Institute for Health Care Business GmbH

Aktuelles zur Krankenhausreform

Welche Auswirkungen hat die Reform auf eine flächendeckende Behandlungs- und Versorgungsqualität?

Gesundheitspolitisches Kolloquium der Universität Bremen, 24.1.2024

Prof. Dr. Boris Augurzky

Agenda

Wo stehen wir?

Reformbestrebungen

Konsequenzen

Warum braucht es überhaupt eine Reform?

Weil die **Krankenhauskapazitäten** nicht mehr ausgelastet sind

Weil **stationäre Fallzahlen** im internationalen Vergleich trotzdem noch hoch sind

Weil Substanz der Krankenhäuser mangels **Investitionen** nicht mehr up-to-date ist

Weil die **wirtschaftliche Lage** der Krankenhäuser bedrohlich ist

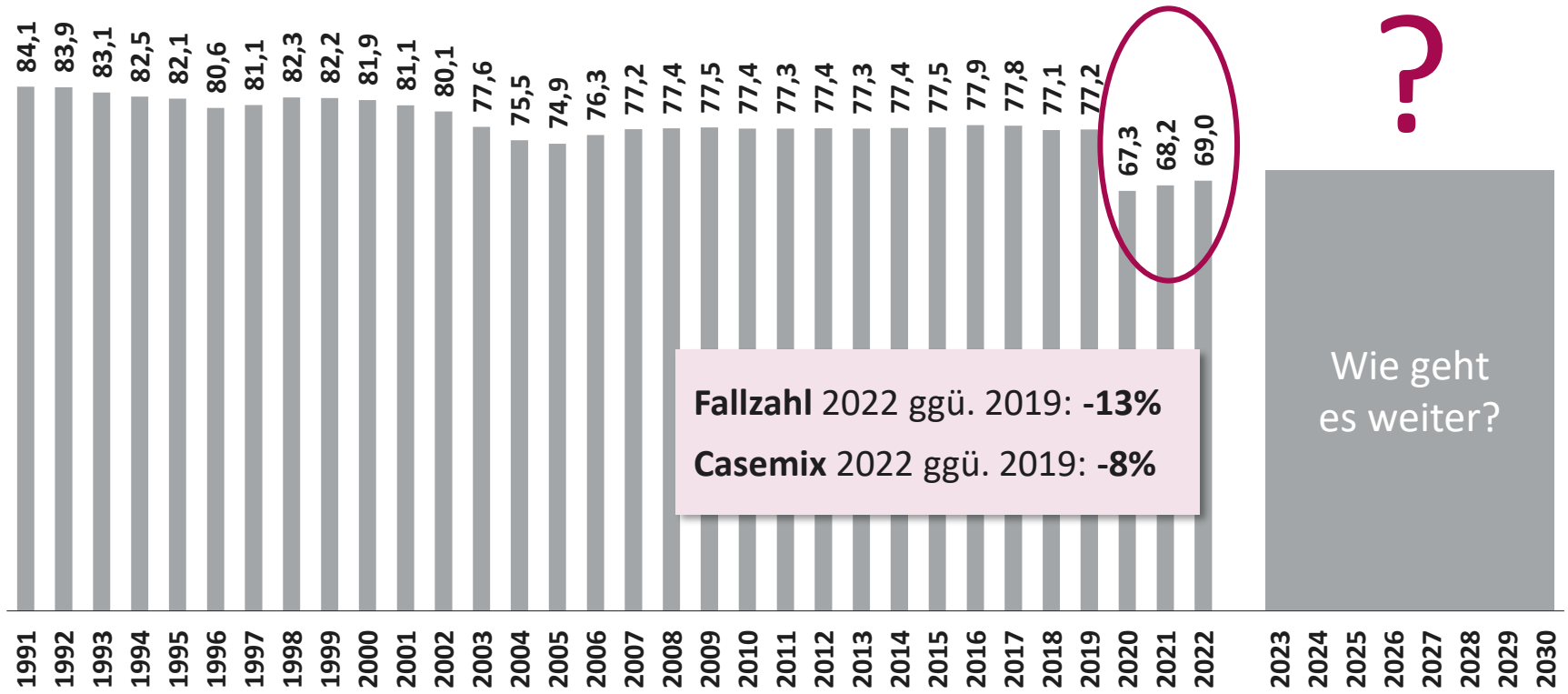
Weil enormes Potenzial zur **Schwerpunktbildung** besteht

Weil der **Nachwuchs** ausgeht und **Rationierung** droht

Quelle: Eigene Darstellung

Geringe Auslastung der Krankenhausbetten

Auslastung der Krankenhausbetten in %



Fallzahl 2022 ggü. 2019: **-13%**

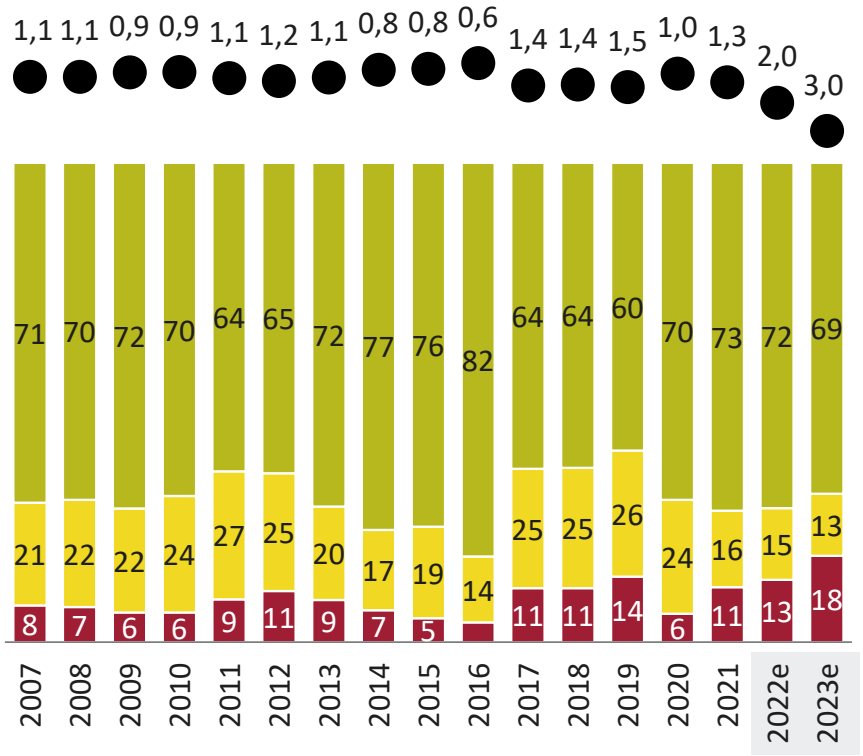
Casemix 2022 ggü. 2019: **-8%**

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023; Destatis (2023)

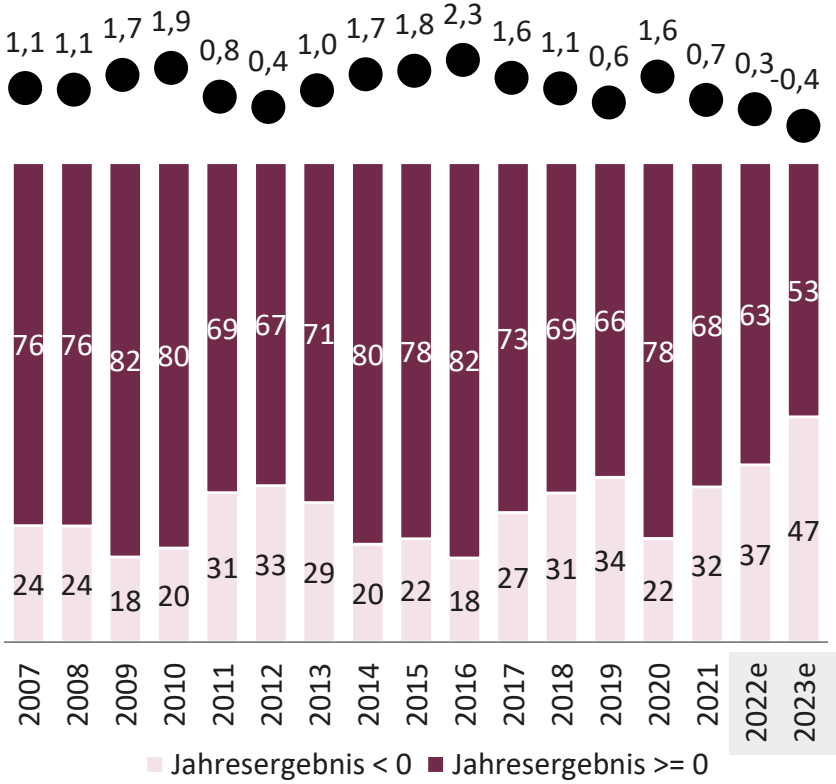
Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser 2021, weitere Verschlechterung 2022 und 2023 erwartet

Gründe: Geringe Auslastung, Reduktion der Staatshilfen, Preis- & Lohninflation

Ausfallwahrscheinlichkeit in % und Ampelklassifikation



Jahresergebnis[(1)] (als Anteil an Erlösen)



2022 und 2023 sind Hochrechnungen

(1) EAT, Earnings after taxes

Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

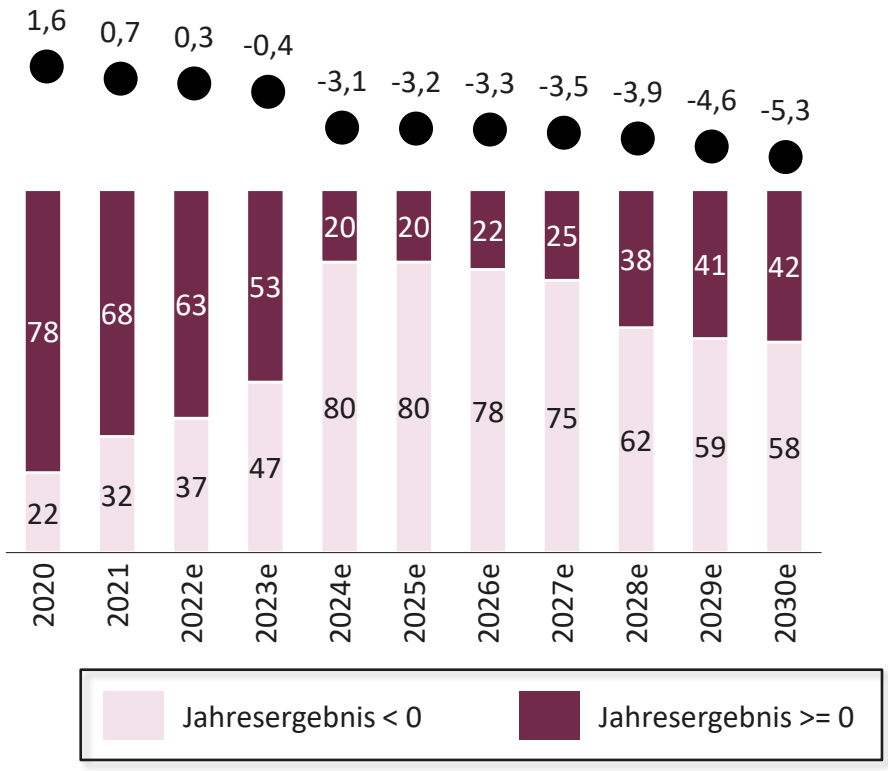
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Bei Fortschreibung(1) des Status quo deutliche Verschlechterung der Lage der Krankenhäuser im Jahr 2024 erwartet

Optimierungsmaßnahmen(2) mit mittelfristiger Wirkung

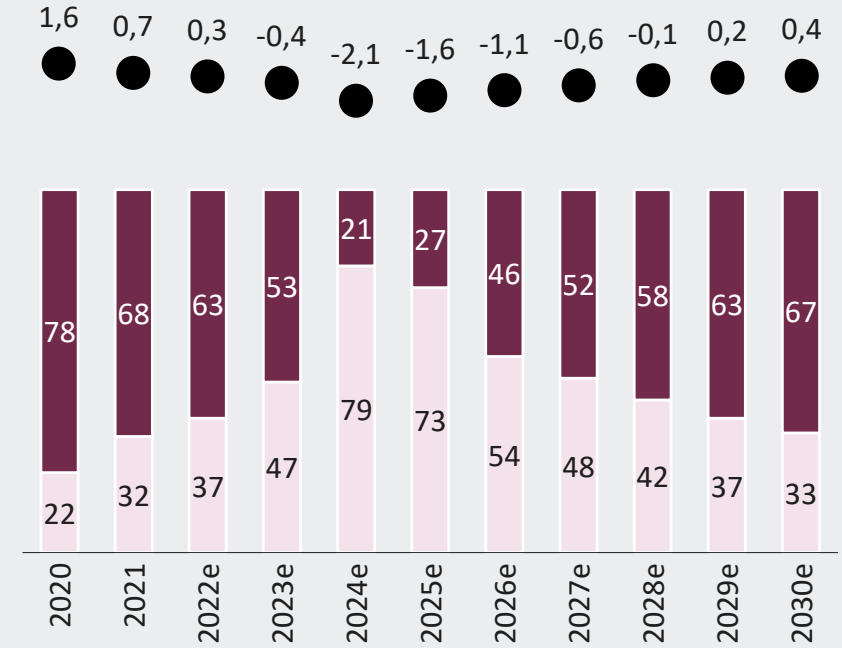
Szenario Fortschreibung

Jahresergebnis in % der Erlöse



Szenario Fortschreibung + Personalengpass und Ambulantisierung + Optimierung

Jahresergebnis in % der Erlöse



(1) Geringes Leistungsniveau bleibt, Lohninflation, Sachkosteninflation, beschlossene Kurzfristhilfen (Energiepreisbremse, Härtefallfonds)

(2) Produktivitätsverbesserung + Strukturoptimierung + Kapazitätsabbau → sinkende Betriebskosten um 0,8% p.a. 2024 -2030 und Bettenabbau von Kliniken mit schlechtem Rating; 2024: 5,0% / 2025: 3,0% / 2026: 2,5% / 2027: 2,5% / 2028: 2,0%

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Zahl der Insolvenzen nimmt zu, größere Welle für 2024 erwartet

Betrieb im Agaplesion-Krankenhaus läuft vorerst weiter

Stand: 23.08.2023 09:45 Uhr

Nach der Anordnung der Insolvenz für das Agaplesion Krankenhauses in Holzminden läuft der Betrieb dort in vollem Umfang weiter. Für die Patienten ändert sich laut Insolvenzverwalter vorerst nichts.

GESUNDHEITSVERSORGUNG GEFÄHRDET?

DRK-Krankenhaus in Alzey ist insolvent

STAND: 9.8.2023, 12:59 UHR

Rheinland-Pfalz

Mehrere DRK-Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz insolvent

Stand: 09.08.2023 15:15 Uhr

Auswirkungen auf Krankenhäuser in Solingen, Haan und Hilden

Lukas Klinik schließt schon Anfang 2024

Solingen / Hilden / Haan · Die Kplus Gruppe geht in Insolvenzverfahren. Bis Mai ist ein Millionenverlust aufgelaufen. Kündigungen sind denkbar. Nicht betroffen sind die Altenheime.

München und Wertheim

Weitere Rotkreuzkliniken müssen Insolvenz anmelden

dpa/Rotkreuzklinikum München/gnj

07.09.2023

DRK Krankenhausgesellschaft meldet für fünf Kliniken Insolvenz an

Mittwoch, 9. August 2023

SHG-Klinik in Merzig ist insolvent

Steffani Balle 25.07.2023 | 15:30 Uhr

Nrw-Rlp / Themen / Nachrichten / Meldungen /

Insolvente K-Plus Gruppe schließt drei Krankenhäuser

Minister Karl-Josef Laumann dementiert Vorwürfe

18. Oktober 2023

Krankenhaus in Bützow meldet Insolvenz an

Mittwoch, 2. August 2023

Krankenhaus Holzminden insolvent

Kann eine Immobiliengesellschaft das Krankenhaus Holzminden retten?

Nrw-Rlp / Themen / Nachrichten / Meldungen /

St.-Vincenz Krankenhaus Paderborn meldet Insolvenz an

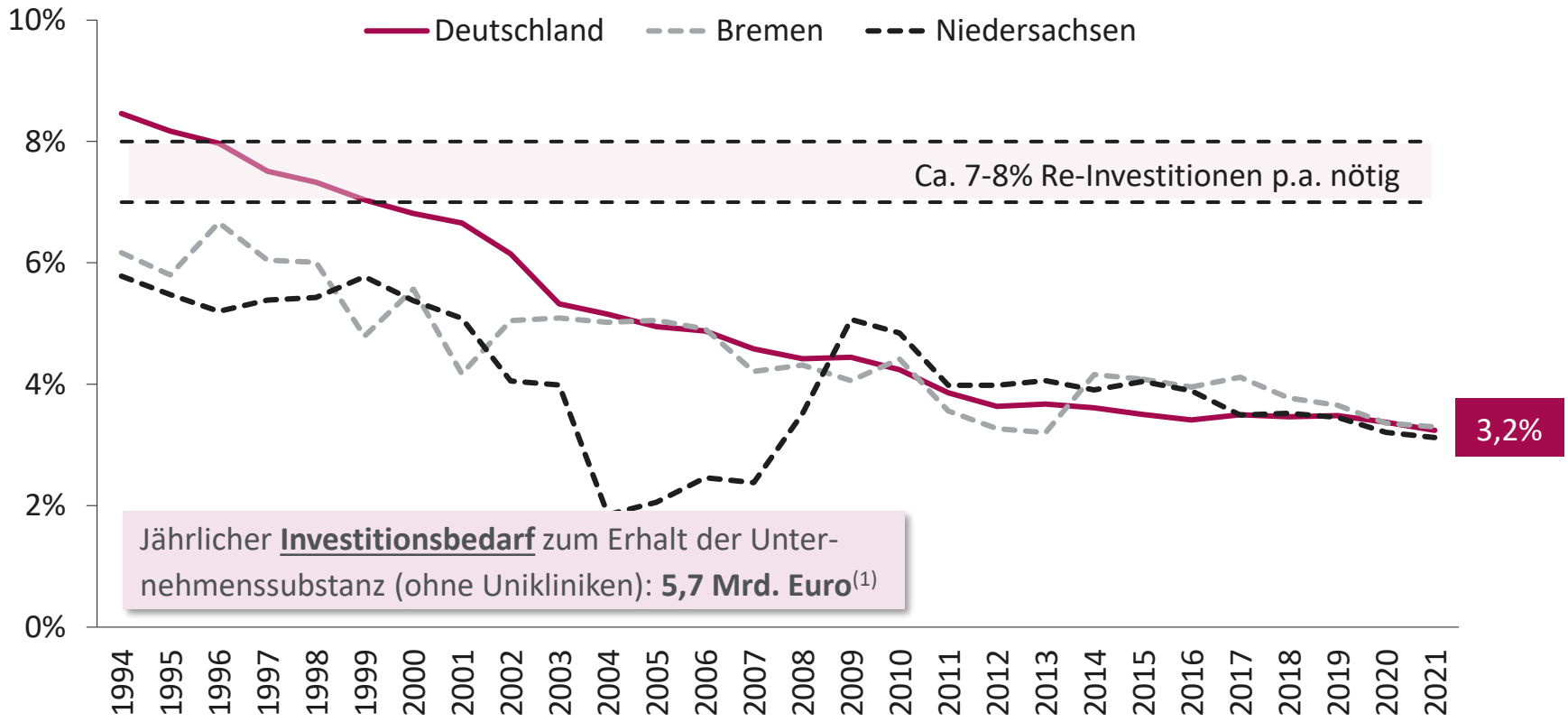
Sanierung in Eigenverwaltung | Über 3.000 Mitarbeiter an drei Standorten

31. Juli 2023

Quelle: Norddeutscher Rundfunk, Südwestrundfunk, Rheinische Post, Saarländischer Rundfunk, Dt. Ärzteblatt, kma, tagesschau, Marburger Bund, Täglicher Anzeiger

Investitionsfördermittel der Länder auf niedrigem Niveau

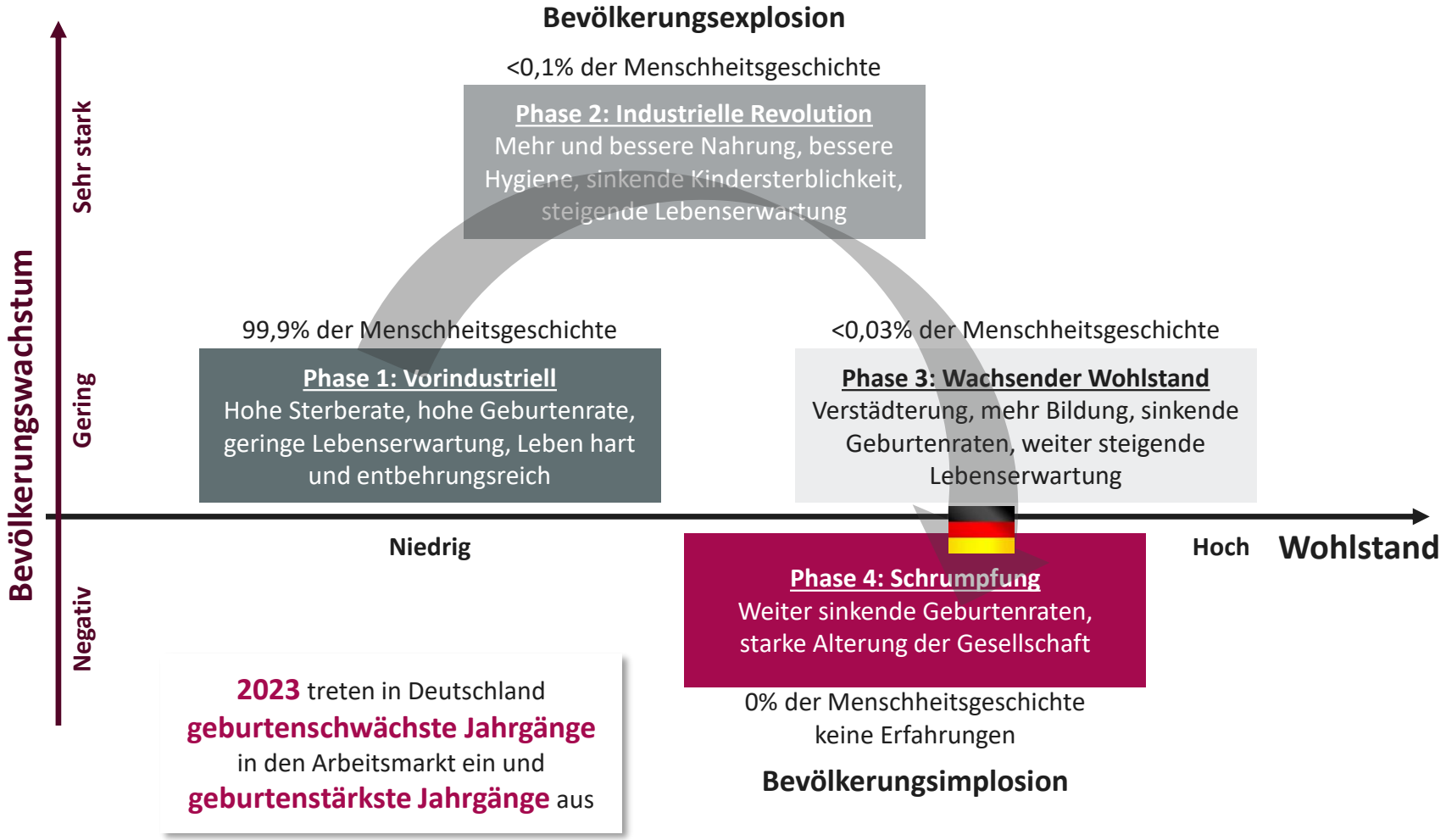
KHG-Fördermittel im Verhältnis zu den Krankenhauserlösen



(1) Mit Universitätskliniken: ca. 6,6 Mrd. Euro

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Hauptproblem Demografie: Deutschland tritt gerade in Phase 4 ein: „Schrumpfung und starke Alterung“



Quelle: Warren Thompson (1929); Sebastian Dettmers (2022); eigene Darstellung

Bedarfe (und Wünsche) steigen stärker
als personelle und finanzielle **Ressourcen**

Preismechanismus, um Angebot und Nachfrage zum Ausgleich zu bringen, entfällt im Gesundheitswesen weitgehend

Es droht **Rationierung**

Je höher die **Effizienz** der Leistungserbringung ist,
desto mehr Menschen können versorgt werden

Effizienz im Gesundheitswesen ist **ethisch geboten!**
Sie vermeidet bzw. vermindert Rationierung

Eigenverantwortung

Modellprojekte in Regionen zur sektorenübergreifenden, patientenorientierten Versorgung mit Gestaltungsfreiheit vor Ort

Weniger Standorte

Konzentration und Schwerpunktbildung, patienten- und mitarbeiterorientierte Neubauten

Unterstützende Patientensteuerung

Integrierte Leitstelle, telemedizinische Angebote, ePA und KI-Helfer

Entwurf einer Krankenhausversorgung der Zukunft

Funktionierende Zuwanderung

Etablierte Pfade für eine qualifizierte Zuwanderung in das Gesundheitswesen

Ambulant mit dem Krankenhaus

Komplexere ambulante Leistungen in größeren ambulanten Zentren, insbesondere im oder am Krankenhaus

Automatisierung

Weiniger bürokratische Prozesse, Ergebnisorientierung, ePA

Quelle: Eigene Darstellung

Politische Rahmenbedingungen so gestalten, dass Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Menschen erhalten wird

Krankenhaus

- Optimierung Versorgungsstrukturen
- Abschwächung Mengenanreiz
- Stärkung Daseinsvorsorge
- Ambulantisierung
- Mehr Gestaltungsfreiheit v.a. im ländlichen Raum
- Einsatz moderner Technologien
- Investitionen: ca. 25-50 Mrd. Euro

Vorhaltefinanzierung adressiert diese Ziele

Personal, unter anderem

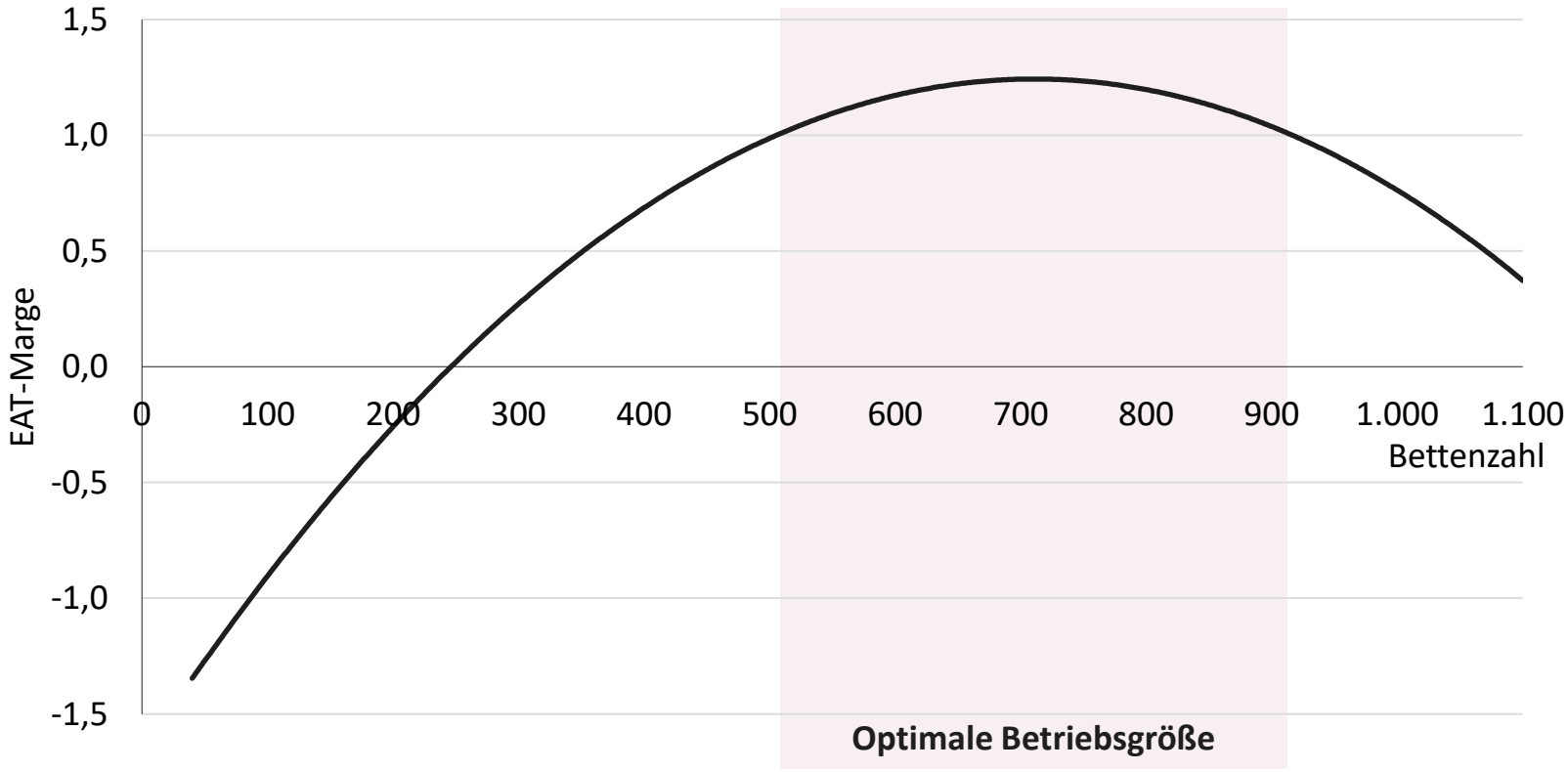
- Qualifizierte Zuwanderung
- Attraktive Arbeitsplätze
- Aufwertung der Pflege
- Stärkung der Ausbildung
- Bürokratieabbau
- Einsatz moderner Technologien

Effektive **Patientensteuerung**

- Aufbau Gatekeeper, Integrierte Leitstelle
- Ausbau Eigenbeteiligungen
- Stärkung Gesundheitskompetenz, unterstützt durch KI

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Optimale Betriebsgröße von Krankenhäusern unter wirtschaftlicher Hinsicht zwischen 500 und 900 Betten



Ambulantisierung kann diesen Zusammenhang künftig verändern

Anmerkung: Grundlage ist Krankenhauspanel 2007 bis 2021 mit 4 969 Beobachtungen von 596 Unternehmen. Ohne Krankenhausketten und Fachkrankenhäuser.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Wie lassen sich die weniger nötigen Betten auf die vielen Standorte sinnvoll verteilen?

Beispielhafte Überschlagsrechnung für Deutschland

Ambulantisierung und bestehende Überkapazitäten

	Status quo			Zielbild		
GBA-Not-fallstufe	**Anzahl Standorte**	**Betten insgesamt**	**Betten je Standort**	**Anzahl Standorte**	**Betten insgesamt**	**Betten je Standort**
Level 3	164	134.480	820	185	129.500	700
Level 2	261	107.271	411	350	122.500	350
Level 1	648	139.320	215	350	42.000	120
Level 0	274	24.660	90	0	0	80
Fachkliniken	350	31.500	90	280	22.400	80
Summe	**1.697**	**437.231**	**258**	**1.165**	**316.400**	**272**

	Relative Veränderung			Absolute Veränderung		
GBA-Not-fallstufe	**Anzahl Standorte**	**Betten insgesamt**	**Betten je Standort**	**Anzahl Standorte**	**Betten insgesamt**	**Betten je Standort**
Level 3	13%	-4%	-15%	21	-4.980	-120
Level 2	34%	14%	-15%	89	15.229	-61
Level 1	-46%	-70%	-44%	-298	-97.320	-95
Level 0	-100%	-100%	-11%	-274	-24.660	-10
Fachkliniken	-20%	-29%	-11%	-70	-9.100	-10
Summe	**-31%**	**-28%**	**5%**	**-532**	**-120.831**	**14**

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023; nur somatische Standorte nach QB

Studien zeigen, dass Fälle besser in Krankenhäusern mit adäquater Ausstattung aufgehoben sind

… doch die Realität sieht oft noch anders aus

WiZen-Studie: bei 11 Krebsarten deutliche Überlebensvorteile in **Zentren** (-23% Sterblichkeit)

Niedersachsen: Trotz Mindestmengenregelung nehmen **36** Krankenhäuser **komplexe Pankreas-eingriffe** vor, obwohl nur **16** Pankreaszentrum haben

Deutschland: Fast **50% aller Krebspatienten außerhalb von Krebs-zentren erstbehandelt,** Pankreas- und Lungenkarzinom sogar 65% bzw. 61%

1-Jahres-Sterblichkeit in Häusern mit vs. ohne **Stroke Unit**: ein Viertel niedriger (23% vs. 30%)

Deutschland: Bei Inzidenz von 600 Fällen am Tag: **1.100** Krankenhäuser behandeln Patienten mit **Hirninfarkt**, davon nur **328** mit zertifizierter Stroke Unit (und 150 andere kodieren so)

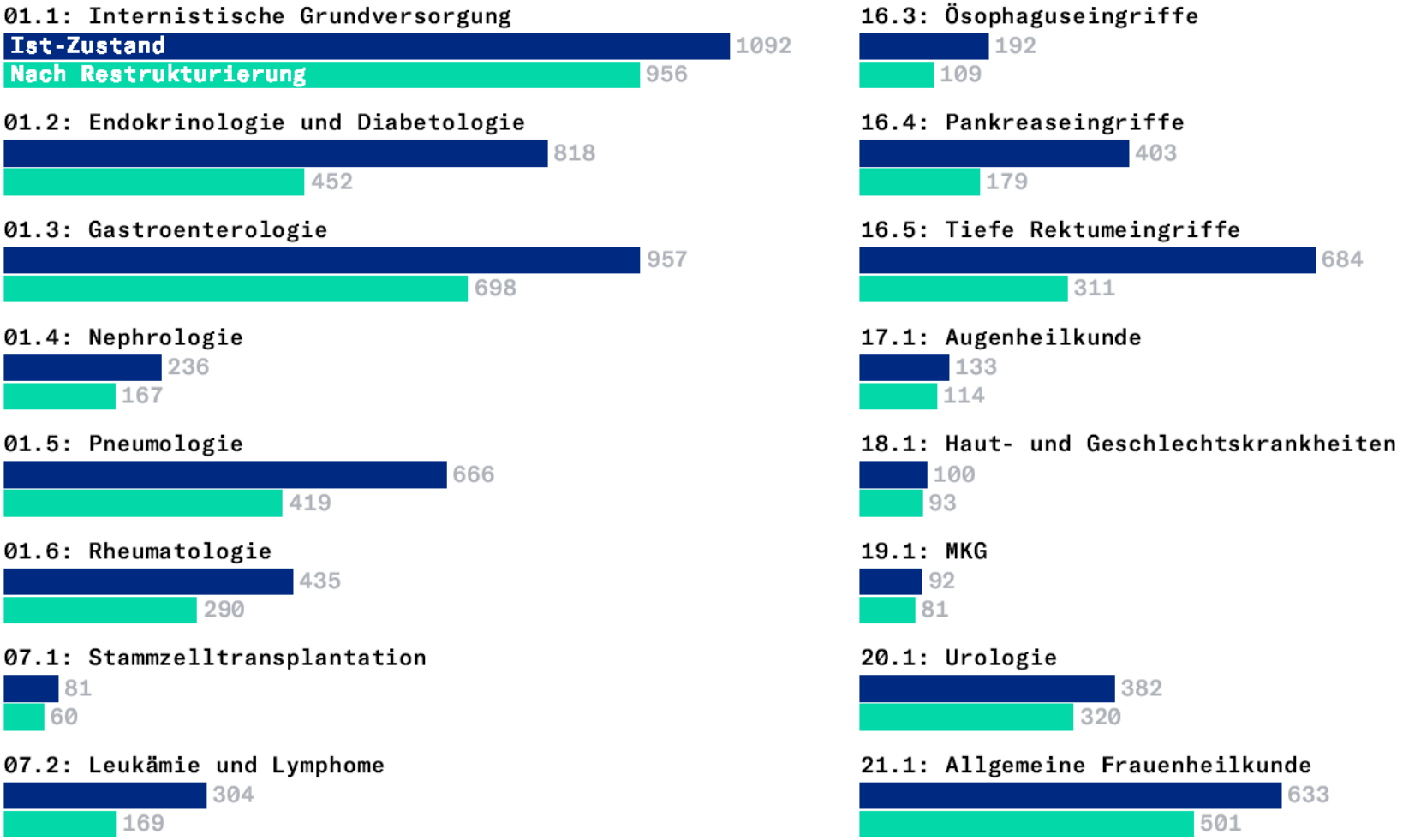
Katheter bzw. PCI reduziert Sterblichkeit, Re-Infarkt oder Schlaganfall erheblich (von 14% auf 8%)

Niedersachsen: Bei Inzidenz von 50 Fällen am Tag: **117** Krankenhäuser behandeln Patienten mit transmuralem **Herzinfarkt**, davon **62** mit Linksherzkatheter

Anmerkung: PCI = Perkutane koronare Intervention
Quelle: hcb, Prof. Reinhard Busse

Potenzial zur Schwerpunktbildung vorhanden

Simulation von Vebeto für gesamtes Bundesgebiet(1)



(1) Unter Gewährleistung der Erreichbarkeit für Bevölkerung und unter Prämisse, dass eine Klinik eine Leistungsgruppe ohne große bauliche Veränderungen aufnehmen kann

Quelle: Vebeto; beispielhafte Leistungsgruppen

Derzeit in NRW noch zu wenig Schwerpunktbildung

KH-Planung NRW	Anzahl
Konsentierte LG-Standorte (Krankenhäuser und Kassen)	4.455
Konsentierte LG-Standorte mit konsentierter Menge	3.828
Konsentierte LG-Standorte mit Mengendissens	627
Grundsätzlicher Dissens, ob LG vergeben wird	740
Derzeit die Leistung erbringende Standorte (min. 25 Fälle/Jahr)	3.933
Derzeit die Leistung erbringende Standorte (min. 50 Fälle/Jahr)	3.218
Derzeit die Leistung erbringende Standorte (min. 100 Fälle/Jahr)	2.669
Derzeit die Leistung erbringende Standorte (min. 200 Fälle/Jahr)	2.188

Quelle: offizielle Statistik des Landes NRW

In Diskussion: Anzahl der relevanten konsentierten Standorte sowie die Ausgangsbasis für den Vergleich

Quelle: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 120 | Heft 44 | 3. November 2023

Noch zu wenig Schwerpunktbildung

Ein Kernpunkt der geplanten Krankenhausreform sind die Leistungsgruppen für die einzelnen Krankenhäuser. Nordrhein-Westfalen (NRW) gilt hier als sogenannte Blaupause. Daher lohnt ein Blick, welche Auswirkungen die Reform in NRW auf die dortige Krankenhausstruktur haben könnte.

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 – feingliedriger als die bestehende Fachabteilungslogik sind. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hatte mehr als 120 solcher Gruppen vorgeschlagen. Ihr Konzept sah außerdem vor, dass LG für komplexere Leistungen nur von Krankenhäusern ab Level II beziehungsweise III erbracht werden dürfen. Hierdurch sollen auch leistungsübergreifende Anforderungen, etwa an ärztliche Verfügbarkeit außerhalb der Kernarbeitszeiten oder das Vorhandensein einer qualitativ hochwertigen Intensivmedizin, sichergestellt werden.

Die Krankenhausreform in Nordrhein-Westfalen soll zum Teil Vorbild für die bundesweite Reform sein.

Vorbild Nordrhein-Westfalen

Durch den im Juli erreichten Konsens zwischen Bund und Ländern wurde von der detaillierten Gliederung der LG sowie ihrer Koppelung an Level Abstand genommen. Stattdessen sollen die in Nordrhein-Westfalen entwickelten LG mit ihren strukturellen Anforderungen für die bundesweite Gruppierungslogik Anwendung finden. Die Nutzung von LG war NRW in einem im Sommer 2019 vorgelegten Gutachten empfohlen worden. Grundlage des Gutachtens war die im Kanton Zürich entwickelte LG-Systematik.

In einem mehrjährigen Prozess wurden unter Führung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) und unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft NRW, der Landesärztekammer und von Krankenkassen zunächst die LG und ihre Anforderungen definiert und im Krankenhausplan von April 2022 veröffentlicht. Gegenüber dem Schweizer Modell wurden die Anzahl der LG reduziert (von circa 150 auf 64) und Mindeststrukturvoraussetzungen stark abgesenkt beziehungsweise auf sie verzichtet (zum Beispiel Mindestmengen). Dafür wurden weitreichende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Klinikstandorten ermöglicht.

Seit Herbst 2022 folgte dann die zweite Phase, in der Krankenhäuser anmelden konnten, welche LG sie mit welcher Fallzahl erbringen wollen. Dann wurde versucht, einen Konsens mit den Krankenhäusern zu erzielen. Diese Daten liegen nunmehr seit Juni 2023 vor.

Daher lohnt ein Blick in die bisher erzielten Ergebnisse in NRW. Hierbei wurden die Daten der Landtagsunterrichtung in drei grundsätzliche Kategorien eingeteilt:

- Konsens darüber, dass das Krankenhaus die LG erbringen darf und mit welcher Fallzahl (das heißt „Konsens" mit Fallzahl 0 wurde nicht gewertet),
- grundsätzlicher Konsens, dass das Krankenhaus die LG erbringen darf, allerdings mit noch nicht konsentierter Fallzahl (in der Landtagsunterrichtung wie „grundsätzlicher Konsens" gekennzeichnet) und
- nicht geklärter Dissens, ob das Krankenhaus die LG erhält (in der Landtagsunterrichtung als „Dissens" oder „nicht abgeschlossen" gekennzeichnet).

Diese Verhandlungsergebnisse haben wir mit Blick auf den aktuellen Istzustand in NRW analysiert, um festzustellen, ob sich die geplante Konzentration auf weniger Standorte abzeichnet. „Abzeichnet" deshalb, weil es sich bei den in der Landtagsinformation mitgeteilten Daten noch nicht um die endgültige

Agenda

Wo stehen wir?

Reformbestrebungen

Konsequenzen

Zähes Ringen zwischen Bund und Ländern

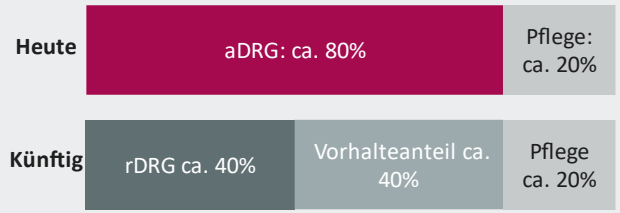
Quelle: hcb

Bund und Länder einigten sich am 10. Juli 2023 auf Eckpunkte der anstehenden Krankenhausreform

Vorhaltevergütung

Mengenunabhängige Krankenhaus-erlöse sollen 60% ausmachen

Normative Festlegung der Vorhalte-anteile je LG in **Übergangsphase**



In etwa **Halbierung der aDRG**

Leistungsgruppen (LG)

65 Leistungsgruppen: 60 somatische LG aus NRW-Modell, zusätzlich 5 weitere LG

Schrittweise **Ausdifferenzierung** und **Weiterentwicklung**

Zuordnung von **OPS- und ICD-Codes** je Leistungsgruppe

Bundeseinheitliche **Qualitäts-kriterien** je Leistungsgruppe

Zuweisung der LG durch **Landesbehörden**

Sektorenüber-greifende Versorger (Level 1i-Kliniken)

Schlüsselrolle auf dem Weg zu integrierter Gesundheits-versorgung

Nach 5 Jahren umfassende **Evaluation**

Verlängerung und Ergänzung des **Krankenhausstrukturfonds**

Quelle: hcb, Eckpunktepapier vom 10.07.2023

Bei der Vorhaltefinanzierung geht es um eine Neuverteilung des Erlösvolumens der aDRG von über 60 Mrd. €

Casemixvolumen 2023:
ca. 15,2 Mio.

Basisfallwert 2023:
ca. 4.000 €

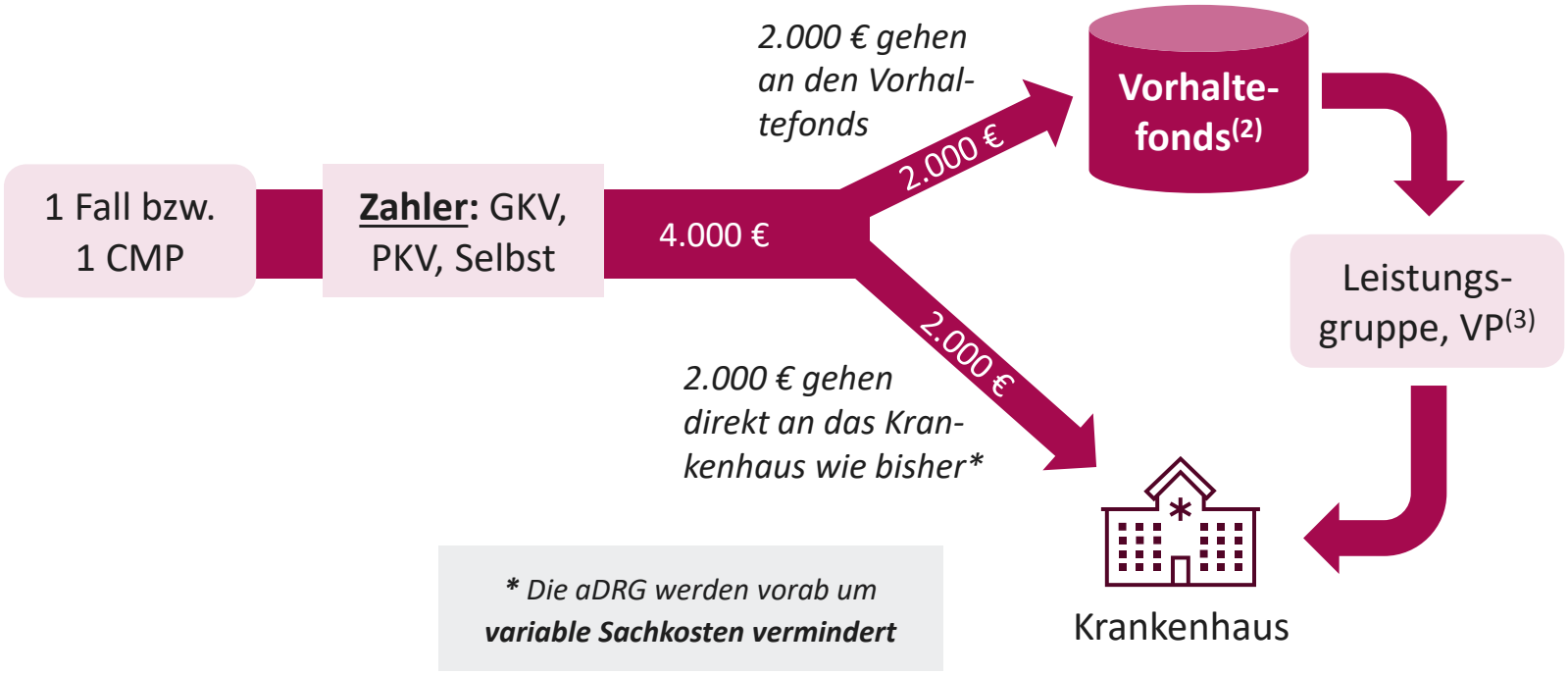
aDRG-Erlösvolumen
2023: **ca. 60,8 Mrd. €**

Pflegebudget bleibt unberührt; ab 2027 **bessere Vergütung** PÄD (288 M€), GEB (120 M€), Stroke Unit (35 M€), spezielle Traumatologie (65 M€), Intensivmedizin (30 M€); **Zuschläge** zur Förderung von **Koordinierungs-** und Vernetzungsaufgaben (125 M€); erhöhte **Zuschläge** für die Teilnahme an **Notfallversorgung** (35 M€)

Quelle: Eigene Darstellung; Arbeitsentwurf Krankenhausreform vom 13.11.2023

Krankenversicherungen(1) zahlen weiterhin fallabhängig die aDRG

Variante: 60% mengenunabhängige Erlöse

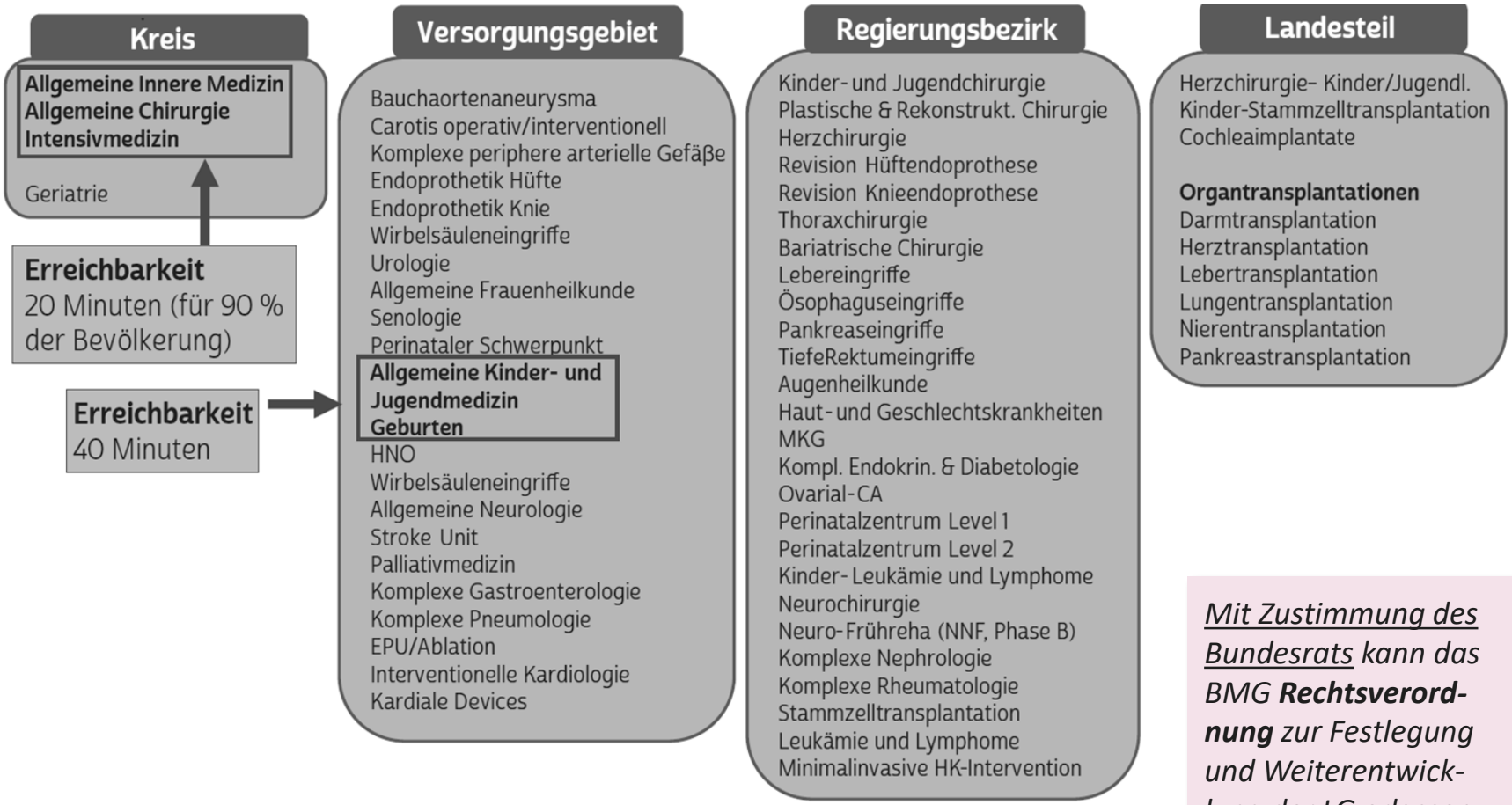


Fortschreibung der Vorhaltebudgets gemäß **LBFW**
Fixkostendegressionsabschlag (FDA) wird **letztmalig für 2027** angewendet

(1) Und stets auch Selbstzahler und Beihilfe
(2) Virtuell, zur Darstellung
(3) Vorhaltepauschale

Quelle: Eigene Darstellung; Arbeitsentwurf Krankenhausreform vom 13.11.2023

Grundlage bilden die Leistungsgruppen (LG) aus Nordrhein-Westfalen, die vier Planungsebenen zugeordnet sind



*Mit Zustimmung des Bundesrats kann das BMG **Rechtsverordnung** zur Festlegung und Weiterentwicklung der LG erlassen*

Quelle: Roeder et al. in das Krankenhaus 10/2021

Arbeitsentwurf: VP(1) erstmalig nach Fallzahl und CMI bestimmt, danach „eingefroren“, Anpassungen alle drei Jahre mit Fallzahlkorridor +/-20%

1. InEK erstellt Konzept zur Vorgehensweise bei Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je LG und je Standort nach (Plan)**Fallzahl * CMI** des Vorjahrs, erstmals bis 30.09.2024

   → Soll-VP je Standort

2. Ist-VP über Aufsummierung von **Vorhaltebewertungsrelationen je Fall**

3. Bei **unterjährigen Abweichungen** des Ist-VP von Soll-VP unterjähriger Ausgleich beantragen

4. **Neuermittlung des Soll-VP** erstmals nach 2 Jahren, später nach **3 Jahren**, gemäß aktuell vorliegendem CMI und aktuell vorliegender (Plan)**Fallzahl, falls Δ > +/- 20%**

5. Ab 2027 **Leistungserbringungsverbot**: keine Vergütung von Fällen aus LG, die KH nicht besitzt

CMI wird wichtig, Fallzahl als solche verliert an Bedeutung
Erfüllung von Mindestanforderungen einer LG wird wichtig

(1) Vorhaltepauschale

Quelle: Eigene Darstellung; Arbeitsentwurf Krankenhausreform vom 13.11.2023

Mindestkriterien je Leistungsgruppe bundeseinheitlich festzulegen

Leistungsgruppe

Mindestkriterien zu definieren

Personal
Geräte
Räumlichkeiten

Rechtsverordnung regelt Mindestkriterien

BMG im Einvernehmen mit **Bundesrat**

Sind **am KH-Standort** zu erfüllen

Kooperationen mit anderen KH oder innerhalb eigenen Verbunds möglich, jedoch noch zu definieren

Ausnahmen bei zwingender Sicherstellung für max. 2 Jahre möglich

Vorübergehende Nichteinhaltung für max. 3 Monate möglich

Ziel: Zuweisung der **Leistungsgruppen 2025 und 2026**

Quelle: Eigene Darstellung; Arbeitsentwurf Krankenhausreform vom 13.11.2023

Der Konzentrationsprozess erfolgt über drei Wege

1

Prüfe an jedem Standort je LG, ob die **Mindestanforderungen** erfüllt sind

- Wenn nein: Abgabe der LG und ihrer VP(1) an die Krankenhäuser, die die LG noch erbringen

2

Krankenhausplanung kann eine LG aktiv abziehen (**Auswahlentscheidung**) oder per Ausnahmeregelung eine LG trotzdem (zeitlich begrenzt) zuordnen

- Wenn ja: Abgabe der LG und ihrer VP(1) an die Krankenhäuser, die die LG noch erbringen

3

Standorte können untereinander LG tauschen und/oder Standorte zusammenlegen (trägerinterne und trägerübergreifende **Verhandlungslösungen**)

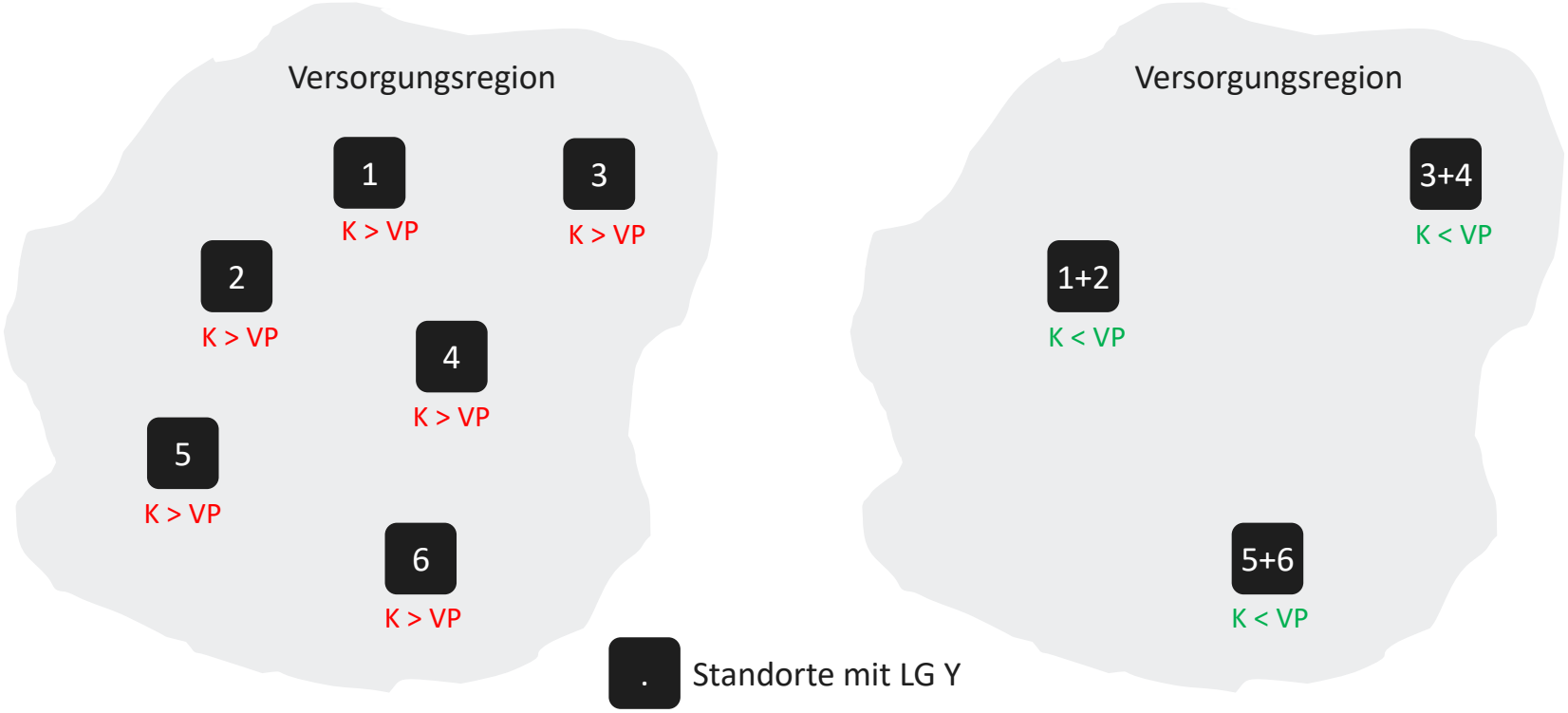
- Wenn ja: Abgabe der LG von einem zum anderen Standort; die zugehörige VP sollte vollständig mit übergehen; sie sollte nicht auf alle anderen Standorte verteilt werden(2)

(1) Vorhaltepauschale
(2) Eigener Vorschlag ; ggf. nicht sofort, sondern im Zeitraum von drei Jahren, um Anpassungen zu ermöglichen
Quelle: Eigene Darstellung

Vorhaltefinanzierung schafft Anreiz für Kliniken und Bundesländer, die Leistungsgruppen zu bündeln, um kostendeckend arbeiten zu können

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

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

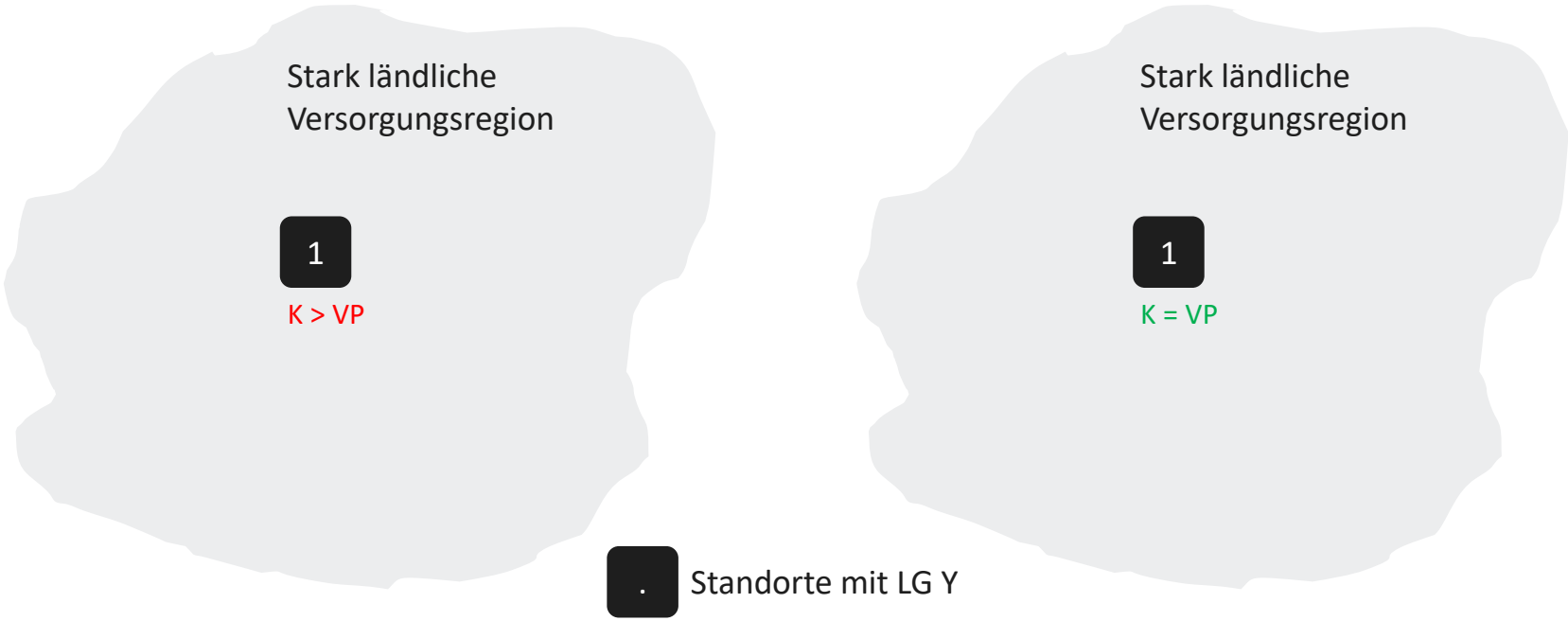


Quelle: Eigene Darstellung

Sonderfall ländliche Region ohne Bündelungsmöglichkeit: Aufstockung der Vorhaltepauschale nötig, um Versorgungsangebot zu gewährleisten

Ausgangszustand: Standort kann mit initialer Vorhaltepauschale seine Kosten **nicht** decken, kann aber auch keine LG bündeln

Aufstockung des VP, um Mindestangebot aufrecht erhalten zu können; Integration Sicherstellungszuschlag in VP



Quelle: Eigene Darstellung

Level 1i Kliniken sind dabei ein **wesentlicher Baustein**, um die Krankenhausstruktur in den Regionen zu optimieren

Sie sollten derart gestaltet sein, dass sie von den Krankenhausträgern und der Bevölkerung vor Ort gerne genutzt werden

Arbeitsentwurf definiert Level 1i-Kliniken = sektoren-übergreifende Versorgungseinrichtungen (SVE)

In Diskussion
Mehr Flexibilität?

Angebote der SVE	Zulassung und Vergütung der SVE
Ambulante Leistungen aufgrund **Ermächtigung**, falls drohende Unterversorgung besteht **Ambulantes Operieren** nach §115b **Belegärztliche Leistungen** **Medizinisch-pflegerische Versorgung** **Übergangspflege,** Kurzzeitpflege nach SGB V und XI, Tages- und Nachtpflege nach SGB XI Gründe für Behandlungen im SVE statt ambulanter Behandlung: **individuelle Verfassung**, **persönliche Lebens-situation**, Vor- und Begleiterkrankungen der Patienten DKG und GKV-SV vereinbaren, welche Leistungen erbracht werden müssen (aus LG Allg. Innere, Allg. Chirurgie, Geriatrie) und welche erbracht werden können, Vereinbarung gilt für zwei Jahre	Zulassung als SVE durch **Krankenhausplanung** im Benehmen mit den Kassen Auch Neuaufnahme in KH-Plan möglich SVE und Kassen definieren Versorgungsumfang **Degressive KH-individuelle Tagesentgelte**, mit oder ohne ärztliche Leistungen Ohne ärztliche Leistungen: **verringertes Tages-entgelt**, ärztl. Leistung durch externe Ärzte, Vergütung nach EBM Pflegepersonalkosten komplett im Tagesent-gelt enthalten Ausgleich Mindererlöse zu 60% und Mehrerlöse zu 65%, ausgenommen Pflegepersonakosten

Quelle: hcb; Arbeitsentwurf Krankenhausreform vom 13.11.2023

Hauptkritikpunkte der Länder vom 6. November 2023

7 Hauptkritikpunkte zum Arbeitsentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)

1. **Finanzierungssystem als Kernstück der Reform weiterhin unklar – Folgen für die Krankenhauslandschaft nicht abschätzbar**
   Nach den bisherigen Darlegungen des BMG im Gesetzentwurf kann weder nachvollzogen werden, wie die Finanzierung der Vorhaltevergütung sowie der Tagesentgelte für die sektorenübergreifenden Versorger im Detail erfolgen soll, noch eingeschätzt werden, ob damit überhaupt eine finanzielle Verbesserung bzw. eine auskömmliche Finanzierung erfolgen kann. Hierzu bedarf es schnellstmöglich zumindest einer modellhaften Auswirkungsanalyse oder Beispielberechnung des BMG.

2. **Möglichkeiten für Ausnahmen und Kooperationen bezüglich der Leistungsgruppen frühzeitig und unmittelbar im Reformgesetz regeln**
   Die Zulässigkeit von Kooperationen und Ausnahmen soll erst in einer dem Reformgesetz nachfolgenden Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats bestimmt werden. Gerade dies muss jedoch frühzeitig bekannt sein, um zum einen die Auswirkungen der Reform einschätzen zu können. Zum anderen ist diese Entscheidung aber auch maßgeblich für die Handlungsspielräume der Planungsbehörden der Länder und damit die Frage der Einhaltung der verfassungsrechtlichen Gesetzgebungskompetenzen. Es handelt sich daher um wesentliche Entscheidungen, die im Reformgesetz unmittelbar getroffen werden müssen.

3. **Unzureichende Möglichkeiten der Länder zur Zulassung von Ausnahmen von den Anforderungen an die Leistungsgruppen**
   Die Möglichkeit der Krankenhausplanungsbehörden, aus Gründen der Versorgung eine Leistungsgruppe auch dann zu erteilen, wenn deren Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt sind, steht im Entwurf unter zu strengen Voraussetzungen, die die Planungshoheit massiv einschränken. Weder das Einvernehmen mit den Kassen und der DKG noch die Erfüllung der Vorgaben für den Sicherstellungszuschlag sind akzeptabel und widersprechen zudem dem Eckpunktepapier. Die zulässige Dauer möglicher Ausnahmen von einem bzw. maximal zwei Jahren ist darüber hinaus zu kurz. In Einzelfällen werden ggf. auch weiterhin dauerhafte Ausnahmen erforderlich sein, um die Versorgung vor Ort gewährleisten zu können. Diese Möglichkeit muss den Ländern offen stehen, um dem Sicherstellungsauftrag gerecht werden zu können.

4. **Stellung des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Prüfung der Leistungsgruppen entspricht noch nicht einer bloßen Gutachterstelle**
   Der MD selbst darf sein Gutachten entgegen dem Arbeitsentwurf nicht direkt an die Krankenhäuser übersenden, sondern zunächst nur an die Krankenhausplanungs-behörden. Übersendet der MD das Gutachten selbst und direkt an die Krankenhäuser werden falsche Erwartungen auf Seiten der Krankenhäuser geweckt, da die Krankenhausplanungsbehörde aufgrund ihrer Planungshoheit weder an ein positives Ergebnis im Gutachten (die Zuweisung der Leistungsgruppe erfolgt nur bei Bedarfsnotwendigkeit) noch an ein negatives Ergebnis im Gutachten (Möglichkeit der Erteilung einer Ausnahme zur Sicherstellung der Versorgung) gebunden ist. Der Krankenhausplanungsbehörde steht hier vielmehr ein eigenes Ermessen im Rahmen ihrer Planungshoheit zu.

5. **Die Länder müssen beim Zuschlag für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben (mit-)entscheiden können**
   Welche Krankenhäuser die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben erbringen, muss in der alleinigen Entscheidungsmacht der Krankenhausplanungsbehörden liegen. Die Einholung des Einvernehmens mit den Kassen und der DKG ist mit Blick auf die Planungshoheit nicht akzeptabel. Es kann zudem nicht sein, dass die Selbstverwaltungspartner ohne Mitentscheidungsrecht der Länder bestimmen, welche Aufgaben hiervon erfasst sein sollen. Dies könnte in der gemeinsamen Rechtsverordnung des BMG und der Länder (mit Zustimmung des Bundesrats) geregelt werden.

6. **Keine Stärkung der Sektorenübergreifenden Versorgung**
   Die im Arbeitsentwurf eröffneten Möglichkeiten für Sektorenübergreifende Versorger zur Ambulantisierung gehen kaum über das hinaus, was bereits jetzt möglich ist. Insbesondere soll die Ausweitung der Leistungen durch Institutsambulanzen aus strukturellem Grund entgegen der Vereinbarung im Eckpunktepapier nicht möglich sein. Es erfolgt zudem weiterhin eine strikte Trennung der Sektoren und Leistungsbereiche mit Blick auf die Finanzierung und Bedarfsplanung. Ob die bereits erprobten Modelle, wie etwa Primärversorgungszentren, auf dieser Grundlage überhaupt (insbesondere finanziell auskömmlich) umgesetzt werden, muss stark bezweifelt werden. Der umfassende Instrumentenkasten, der vom BMG immer versprochen wurde, um den Ländern größtmögliche Handlungsspielräume einzuräumen, ist im Gesetzentwurf noch nicht enthalten.

7. **Keine bürokratische Entlastung**
   Es ist bislang nicht ersichtlich, wie mit der Reform eine Entbürokratisierung erreicht werden könnte. Vielmehr steht zu befürchten, dass der bürokratische Aufwand für alle Seiten weiter steigt und das Krankenhaussystem insgesamt noch komplexer wird. Dies gilt etwa für die vielen neuen Regelungen rund um den MD mit zahlreichen neuen Melde-/Berichtspflichten und Datenflüssen bei allen Beteiligten.

Quelle: hcb

Mögliche Kompromisse – eigene Einschätzung

1. Folgenabschätzung	**Beispielrechnungen** sollten zur Veranschaulichung möglich sein
2. Kooperationsmöglichkeiten	Option: Dort ermöglichen, wo **Kooperationsangebot für Personal gut erreichbar** bzw. Telemedizin für Patientenversorgung ausreicht
3. Ausnahmeregelungen	Was, wenn nach 2 Jahren Mindestanforderungen an LG z.B. **mangels Fachkräfte** nicht erfüllbar, obwohl Sicherstellungszuschlag gewährt wird? **Neue (sektoren-übergreifende) Versorgungsmodelle? Ausnahmen für „einfache" Leistungen?**
4. Verbindlichkeit des MD-Gutachtens	Option: **MD-Gutachten veröffentlichen** und Land erklärt bei abweichender Planungsentscheidung seine Gründe; **Abschlag bei Vorhaltepauschale**, wenn Mindestanforderungen unterschritten werden
5. Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	Wichtig: Die Finanzmittel dafür dürfen nicht verwässert werden, wenn zu viele Standorte ausgewählt werden; Option: Beschränkung der Standorte auf **z.B. 1 Standort je 2 Mio. Einwohner**
6. Keine Stärkung der sektoren-übergreifenden Versorgung	Option: Level 1i sollte **mehr Flexibilität** beinhalten
7. Keine bürokratische Entlastung	Option: Budgetansatz für Level 1i und zusätzlich **Bürokratieentlastungs-maßnahmen** (Arbeitsgruppe in der RegKo)

Quelle: hcb

Noch kein Ergebnis aus Bund-Länder-Gespräch vom 23.11.2023

Geplant war bis Freitag **1.12. neuer Arbeitsentwurf**

- Konkretisierungen
- Berücksichtigung der zentralen Kritikpunkte

Quelle: hcb

Regierungskommission schlägt Reform der Notfallversorgung vor

Veröffentlicht am 14.2.2023

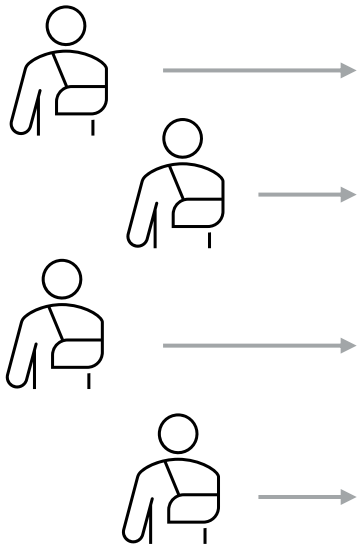
- **a** **24/7-Sicherstellungsauftrag bei KV**, aber genauer definieren und verbindlich einfordern
- **b** Bessere Steuerung der Hilfesuchenden, Aufbau **integrierter Leitstellen (ILS)**
- **c** **INZ** an allen Kliniken mit GBA-Notfallstufe 2 oder 3, bei Bedarf in Stufe 1 in dünn besiedelten Gebieten
- **d** **Elektronische Patientenakte**, einheitliches Terminbuchungssystem, telemedizinische Unterstützung
- **e** Einführung einer Komponente der **Vorhaltefinanzierung** (dritte Stellungnahme)

Quelle: Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Integrierte Leitstelle als Ansprechpartnerin für alle Hilfesuchenden

Gut erreichbar und für relevanten Teil der Fälle abschließende Hilfe

A L L E Hilfe-suchenden



Integrierte Leitstelle 112 / 116117

Flächendeckend

112 und 116117 verbunden und unmittelbar erreichbar

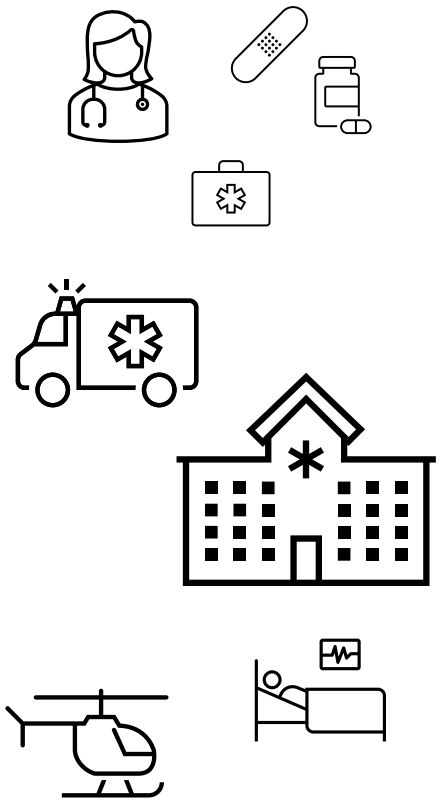
Telefonische oder telemedizinische Ersteinschätzung

Softwaregestützte Ersteinschätzungsinstrumente

Beratung; Videosprechstunde, z.B. auch in Apotheken; Verordnung von Arzneimitteln, Terminbuchung; Entsendung aufsuchender Dienste; möglichst **abschließende Hilfe**

Perspektivisch auch pflegerische Notfallversorgung

Notfallversorger



Quelle: Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Regierungskommission schlägt Reform des Rettungsdiensts vor

Veröffentlicht am 7.9.2023

a Rettungsdienst als **eigenständiges Leistungssegment** des SGB V

b **Transparenz** und Qualitätssicherung (Struktur- und Prozessqualitätsparameter)

c Digitales **Echtzeitregister** zur Erfassung der verfügbaren Ressourcen; KI-gestützte **prospektive Bedarfsermittlung**

d **Zentralisierung** der Leitstellen, z.B. eine Leitstelle pro 1 Mio. Einwohner

e Ausweitung der **Befugnisse von Notfallsanitätern**

f Bundeseinheitl. Vergütungssystem: **Vorhaltepauschale und variable Leistungsvergütung**; getragen von Krankenkassen

Quelle: Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Schließlich steht das Krankenhaustransparenzgesetz zur Sichtbarmachung der KH-Level an

Ziel: **Information**

für Patienten

Einordnung aller Krankenhäuser in **Level**, um deren Leistungsspektrum grundsätzlich einordnen zu können

Zahlen zum **Personal**

je Leistungsgruppe

Quelle: hcb

Krankenhaustransparenzgesetz tritt im zweiten Quartal 2024 in Kraft

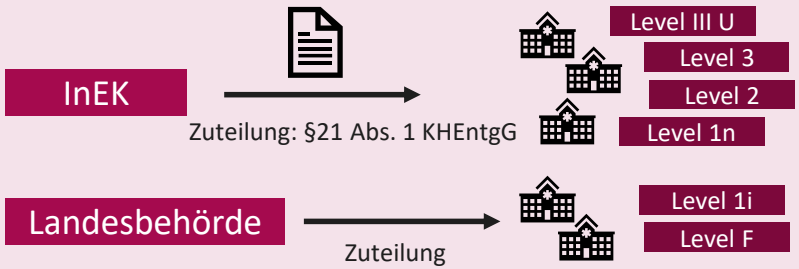
Ziel: **Ausbau der Transparenz** zur Qualität der Krankenhausbehandlungen

BMG veröffentlicht **Daten** über Leistungsangebote und Qualitätsaspekte (Transparenzbericht)

Leistungs- und Qualitätsdaten werden von Krankenhäusern an **InEK** übermittelt und von InEK und IQTIG ausgewertet

Zuständige **Landesbehörde** ordnet Krankenhäusern Leistungsgruppen zu(1)

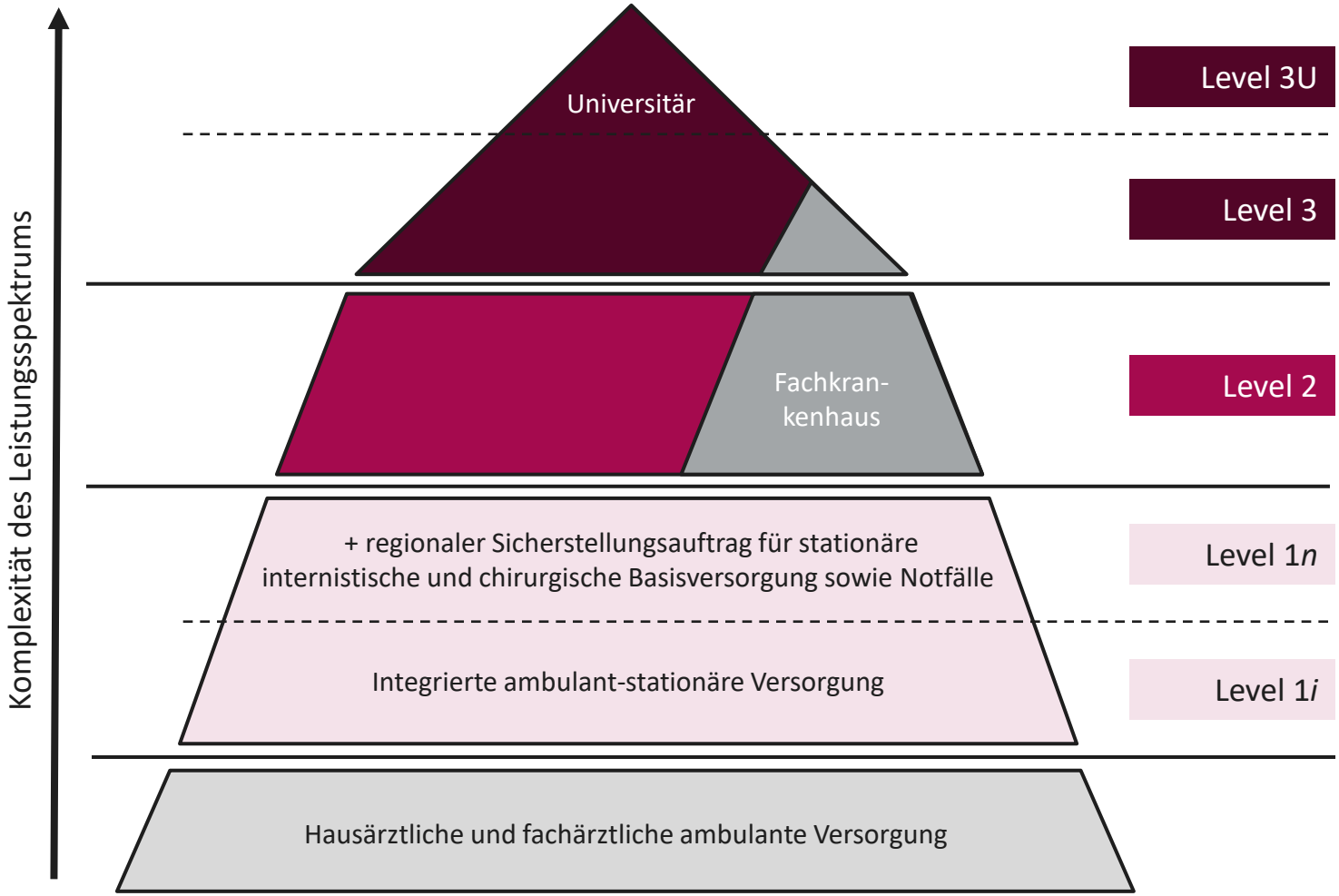
Zuteilung der Krankenhäuser zu **Versorgungsstufen**



(1) Festlegung und Ausgestaltung der LG bleibt Krankenhausreform vorbehalten

Quelle: hcb; Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (21.09.2023)

Einordnung aller Krankenhäuser in Level, um die Angemessenheit ihres Leistungsspektrums bewerten zu können



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Zuteilung der Standorte zu Leveln im Rahmen des Transparenzgesetzes

Level 3U

Standort einer Hochschulklinik mit Leistungen aus:
- mind. 5 internistischen LG
- mind. 5 chirurgischen LG
- LG Intensivmedizin
- LG Notfallmedizin
- 8 weitere LG

Level 3

Kein Hochschulklinikstandort mit Leistungen aus:
- mind. 5 internistischen LG
- mind. 5 chirurgischen LG
- LG Intensivmedizin
- LG Notfallmedizin
- 8 weitere LG

Level 2

Klinikstandort mit Leistungen aus:
- mind. 2 internistischen LG
- mind. 2 chirurgischen LG
- LG Intensivmedizin
- LG Notfallmedizin
- 3 weitere LG

Level 1n

Klinikstandort mit Leistungen aus:
- mind. Allgemeine Innere Medizin
- mind. Allgemeine Chirurgie
- LG Intensivmedizin
- LG Notfallmedizin

Level 1i(1)

Klinikstandort mit sektoren-übergreifender Versorgung (i.d.R. keine Notfallmedizin)

Level F(1)

Klinikstandort mit Spezialisierung auf Behandlung bestimmter Erkrankung (Fachklinik) mit relevantem Versorgungsanteil

Zuweisung durch InEK

Zuweisung durch zuständige Landesbehörde und Berichterstattung an das InEK

Anmerkung: LG = Leistungsgruppe
(1) durch eine Übergangsregelung wird sichergestellt, dass Standorte bis zur Zuordnung dieser Versorgungsstufe als Level In gelten
Quelle: hcb; Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (21.09.2023)

Agenda

Wo stehen wir?

Reformbestrebungen

Konsequenzen

Welche Konsequenzen haben Reformbestrebungen für Krankenhäuser?

Standort

Fokus auf komplexe stationäre Fälle
Hoher CMI

Mindest-anforderungen
an Leistungsgruppen
(→ Mindestgröße)

Ambulante Infrastruktur
in oder an Klinik

Verbund
(trägerintern)

Schwerpunktbildung
Bündelung von Leistungsgruppen an weniger Standorten

Zentralisierung
mit Anbindung der Peripherie ans Zentrum

MVZ
Level 1i

Region
(trägerübergreifend)

Sektoren-übergreifende
Zusammenarbeit

Patientensteuerung
Leitstelle, Rettungswesen

Quelle: hcb

Was können Krankenhäuser jetzt schon tun?

Auf das vorbereiten, was ohnehin und was ziemlich sicher kommt

Zentralisieren, Standorte zusammenlegen und Bürger und Personal dabei mitnehmen

Differenzierung der Versorgung in **Leistungsgruppen**

Wegen Transparenzgesetz ein Auge auf **Level** werfen

Regional trägerinterne und -übergreifende **Abstimmung der Leistungsportfolien**: Wer macht was?

Ambulante Infrastruktur am oder im Krankenhaus aufbauen

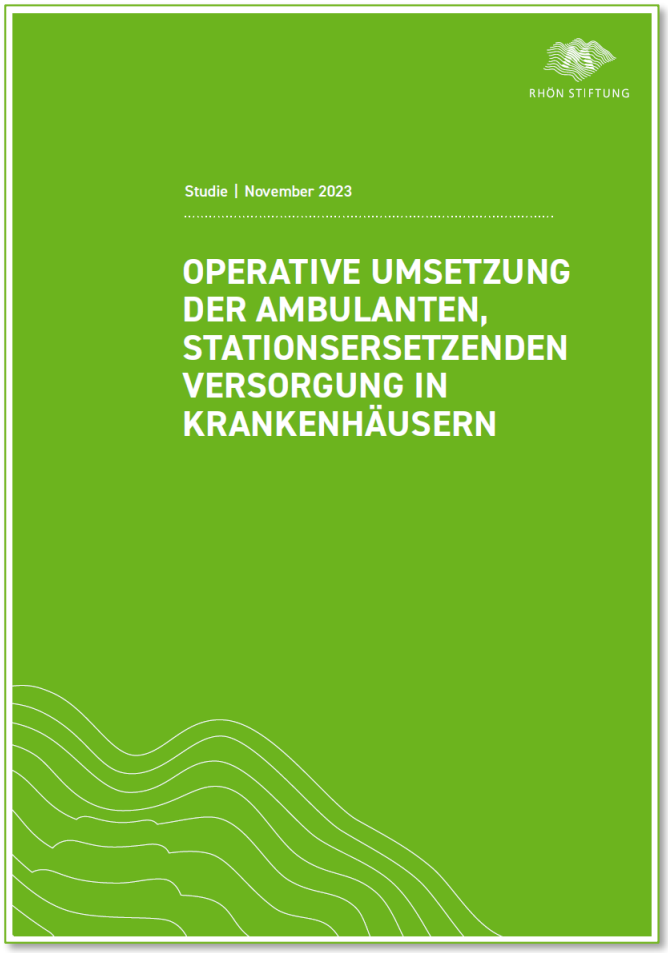
Attraktive Bedingungen für **Personal** schaffen

Moderne **Technologie** nutzen

Quelle: hcb

Ambulante Infrastruktur am oder im Krankenhaus aufbauen

Aktuelles Gutachten der Rhön Stiftung, durchgeführt von ETL WRG GmbH



Ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern

Einführung **Ambulanzcontrolling und -reporting**

Entwicklung eines **strategisch orientierten ambulanten Portfolios**

Investitionen in passende Raum- und Funktionskonzepte

Angepasste **Personaleinsatzkonzepte**, spezialisiertes Personal, ambulantes „Mindset“

Prozessstandardisierung

Schnittstellenmanagement

Digitale Prozessunterstützung

Quelle: hcb

Herausforderungen für Bremen und Niedersachsen

Bremen

GENO
- Klinikum Bremen Mitte → **Maximalversorger** (Level 3)
- Klinikum Links d. Weser → Stadtteilklinik mit Fokus auf ambulanten Angeboten (**Level 1i**)

Stadt Bremen
- **Schwerpunktbildung**
- Umlandversorgung muss berücksichtigen:
  - stationäre Versorgung
  - Rettungswesen
  - Integrierte Leitstelle

Niedersachsen

Vorschläge der Enquete-Kommission umsetzen

Strukturen konzentrieren: 2 → 1, 3 → 1

Fläche an Zentren anbinden

Regionale **Gesundheitszentren**, Beispiele
- Bad Gandersheim
- Ankum

Pluspunkt: 3 Mrd. € für Veränderungsprozesse

Blaupause für bundesweite Reform?

Quelle: hcb

Auswirkungen auf flächendeckende Versorgungsqualität?

1. Erhöht **Versorgungsqualität** durch Schwerpunktbildung und Mindestvoraussetzungen
2. Stabilisiert **Versorgungssicherheit** durch Stärkung der sicherstellungsrelevanten Standorte
3. Verbessert mittelfristig die **ökonomische Tragfähigkeit**
4. Mildert **Fachkräftemangel** und verringert damit die zu erwartende Rationierung von Leistungen

Zusätzliche Vorschläge

5. **Leistellen** würden das Finden der für Patienten passenden Klinik verbessern
6. **Rettungswesen** wird transparenter, Landkreisgrenzen werden überwunden

Quelle: hcb