

Die Leistungsgruppen in der Krankenhausreform:

Endlich Qualität oder Rechtsstreit und Schließungen?



Inhalt:

1. Was sind Leistungsgruppen (LG)
2. Warum die LG problematisch sind
3. Beispiel Schweiz und die Erfahrungen mit den Leistungsgruppen
4. Aktuelle Erfahrungen aus NRW (Kplus Gruppe)

1. Was sind Leistungsgruppen?

Die Leistungsgruppen sollen im sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz definiert werden. Mit den Leistungsgruppen werden die bisherigen stationären Fachbereiche differenzierter aufgeteilt, sodass sie nach der Umsetzung der Reform in 65 Leistungsgruppen erfasst sein werden. So soll der Bereich Innere Medizin in 17 Leistungsgruppen aufgeteilt werden, wie Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie usw¹. Laut Bundesgesundheitsministerium und Regierungsberater ist der Zweck dieser differenzierteren Aufteilung der Fachbereiche vor allem die Steigerung der Qualität. Mit den Leistungsgruppen geht daher die Einführung von Qualitätsstandards einher, die in Anforderungen für die personelle und technische Ausstattung und Mindestmengen für bestimmte operative Eingriffe bestehen.² Das heißt: Qualität soll in Quantität ausgedrückt und gemessen werden.

2. Warum sind die Leistungsgruppen problematisch?

In der vorliegenden Ausgestaltung sind die Leistungsgruppen, ebenso wie die Level, ein Instrument, um weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausesektor herbeizuführen, nämlich den Abbau von Abteilungen und folglich Krankenhausschließungen. Wie funktioniert das?

Zuteilung der Leistungsgruppen:

Um bestimmte Behandlungen durchführen zu dürfen, werden die Kliniken die entsprechenden Leistungsgruppen beantragen müssen, die ihnen nur dann, wenn die

1 S. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Tabelle S. 34.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

2 Die Kommissionsmitglieder stellen das wie folgt dar: „Das entscheidende Element der anstehenden bundesweiten Krankenhausreform ist die Klassifikation aller stationären Leistungen in Leistungsgruppen (LG). Sie sollen genutzt werden, um das Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses festzulegen und pro Leistungsgruppe Vorhaltebudgets zuzuweisen. Die LG sollen dabei jeweils Leistungen zusammenfassen, deren Erbringung ähnliche (Mindest-)Anforderungen an personelle Qualifikationen und technische Ausstattung voraussetzen – und die, zumindest in den großen Fächern – feingliederiger als die bestehende Fachabteilungslogik sind.“

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/235098/Krankenhausreform-Noch-zu-wenig-Schwerpunktbildung>

Kliniken die vorgesehenen Kriterien erfüllen, zugeteilt werden bzw. erhalten bleiben können. Für die Leistungsgruppen wird eine bestimmte Summe im Vorhaltebudget bereitgestellt, die dann an die Krankenhäuser ausbezahlt wird. Die Summe ist begrenzt, und je weniger Krankenhäuser eine Leistungsgruppe anbieten, desto mehr Geld bekommen sie über die Vorhaltepauschalen pro Leistungsgruppe. Verteilen die Länder die Leistungsgruppen also auf möglichst wenige Häuser, müssen die anderen schließen oder ihr Behandlungsangebot einschränken. Verteilen sie die Leistungsgruppen wiederum an viele Krankenhäuser, gibt es pro Haus zu wenig Geld – auch so sind Schließungen vorprogrammiert.

Um medizinische Versorgung, erfasst in Leistungsgruppen, anbieten zu können, müssen die Krankenhäuser also bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Um diese Qualitätskriterien zu messen und zu dokumentieren, müssen komplexe und technisch anspruchsvolle Verfahren entwickelt werden. Das erhöht nicht nur den bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser, sondern bevorzugt auch große Klinikketten, die eher in der Lage sein werden, solche Messsysteme zu implementieren und zu managen. Die kleineren Kliniken werden die Erfordernisse an benötigter Technik und personellem Aufwand nicht so einfach stemmen können. In Folge wird ihnen die Qualität abgesprochen, damit werden ihnen die entsprechenden Leistungsgruppen entzogen und die Schließung der entsprechenden Abteilungen oder des ganzen Krankenhauses ist besiegelt. Die großen Kliniken hingegen können ganze Abteilungen für Qualitätsmanagement aufbauen und werden so die Gewinner dieser Reform sein.

Ab dem Jahr 2027 dürfen die Krankenhäuser Leistungen, für die sie keine Leistungsgruppen durch die Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen bekommen haben, nicht mehr abrechnen.

3. Beispiel Schweiz und die Erfahrungen mit den Leistungsgruppen

Die GesundheitsökonomInnen verfolgen den Leistungsgruppen-Ansatz schon seit mindestens 5 Jahren und empfehlen die Einführung nach dem Vorbild der Schweiz. Der Bund und die Länder haben diesen Vorschlag übernommen und beziehen sich dabei ebenfalls auf die Schweiz. Aus diesem Grund macht es Sinn, sich die dortigen Erfahrungen genauer anzuschauen.

In der Schweiz wurden die Leistungsgruppen im Rahmen der Spitalreform, die zwischen 2009 und 2012 umgesetzt wurde, zunächst im Kanton Zürich eingeführt. Seit 2011 empfiehlt die GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz) allen 26 Kantonen, die Züricher Leistungsgruppensystematik einzuführen. Seit Mitte 2023 werden alle kantonalen Planungen anhand der Leistungsgruppen durchgeführt.³

Auch in der Schweiz werden die Leistungsgruppen anhand von Struktur- und Qualitätsvorgaben wie Personalschlüssel, technische Ausstattung oder Mindestmengen zugeteilt. Die Krankenhäuser müssen sich für die Leistungsgruppen in regelmäßigen Abständen bewerben.

Die Spitalliste wird regelmäßig überprüft und aktualisiert. Dabei wird unterschieden „zwischen halbjährlichen Aktualisierungen bestehender Leistungsaufträge einerseits und auf größere

³ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230850/Krankenhausreform-Die-Schweizer-machen-es-vor>

Zeitabstände angelegte Neuplanungen mit einer Neuausschreibung unter Umständen aller Leistungsaufträge andererseits.“⁴

Konsequenzen der leistungsgruppenbezogenen Spitalplanung:

Seit der Einführung der SPLG (Spitalleistungsgruppensystematik) in der Schweiz häufen sich die Klagen vor dem Bundesverwaltungsgericht aufgrund von entzogenen bzw. nicht mehr anerkannten Leistungsgruppen. Das bestätigt sowohl die Übersicht zur Rechtsprechung auf der Webseite der GDK⁵ als auch die Aussage der zuständigen Fachreferentin: „Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat mir mitgeteilt, dass es in den Kantonen im Zusammenhang mit der neuen Spitalplanung viele Prozesse gab – darüber verfügt jedoch auch die GDK über keine abschließende Übersicht und damit auch über keine Zahlen.“⁶ Die GDK kann wohl keine abschließende Übersicht bieten, da die Spitalplanung sich in der Zuständigkeit der Kantone befindet – gleichwohl stimmen die Quellen darin überein, dass mit dem Leistungsgruppensystem eine Vielzahl an Klagen einhergeht.

Tatsache ist, dass die Prozesse zur Aberkennung der Leistungsgruppen negative Folgen sowohl für die Personalplanung als auch für die PatientInnenströme und Behandlungen haben. Die Planungsunsicherheiten entstehen dabei unabhängig davon, ob der Klage des Krankenhauses stattgegeben wird oder nicht. Denn ein juristischer Prozess kann – wie die Übersicht zeigt – auch mehrere Monate dauern, und dem Krankenhaus und den PatientInnen damit viel Schaden anrichten.

Des Weiteren kritisiert die Schweizerische Bundesärztekammer, dass die Leistungsgruppen negative Auswirkungen auf die Weiterbildung haben: „Manche hochkomplexen Eingriffe können in Zürich etwa nur noch in bestimmten Spitälern gemacht werden. [...] Diese Eingriffe werden aber auch für die Weiterbildung benötigt, deshalb kann es sein, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dafür etwa für ein Jahr an einem anderen Spital arbeiten müssen.“⁷ Das erschwert die Weiterbildung und führt zu Personalengpässen. Den Standorten fehlt dann das Personal, das die Mindestzahl-Kriterien für die Leistungsgruppen erfüllt. In Folge werden die Leistungsgruppen entzogen und auf noch weniger Krankenhäuser konzentriert. Der Teufelskreis dreht sich weiter.

Kritik des Spitzenverband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

H+, der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten *Schweizer Spitäler*, Kliniken und Pflegeinstitutionen hat angesichts der Risiken, die mit den Leistungsgruppen verbunden sind, insbesondere bezogen auf die Mindestfallzahlen, eine Stellungnahme veröffentlicht. Die Veröffentlichung vom Jahr 2021, d.h. die AutorInnen greifen auf rund 10 Jahre Erfahrungen mit der Reform zurück.

Folgende Risiken spricht der Krankenhausverband H+ an:

4 Bundesverwaltungsgericht: <https://entscheide.weblaw.ch/cache.php?link=14-09-2018-C-5603-2017>

5 <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/bundesverwaltungsgericht>

6 Zitiert aus einer E-Mailantwort von der Fachverantwortlichen für Qualität und Patientensicherheit bei H+ Die Spitäler der Schweiz, vom 14.12.2023

7 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230850/Krankenhausreform-Die-Schweizer-machen-es-vor>

1. Effekte für die gesamte Versorgung:

„Werden MFZ (Mindestfallzahlen) zu rigoros festgelegt und überprüft, kann dies beispielsweise dazu führen, dass Spitälern und Kliniken, welche die geforderten MFZ nicht erreichen, Leistungsaufträge entzogen und in gewissen Regionen bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden. Dadurch entstehen Versorgungslücken in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.“

„Spitäler und Kliniken, die ein reduziertes Leistungsangebot haben, in ihrer wirtschaftlichen Existenz und/oder als Ausbildungsinstitution bedroht sind, verlieren zudem an Attraktivität als Arbeitgeber, aber auch bei den Patienten und Zuweisern.“

2. Effekte auf die Patientenbehandlung

„Sind Spitäler und Kliniken darauf fokussiert, ihre MFZ für den Erhalt des Leistungsauftrags sicherzustellen, leidet die Zusammenarbeit innerhalb eines Betriebs und zwischen den Institutionen.“ „Um die MFZ zu erreichen, könnten bei Leistungserbringern zudem Anreize entstehen, unnötige oder nur bestimmte Operationen durchzuführen und andere bewusst zurückzuhalten bzw. die Indikation für eine Leistung unangemessen auszuweiten. Dadurch werden zuweilen alternative Therapiemöglichkeiten sowie konservative Ansätze zu wenig berücksichtigt, die keine operativen Eingriffe verlangen. Werden bestimmte Behandlungsoptionen gar nicht oder in unzureichender Qualität angeboten, wirkt sich dies ungünstig auf die Patienten und die Outcome-Qualität aus. Das Recht der Patienten auf eine vollständige Aufklärung und Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten können daher durch MFZ negativ beeinflusst werden.“

Folgendes Fazit zieht der Krankenhausverband H+:

„H+ betont jedoch den Charakter von MFZ als Surrogatparameter für Qualität und setzt auf einen erweiterten Qualitätsbegriff.“

„H+ ist der Meinung, dass MFZ mit Vorsicht operationalisiert werden müssen und begleitende Massnahmen nötig sind, damit die Indikations- und Ergebnisqualität gewährleistet bleiben.“

„Es ist abschliessend nochmals darauf hinzuweisen, dass sich die Akteure bezüglich des politischen Willens und den weitreichenden Effekten auf die Versorgung bewusst sein sollten. Der Zugang zur Notfall- und spitalbasierten Grundversorgung muss gewährleistet bleiben. So sind beispielsweise regionale und sektorielle Strukturen zu berücksichtigen und die entsprechende Aus- und Weiterbildung zu sichern.“

Diese Warnung der Schweizer Krankenhäuser müssen in der Debatte hierzulande ernst genommen werden, um die Probleme, die auf uns zukommen, zu vermeiden.

Eines der neuesten Beispiele zur Aberkennung der Leistungsgruppen ereignete sich in den beiden Baseler Kantonen: Dort wurden im Jahr 2021 dem Kantonsspital Baselland, der Muttenzer Rennbahnklinik sowie der Liestaler Ergolz-Klinik mehrere Leistungen gestrichen. Besonders betroffen war die Ergolz-Klinik, der von den bisherigen 18 Leistungsgruppen elf nicht mehr gewährt wurden. Die abgewiesenen Aufträge betrafen Leistungsgruppen in den Fachgebieten Dermatologie, Urologie, Orthopädie und Gynäkologie. Durch das Aberkennen der Leistungen wurde die Klinik in ihrer Existenz bedroht. Die Leitung der Klinik zog vor das

Bundesverwaltungsgericht, das im September dieses Jahres, also zwei Jahre später, dem Träger Recht gab. Die Klinik darf weiterhin alle Leistungen anbieten.

4. Aktuelle Erfahrungen aus NRW (Kplus Gruppe)

Nordrhein-Westfalen ist das erste Bundesland, das die Leistungsgruppen in seiner aktuellen Krankenhausplanung bereits berücksichtigt. Auch die Vorschläge der Bertelsmann-Studie von 2019 zur Schließung von 600 Krankenhäusern bundesweit wurden auf der Grundlage einer fiktiven Krankenhausumstrukturierung in einer kleinen ausgewählten Region in Nordrhein-Westfalen entwickelt. Nordrhein-Westfalen gehört 2023 zu den Spitzenreitern bei der Schließung von Kliniken, im Insolvenzbarometer der DKG steht NRW aktuell mit 9 Insolvenzverfahren an erster Stelle.

Wie Schließungen mit der Aberkennung von Leistungsgruppen zusammenhängen, veranschaulicht das aktuelle Beispiel der Kplus-Gruppe in Nordrhein-Westfalen. Die Kplus-Gruppe ist ein katholischer Krankenhausträger, zu der unter anderem die St. Lukas-Klinik in Solingen, die St. Josef-Klinik in Hilden und die St. Josef-Klinik in Haan gehören. Der Träger kündigte am 4. Oktober 2023 an, diese drei Kliniken zu schließen. 50.000 PatientInnen (20.000 stationäre und 32.000 ambulante) sind davon betroffen.

Diese Entscheidung wurde gefällt, nachdem das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) verhindert hatte, dass die Kplus Gruppe die Leistungsgruppe Geriatrie vom Standort in Solingen an den Standort in Hilden verlagert. Damit stellte sich das Ministerium gegen das Votum der Krankenkassen, die der K-Plus-Gruppe alle Leistungsgruppen genehmigt haben. Auch nach einem einberufenen Gespräch mit Krankenhäusern, Bürgermeister der betroffenen Gemeinden, Landrat und Kostenträger sprach sich das MAGS gegen eine Verlagerung der Geriatrie in die St. Josef-Klinik-in Hilden aus.

Daraufhin beschloss die Kplus-Gruppe die Schließung aller drei Häuser, da sie diese nach dem Verlust der Neurologie im St. Lukas Krankenhaus in Solingen und ohne die Geriatrie nicht wirtschaftlich betreiben kann.⁸

⁸ <https://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/solingen-haan-hilden-krankenhaus-schliessungen-100.html>