

Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Hannes Dahnke, Dr. Eberhard Hansis

# Folgeabschätzung des Vorschlags der Regierungskommission

Eine Analyse zur „Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung

## Der Reformvorschlag

Die Krankenhausversorgung steht vor einem Scheideweg, der vergleichbar ist mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2003. Die Krankenhausversorgung gestaltet sich zunehmend schwieriger, die Patientenzahlen liegen deutlich niedriger als im Jahr 2019, vor dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie. Und viele Krankenhäuser erzielen daher derzeit inflationsbereinigt weniger Erlöse als damals. Gleichzeitig sind die Personal- und Sachkosten infolge der Energiekrise und der Personalknappheit stark gestiegen. Aufgrund der inzwischen deutlich beschleunigten Alterung der Gesellschaft kann nicht damit gerechnet werden, dass die bestehende Personalknappheit wieder zurückgehen wird. Mit dem schrittweisen Übergang der geburtenstarken Jahrgänge vom Erwerbsleben in die Rente ist vielmehr mit einer sogar stark zunehmenden Personalknappheit zu rechnen, zumal auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit der Alterung steigt.

Man muss daher damit rechnen, dass die einfache Fortschreibung des Status quo zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen führt, d. h. nicht mehr alle Gesundheitsbedarfe können dann noch auf dem heutigen Niveau bedient werden. Um dies zu vermeiden, braucht es eine grundlegende Reform, die an vielen Stellen anknüpft. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung befasst sich mit Potenzialen zur Steigerung der Systemeffizienz, die nötig ist, um mit knapper werdenden Ressourcen eine steigende Nachfrage zu bedienen. Ihre dritte Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 schlägt eine Reform mit drei wesentlichen Bestandteilen vor. Erstens soll die Bedeutung der DRG-Fallpauschalen für die Erlöse der Krankenhäuser sinken und im Gegenzug soll eine Vorhaltefinanzierung eingeführt werden. Zweitens soll diese Vorhaltefinanzierung an Leistungsgruppen geknüpft werden. Dazu schlägt die Kommission 128 Leistungsgruppen vor. Drittens sollen Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, sogenannten Levels, klassifiziert werden. Versorgungsaufträge für Leistungsgruppen sind dann an die Levels gekoppelt.

Level 1 stellt die Grundversorgung dar und gliedert sich in Level 1n für breit aufgestellte Grundversorger, die auch eine Notfallversorgung anbieten, und Level 1i, das im Wesentlichen durch die akutpflegerische Versorgung charakterisiert ist. Kliniken des Level 3 bilden die Maximalversorgung und Universitätskliniken ab. Level 2 liegt dazwischen und kommt dem

„Schwerpunktversorger“ nahe. In der dritten Stellungnahme der Regierungskommission lassen sich die Details dazu nachlesen<sup>1)</sup>. Wichtig ist, dass Mindestvoraussetzungen erfüllt werden müssen, um die jeweiligen Level zu erreichen. Dazu gehört die Vorhaltung bestimmter Strukturen, die Teilnahme an der Notfallversorgung und die Versorgung vorgegebener Leistungsgruppen. Darüber hinaus dürfen in Level 1 nur Leistungsgruppen erbracht werden, die diesem Level zugeordnet sind. Auf Level 2 können alle Leistungsgruppen des Level 1 und solche, die dem Level 2 zugeordnet sind, erbracht werden. Auf Level 3 können schließlich alle Leistungsgruppen angeboten werden. Die möglichen Leistungen, die ein Krankenhaus erbringen kann, sind also eng an die Level gekoppelt.

In der vorliegenden Folgeabschätzung geht es darum, die Effekte der Mindestvoraussetzungen für die drei Level sowie der Kopplung der Leistungsgruppen an die Level für die gegenwärtige Krankenhauslandschaft abzuschätzen.

## Daten und Methodik

Die Auswirkungsanalyse soll alle deutschen Krankenhäuser umfassen und die Ergebnisse sollen transparent kommuniziert werden. Deswegen beziehen wir uns ausschließlich auf öffentlich verfügbare Daten. Die wesentliche Datenquelle stellen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser dar (Datenjahr 2020). Wir schränken die Analyse auf Standorte ein, die an der somatischen Versorgung teilnehmen und die mindestens 100 stationäre Fälle im Jahr 2020 berichtet haben. Dies sind rund 1 700 Standorte (► **Schaubild 1**).

Ein wichtiges weiteres Kriterium in der Level-Einordnung ist die Notfallstufe nach Richtlinie des G-BA. Diese entnehmen wir primär der Prognose des GKV-Spitzenverbandes. 648 Standorte fallen in die Notfallstufe 1, 261 in Stufe 2 und 164 in Stufe 3. Eine Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass die Leistungsgruppen auf Bundesebene, wie im Vorschlag der Kommission skizziert, noch nicht ausdefiniert sind. Deswegen stützen wir uns auf die Leistungsgruppen-Systematik, wie sie im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 veröffentlicht wurde. Mittels eines komplexen statistischen Modells schätzen wir aus den Qualitätsberichts-Daten die Fallzahlen pro Leistungsgruppe und Standort.

Die Level-Einordnung aus dem Vorschlag der Regierungskommission bilden wir im Modell so weit ab, wie es anhand der öffentlich verfügbaren Daten möglich ist: ►

**Schaubild 1: Verteilung der Standorte auf Trägerschaft und Größenklassen nach Betten**

Größenklasse	Freigemeinnützig	Öffentlich <sup>(1)</sup>	Privat	Total
weniger als 100	95 (6 %)	85 (5 %)	194 (11%)	<b>374 (22%)</b>
100-249	266 (16 %)	208 (12 %)	169 (10 %)	<b>643 (38 %)</b>
250-499	224 (13 %)	156 (9 %)	73 (4 %)	<b>453 (27 %)</b>
500-999	45 (3 %)	107 (6 %)	30 (2 %)	<b>182 (11 %)</b>
1000 und mehr	1 (0 %)	40 (2 %)	4 (0 %)	<b>45 (3 %)</b>
<b>Total</b>	<b>631 (37 %)</b>	<b>596 (35 %)</b>	<b>470 (28 %)</b>	<b>1 697 (100 %)</b>

(1) inklusive universitäre Häuser

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Datenjahr 2020)

**Schaubild 2: Zahl der Standorte je Level**

Level	Freigemeinnützig	Öffentlich <sup>(1)</sup>	Privat	Total
Ohne Zuordnung	59	49	107	<b>215 (13 %)</b>
li	149	99	168	<b>416 (24 %)</b>
1n <sup>(2)</sup>	376	302	156	<b>834 (49 %)</b>
2	27	39	16	<b>82 (5 %)</b>
3	20	107	23	<b>150 (9 %)</b>
<b>Total</b>	<b>631 (37 %)</b>	<b>596 (35 %)</b>	<b>470 (28 %)</b>	<b>1 697 (100 %)</b>

(1) inklusive universitäre Häuser

(2) wenn das 30-Minuten-Kriterium für Level 1n nicht angewandt wird. Von den 631 Standorten Level li und ohne Zuordnung sind bis zu 426 potenziell Fachkliniken; Unterscheidung zwischen Standorten des Level li und ohne Zuordnung ist unscharf.

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Datenjahr 2020)

**Schaubild 3: Fallzahlanteil je Trägerschaft und Level in %**

Level	Freigemeinnützig	Öffentlich <sup>(1)</sup>	Privat	Total
Ohne Zuordnung	1	1	1	<b>3</b>
li	3	2	3	<b>8</b>
1n <sup>(2)</sup>	25	19	8	<b>51</b>
2	3	4	2	<b>9</b>
3	3	22	4	<b>29</b>
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

(1) inklusive universitäre Häuser

(2) wenn das 30-Minuten-Kriterium für Level 1n nicht angewandt wird. Von den 631 Standorten Level li und ohne Zuordnung sind bis zu 426 potenziell Fachkliniken; Unterscheidung zwischen Standorten des Level li und ohne Zuordnung ist unscharf.

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Datenjahr 2020)

- Standorte mit Fällen aus der Allgemeinen Inneren Medizin oder der Allgemeinen Chirurgie, aber ohne G-BA Notfallstufe, werden in Level 1i eingeordnet.
- Standorte mit G-BA Notfallstufe 1 werden in Level 1n eingeordnet. Die Regelungen zur Notfallstufe schreiben eine Versorgung in der Inneren Medizin und Chirurgie, intensivmedizinische Kapazitäten und bestimmte diagnostische Leistungen vor.
- Ein Standort kann Level 2 erreichen, wenn er eine Gynäkologie mit Geburtshilfe und eine Stroke Unit betreibt, Fälle

aus mindestens fünf spezialisierten Leistungsbereichen versorgt und die G-BA Notfallstufe 2 hat. Letztere schreibt u. a. eine interventionelle Kardiologie vor.

- Ein Standort kann Level 3 erreichen, wenn er alle Anforderungen aus Level 2 erfüllt und zusätzlich mindestens acht spezialisierte Leistungsbe- reiche versorgt sowie G-BA-Notfall- stufe 3 erreicht.

Jedem Standort wird sein maximal mögliches Level zugewiesen. Alle anderen Standorte werden keinem Level zugeordnet. Nahe beieinander gelegene Standorte desselben Trägers, innerhalb 5 km Luftlinie, werden gemeinsam als eine Einheit betrachtet. Das 30-Minuten-Erreichbarkeitskriterium für Level 1n analysieren wir separat, siehe unten. Die Level-Einordnung im Modell ist notwendigerweise weniger detailliert, als es der Vorschlag der Regierungskommission vorsieht. Zudem sind die öffentlich verfügbaren Daten stellenweise fehlerbehaftet. Daher kann die Einordnung einzelner Standorte ungenau sein. Für eine generelle Folgenabschätzung über ganz Deutschland hinweg interessieren jedoch nur statistische Mittelwerte. Für diesen Zweck ist die Genauigkeit der Analyse sehr gut.

## Ergebnisse

Von den rund 1 700 Standorten werden laut Modell circa 150 in Level 3 und etwa 80 in Level 2 eingeordnet. Level 1n stellt mit rund 830 Standorten die größte Gruppe. Standorte ohne Zuordnung (210) und Level 1i (420) machen insgesamt 630 Standorte aus. In diesen sind aber viele Fachkliniken enthalten – nach einer ersten manuellen Einordnung potenziell bis zu 430. Da die Klassifizierung

und planerische Behandlung von Fachkliniken im Kommissionsvorschlag unklar sind, können wir sie jedoch nicht genauer einschätzen. ► **Schaubild 2** gibt einen Überblick nach Zahl der Standorte und ► **Schaubild 3** nach Fallzahl je Level. Es zeigt sich ein starker Überhang in Level 1n und eine unerwartet geringe Zahl an Standorten in Level 2. Betrachtet man statt der Zahl der Standorte den Anteil der Patientenversorgung (Fallzahlen) im Jahr 2020, so stellt Level 1n mit 51 % der Patienten auch den größten Anteil. Standorte des Levels 2 versorgen im Status quo 9 % der Patienten, 29 % werden im Level 3

behandelt. Nur 11 % entfallen auf Level 1i und Standorte ohne Zuordnung, darunter 6 % in potenziellen Fachkliniken. Diese Zahlen beziehen sich auf den Stand 2020, ohne dass eine eventuelle Verlagerung von Leistungen aufgrund der Level-Einordnung berücksichtigt wäre.

Die geringe Anzahl von Standorten in Level 2 resultiert insbesondere daraus, dass das Erfordernis von Notfallstufe 2 mit der Vorhaltung von Gynäkologie und Geburtshilfe sowie einer Stroke Unit kombiniert wird: 430 Standorte erreichen eine Notfallstufe von mindestens 2, aber nur 230 davon erfüllen die weiteren Kriterien für Level 2 oder 3. Die Einordnung in Versorgungsstufen ist jedoch nicht nur ein „Gütesiegel“ für die Standorte, sondern hat über die Kopplung der Leistungsgruppen an die Levels weitreichende Auswirkungen auf deren medizinisches Portfolio: An Standorten des Levels 1n kann eine Basisbehandlung in der Inneren Medizin und Allgemeinchirurgie erfolgen, eine Basisbehandlung in einer Reihe weiterer Leistungsbeiriche sowie eine Versorgung in der Geriatrie und Palliativmedizin. Alle anderen Leistungsgruppen sind gemäß des Reformvorschlages Level 2 und 3 vorbehalten sowie in ausgewählten Bereichen den Fachkliniken.

In der heutigen Krankenhauslandschaft gibt es allerdings eine Vielzahl von Grund- und Regelversorgern, die ausgewählte Spezialisierungen pflegen und dort eine Versorgung auf hohem

Niveau mit großen Fallzahlen anbieten. Sie erreichen im Versorgungsstufenkonzept oftmals nicht Level 2 und müssten diese Spezialisierungen abgeben. Hinzu kommen Konsequenzen bei „Schwerpunktversorgern“, die eines der Kriterien für Level 2 nicht erfüllen. Konkret könnten nur noch 220 der heute rund 600 relevanten Versorger in der interventionellen Kardiologie diese weiterhin anbieten. Die restlichen Standorte müssten diese Leistungen aufgeben oder sich um eine höhere Level-Einordnung bemühen. Im äußersten Fall wären 56 % der Patienten von einer Verlagerung des Versorgungsangebots betroffen, wenn ihre derzeitigen Versorger Level 2 nicht erreichen. In der erweiterten urologischen Versorgung ist die Lage ähnlich: Von etwa 320 Standorten erreichen nur 160 Level 2 oder 3; bis zu 47 % der Patienten wären von einer Verlagerung der Versorgung betroffen. In der erweiterten Neurologie verbleiben etwa 190 von 320 Standorten, bis zu 39 % der Patienten wären betroffen. Und von den rund 600 Geburtshilfen in Deutschland sind nur 230 an Standorten beheimatet, die derzeit Level 2 oder 3 erreichen würden. Bis zu 52 % der Patientinnen könnten betroffen sein.

Eine strikte Anwendung der Vorschläge der Regierungskommission auf die derzeit vorliegende Krankenhauslandschaft hätte also enorme Auswirkungen. Sie entstehen aus der Kopplung der Leistungsgruppen an die Levels, die wiederum an weitrei-

Anzeige

## PROZESSMANAGEMENT EFFEKTIV UND NACHHALTIG

Im Mittelpunkt der med.Logistica steht die Prozessoptimierung im Krankenhaus. In rund 80 Best Practice Vorträgen berichten Referenten aus Deutschland, Norwegen, Österreich und der Schweiz über neueste Anwendungen aus dem Klinikalltag. Die Vortragsreihe BASIC LINE, Podiumsdiskussionen und Foren zu Nachhaltigkeit, Resilienz von Lieferketten, Interoperabilität im Krankenhaus und Personalmanagement komplettieren das Angebot.

### BASIC-LINE-THEMEN

- Fallwagenlogistik
- Lagerlogistik
- Modulversorgung
- Ortungssysteme
- Stammdatenmanagement
- Unit Dose

### BEST-PRACTICE-THEMEN (Auswahl)

- Digitalisierung und Prozessmanagement
- Patientenlogistik
- OP-Logistik
- Beschaffungsmanagement
- AEMP Logistik
- Textillogistik
- Logistik im Bauplanungsprozess

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Weitere Informationen unter: Leipziger Messe GmbH, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig  
Telefon: +49 341 678-8160, E-Mail: info@medlogistica.de

Fotomachweil: Leipziger Messe, Michael Bader

 LEIPZIGER  
MESSE

**med+Logistica**

Internationaler Kongress und Fachmesse  
für Logistik und Prozessmanagement im Krankenhaus

16. und 17. Mai 2023

[www.medlogistica.de](http://www.medlogistica.de)

chende Vorgaben geknüpft sind. Dabei sind die oben genannten Beispiele keine Ausnahme – ähnliche Auswirkungen ließen sich in der Mehrzahl der anderen Leistungsgruppen erwarten. Dabei erscheint die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote im Sinne der Pkw-Fahrzeit nicht als das kritische Kriterium. Vielmehr ist fraglich, ob die verbleibenden Versorger die verlagerten Patienten aufnehmen könnten und ob die dafür notwendigen Bau- und Erweiterungsmaßnahmen umsetzbar wären.

Ein weiteres Kriterium haben wir bis hierhin außer Acht gelassen: Laut Vorschlag soll Level 1n im Regelfall Standorten vorbehalten sein, von denen aus kein Standort des Level 2 oder 3 innerhalb von 30 Minuten Pkw-Fahrzeit erreichbar ist. Bei einer strengen Anwendung dieser Regel würden circa 560 der 830 Standorte des Level 1n zu Standorten des Level 1i werden. Dies beträfe insbesondere Ballungsräume wie das Ruhrgebiet oder Berlin.

## Fazit

Die vorliegende Analyse hat die Kriterien, wie sie im Reformvorschlag vorgelegt wurden, auf die bestehende Krankenhausstruktur angewandt. Offenbar ist die Kluft zwischen dem Zielbild des Reformvorschlags und der bestehenden Krankenhausstruktur sehr groß. Zwar soll sich die Krankenhausstruktur in einer ausreichend langen Übergangszeit dem Zielbild annähern. Jedoch zeigen einige Praxisbeispiele, dass nicht jede Anpassung medizinisch und ökonomisch sinnvoll ist. So wäre zum Beispiel die Verlagerung einer großen Geburtshilfe mit beispielsweise 2 000 Geburten pro Jahr zu einem anderen Standort in der Region mit vielleicht 1 200 Geburten pro Jahr in dieser Hinsicht fragwürdig. Daher sollte geprüft werden, ob die im Reformpapier genannten Kriterien flexibilisiert werden können, um das Zielbild etwas näher an die Ist-Struktur heranzuführen.

Tatsächlich deutet das Reformpapier selbst Optionen dafür an. So müssen nicht alle genannten Kriterien für Level 2 zwingend erfüllt werden, um Level 2 zu erreichen. In diesem Fall ist ein Abschlag auf Vorhaltebudgets vorgesehen. Auch wurde das mögliche Aussetzen der 30-Minuten-Regel für Level 1n durch das Bundesland bereits erwähnt und in die obige Analyse integriert. Der Reformvorschlag sieht ferner vor, dass Fachkliniken perspektivisch an Standorten des Level 2 oder 3 angesiedelt werden sollten, jedoch nicht müssen.

Im Rahmen von weiteren Szenarien prüfen wir eine Flexibilisierung der Kriterien zur Erreichung der Level 2 und 3 sowie eine Flexibilisierung der Kopplung der Leistungsgruppen an die Level. Naheliegend ist der Wegfall der Notwendigkeit, eine Gynäkologie und Geburtshilfe sowie eine Stroke Unit für Level 2 vorzuhalten. Auch könnte die Zahl der auf Level 1 zugelassenen Leistungsgruppen erweitert werden. Zu prüfen ist zudem der Effekt, wenn innerhalb des 5-km-Radius nicht nur trägereigene, sondern auch trägerfremde Standorte im Rahmen einer Kooperation bei der Level-Zuordnung mitzählen. Grundsätzlich sollte jede Leistungsgruppe innerhalb einer für sie passenden Versorgungsregion mindestens an einem Standort erbracht wer-

den. In verdichteten Regionen sollten es aus Wettbewerbsgründen sogar mindestens zwei sein. Auch sollten in manchen Leistungssegmenten fehlende lokale Angebote über telemedizinische Netzwerke erbracht werden können.

Darüber hinaus werden Szenarien untersucht, die Anpassungsreaktionen der Krankenhausträger abbilden. Ein wichtiges Ziel der geplanten Krankenhausreform ist die Optimierung der Krankenhausstrukturen durch Schwerpunktbildung und durch Zusammenlegung von Standorten (Zentralisierung). Dazu soll das Potenzial zur Schwerpunktbildung und Zentralisierung durch die Analyse der vorhandenen Strukturen auf regionaler Ebene abgeschätzt werden. Mithilfe dieser Potenzialschätzung kann errechnet werden, welche Investitionsbedarfe damit verbunden sind. Würde man beispielsweise eine sehr starke Zentralisierung wie in Dänemark anstreben, ist mit einem kumulierten Investitionsvolumen von rund 100 Mrd. € zu rechnen. Bei einer schwächeren Zentralisierung werden es weniger sein. Die Mittel würden sich über mehrere Jahre als Übergangszeit verteilen. Das Reformpapier empfiehlt einen Strukturfonds III, der während der Übergangszeit von der Ist- zur Sollstruktur die nötigen Investitionen finanziert.

Als Konvergenzphase zur Umstellung des Vergütungssystems von DRG-Fallpauschalen auf die kombinierte Finanzierung aus Vorhaltebudgets und Residual-DRG sieht das Reformpapier fünf Jahre vor. Die Übergangszeit von der Ist- zur Sollstruktur dürfte indessen länger dauern, schon allein, weil der Bau von Zentralkliniken mindestens sieben Jahre in Anspruch nehmen kann. In dieser Übergangszeit müssen die alten Standorte weiter betrieben werden, solange, bis der Neubau steht. Es ist zu empfehlen, während dieser Zeit den bestehenden alten Standorten bereits die Erlaubnis zur Erbringung aller Leistungsgruppen des Level des zu errichtenden Zentralklinikums zu geben, um zu verhindern, dass das nötige Know-how während der Übergangszeit verloren geht.

Die Beurteilung von weiteren Szenarien sollte anhand relevanter Zielgrößen erfolgen. Solche Zielgrößen könnten sein: Ausgewogenheit der Verteilung der Standorte auf die Level, Gesamtzahl der Standorte auf Level 2 und 3, Veränderung der Erreichbarkeit der Standorte, die Menge der Fallzahlverlagerungen infolge der Verlagerung von Leistungsgruppen und schließlich die erwarteten Investitionsbedarfe zur Erreichung der Zielstruktur.

## Anmerkung

- 1) Siehe 3te\_Stellungnahme\_Regierungskommission\_Grundlegende\_Reform\_KH-Verguetung\_6\_Dez\_2022\_mit\_Tab-anhang.pdf (bundesgesundheitsministerium.de); eine Übersicht dazu findet sich auch in „das Krankenhaus 1/2023“.

## Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. Boris Augurzky, hcb – Institute for Health Care Business GmbH, Essen, [www.hcb-institute.de](http://www.hcb-institute.de) / Dr. Hannes Dahnke/Dr. Eberhard Hansis, Vebeto GmbH, Hamburg, [www.vebeto.de](http://www.vebeto.de)