

Von der Stellungnahme zum KHVVG - Bewertung aus Sicht der Regierungskommission Krankenhaus



Prof. Dr. Christian Karagiannidis

*Kliniken der Stadt Köln, Lungenklinik, ARDS und ECMO-Zentrum, Universität
Witten/Herdecke*

 @ECMOKaragianni1

Conflicts of Interest

I received lecture-fees, consultant-fees or study support from:

- Getinge Group
- Astra Zeneca
- Bayer
- Xenios

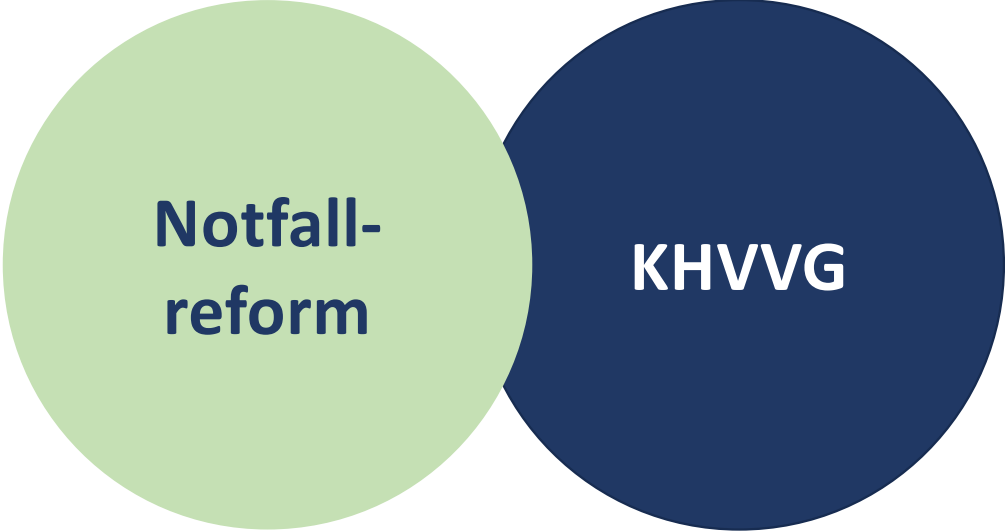
BMBF and LifeScience NRW funded Project with Enmodes (Aachen) -
Development of a Long-Term Lung-Assist

Working Group on COVID19 Robert-Koch-Institut, funded by the German Ministry of Health

Member of the governmental commission for COVID-19 in Germany

Member of the governmental commission for hospital reform in Germany

Member of the governmental commission for resilience in health care system

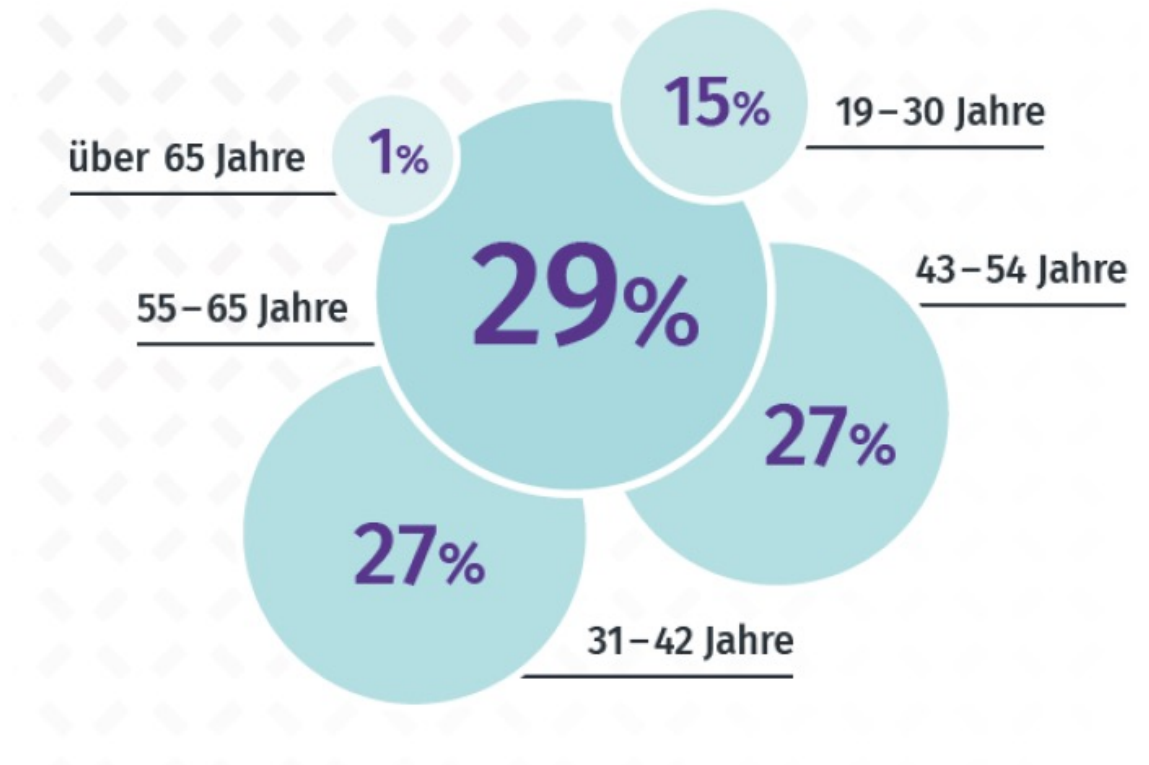


**Notfall-
reform**

KHVVG

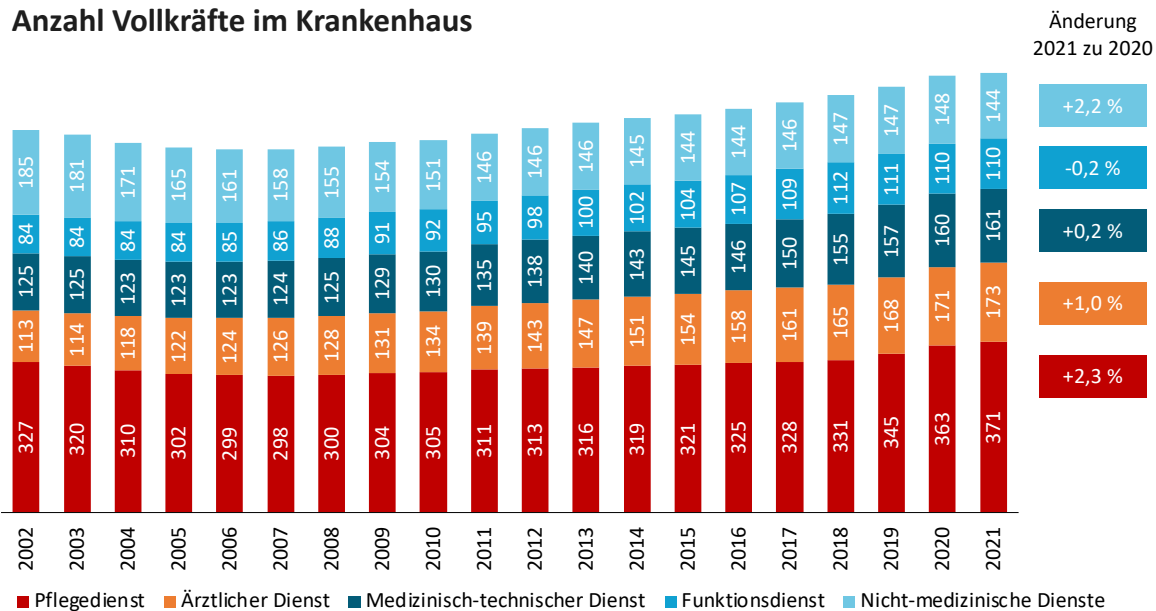


Abbildung 1: Alter



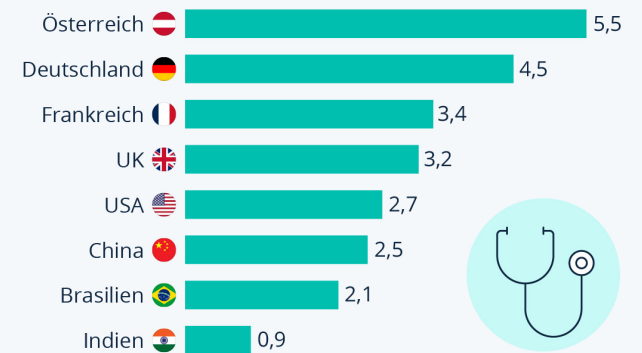
Ausgangslage aus Sicht des **ärztlichen Personals**

Anzahl Vollkräfte im Krankenhaus



Deutschlands Arztdichte ist überdurchschnittlich hoch

Anzahl behandelnder Ärzt:innen in ausgewählten Ländern (je 1.000 Einwohner:innen)



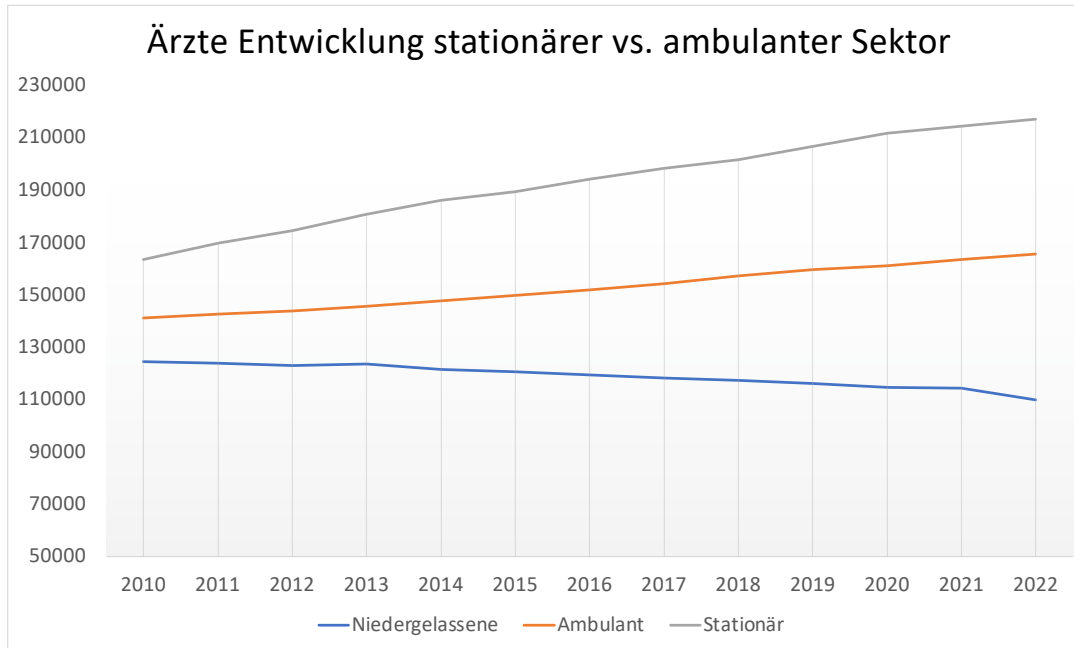
Stand: 2022 oder aktuellster verfügbarer Wert, teilweise vorläufige Daten
Quelle: OECD



statista

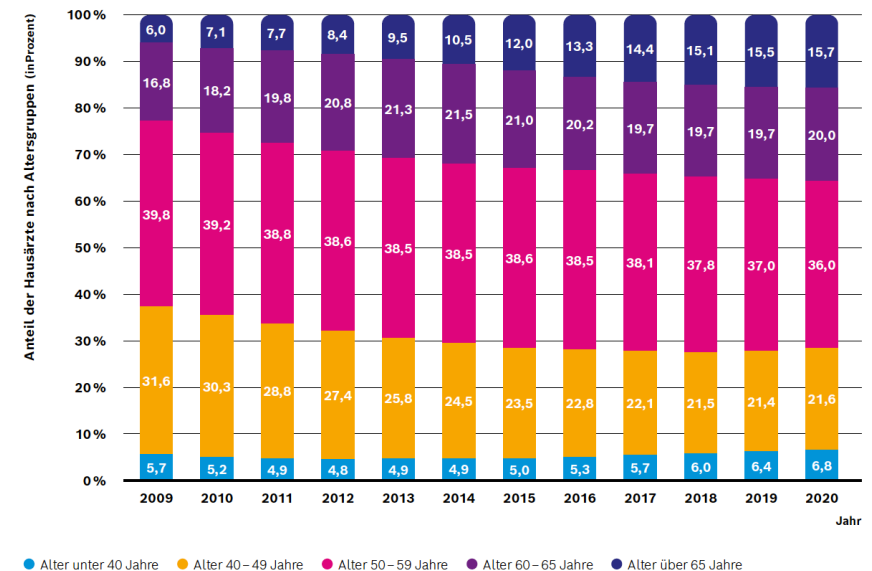
Anmerkung: Nicht-med. Dienste = klin. Hauspersonal, technischer, Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonderdienste, sonstiges Personal
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Entwicklung im ambulanten Sektor (der unsere Zukunft ist)



Quelle: GBE

Abbildung 4: Altersstruktur der Hausärzte, 2009 bis 2020



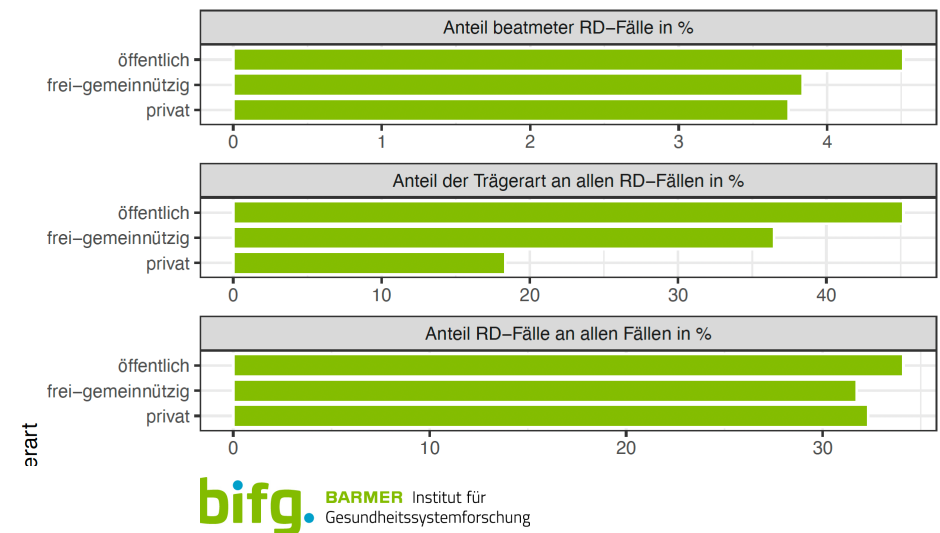
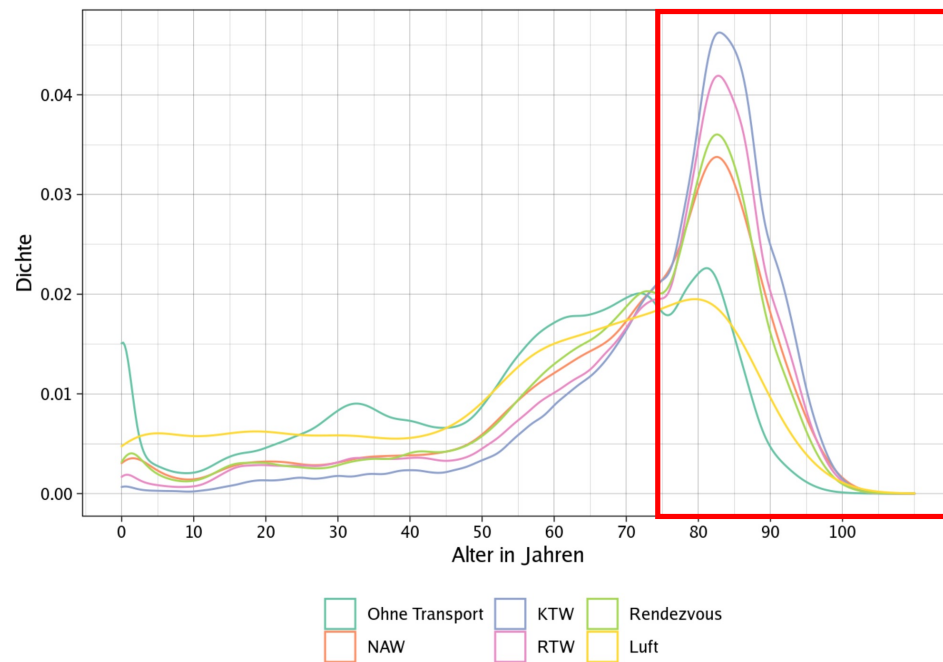
Quelle: eigene Darstellung IGES auf Basis von KBV (2021a)

Gesundheitszentren für Deutschland
Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann
Robert-Bosch-Stiftung Gutachten 2021

Wer kommt in die Notaufnahme?

Wer kommt wie und wo in die Notaufnahme?

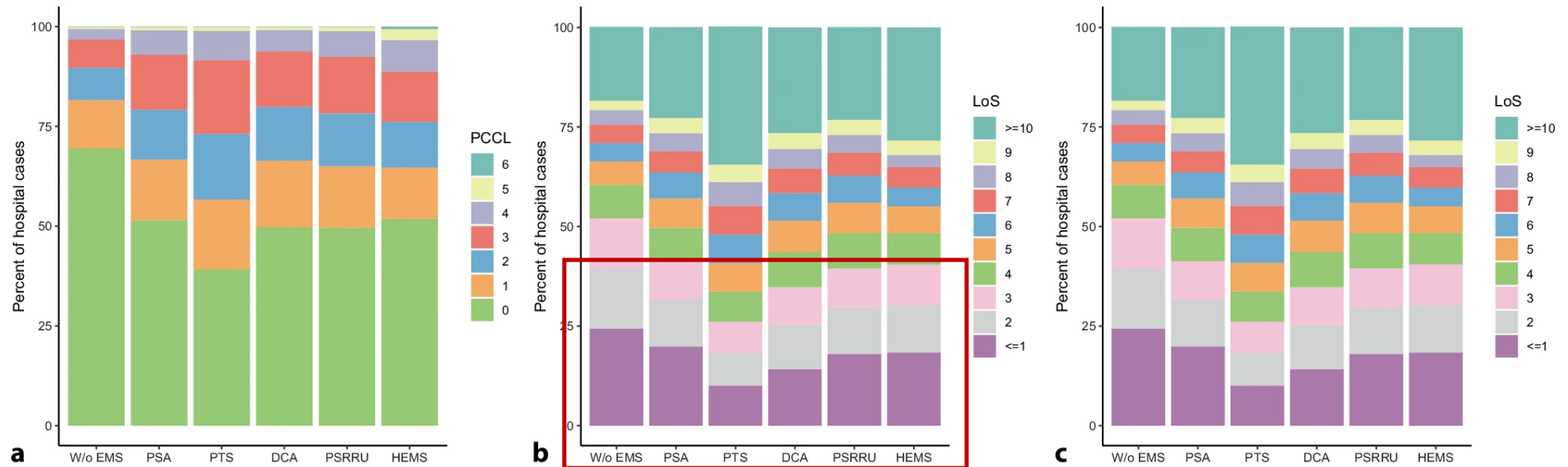
3.2 Altersverteilung



Anmerkung: Die abgebildeten Kurven stellen Kerndichteschätzer dar.

Roessler M, Schulte C, Bobeth C, Wende D, Karagiannidis C. Hospital admissions following emergency medical services in Germany: analysis of 2 million hospital cases in 2022. Med Klin Intensivmed Notfmed 2024.

Notfallreform



Roessler M, Schulte C, Bobeth C, Wende D, Karagiannidis C. Hospital admissions following emergency medical services in Germany: analysis of 2 million hospital cases in 2022. Med Klin Intensivmed Notfmed 2024.

Inanspruchnahme des
Rettungsdienstes im Kontext
von Krankenhausaufnahmen

Notfallreform

Tabelle 1: Charakteristika der Krankenhausfälle und Schweregradindikatoren nach Nutzung
des Rettungsdienstes und der Rettungsmittel

Transport	Fallzahl (in 1.000)	Anteil an Fällen (%)	Pflege- heimbe- wohner (%)	beatmet (%)	intensiv- med. Kom- plexbehand- lung (%)	Reani- mation (%)	Kranken- haus- sterblich- keit (%)	niedriger bis modera- ter Schwe- regrad (%)
ohne RD	1.456	71,9	1,2	1,4	0,7	0,3	1,1	51,4
NAW	23	1,1	10,1	7,7	3,3	2,7	9,3	33,8
KTW	117	5,8	21,0	2,1	1,4	0,7	7,2	21,3
RTW	305	15,1	11,1	2,7	1,9	0,8	5,7	30,3
Rendez- vous	121	6,0	10,0	8,4	3,8	3,1	10,0	31,0
Luft	3	0,1	3,2	18,9	3,9	5,3	10,8	30,9

Anmerkung: RD = Rettungsdienst; NAW = Notarztwagen; KTW = Krankentransportwagen; RTW = Rettungswagen;
Rendezvous = Rendezvous-System; Luft = Lufttransport

Quelle: BARMER-Daten 2022

Regionale Unterschiede, wiederholte
Inanspruchnahme und Kosten
des Rettungsdienstes in Deutschland



Regionale Unterschiede, wiederholte Inanspruchnahme und Kosten des Rettungsdienstes in Deutschland

Tabelle 1: Charakteristika der Rettungsdienstfälle

Variable	Kategorie	nicht hospitalisiert		hospitalisiert	
		n/Median	% (Q1;Q3)	n/Median	% (Q1;Q3)
Rettungsmittel; n, %	Bodentransport ohne Notarzt	728.025	86,0	445.258	73,7
	Bodentransport mit Notarzt	114.350	13,5	151.477	25,1
	Flugrettung	3.817	0,5	7.351	1,2
Kosten in 1.000 €; Median, (Q1,Q3)		0,4	(0,2;0,7)	0,7	(0,4;1,0)
Alter; Median, (Q1,Q3)		76,0	(59,0;84,0)	78,0	(64,0;85,0)
Geschlecht; n, %	weiblich	485.065	57,3	353.755	58,6
	männlich	361.127	42,7	250.331	41,4
Pflegeheim- bewohner; n, %	nein	690.756	81,6	529.227	87,6
	ja	155.436	18,4	74.859	12,4
Pflegegrad; n, %	0	341.236	40,3	286.057	47,4
	1	24.992	3,0	22.190	3,7
	2	129.020	15,2	98.013	16,2
	3	176.643	20,9	107.707	17,8
	4	122.803	14,5	64.743	10,7
	5	51.498	6,1	25.376	4,2
Einkommen; n,%	hoch	165.497	19,6	114.768	19,0
	mittel	384.407	45,4	280.799	46,5
	niedrig	267.965	31,7	193.194	32,0
	unbekannt	28.323	3,3	15.325	2,5
Regionstyp; n, %	kreisfreie Großstadt	343.412	40,6	178.046	29,5
	städtischer Kreis	272.686	32,2	225.195	37,3
	ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	115.797	13,7	99.102	16,4
	dünn besiedelter ländlicher Kreis	114.297	13,5	101.743	16,8

Quelle: eigene Daten 2022



Rund **ein Drittel aller Patienten** nutzten den Rettungsdienst mehr als einmal pro Jahr und verursachten **zwei Drittel aller RD-Fälle**

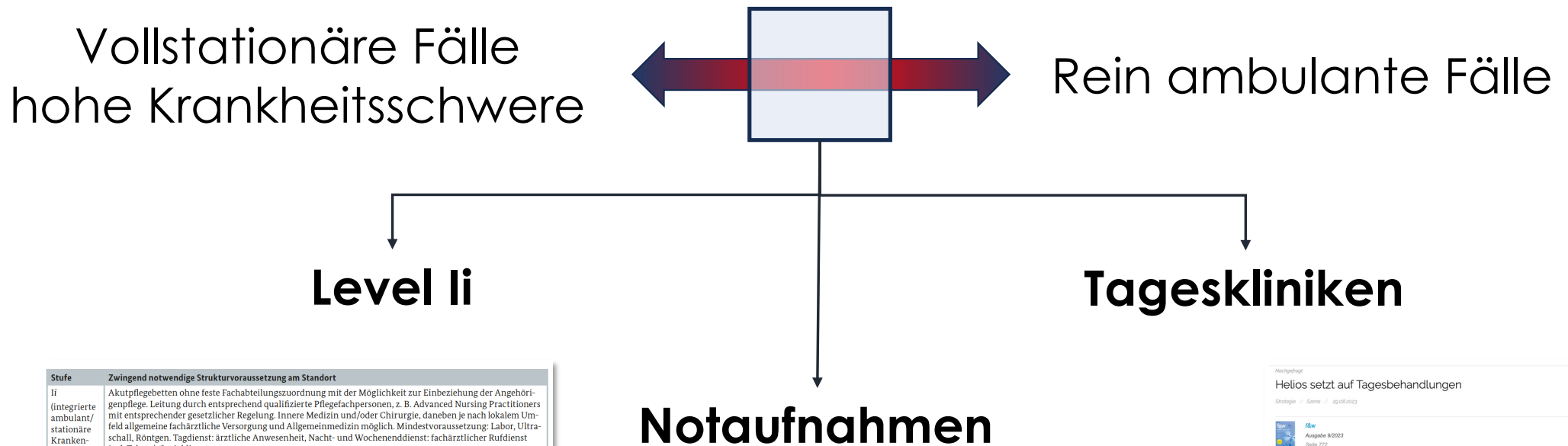
Abbildung 3: Wiederholte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes



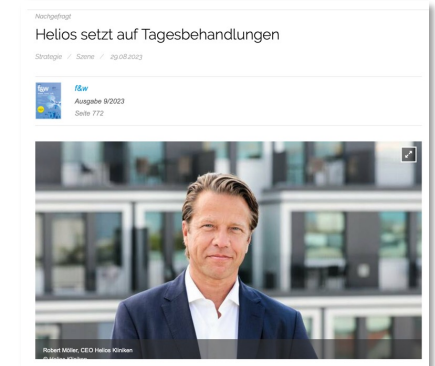
Quelle: eigene Daten 2022

Was machen wir mit den leichten-
mittelschweren Fällen im Rahmen
der Reformen?

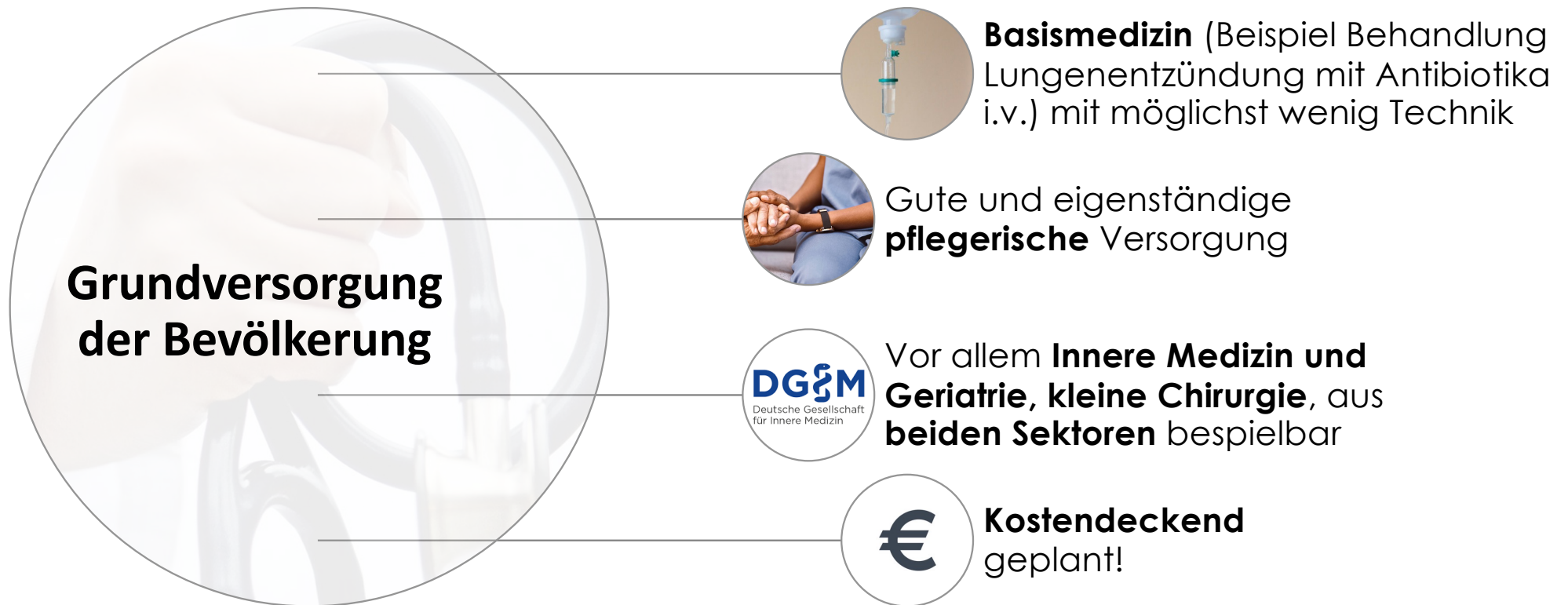
Wer versorgt den Patienten, der **zu krank für Niedergelassene** ist, die Infrastruktur des Krankenhauses braucht, aber **nicht schwer krank** ist?



Stufe	Zwingend notwendige Strukturvoraussetzung am Standort
II (integrierte ambulant/ stationäre Kranken- häuser)	Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege. Leitung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, z. B. Advanced Nursing Practitioners mit entsprechender gesetzlicher Regelung. Innere Medizin und/oder Chirurgie, daneben je nach lokalem Umfeld allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich. Mindestvoraussetzung: Labor, Ultraschall, Röntgen, Tagdienst: ärztliche Anwesenheit, Nacht- und Wochenenddienst: fachärztlicher Rufdienst (vgl. Tab. 1a). Sozialdienst. Vergütung erfolgt im Gegensatz zu den nachfolgenden Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Abrechnung der ärztlichen Leistungen: a) nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung und b) um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckung. Damit erhalten Level-II-Kliniken keine Vorhaltung und auch kein Pflegebudget. Beides wird durch die Tagespauschalen ersetzt, innerhalb derer ein erheblicher Teil auf die Pflegekosten entfällt.



Level 1i/ Sektorenübergreifende Versorgung in einer vernetzten Gesundheitsregion

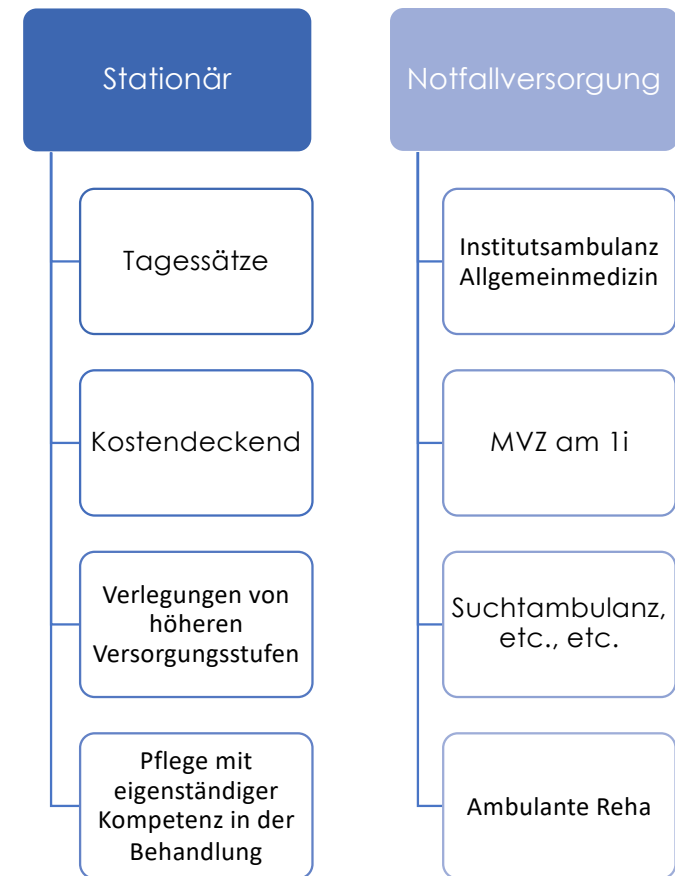


Regierungskommission hätte sich mehr Kompetenz für Pflegefachpersonen gewünscht

Level 1i modular denken und als Institution etablieren

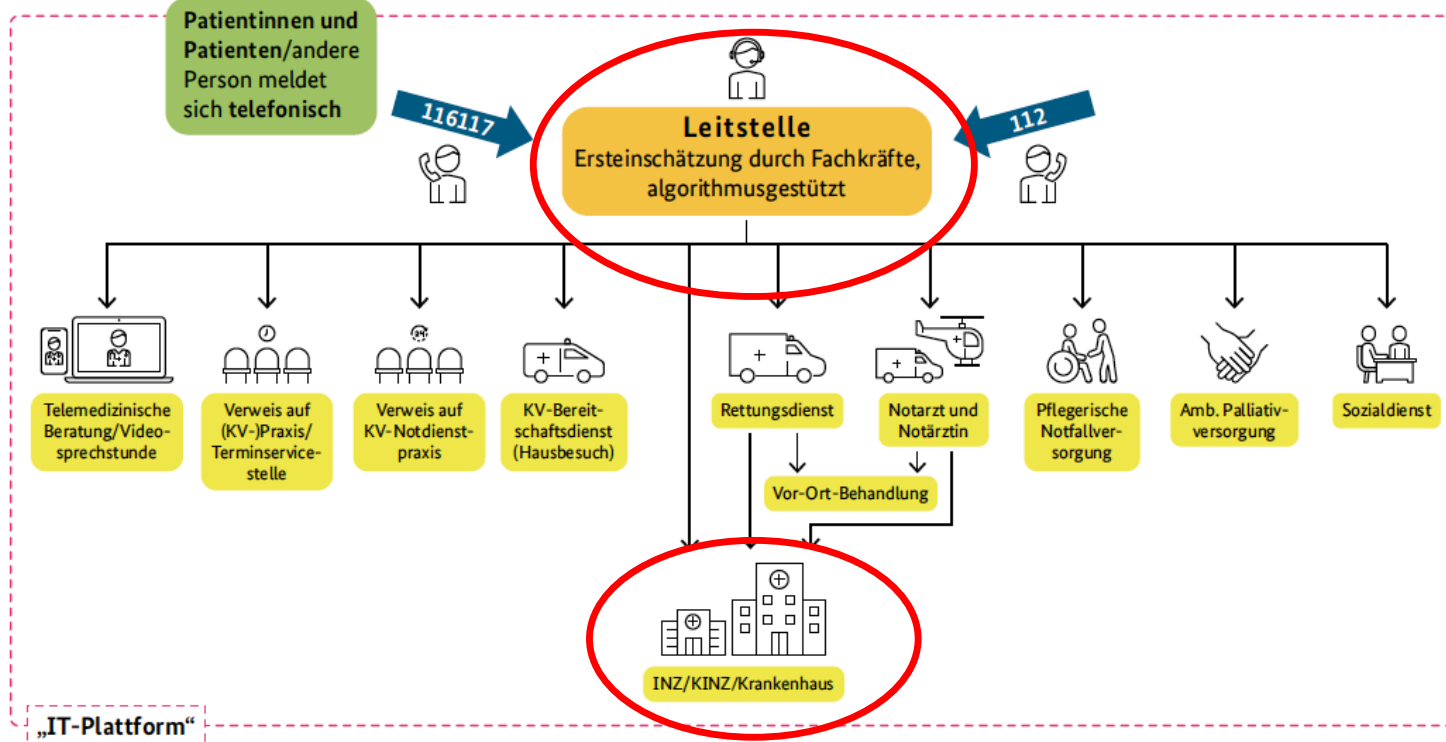
Patienten kennen nur 2 Versorgungsformen

- Krankenhäuser und
- Praxen
- *Level 1i ist und bleibt ein Krankenhaus mit IK-Nummer und (hoffentlich) förderfähig im Transformationsfonds*





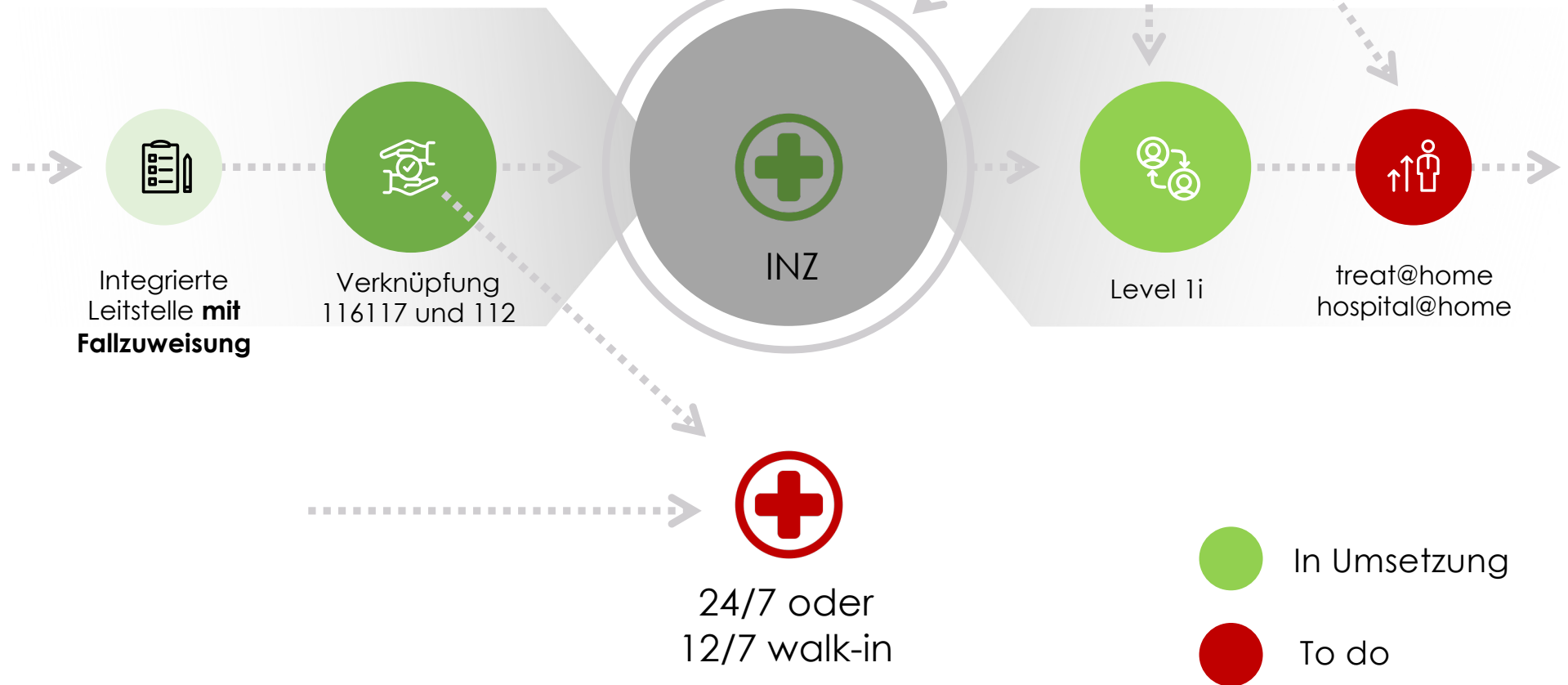
Reform der Notfallversorgung



Quelle: eigene Darstellung.



Rettungsdienst
ins SGB-V



Was machen wir mit den eigentlich ambulanten Fällen, die in den Kliniken landen werden, vor allem in strukturschwachen Regionen?

24/7 walk in



Who do freestanding emergency departments treat? Comparing Texas hospitals to satellite and independent freestanding departments in 2021 and 2022

Daniel

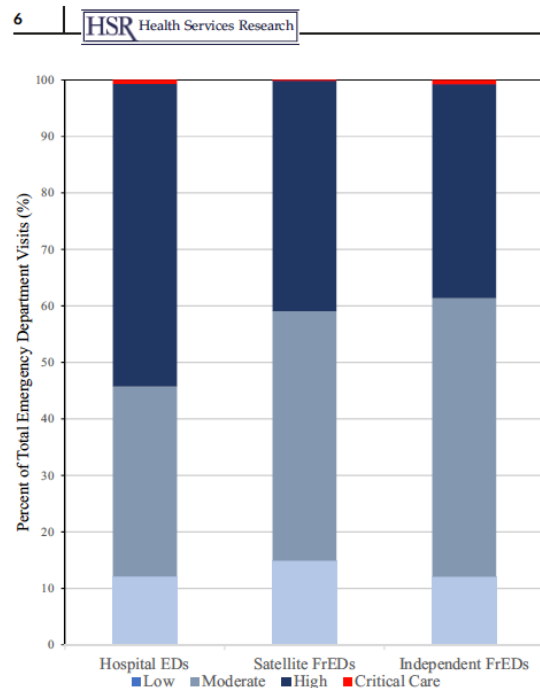


FIGURE 1 Texas Emergency Department Visits by Treatment Intensity and Provider Type, 2021–2022. Treatment intensity is based on Current Procedural Terminology codes and is defined as “low” (CPT 99281, 99282), “moderate” (CPT 99283), “high” (CPT 99284, 99285), and “critical care” (CPT 99291, 99292). ED, emergency department; FrED, freestanding emergency department. Source: Texas Emergency Department PUDF.

TABLE 2 Top services and procedures at Texas Hospital EDs, satellite FrEDs, and independent FrEDs, 2021–2022.

CCS category	Hospital EDs		Satellite FrEDs		Independent FrEDs	
	Rank	%	Rank	%	Rank	%
CT scan abdomen	1	12.05	3	10.13	3	6.63
Laboratory—Chemistry and Hematology	2	11.78	4	10.08	6	4.34
Microscopic examination (bacterial smear, culture, toxicology)	3	10.22	1	17.07	1	37.70
Other diagnostic radiology and related techniques	4	10.02	2	14.65	4	6.54
Other therapeutic procedures	5	9.26	5	8.18	2	9.77
Computerized axial tomography (CT) scan head	6	6.91	7	5.23	11	3.03
Routine chest x-ray	7	6.27	6	7.68	9	3.26
Other diagnostic ultrasound	8	3.89	9	2.63	15	1.35
Other CT scan	9	3.79	10	2.62	12	2.16
Other Laboratory	10	3.32	8	3.61	8	3.60
Electrocardiogram	11	3.31	13	2.09	18	0.72
Consultation, evaluation, and preventative care	12	3.23	15	1.80	10	3.19
CT scan chest	13	2.23	14	1.81	14	1.74
Medications (injections, infusions, and other forms)	14	1.84	12	2.30	7	4.30
Diagnostic ultrasound of abdomen or retroperitoneum	15	1.84	17	1.20	22	0.45
Suture of skin and subcutaneous tissue	16	1.63	11	2.47	13	1.78
Magnetic resonance imaging	17	0.74	21	0.57	37	0.02
Nonoperative urinary system measurements	18	0.69	16	1.43	16	0.94
Other respiratory therapy	19	0.65	24	0.25	19	0.65
Incision and drainage, skin and subcutaneous tissue	20	0.57	20	0.71	20	0.55
Total discharges (N) and percent of total (%) represented by top 20 procedures at hospital-based EDs	13,914,754	94.26	2,085,418	96.52	2,460,170	92.72

Note: The anchored facility type is hospital-based emergency departments (EDs). Discharges that listed a single facility code for E&M visit were excluded from analysis. Procedure codes were collapsed into clinically meaningful categories using the AHRQ Clinical Classifications Software (CCS) for Services and Procedures (https://hcup-us.ahrq.gov/toolsoftware/ccs_svcsproc/ccssvcproc.jsp).

Abbreviation: FrED, freestanding emergency department.

Source: Texas Emergency Department PUDF.

Was ist geblieben außerhalb der Notfallreform und Level 1i?



Zwei unterschiedliche Wege zu einer Krankenhausreform gemäß unserer Verfassung

Bundesebene:
Vergütung und
Qualität



Ausschließlich systemtheoretisch lösbar
(17 Mio. Fälle müssen eindeutig verteilt werden)

System-zentriertes Modell

Landesebene: Planung
und Investitionskosten

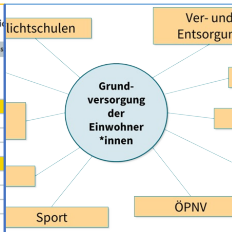
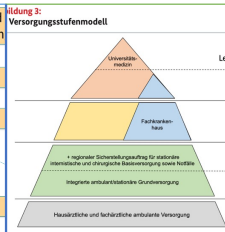


Systemtheoretisch und/oder per Planungsgremien lösbar
(es müssen keine Fälle zugeordnet werden)

Personen-zentriertes Modell

NRW ist KEINE Blaupause

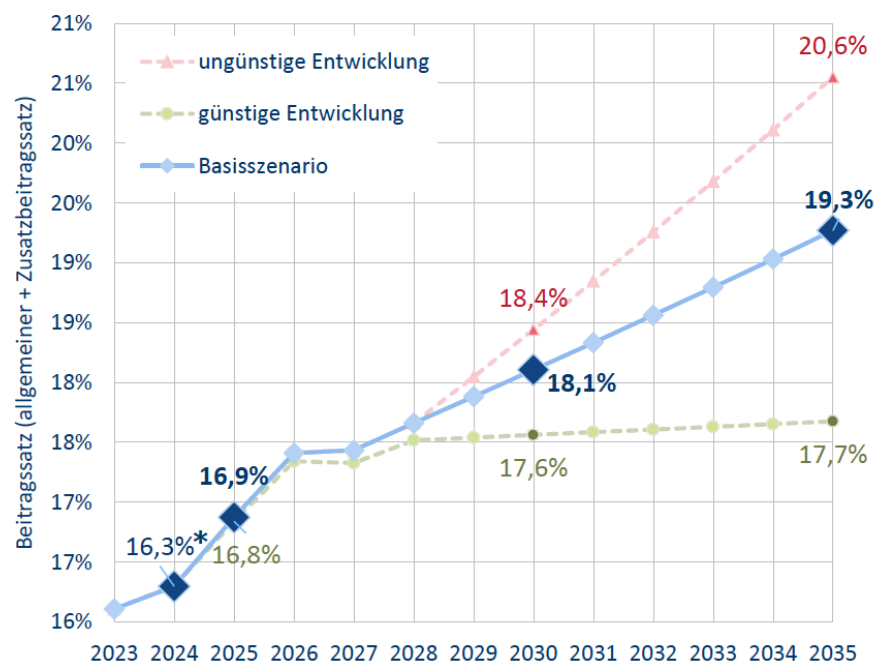
Krankenhausreform setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen

		Abb. 2: Wählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Medizin und Chirurgie zur Illustration <table><thead><tr><th rowspan="2">Leistungsgruppe (LG)</th><th colspan="3">Maximales Leistungsangebot</th></tr><tr><th>Mindestleistung erbringendes KH</th><th>Level I-KH</th><th>Level II-KH</th></tr></thead><tbody><tr><td>abhandl. Innere Medizin</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>abhandl. Onkologie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>abhandl. Transplantation</td><td>III</td><td></td><td></td></tr><tr><td>abhandl. Allgemeine Chirurgie</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>abhandl. Spezialchirurgie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>abhandl. Spezialchirurgie</td><td>III</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Leistungsgruppe (LG)	Maximales Leistungsangebot			Mindestleistung erbringendes KH	Level I-KH	Level II-KH	abhandl. Innere Medizin	I	X	X	abhandl. Onkologie	II		X	abhandl. Transplantation	III			abhandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	abhandl. Spezialchirurgie	II		X	abhandl. Spezialchirurgie	III				Abbildung 3: Versorgungsstufenmodell 		
Leistungsgruppe (LG)	Maximales Leistungsangebot																																				
	Mindestleistung erbringendes KH	Level I-KH	Level II-KH																																		
abhandl. Innere Medizin	I	X	X																																		
abhandl. Onkologie	II		X																																		
abhandl. Transplantation	III																																				
abhandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X																																		
abhandl. Spezialchirurgie	II		X																																		
abhandl. Spezialchirurgie	III																																				
Notfallreform	Transformationsfonds mit 50 Mrd	Leistungsgruppen mit Strukturqualität	Vorhaltevergütung mit Budgetgarantie im 20% Korridor	Level 1i/ Sektorenübergreifende Versorgung	Mindestfallzahlen	Onkologie in großen und zertifizierten Zentren?																															

- Die Reform setzt sich aus unterschiedlichen **Bausteinen** zusammen
- Die **Wirksamkeit** wird sehr stark von dem endgültigen Gesetz und den 3 Verordnungen (zustimmungspflichtig im Bundesrat) abhängen

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Projektion der Beitragssatzentwicklung bis 2035

beitragssatzrelevante Einflussfaktoren	günstiges Szenario	Basis-szenario	ungünstiges Szenario
Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 2029 (Ø p.a. je Mitglied) ¹	+4,0%	+3,0%	+2,0%
Entwicklung der Leistungsausgaben ab 2026 (Ø p.a.) ²	+4,0%	+4,2%	+4,2%
Ausgabeneffekte der Krankenhaus-reform (KHVVG)	- Transformationsfonds: +2,5 Mrd. € p.a. - Tarifrefinanzierung, Förderung Sonderbereiche 2024-2025: +0,7 Mrd. € - ab 2030 per Saldo Minderausgaben wegen erwarteter Effizienzgewinne		

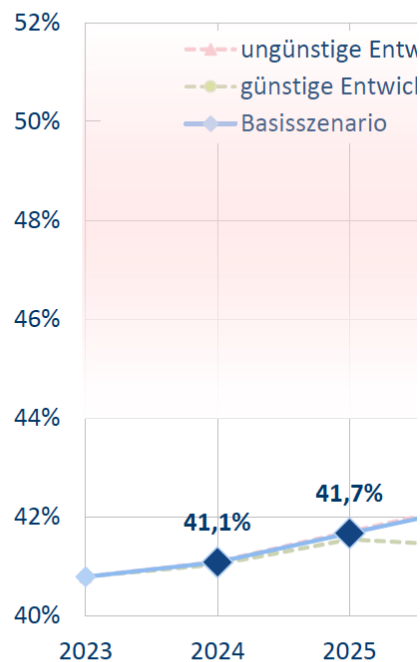


1 = Zeitraum bis 2028 bpE-Entwicklung gemäß mittelfristiger Finanzplanung für den Bundeshaushalt (BMF) für alle Szenarien

2 = im Zeitraum 2024-2025 Annahme überdurchschnittlicher Ausgabenzuwächse (Ø +5,5% p.a.)

* = für 2024 mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz gem. §242a SGB V (nicht ausgabendeckend)

Projektion der Entwicklung des Gesamtsozialver

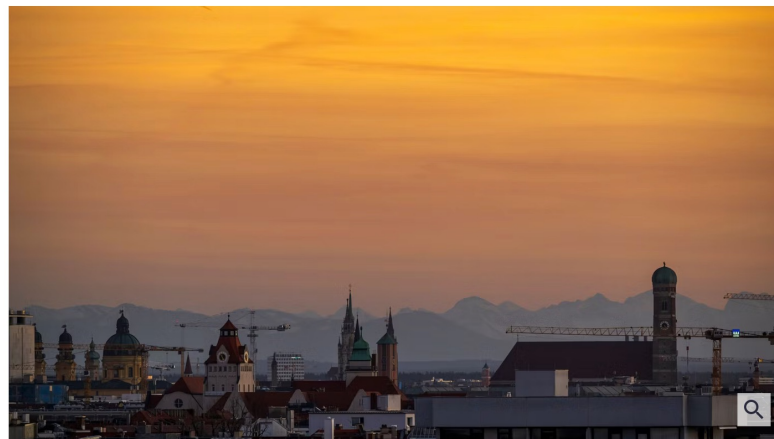


Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung

Konjunkturkrise

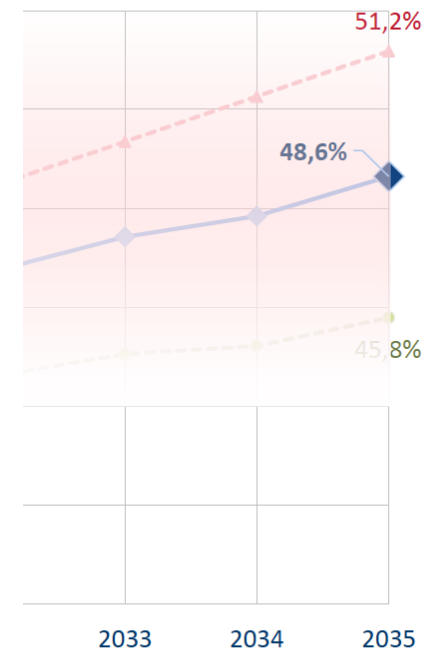
Bayerns Wirtschaft schrumpft überdurchschnittlich

24. September 2024, 16:48 Uhr | Lesezeit: 1 Min.



Die Münchner Innenstadt kurz vor Sonnenuntergang. Dämmerstimmung herrscht derzeit auch in der bayerischen Wirtschaft. (Foto: Peter Kneffel/dpa)

Der Freistaat stand jahrelang in der Spitzengruppe der Bundesländer mit dem höchsten Wirtschaftswachstum. Derzeit ist

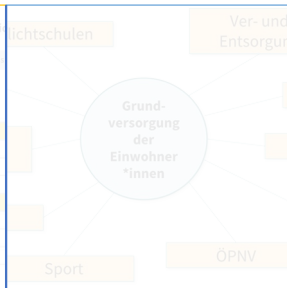
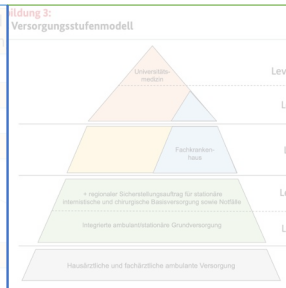


Quelle: IGES auf Basis der Quellen der Kurzstudie und SPV zur Deckung eines Ausgabenüberschusses

25.06.2024

Seite 8

Transformationsfonds: 50% Bund/50% Länder

		2. Leistungsguppen innerhalb der Leistungsbereiche Medizin und Chirurgie zur Illustration <table><thead><tr><th>Gruppe (I, II)</th><th>Mindestlevel erbringen des KH</th><th>Level 1-404</th><th>Level 22-404</th></tr></thead><tbody><tr><td>Behandl. Innere Medizin</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Onkologie und Onkologie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Transplantations</td><td>II</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Behandl. Allgemeine Chirurgie</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Leberchirurgie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Die Pankreasresektion</td><td>II</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Gruppe (I, II)	Mindestlevel erbringen des KH	Level 1-404	Level 22-404	Behandl. Innere Medizin	I	X	X	Onkologie und Onkologie	II		X	Transplantations	II			Behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	Leberchirurgie	II		X	Die Pankreasresektion	II				3. Versorgungsstufenmodell 		
Gruppe (I, II)	Mindestlevel erbringen des KH	Level 1-404	Level 22-404																															
Behandl. Innere Medizin	I	X	X																															
Onkologie und Onkologie	II		X																															
Transplantations	II																																	
Behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X																															
Leberchirurgie	II		X																															
Die Pankreasresektion	II																																	
Notfallreform	Transformations-Fonds mit 50 Mrd	Leistungsgruppen mit Strukturqualität	Vorhaltevergütung mit Budgetgarantie im 20% Korridor	Level 1i/ Sektoren-übergreifende Versorgung	Mindestzahlen	<i>Onkologie in großen und zertifizierten Zentren?</i>																												

Es braucht Investitionen in eine Strukturreform

Ergebnisse - Baujahr

	nach 2011	2001 bis 2010	1991 bis 2000	vor 1990
Wann wurde die ITS gebaut?	121 (22.3%)	180 (33.2%)	132 (24.4%)	109 (20.1%)
Umfassende Renovierungen in den letzten 5 Jahren	39 (32.2%)	41 (22.8%)	48 (36.4%)	33 (30.3%)

Der Transformationsfonds

- Wird in einer **Verordnung** geregelt (zustimmungspflichtig im Bundesrat)
- Was könnte gefördert werden:
 - Zusammenlegung von Standorten (Kartellrecht außer Kraft)
 - Schließung von Standorten
 - *Verlagerung von Leistungsgruppen (Beispiel: ganze LG Geburtshilfe wird verlagert)*
 - *Neuaufbau von Leistungsgruppen*
- Was wird eher **nicht** gefördert?
 - Leistungsausweitung per se
 - Sanierung und Investitionen ohne Strukturveränderungen
(bleibt Aufgabe der Bundesländer im Rahmen der Investitionskosten)

Transformationsfonds Entscheidend ist die Zentralisierung

gettyimages
Credit: Nanisimova

Aus Sicht unserer Autoren sollten mit den Milliarden des geplanten Transformationsfonds nur drei Maßnahmen gefördert werden. Wichtig wären dabei bundesweit einheitliche Kriterien. Maßgeblich müsste die Zentralisierung sein. Der Königssteiner Schlüssel sei bei der Verteilung des Geldes hingegen nicht hilfreich.

Von Prof. Boris Augurzy und Prof. Christian Karagiannidis

Krankenhausstruktur heute und in der Zukunft

Status quo (näherungsweise)

GBA-Notfallstufe	Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
Level 3	164	134.480	820
Level 2	261	107.271	411
Level 1	648	139.320	215
Level 0 --> 1i	274	24.660	90
Fachkliniken	350	31.500	90
Summe	1.697	437.231	258

Relative Veränderung

GBA-Notfallstufe	Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
Level 3	10%	-6%	-15%
Level 2	23%	4%	-15%
Level 1	-55%	-73%	-40%
Level 0 --> 1i	82%	-39%	-67%
Fachkliniken	-20%	-29%	-11%
Summe	-7%	-28%	

Zielbild

Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
180	126.000	700
320	112.000	350
290	37.700	130
500	15.000	30
280	22.400	80
1.570	313.100	258

Absolute Veränderung

Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
16	-8.480	-120
59	4.729	-61
-358	-101.620	-85
226	-9.660	-60
-70	-9.100	-10
-127	-124.131	

Quelle der Daten des Status quo: Qualitätsberichte der Krankenhäuser, Datenjahr 2020, somatische Standorte.

Tab.1

50 Mrd. Transformationsfonds über 10 Jahre und....

Zusätzlich Förderbeiträge und Zuschläge und weitere Verbesserungen für Krankenhäuser

Förderbeiträge oder Zuschläge für ...	Betrag ab 2027
Stroke Unit	35 Mio. Euro
Spezielle Traumatologie	65 Mio. Euro
Pädiatrie	300 Mio. Euro
Geburtshilfe	120 Mio. Euro
Intensivmedizin	30 Mio. Euro
Koordinierungsaufgaben	125 Mio. Euro
Spezielle Vorhaltung von Unikliniken	75 Mio. Euro
Notfallversorgung (Erhöhung bisherige Zuschläge)	+33 Mio. Euro

Refinanzierung Personal- und Sachkosten über LBFW

- Tariflohnsteigerungen ab 1.1.24 sind vollständig zu berücksichtigen
- Orientierungswert größer als Veränderungswert: voller Orientierungswert relevant für Vereinbarung des Veränderungswertes

Transformationsfonds

- Ab 2026
- Bis zu 50 Mrd. Euro mit einer Laufzeit von zehn Jahren

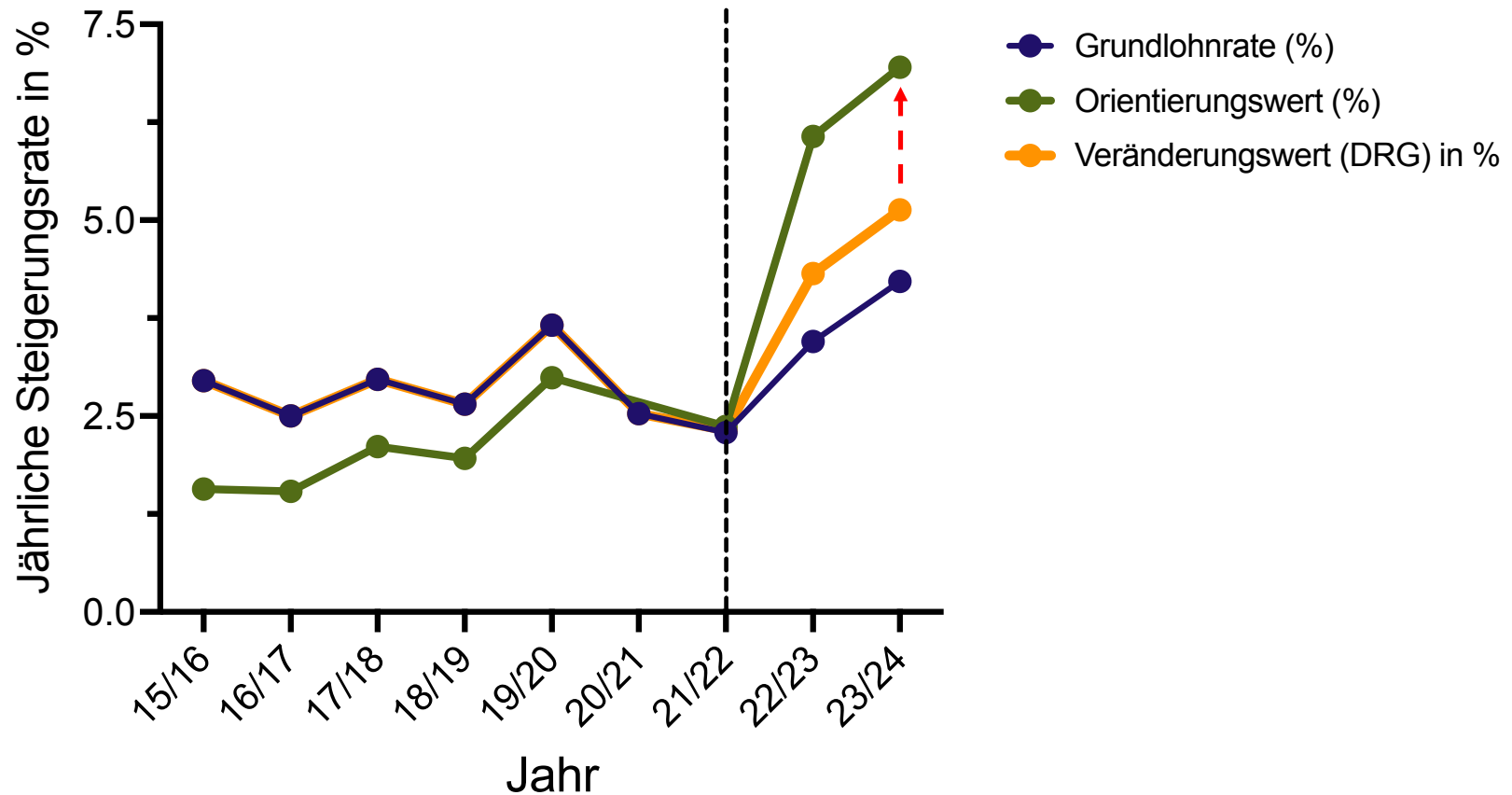
Förderung Geburtshilfe + Kinder und Jugendliche

- Verlängert für 2025 und 2026
- Fortführung der Förderung mit jährlich 420 Mio. Euro

Zuschläge für bedarfsnotwendige ländliche KH

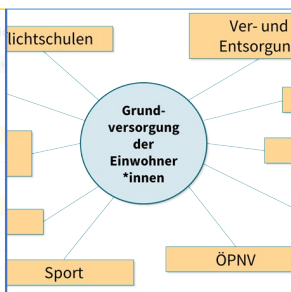
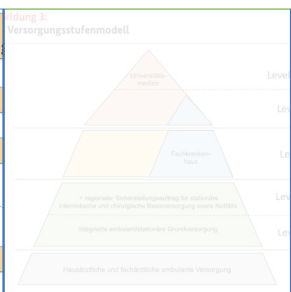
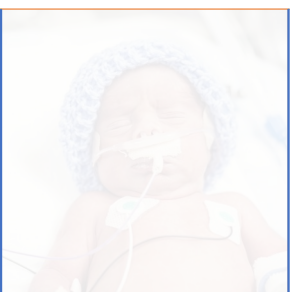
- Erhöhung der Zuschläge ab 2025 (§5 Abs. 2a KHEntgG)
- Sockelbetrag von 400.000 Euro auf 500.000 jährlich
- Je Fachabteilung von 200.000 auf 250.000 Euro jährlich

Aktueller Vorschlag Referentenentwurf



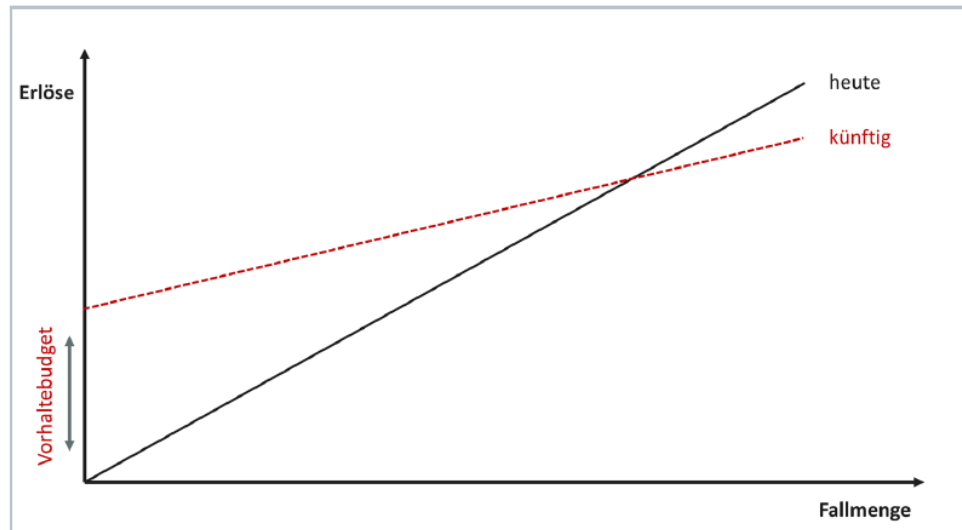
<https://www.aok.de/gp/verwaltung/landesbasisfallwerte/orientierungs-und-veraenderungswert>

Das Reformpaket

		Abbildung 2: Wählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Medizin und Chirurgie zur Illustration <table><thead><tr><th rowspan="2">Gruppe (I, II)</th><th rowspan="2">Mindest-level erbringen des KH</th><th colspan="2">Maximales Leistungslevel</th></tr><tr><th>Level I 1-10/11</th><th>Level II 12-10/11</th></tr></thead><tbody><tr><td>Primär</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Behandl. Innere Medizin</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Onkologie und Onkologie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Transplantations</td><td>II</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Behandl. Allgemeine Chirurgie</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Leberchirurgie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Alle Punkteschnittgriffe</td><td>II</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> Quelle:	Gruppe (I, II)	Mindest-level erbringen des KH	Maximales Leistungslevel		Level I 1-10/11	Level II 12-10/11	Primär				Behandl. Innere Medizin	I	X	X	Onkologie und Onkologie	II		X	Transplantations	II			Behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	Leberchirurgie	II		X	Alle Punkteschnittgriffe	II				Abbildung 3: Versorgungsstufenmodell 		
Gruppe (I, II)	Mindest-level erbringen des KH	Maximales Leistungslevel																																						
		Level I 1-10/11	Level II 12-10/11																																					
Primär																																								
Behandl. Innere Medizin	I	X	X																																					
Onkologie und Onkologie	II		X																																					
Transplantations	II																																							
Behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X																																					
Leberchirurgie	II		X																																					
Alle Punkteschnittgriffe	II																																							
Notfallreform	Transformations-Fonds mit 50 Mrd	Leistungsgruppen mit Strukturqualität	Vorhaltevergütung mit Budgetgarantie im 20% Korridor	Level 1i/ Sektoren-übergreifende Versorgung	Mindestzahlen	Onkologie in großen und zertifizierten Zentren																																		

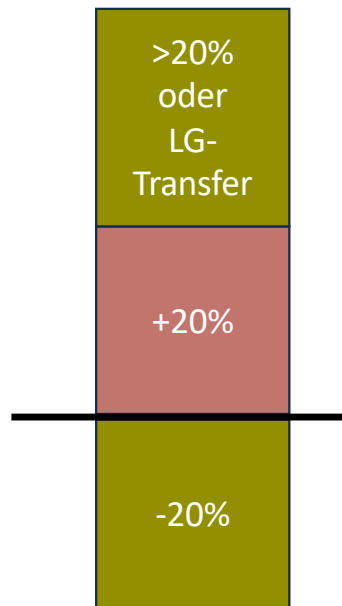
Vorhaltevergütung ist ausgesprochen komplex

› **Abbildung 5:**
Schematischer Vergleich DRG-System versus 2-Säulen-Modell
für eine Leistungsgruppe



- Vorhaltebudgets sind das wirksamste Instrument, das es je gab (**Spektrum von unwirksam bis extrem wirksam**)
- Wenn man die Erlöse aus dem Jahr 2026 in **60% Vorhaltung** in 2027 umwandeln würde, hätte dies einen Mengen-dämpfenden Effekt, da nur noch die R-DRG bezahlt würde bei einer Leistungssteigerung über dem Bemessungsjahr
- Es wird jetzt noch zusätzlich ein **20% Korridor eingefügt**

Vorhaltevergütung ist ausgesprochen komplex



- Bei **Leistungsabfall bleiben im Korridor die Erlöse** in der Vorhaltung erhalten (nur R-DRG Anteil fehlt), Vorhaltekomponente der Leistungssteigerung wird erst über 20% voll vergütet (*Ausnahme LG Transfer*)
- **CAVE:** das Pflegebudget geht in der Vorhaltung auf und hat immense Steigerungen
- **CAVE:** Leistungssteigerungen werden 26/27 sehr schwer (Pflegekipppunkt rückt immer näher und Ambulantisierung) bis wir in einen Steady State kommen (>30er Jahre)

Vorhaltevergütung eher zu Gunsten der Krankenhäuser

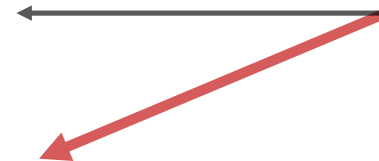
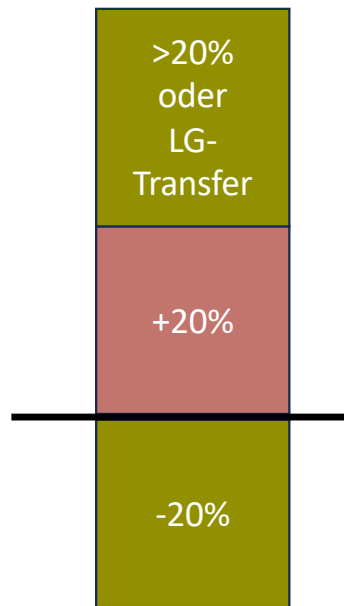
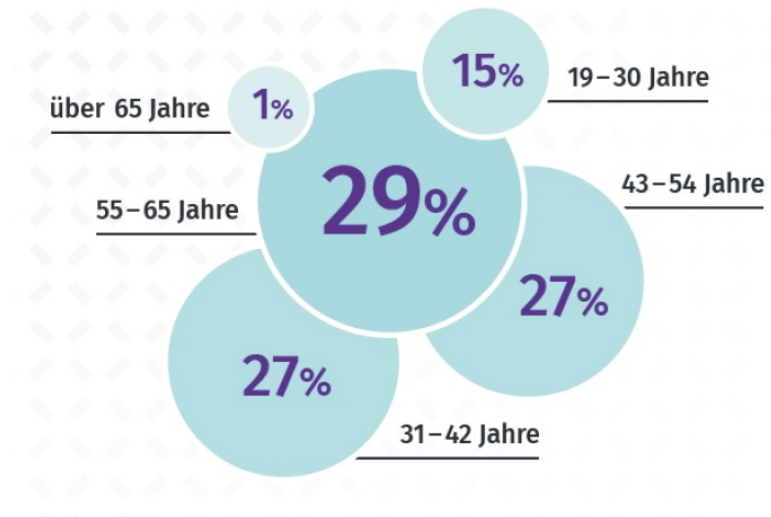
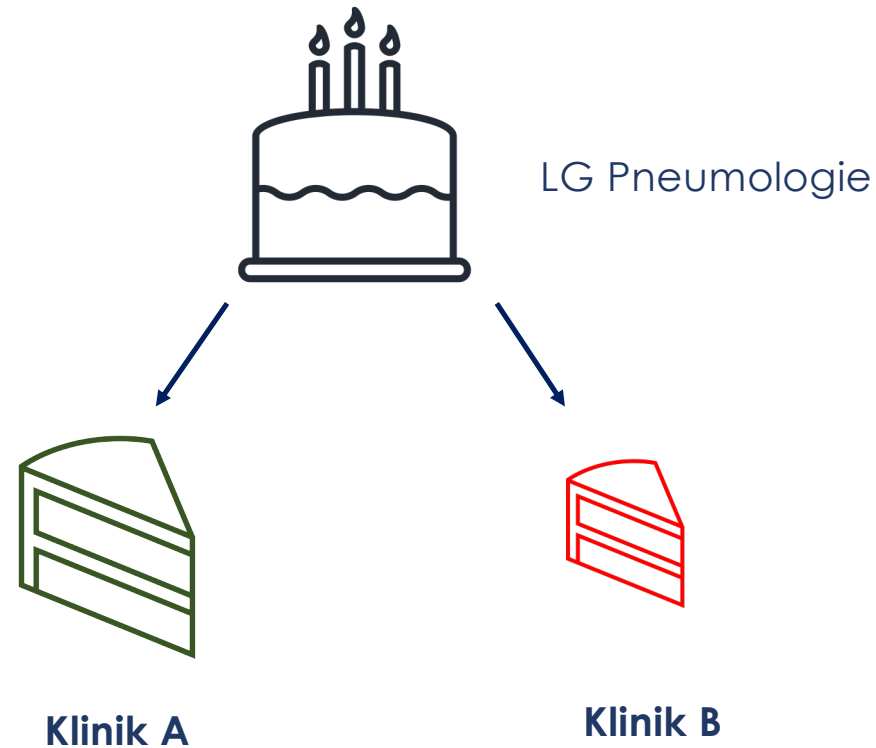


Abbildung 1: Alter



Alle Leistungen aller LG **pro Bundesland** bilden das **gesamte LG Budget**

Aufteilung pro LG pro Bundesland

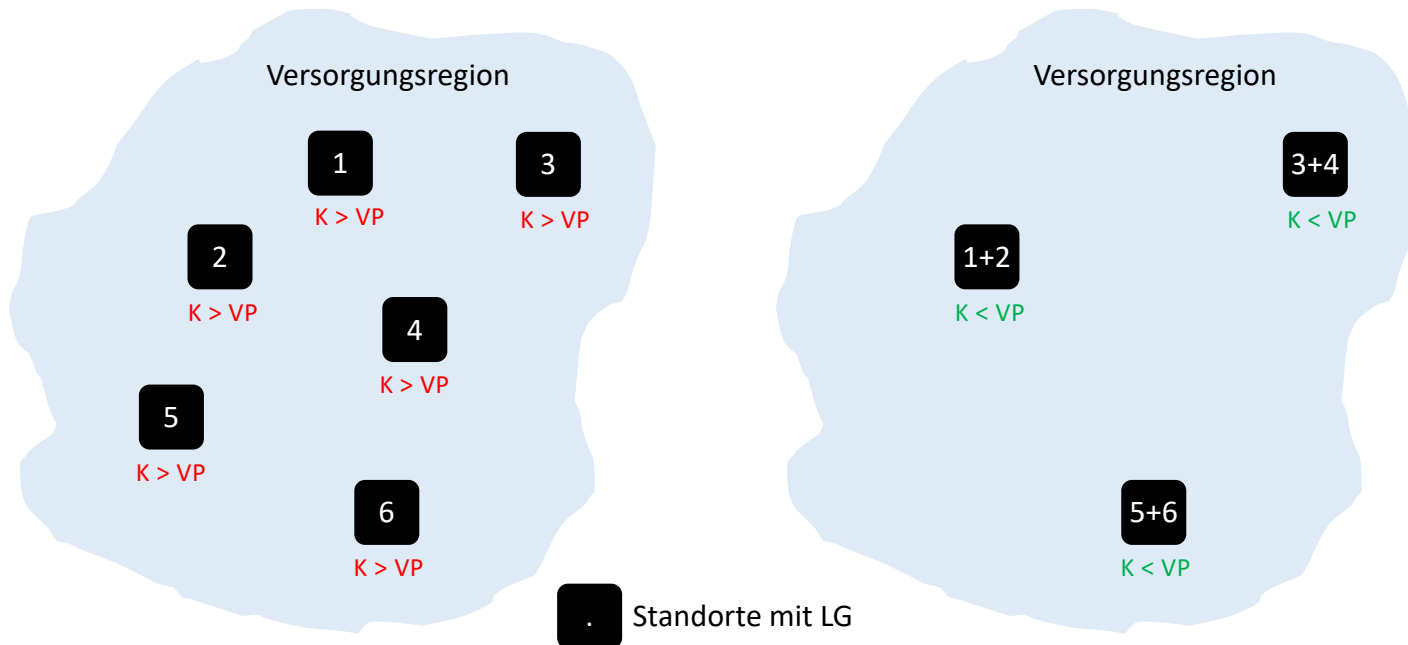


Trennung von Kosten und Erlösen zwingt Kliniken und Bundesländer, die
Leistungsgruppen zu bündeln, um kostendeckend arbeiten zu können
Alle Klinken sind zukünftig über die LG querverknüpft!

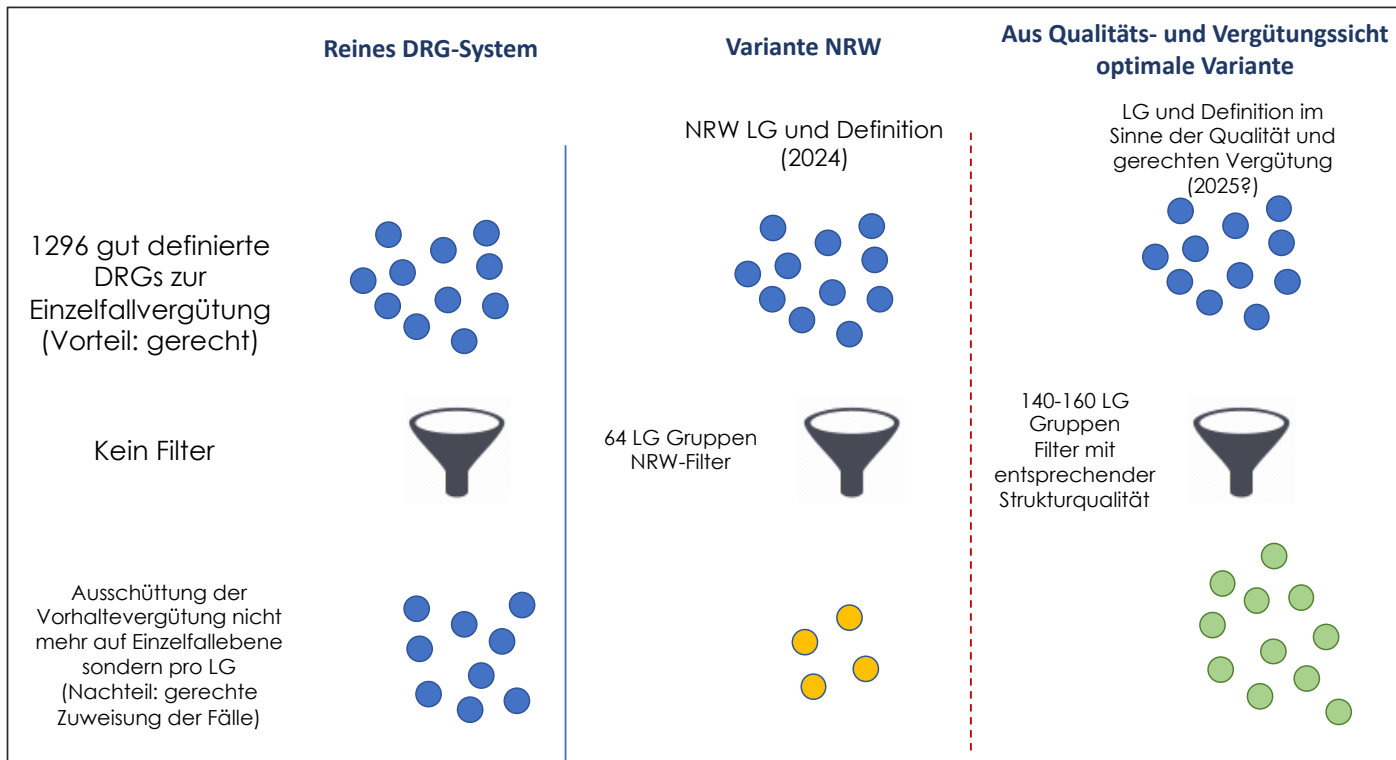
Ausgangszustand: **Kein** Standort kann mit der initialen Vorhaltepauschale seine Kosten decken



Durch **Bündelung der VP** an weniger Standorten entsteht Kostendeckung → vorläufig finale Vorhaltepauschale

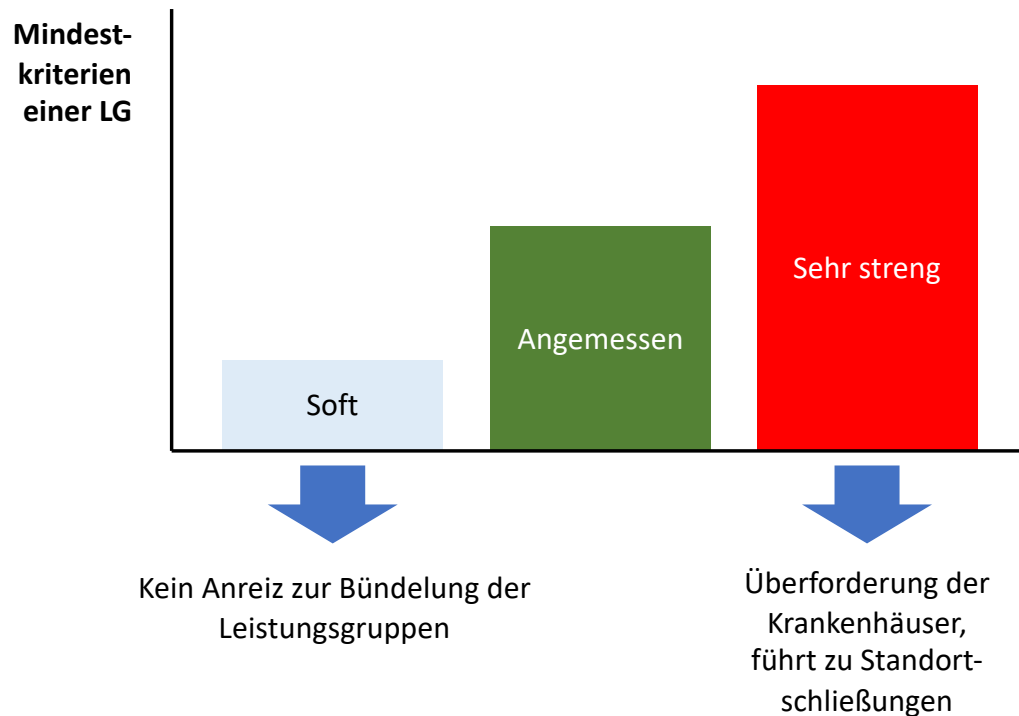


Ausschüttung der Vorhaltevergütung über LG



- Das DRG-System ist in Bezug auf die Leistungsabrechnung sehr gerecht
- Der LG-Grouper ist das Herzstück und muss jeden Fall eindeutig zuweisen
- Nur durch ein sehr strenges und detailliertes **Hierarchisierungsmodell** lösbar
- **Fachabteilungsschlüssel** werden eine Rolle spielen

Vorhaltevergütung wäre in 3 Levels möglich gewesen



- Unterschiedliche Vergütung, aber auch unterschiedliche Strukturvoraussetzungen pro Level

[illegible]

Was passiert ökonomisch auf Hausebene?

- Wenn alles im **Istzustand** bleibt, dann bringt Vorhaltevergütung mit 20% Korridor **direkt für den Standort kaum Änderung** außer der einheitlichen Strukturqualität
- *Aber:* für die Mitarbeiter wird sich **psychologisch** eine wesentliche Änderung ergeben
(nicht zu unterschätzen und ein Wunsch vieler MA)
- Wenn sich die Landschaft **dynamisch** entwickelt, ist die **Auswirkung der Vorhaltevergütung erheblich (BUDGETANSATZ!)** und dämpft die Negativeffekte der extremen Fallabhängigkeit des DRG-Systems....
..... und die Entwicklung kommt so oder so

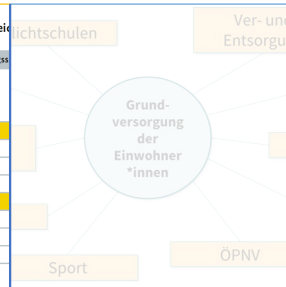
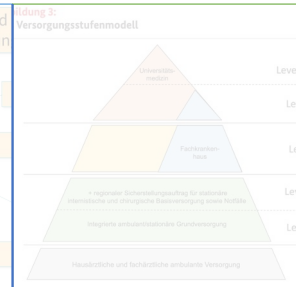
Leistungsgruppe	Anzahl Standorte derzeit	Anzahl Standorte „neu“	Reduktion Standorte (n, %)	Umverteilung Fallzahl (n)	geringste Fallzahl (n)*	Umverteilung Vorhaltevergütung (in Mio. Euro)	Durchschnittliches zusätzliches Vorhaltebudget pro verbleibenden Standort (in Mio. Euro)
01.1 Allgemeine Innere Medizin	1.312	747	43,1%	785.613	2.494	748	1,0
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	45	23	48,9%	8.319	772	9	0,4
03.1 Komplexe Gastroenterologie	270	167	38,1%	118.167	1.853	115	0,7
04.1 Komplexe Nephrologie	121	65	46,3%	25.209	810	29	0,4
05.1 Komplexe Pneumologie	159	87	45,3%	60.739	1.437	90	1,0
06.1 Komplexe Rheumatologie	66	28	57,6%	12.852	783	13	0,5
07.1 Stammzelltransplantation	98	43	56,1%	1.564	59	15	0,3
07.2 Leukämie und Lymphome	420	118	71,9%	4.854	59	12	0,1
08.1 EPU / Ablation	474	182	61,6%	22.513	217	59	0,3
08.2 Interventionelle Kardiologie	1.053	387	63,2%	138.943	769	210	0,5
08.3 Kardiale Devices	798	305	61,8%	8.458	47	34	0,1
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	100	48	52,0%	5.432	238	52	1,1
09.1 Allgemeine Chirurgie	1.304	758	41,9%	651.176	2.009	858	1,2
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	89	46	48,3%	21.241	979	24	0,5
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	122	59	51,6%	15.436	556	31	0,5
12.1 Bauchaortenaneurysma	514	214	58,4%	2.566	22	18	0,1
12.2 Carotis operativ/ interventionell	626	265	57,7%	5.803	40	16	<0,1
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	701	304	56,6%	11.046	78	50	0,2

Simulation der Auswirkungen einer Leistungskonzentration um 20% auf die Anzahl der Standorte und das Vorhaltebudget in den Leistungsgruppen

Planfallzahlen statt Istfallzahlen

Ein neues mächtiges Werkzeug der Bundesländer

Leistungsgruppen: Vorhalt und Strukturqualität

		Abbildung 2: Wählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Medizin und Chirurgie zur Illustration <table><thead><tr><th rowspan="2">Leistungsgruppe (LG)</th><th rowspan="2">Mindest-level erbringen des KH</th><th colspan="2">Maximales Leistungslevel</th></tr><tr><th>Level I-KH</th><th>Level II-KH</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="4">Medizin</td></tr><tr><td>Isb.behandl. Innere Medizin</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Matematologie und Onkologie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Gammazelltransplantation</td><td>III</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">Chirurgie</td></tr><tr><td>Isb.behandl. Allgemeine Chirurgie</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Zentralchirurgie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Große Pankreasresektionen</td><td>III</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> Immunhämatologie	Leistungsgruppe (LG)	Mindest-level erbringen des KH	Maximales Leistungslevel		Level I-KH	Level II-KH	Medizin				Isb.behandl. Innere Medizin	I	X	X	Matematologie und Onkologie	II		X	Gammazelltransplantation	III			Chirurgie				Isb.behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	Zentralchirurgie	II		X	Große Pankreasresektionen	III				Abbildung 3: Versorgungsstufenmodell 		
Leistungsgruppe (LG)	Mindest-level erbringen des KH	Maximales Leistungslevel																																										
		Level I-KH	Level II-KH																																									
Medizin																																												
Isb.behandl. Innere Medizin	I	X	X																																									
Matematologie und Onkologie	II		X																																									
Gammazelltransplantation	III																																											
Chirurgie																																												
Isb.behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X																																									
Zentralchirurgie	II		X																																									
Große Pankreasresektionen	III																																											
Notfallreform	Transformations-Fonds mit 50 Mrd	Leistungsgruppen mit Strukturqualität	Vorhaltevergütung mit Budgetgarantie im 20% Korridor	Level 1i/ Sektoren-übergreifende Versorgung	Mindestzahlen	Onkologie in großen und zertifizierten Zentren																																						

Update

- Weiterentwicklung ab 31.3.2025
- Angiologie, Organ-Onkologie, etc. fehlen vollständig
- *Personalvorgaben in der jetzigen Form (NRW-Modell) mit geringer Wirkung*

Leistungsgruppen

Tabelle A 1

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level ¹	Vorhalte ²
INNERE MEDIZIN			
1.0	Basisbehandlung Innere Medizin	1	40
1.1	Angiologie	2	40
1.2	Endokrinologie und Diabetologie	2	40
1.3	Gastroenterologie	2	40
1.4	Hämatologie und Onkologie	2	40
1.4.1	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2	40
1.4.2	Leukämie und Lymphome	2	40
1.4.3	Stammzelltransplantation	3	40
1.5	Infektiologie	2	40
1.6	Kardiologie	2/FA	40
1.6.1	Interventionelle Kardiologie	2/FA	40
1.6.2	EPU / Ablation	2/FA	40
1.6.3	Kardiale Devices	2/FA	40
1.6.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40
1.7	Nephrologie	2	40
1.7.1	Nierenersatztherapie	2	40
1.8	Pneumologie	2/FA	40
1.9	Rheumatologie	2/FA	40
CHIRURGIE			

Eckpunktepapier
- Krankenhausreform -

Präambel

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung.

2.8. Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung

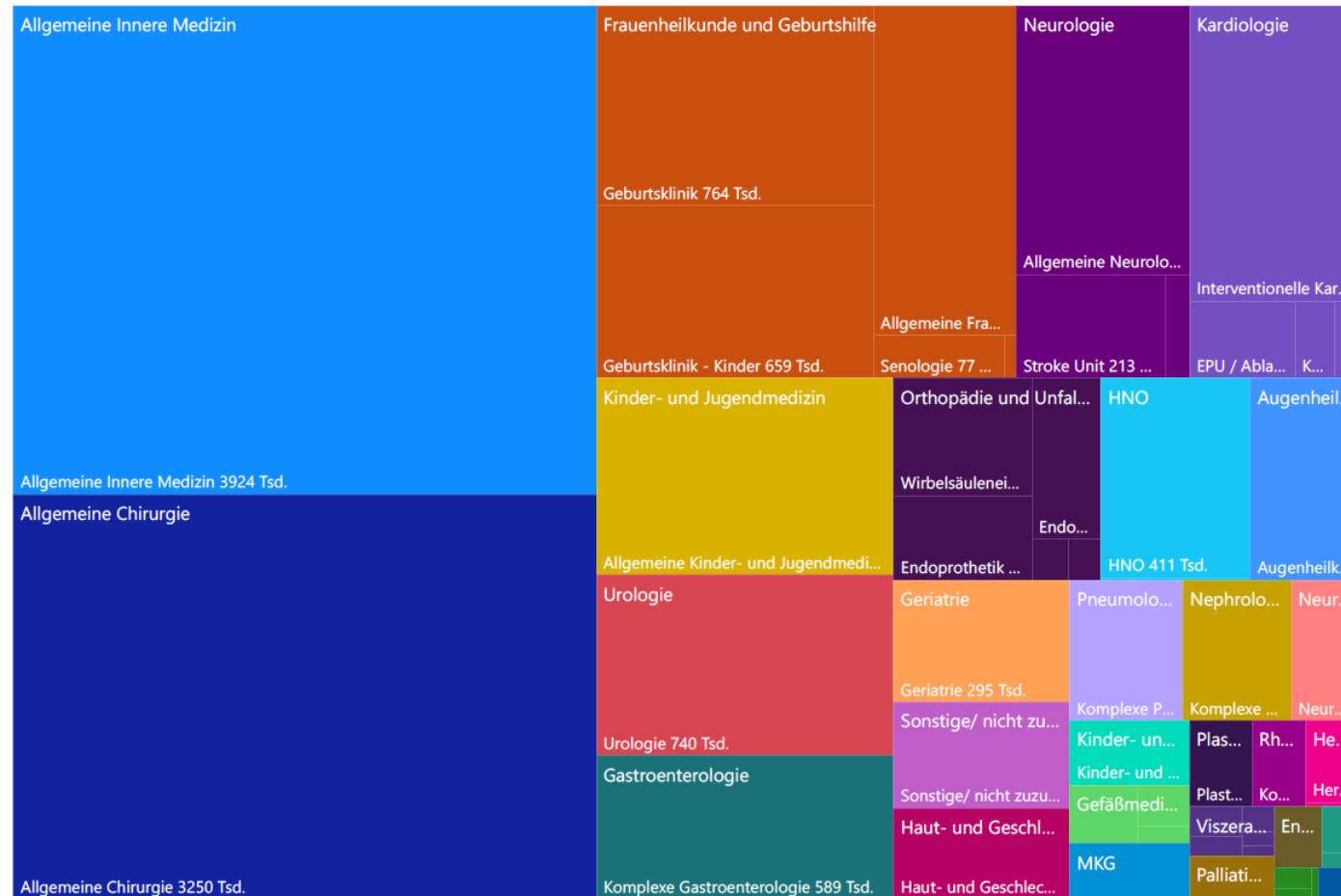
Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen ist eine eindeutige Zuordnung aller Fälle zu Leistungsgruppen. Frühestens ab dem Jahr 2024 weisen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung zu, die sich zunächst neben den fünf ergänzenden, fachlich gebotenen Leistungsgruppen der Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie an dem NRW-Modell orientieren.

Es fehlen viele LG im NRW-Modell, vor allem Kindergruppen, Organkrebs und Angiologie

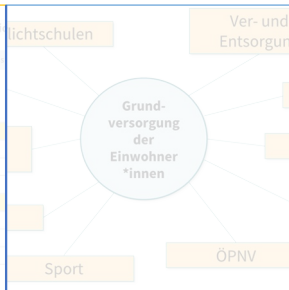
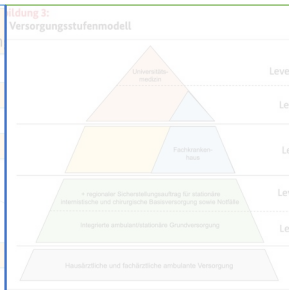
Wie ordnet NRW zu?

Stationär werden nur die Bereiche überleben, die auch eine Leistungsgruppe darstellen

Fallzahl nach Leistungsbereich und Leistungsgruppe



Das Reformpaket

		Abbildung 2: Wählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Medizin und Chirurgie zur Illustration <table><thead><tr><th rowspan="2">Gruppe (I, II)</th><th colspan="3">Maximales Leistungsangebot</th></tr><tr><th>Mindestlevel erbringen des KH</th><th>Level I (I-III)</th><th>Level II (II-III)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Primär</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Behandl. Innere Medizin</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Onkologie und Onkologie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Transplantations</td><td>III</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Behandl. Allgemeine Chirurgie</td><td>I</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Herzchirurgie</td><td>II</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>Alle Fachkreisläufe</td><td>III</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> Quelle:	Gruppe (I, II)	Maximales Leistungsangebot			Mindestlevel erbringen des KH	Level I (I-III)	Level II (II-III)	Primär				Behandl. Innere Medizin	I	X	X	Onkologie und Onkologie	II		X	Transplantations	III			Behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	Herzchirurgie	II		X	Alle Fachkreisläufe	III				Abbildung 3: Versorgungsstufenmodell 		
Gruppe (I, II)	Maximales Leistungsangebot																																								
	Mindestlevel erbringen des KH	Level I (I-III)	Level II (II-III)																																						
Primär																																									
Behandl. Innere Medizin	I	X	X																																						
Onkologie und Onkologie	II		X																																						
Transplantations	III																																								
Behandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X																																						
Herzchirurgie	II		X																																						
Alle Fachkreisläufe	III																																								
Notfallreform	Transformations-Fonds mit 50 Mrd	Leistungsgruppen mit Strukturqualität	Vorhaltevergütung mit Budgetgarantie im 20% Korridor	Level 1i/ Sektoren-übergreifende Versorgung	Mindestzahlen	Onkologie in großen und zertifizierten Zentren																																			

Update

- Zustimmungspflichtige Verordnung im Bundesrat
- Kann wie in NRW wirksam sein
- Soll Gelegenheitsversorgung eindämmen