftlichen Beratungsauftrags für den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) im Zeitraum 01. Juni bis 31. Oktober 2023 entstanden sind. Die Gutachten sind als Arbeitspapiere veröffentlicht und als Quellen in diesem Dokument, wo sinnvoll, angegeben. Die Ausarbeitungen wurden durch den GKV-SV inhaltlich nicht beeinflusst.



## 2 Thesen und Empfehlungen

**These 1: Die NRW-Leistungsgruppensystematik ist in Teilen nicht granular genug, um eine Leistungsdifferenzierung und Zentralisierung herbeizuführen.**

**Empfehlung 1: Zur Erreichung der Ziele der Krankenhausreform sollte die NRW-Leistungsgruppensystematik für einzelne Leistungsbereiche stärker ausdifferenziert werden. Alle Leistungsgruppen sollten spezifisch definiert werden.**

Die LG-Systematik ist das Kernstück zur Erreichung einer bedarfs- und qualitätsorientierten Versorgungslandschaft (vgl. MAGS, 2019; Vogel et al., 2020). Deshalb muss eine LG-Systematik verschiedene Prinzipien einhalten: Sie muss medizinisch-hierarchisch aufgebaut sein, d.h. einzelne LG müssen ineinandergreifen und medizinisch voneinander abhängen und abgrenzbar sein, um (1) sinnvoll als Qualitätsvorgaben für komplexere LG dienen zu können und (2) unqualifizierte bzw. nicht-bedarfsrelevante Versorger von (komplexen) Leistungen auszuschließen („Leistungs-differenzierung“ und „Zentralisierung“). Dabei muss die LG-Systematik gleichzeitig (3) möglichst handhabbar sein, d.h. die Anzahl und Tiefe der LG und die Grouper-Logik sollten so einfach wie möglich und nur so detailliert wie unbedingt notwendig für die Einhaltung der Prinzipien (1) und (2) sein. Die genannten Prinzipien stehen in einem Spannungsverhältnis, da das medizinische Leistungsgeschehen einerseits sehr breit aufgefächert werden kann, eine hohe Granularität jedoch eine effiziente Planung stationärer Strukturen mitunter beeinträchtigt.

Prinzipiell müssen, insbesondere für die Verknüpfung mit Qualitätsvorgaben, die in einer LG gruppierten Leistungen (4) medizinisch ausreichend homogen sein, v.a. mit zunehmender medizinischer Komplexität der LG. Eine gewisse Heterogenität einer LG kann für LG der Grundversorgung, die den komplexeren LG desselben LB zugrunde liegen, angezeigt sein. Medizinische Homogenität innerhalb einer LG kann nur durch (5) eine spezifische Definition aller LG, also Beschreibung der Leistungen mit Prozedurencodes (Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS) und/ oder Diagnosecodes (International Classification of Diseases, ICD) als weiteres Prinzip erreicht werden. Außerdem kann nur durch eine spezifische Definition zweifelsfrei identifiziert werden, welche Leistungen durch das Krankenhaus zu erbringen sind bzw. erbracht werden dürfen. Des Weiteren können durch spezifische LG-Definitionen Qualitätsvorgaben wesentlich ziel-führender definiert werden und es ist für Krankenhäuser transparent, für welche Leistungen welche Strukturen und Prozesse vorgehalten werden müssen. Schließlich sind eine valide Analyse der Versorgungssituation sowie eine Ermittlung und Prognose des Versorgungsbedarfs ebenfalls nur mit spezifisch definierten LG sauber durchführbar. Letztlich ist für eine zweifelsfreie und eindeutige Zuordnung eines Falles zu genau einer LG eine regelbasierte Gruppierungslogik anzuraten, wie sie in Zürich und weiteren Schweizer Kantonen zum Einsatz kommt. Die NRW LG-Systematik nutzt (noch) keinen definierten Grouper.

Die NRW LG-Systematik umfasst 30 Leistungsbereiche (LB) und 64 LG. Das Prinzip (3), v.a. im Hinblick auf eine effiziente Anzahl der LG, ist hierdurch hinreichend berücksichtigt. Gleichwohl finden sich eine Reihe an LB bzw. LG, die nicht ausreichend differenziert sind, um (1) als sinnvolle Qualitätsvorgabe für komplexere LG zu dienen und (2) eine qualitätsorientierte Leistungsdifferenzierung und Zentralisierung zu ermöglichen. Ausserdem ist eine Reihe an LG (4) medizinisch nicht ausreichend homogen und (5) 23 LG sind nicht spezifisch definiert.



Beispielsweise wird der gesamte Fachbereich der Urologie in einer einzigen allgemeinen LG zusammengefasst. Diese LG ist also nicht über ICD- und/oder OPS-Codes, sondern durch die Weiterbildungsordnung bzw. über Fachabteilungscodes definiert. Ein Blick in die Züricher Spitalplanung zeigt, dass eine Differenzierung der Urologie in acht LG aus medizinischer Sicht durchaus möglich ist. Unsere Analyse im ersten Gutachtenteil zeigt zudem, dass diese Ausdifferenzierung eine Leistungsdifferenzierung und Zentralisierung unterstützt (Kuklinski et al., 2023).

Momentan umfasst die LG Urologie in der NRW LG-Systematik sowohl urologische Grund- und Regelversorgung (chirurgisch und konservativ) als auch die Behandlung von Karzinomen (z.B. Prostata) und komplexe chirurgische Prozeduren (z.B. (partielle) Nephrektomien). Das «Pendant» in der Frauenheilkunde, d.h., der LB Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ist wiederum in wenigstens zwei allgemeine und zwei spezifische LG aufgeteilt. Die spezifischen LG zielen hierbei auf die chirurgische Behandlung zweier wesentlicher Krebserkrankungen der Frau ab (Eierstockkrebs und Brustkrebs). Daran angelehnt und unter Zuhilfenahme der Züricher LG-Systematik ist mindestens die Definition einer LG der konservativ-urologischen und einer LG der chirurgisch-urologischen Grundversorgung, ergänzt um eine LG Radikale Prostatektomie und eine LG Radikale Zystektomie, anzuraten.

In der Züricher LG-Systematik bestehen darüber hinaus noch vier weitere LG für den LB Urologie. Jedoch sollte zur Wahrung des Prinzips (2), d.h. der effizienten Ausgestaltung der LG-Systematik, darauf geachtet werden, dass die Anzahl der LG in einem handhabbaren Rahmen bleibt. Die 140 LG der Züricher Spitalplanung führen nicht immer zu einer Leistungsdifferenzierung und weiteren Zentralisierung, wie unsere Analyse z.B. für die Züricher LG der Herzchirurgie zeigt (Kuklinski et al., 2023). Hier könnte die singuläre, in der NRW LG-Systematik definierte LG zur Erreichung der Reformziele ausreichend sein.

**These 2: Die «neuen» Leistungsgruppen Notfallmedizin, Intensivmedizin, und Infektiologie sind medizinische Querschnittsbereiche und als solche nicht als Leistungsgruppe geeignet. Die datenseitige Definition und Zuordnung von Patienten zu diesen Leistungsgruppen ist nicht zweifelsfrei möglich.**

**Empfehlung 2: Die Leistungsgruppen Notfallmedizin, Intensivmedizin, und Infektiologie sollten nicht in die Leistungsgruppensystematik aufgenommen werden.**

In LG sind «primäre» medizinische Leistungen zusammengefasst. Primäre Leistungen sind solche Leistungen, die einen Krankenhausaufenthalt nötig machen bzw. diesen begründen. Beispielsweise stellt die Durchführung einer partiellen Ösophagusresektion den Grund für eine stationäre Versorgung dar und somit auch die Einteilung in einer LG Ösophaguseingriffe. Ohne Zweifel wird für einen Grossteil der Patienten dieser LG post-operativ eine intensivmedizinische Versorgung auf einer entsprechenden Intensivstation benötigt. Bei Einführung einer LG Intensivmedizin würde sich nun jedoch die Frage stellen, wie dieser Fall – und allgemein alle Fälle mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf – zuzuordnen wären. Eine Möglichkeit wäre, einige LG in der medizinischen Hierarchie höher zu bewerten, d.h. diese LG in der Gruppierungslogik gegenüber einer LG Intensivmedizin für die Zuteilung zu bevorzugen. Eine zweifelsfreie Argumentation, welcher Fall dann in eine behandlungs- bzw. krankheitsbezogene LG aufgenommen würde und welcher in eine intensivmedizinische, ist jedoch sehr schwierig zu führen.

Eine weitere Schwierigkeit stellt die datenseitige Identifikation intensivmedizinischer Fälle dar. Falls eine Zuordnung nach entlassender Fachabteilung erfolgt, würden nur von der

Intensivstation verlegte oder auf Intensivstation verstorbene Fälle identifiziert werden können – und das auch nur dann, wenn ein Krankenhaus seine Intensivstation(en) organisatorisch mit eigenem Fachabteilungscode führt. Bei einer Zuordnung der Fachabteilung nach längster Verweildauer würden vor allem solche Fälle als intensivmedizinisch identifiziert, die lange Aufenthaltsdauern auf der Intensivstation haben, was nicht selten aufgrund von Komplikationen der Fall ist. Diese beiden Möglichkeiten erscheinen unbefriedigend. Eine weitere Möglichkeit wäre, intensivmedizinische OPS-Komplexcodes für die Definition der LG heranzuziehen (z.B. 8-890). Jedoch werden diese Codes nicht von allen Krankenhäusern codiert bzw. dürfen nicht abgerechnet werden, da die dafür definierten Vorgaben z.B. zur Dokumentation von TISS- und SAPS-Scores nicht eingehalten werden. Entsprechend wäre auch eine Definition über bestimmte Schwellenwerte der TISS- und SAPS-Scores schwierig, da bei weitem nicht alle Krankenhäuser mit Intensivstationen diese Scores dokumentieren<sup>1</sup>.

In der NRW LG-Systematik handelt es sich bei der LG Intensivmedizin um eine allgemeine, d.h. über WBO/ Fachabteilungscode definierte LG. In der LG Intensivmedizin werden jedoch keine Bedarfe geplant, d.h. dieser LG sind keine Fälle zugeordnet. Sie dient ausschliesslich als Qualitätsvorgabe für andere LG. Dies ist eine denkbare Option, jedoch sollten intensivmedizinische Vorgaben dann direkt als Qualitätsvorgabe definiert werden und nicht der Umweg über eine LG gewählt werden, da LG einen anderen Zweck erfüllen (vgl. Ausführungen zu These 1 und Empfehlung 1).

Ganz ähnlich wie die oben beschriebene Problematik verhält es sich für die Bereiche Notfallmedizin und Infektiologie. Eine Abgrenzung gegenüber anderen LG ist arbiträr, der primäre Behandlungsgrund ist anderweitig gelagert und eine saubere datenseitige Identifikation ist schwierig bis unmöglich. Schliesslich handelt es sich bei allen drei Fachbereichen um medizinische Dienstleistungen, die dem medizinischen Sekundärbereich zuzuordnen sind.<sup>2</sup> Dies soll in keiner Weise die Relevanz dieser Fachbereiche in Frage stellen – schlussendlich bilden LG jedoch den medizinischen Primärbereich ab.

Abschliessend sei in Kürze auf die weiteren zwei «neuen» LG eingegangen. Hinsichtlich einer LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin wäre eine datenseitige Identifikation möglich. Jedoch stellt sich die Frage, inwiefern hierdurch eine (weitere) Zentralisierung und Leistungsdifferenzierung hergestellt würde. Bei einer engen Definition der LG, die nur eher seltene Fälle, die eine hochspezialisierte Versorgung benötigen, umfasst, wäre zu prüfen, ob diese Fälle nicht bereits ohnehin ausschliesslich an Zentren versorgt werden.

Schliesslich könnte eine LG Spezielle Traumatologie die NRW LG-Systematik sinnvoll ergänzen, da bisher keine unfallchirurgischen LG definiert sind. Ähnlich wie bei der LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin ist die schlussendliche definitorische Ausgestaltung jedoch wegweisend für

---

<sup>1</sup> In diesem Kontext sollte diskutiert werden, welche intensivmedizinische Versorgung Krankenhäuser ohne Dokumentation von TISS- und SAPS-Scores leisten bzw. ob alle Krankenhäuser dieser Gruppe intensivmedizinische Versorgung leisten können bzw. – gemessen am intensivmedizinischen Bedarf – leisten müssen.

<sup>2</sup> Infektiologische Abteilungen als separate bettenführende Organisationseinheiten finden sich nur in sehr grossen Krankenhäusern, d.h. in Universitätskliniken und vermehrt auch in Häusern der Maximalversorgung. In anderen Krankenhäusern handelt es sich um medizinische Stabsstellen, die z.B. für infektiologische Konsile und Isolationsmassnahmen zuständig sind. Wenn bettenführend, dann dienen infektiologische Abteilungen u.a. als zentrale Einheit zur Isolation von z.B. MRE-infizierten oder COVID-19-Patienten.

einen potenziellen Nutzen einer LG Spezielle Traumatologie. Auch sollte darüber nachgedacht werden, mehr als eine unfallchirurgische LG zu definieren. Die Züricher LG-Systematik kann hier als Inspiration dienen (z.B. UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma) oder auch UNF2 Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)).

**These 3: Die NRW-Qualitätskriterien sind unvollständig und orientieren sich nicht immer an medizinisch-klinischen Anforderungen. Es besteht das Risiko, dass das Ziel einer qualitätsorientierten Zentralisierung deshalb nicht durchgängig erreicht werden kann.**

**Empfehlung 3: Die in NRW für die Krankenhausplanung entwickelten Qualitätskriterien sollten im Rahmen der Krankenhausreform in den Bereichen Facharztverfügbarkeiten, (interne Notfallorganisation, Intensivmedizin und Mindestmengen weiterentwickelt werden.**

Die Ziele der Reform werden im Wesentlichen durch eine qualitätsorientierte Zentralisierung und Leistungsdifferenzierung erreicht. Einfacher ausgedrückt soll durch die Reform die Versorgung komplexer Krankheitsbilder, die eine spezialisierte Versorgung benötigen, an spezialisierten Zentren konzentriert werden.

In welchem Maße dies gelingen kann, hängt von der Art und der Ausgestaltung der Qualitätsvorgaben ab. Je höher diese sind, umso weniger Versorger können sie erfüllen. Die NRW-Qualitätsvorgaben umfassen die Erbringung verwandter LG (Standort und in Kooperation), Facharztqualifikation und -verfügbarkeit (Vorgaben zu Rufbereitschaft und beschäftigten Vollzeitkräften) und Vorgaben zu Geräten. Darüber hinaus werden vereinzelt landesspezifische weiterführende Vorgaben definiert, die laut Gesetzentwurf jedoch für die Vorhaltefinanzierung irrelevant sein sollen. Ausserdem werden in NRW selektiv verschiedene Vorgaben der Bundesebene integriert, die jedoch auch ohne eine Aufführung Anwendung finden würden (z.B. Pflegepersonaluntergrenzen). Die NRW-Qualitätsvorgaben haben mehrere Schwachstellen. Erstens sind die *Verfügbarkeitsvorgaben für Fachärzte* nicht zielführend definiert. Eine absolute Anzahl an Vollzeitkräften vorzuschreiben (für die überwiegende Mehrheit der LG sind dies 3,0 Vollzeitkräfte) mag eine einfache Überprüfbarkeit der Vorgabe ermöglichen. Jedoch ist diese vorgeschriebene Anzahl an Vollzeitkräften immer relativ zur Summe des beschäftigten Personals zu sehen, welche wiederum vom Fallzahl- bzw. Case-Mix-Volumen abhängt. Zur Veranschaulichung geben wir zwei Beispiele:

1) Abteilung mit zwei Vollzeitkräften Facharzt Innere Medizin und Kardiologie:

Dieses Krankenhaus würde sich z.B. nicht für einen Versorgungsauftrag für die LG Kardiale Devices qualifizieren. Eine Rufbereitschaft kann generell nicht sichergestellt werden. Die Vorgabe ist einfach abzuprüfen und zielführend.

2) Abteilung mit drei Vollzeitkräften Facharzt Innere Medizin und Kardiologie:

Dieses Krankenhaus würde sich für einen Versorgungsauftrag für die LG Kardiale Devices qualifizieren. Eine Rufbereitschaft könnte grundsätzlich sichergestellt werden. Jedoch hängt die praktische Durchführbarkeit der Rufbereitschaft bzw. der tatsächlichen Verfügbarkeit am Patienten stark von der Anzahl der durch jede fachärztliche Vollzeitkraft betreuten Fälle, d.h. der Grösse der Abteilung, ab. Mit steigender Anzahl von Betten und versorgten Fällen braucht eine Abteilung mehr Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft. Dies liegt zum Beispiel daran, dass ein Facharzt im Notfall zur Nachbehandlung / Komplikationsversorgung eines Falles bzw. aufgrund eines neuen Notfalls einen Einsatz im Krankenhaus hat. In dieser Zeit kann durch diesen Facharzt kein weiterer Fall versorgt bzw. Assistenzarzt unterstützt werden.

Die Vorgabe der 3,0 Vollzeitkräfte ist zwar einfach abzu prüfen, jedoch nur bedingt zielführend.

Vereinfacht ausgedrückt sollte die Facharztvorgabe mit der betreuten Anzahl an Fällen «skalieren». Hierfür eine minutiöse Berechnungsformel zu entwerfen, erscheint zwar theoretisch möglich, jedoch würden wir hiervon aufgrund der dadurch überbordenden Bürokratie abraten. Vielmehr lohnt ein Blick auf die Züricher Qualitätsvorgaben, die zeitliche Verfügbarkeiten vorgeben. Durch eine Vorgabe zeitlicher Verfügbarkeiten werden einerseits die medizinisch-klinische Anforderungen abgebildet und andererseits bilden sie die Dynamik zwischen zur Verfügung gestellter Kapazität bzw. versorgten Fällen und benötigten Facharztkapazitäten ab. Die Vorgaben lauten (Stand: 2023; einsehbar unter [Link](#)):

- Level 1: Fachärztin bzw. Facharzt ist innerhalb 1 Stunde erreichbar oder Patientin/Patient ist innerhalb 1 Stunde verlegt.
- Level 2: Fachärztin bzw. Facharzt ist jederzeit erreichbar. Eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb 1 Stunde möglich; sie kann ausnahmsweise anderweitig sichergestellt sein.
- Level 3: Fachärztin bzw. Facharzt ist jederzeit erreichbar. Eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb von 30 Minuten möglich.
- Level 4: Fachärztin bzw. Facharzt Geburtshilfe ist innerhalb von 15 Minuten im Spital.

Die Prüfung der Einhaltung dieser Vorgaben sollte durch den Medizinischen Dienst vorgenommen werden. Zeitstempel im Krankenhausinformationssystem und Dienstpläne könnten hierfür zur standardisierten Prüfung herangezogen werden.

Die NRW-Qualitätsvorgaben sehen bisher keinerlei *Vorgaben für den Notfalldienst* vor. Analog den vorgestellten Facharztverfügbarkeiten sollten jedoch zeitliche Vorgaben für die Organisation des internen Notfalldienstes bundesweit einheitlich definiert werden. Auch hier können die Vorgaben aus Zürich als Inspiration dienen. In diesen Vorgaben wird u.a. geregelt, welche Ärzte mit welcher Facharztqualifikation im Notfall vor Ort zur Verfügung stehen und in welchem Zeitintervall (5 Minuten) intern in der Notfallaufnahme einsatzbereit sein müssen. Ähnlich wie die vorgestellten Vorgaben zur zeitlichen Facharztverfügbarkeit, skalieren diese Vorgaben mit der Anzahl der durch das Krankenhaus versorgten Fälle.

Des Weiteren ist die derzeitige Handhabung *intensivmedizinischer Qualitätsvorgaben* in der NRW-Systematik über den «Umweg» der intensivmedizinischen LG unnötig kompliziert. Eine Aufnahme dieser Vorgaben in den Katalog der Qualitätsvorgaben als eigene Kategorie ist wesentlich transparenter und entspricht der Logik einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Es sollten also auch hier bundesweit einheitliche Regelungen definiert werden. Schliesslich beinhalten die NRW-Qualitätsvorgaben keine *Mindestmengenvorgaben*. Die Züricher Systematik kann auch hier als Inspiration zur Identifikation geeigneter LG und Schwellenwerte dienen. In Zürich sind Mindestfallzahlen auf Spitalebene für 32 LG definiert (Kuklinski et al., 2023). Ein Verzicht auf Mindestmengen für Leistungsgruppen mit positivem Volume-Outcome Zusammenhang ist nicht nachvollziehbar (siehe zu diesem Thema auch Vogel et al., 2019; und Vogel et al., 2022). Zentral entwickelte und bundesweit einheitliche Mindestmengen vorgaben sollten in die Krankenhausplanung der Länder und auch die Qualifikation für Vorhaltefinanzierung integriert werden.

Für weitere Details und Erklärungen verweisen wir auf die Ausarbeitungen in den (Kurz-) Gutachten (Kuklinski et al., 2023; Vogel et al., 2023).

**These 4: Ohne empirische Simulationen zur Folgenabschätzung der Krankenhausreform können die Auswirkungen und damit der potenzielle Zielerreichungsgrad nicht valide abgeschätzt werden.**

**Empfehlung 4: Zur finalen Definition sowohl der Leistungsgruppensystematik als auch der Qualitätsvorgaben ist eine quantitative Folgenabschätzung essenziell. Die dafür benötigten Daten müssen von den jeweils verantwortlichen Organisationen zur Verfügung gestellt werden.**

Die von der Reform vorgesehen Massnahmen in der Krankenhausplanung und -finanzierung müssen im Vorfeld empirisch hinsichtlich ihrer Auswirkungen abgeschätzt werden, um Veränderungen in der Versorgungslandschaft antizipieren zu können. Wesentliche Eingangsgrössen dieser Simulationen sind sowohl die Definition der LG sowie deren Qualitätsvorgaben, insbesondere die verfügbaren Personalressourcen und die vorhandene Infrastruktur. Hinsichtlich der personellen Ausstattung liegen jedoch keine adäquaten Daten vor bzw. sind die vorhandenen Daten (z.B. Arztverzeichnis) für diesen Zweck nicht zugänglich. Bisher können daher beispielsweise keine validen Aussagen zur Anzahl der Vollkräfte nach Facharztgruppen je Krankenhausstandort gemacht werden. Es gilt daher in Vorbereitung der Reform die entsprechenden Datenquellen zu sichern und aufzubereiten (s. auch unsere Analyse in Vogel et al., 2023).

Mit Hilfe der genannten Eingangsgrössen könnten zunächst Abschätzungen der Reform im Status Quo unter Durchsetzung der NRW-Qualitätsvorgaben auf die relevanten Versorger (d.h. zum Beispiel jene, die kumulativ 97,5% Versorgungsanteil auf sich vereinen, vgl. MAGS, 2019) gemacht werden. Anschliessend könnten die Auswirkungen bei Variation der LG-Definition und/oder Qualitätsvorgaben simuliert werden. Durch die Variation der LG-Definitionen und Qualitätsvorgaben könnten Zentralisierungseffekte und Veränderungen der Patientenströme analysiert werden. Dabei würden auch Auswirkungen hinsichtlich der Erreichbarkeit sichtbar bzw. könnten als Nebenbedingung Erreichbarkeitsziele definiert werden. Darüber hinaus könnten auch die Auswirkungen der Reform auf den Umsatz, d.h. die finanziellen Folgen für die Krankenhäuser analysiert werden. Dabei ist v.a. von grossem Interesse, ob die Einführung der sogenannten Vorhaltefinanzierung insbesondere bei einem veränderten Leistungsportfolio die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser sichert. Mit Hilfe dieser Analysen bzw. Folgeabschätzungen kann ein «Blindflug» vermieden werden. In Anbetracht der Grösse und Komplexität des Reformvorhabens ist eine externe und unabhängige Begleitevaluation anzuraten.

**These 5: Die Bedarfsgerechtigkeit der Krankenhausinfrastruktur wird in den Diskussionen und Ausarbeitungen der Krankenhausreform bisher nicht adressiert. Es bleibt unklar, wie viele Versorger für welche LG und welchen geografischen Bezug notwendig sind. Daher kann auch kein Auswahlmechanismus beschrieben werden für den Fall, dass alle Versorger die Qualitätsvorgaben erfüllen, und ggf. eine regionale Überversorgung bestehen bleibt.**

**Empfehlung 5: Zum Abbau regionaler Überversorgung sollte der Bedarf berücksichtigt und ein bedarfs- und qualitätsorientierter Auswahlmechanismus definiert werden. Dadurch erhalten nur die qualifiziertesten Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag und die entsprechende Vorhaltefinanzierung.**

Wie viele Versorger für die Deckung des Bedarfs innerhalb einer LG für eine ausgewählte Region notwendig sind, ist die grundlegende Frage, um Über- und Unterversorgung adressieren zu können. Darauf aufbauend kann die Frage beantwortet werden, ob ein Auswahlmechanismus für die Vergabe der Versorgungsaufträge entwickelt werden muss (Anzahl der qualifizierten Versorger übersteigt den Bedarf), unterstützende Massnahmen (Anzahl qualifizierter Versorger unterschreitet den Bedarf) initiiert werden sollten oder alle qualifizierten Versorger einen Versorgungsauftrag erhalten. Eine Versorgungsanalyse des Status Quo und dessen Beeinflussung durch die Krankenhausreform ist nicht vorgesehen und wird auch nicht für die Krankenhausplanung der Länder diskutiert / geplant (Ausnahme: Neuer Planungsprozess in NRW).

Da die Frage der Bedarfsermittlung bisher nicht adressiert ist, wurde auch kein Auswahlmechanismus für die Vorhaltefinanzierung im Rahmen der Krankenhausreform entwickelt. Zwar soll die Zuteilung der Versorgungsaufträge in der Hand der Bundesländer bleiben. Jedoch wären auch hier zentrale Vorgaben – wie für die LG-Definitionen und Qualitätsvorgaben – wünschenswert. Ohne Auswahlmechanismus besteht das Risiko, dass insbesondere bei schwachen Qualitätsanforderungen (siehe These 3) die Versorgungslandschaft unverändert bleibt.

Auch die NRW-Systematik sieht keinen strukturierten Auswahlprozess vor. Zwar bestehen Auswahlkriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen, jedoch ist deren Einsatz nicht transparent beschrieben (MAGS, 2022). Vielmehr wird über Planungskonferenzen auf die Mitwirkung und Verhandlung der Krankenhäuser gesetzt und letztlich zentral auf ministerialer Ebene entschieden.

Abschliessend gilt es zu betonen, dass ein bedarfs- und qualitätsorientierter Auswahlprozess neben den für eine LG passenden Qualitätsindikatoren (CROMs, PROMs) auch berücksichtigen sollte, welche Massnahmen ein Krankenhaus ergreift, um Qualität zu sichern und kontinuierlich zu verbessern. Eine qualitätsorientierte Zentralisierung von Leistungen und Abbau von Überversorgung kann nur durch eine Kombination von Bedarfs- und Qualitätsorientierung bei der Auswahl effektiv erfolgen.

**These 6: Die Vorhaltefinanzierung ist bislang nicht am Versorgungsbedarf und den individuellen Eigenschaften des Krankenhauses ausgerichtet. Nicht jedes Krankenhaus braucht dieselbe Vorhaltefinanzierung für jede Leistungsgruppe.**

**Empfehlung 6: Der Vorhaltefinanzierungsanteil sollte je Leistungsgruppe und Versorgungssituation differenziert festgelegt werden. Beispielsweise ist ein (hoher) Vorhalteanteil für Leistungsgruppen in über- und fehlversorgten Regionen nicht zwangsweise notwendig.**

Der Begriff der Vorhaltefinanzierung ist irreführend, da es bei dem vorgesehenen Finanzierungsansatz nicht darum geht, die Vorhaltung von Infrastruktur und Personal in wirtschaftlich schwierigen Versorgungssituationen zu sichern, sondern einen Teil der DRG-basierten Vergütung leistungsunabhängig an alle Versorger auszuschütten. Dabei berücksichtigt der vorgesehene Ansatz der Vorhaltefinanzierung nicht die Versorgungssituation (Angebot, Bedarf und Wettbewerb) sowie individuelle Kostenstrukturen der Krankenhäuser und LG. Eine begrifflich passende Vorhaltefinanzierung würde die Sicherstellung eines Leistungsangebots unter wirtschaftlich schwierigen Bedingungen (z.B. bei geringen Fallzahlen aufgrund niedriger Bevölkerungsdichte) stützen. Unter dem jetzt angedachten System der pauschalen, leistungsunabhängigen und allgemeinen Vergütungsanteilen wird ungeachtet der Versorgungssituation und der Kostenstrukturen v.a. auf die Produktivität der Krankenhäuser (Mengenreiz) abgezielt.

Bei näherer Betrachtung muss hinterfragt werden, ob nicht insbesondere in überversorgten Regionen und LG (z.B. Endoprothetik Knie auf der Rhein-Ruhr-Achse) oder für spezialisierte Fachkrankenhäuser die sogenannte Vorhaltefinanzierung die mit der Reform verfolgten Ansätze zur Leistungssteuerung und Zentralisierung konterkariert und Überversorgung zementiert. Entsprechende Analysen (siehe These 4) können auch die Wirkmechanismen der Vergütungsreform simulieren und Vorschläge für die Adjustierung der Vorhaltefinanzierung geben.

**These 7: Bei gleichbleibendem Fallzahlvolumen bleiben defizitäre Krankenhäuser auch im neuen System defizitär. Bei sinkendem Fallzahlvolumen wird der Rückgang der Vergütung der Krankenhäuser durch die Vorhaltevergütung eingedämmt, ein Rückgang der Defizite ist allerdings nur mit einem Abbau von fixen Kostenstrukturen und einer höheren Auslastung in diesen Krankenhäusern möglich.**

**Empfehlung 7: Die genauen Effekte durch die Krankenhausreform sollten durch Szenarien simuliert werden. Krankenhäusern sollte transparent kommuniziert werden, dass die Vorhaltevergütung nicht automatisch ihre finanziellen Probleme löst.**

Durch die Reform wird die Vergütung in einen leistungsabhängigen (verbleibender Anteil der aDRG) und einen leistungsunabhängigen Teil (Anteil am Vorhaltevolumen und unabhängig davon das Pflegebudget) gegliedert. Versorgt ein Krankenhaus gleich viele Fälle mit gleichem CMI nach der Reform wie vor der Reform, ändert sich der Umsatz (und die Kostenstruktur) des Krankenhauses durch die Reform nicht. Das bedeutet auch, dass ohne eine Veränderung in der Versorgungslandschaft defizitäre Krankenhäuser weiterhin defizitär bleiben, wenn defizitäre Krankenhäuser ihre (Fix-) Kostenstruktur nicht anpassen.

Die Reform zielt v.a. auf Umsatzminderung ab – durch eine Einschränkung der Versorgungsaufträge durch die Bundesländer und durch einen (vermeintlichen) Anreiz zur Fallzahlreduktion. Die neue Vergütungsstruktur mag eine Fallzahlreduktion der Krankenhäuser anreizen, sollte allerdings auch im Gesamtkontext der Kostenstrukturen und Auslastungssituation des Krankenhauses diskutiert werden. Es ist richtig, dass bei einem Fallzahlrückgang (von unter 20%) die Vergütung nicht proportional sinkt, sondern von der Vorhaltevergütung abgedeckt wird. Zu beachten ist allerdings, dass das Vorhaltevolumen auf Basis der Bewertungsrelationen ohne variable Sachkosten berechnet wird. Somit beinhaltet die Vorhaltevergütung zum grössten Teil nur einen Anteil der Fixkosten der Leistungen eines Krankenhauses. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht kann das Krankenhaus somit seine finanzielle Position nur dann verbessern, wenn es über die Fallzahlreduktion hinaus nicht genutzte fixe Kostenstrukturen abbaut und so auf eine höhere Auslastung seiner infrastrukturellen und personellen Strukturen abzielt.

Konkret für die Leistungsgruppe *Urologie* in NRW bedeutet dies zum Beispiel, dass bis zu einer Fallzahlreduktion von 20% ca. 38,5% der Vergütung der nicht mehr erbrachten Fälle noch an das Krankenhaus erfolgen. Wenn man davon ausgeht, dass weniger als 61,5% der Kosten eines Falles in der Leistungsgruppe *Urologie* variable Kosten sind, bedeutet eine Fallzahlminderung ohne den Abbau von Fixkosten eine weitere Verschlechterung der finanziellen Situation der (defizitären) Krankenhäusern. Über die Fallzahlminderung hinaus muss das Krankenhaus also Fixkosten (z.B. Verwaltungspersonal, Personal im ärztlichen Dienst, Personal im medizinisch-technischen und Funktionsdienst) abbauen, um durch die Mengenreduktion weiterhin eine gute Auslastung seiner Strukturen zu gewährleisten und somit einen positiven Effekt auf das Jahresergebnis realisieren zu können.



**These 8: Die Mehrheit der bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, u.a. des Gemeinsamen Bundesausschusses, sind durch die neuen Struktur- und Qualitätsvorgaben nicht tangiert.**

**Empfehlung 8: Bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten nicht pauschal abgeschafft werden, sondern da wo zweckdienlich von Vorgaben der KH-Planung ergänzt werden.**

In den vergangenen Dekaden sind eine Reihe an Qualitätssicherungsinitiativen von Gremien auf Bundesebene (insbesondere dem G-BA) entwickelt und verabschiedet worden. Diese spezifischen Regelungen gilt es – wo möglich (z.B. Mindestmengenregelungen) – in die Qualitätsvorgaben der Krankenhausplanung als wertvolle Quelle zu integrieren. Durch die teilweise eher breite Definition von LG können spezifische Vorgaben, so wie sie beispielsweise vom G-BA entwickelt worden sind, jedoch nicht durch Vorgaben der Krankenhausplanung «pauschal» ersetzt werden.

# Literaturverzeichnis

- Kuklinski, D., Subelack, J., Geissler, A., Vogel, J., 2023. Analyse der Schweizer Spitallandschaft anhand der Züricher Spitalleistungsbereiche und -gruppen: Ableitung von Empfehlungen für die Krankenhausreform in Deutschland (No. 2023– 02), Schriftenreihe in Health Economics, Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy. St.Gallen: Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, St. Gallen. <http://hdl.handle.net/10419/279518>
- MAGS, 2022. Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens. Düsseldorf.
- MAGS, 2019. Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens. Düsseldorf.
- Vogel, J., Kuklinski, D., Geissler, A., 2023. Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland: Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben (No. 2023– 03), Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy. St.Gallen: Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, St. Gallen. <http://hdl.handle.net/10419/279519>
- Vogel, J., Letzgus, P., Geissler, A., 2020. Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen. Krankenhaus-Report 2020 327–358. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18)
- Vogel, J., Polin, K., Pross, C., Geissler, A., 2019. Implikationen von Mindestmengen und Zertifizierungsvorgaben: Auswirkungen verschiedener Vorgaben auf den deutschen Krankenhaussektor. Qualitätsmonitor 2019 63–88. <https://doi.org/10.32745/9783954664344-1.5>
- Vogel, J.F.A., Barkhausen, M., Pross, C.M., Geissler, A., 2022. Defining minimum volume thresholds to increase quality of care: a new patient-oriented approach using mixed integer programming. *European Journal of Health Economics* 23, 1085–1104. <https://doi.org/10.1007/S10198-021-01406-W/TABLES/7>