

Zeitenwende für Krankenhäuser: Finanzierung im Krankenhaus

46. Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 13.11.2023

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Tagungstitel: „Zeitenwende für Krankenhäuser“

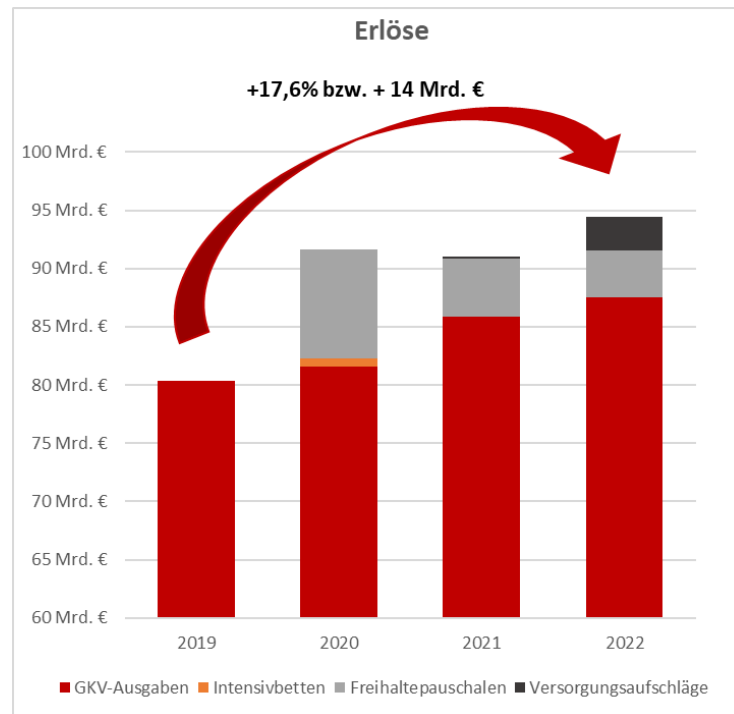
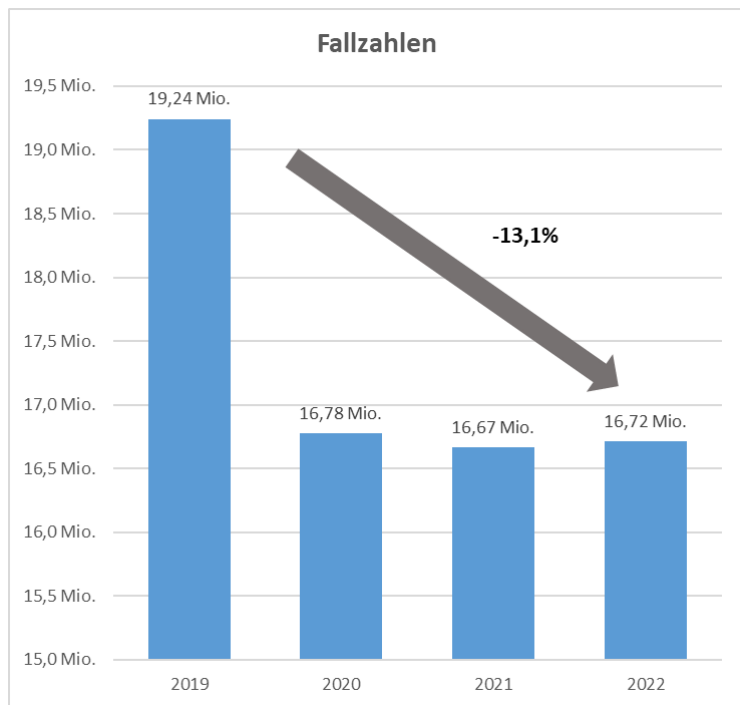
Geänderte Politik–Prio seit 2022

- Verteidigungs–Zeitenwende
 - Energiekosten
 - Verkehrswende
 - Klimawende
 - Pflegeversicherung
- ▶ Krankenhäuser schaffen es nicht mehr in die Top 5 – die GKV auch nicht.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

Fallzahlen und Krankenhauserlöse 2019 bis 2022

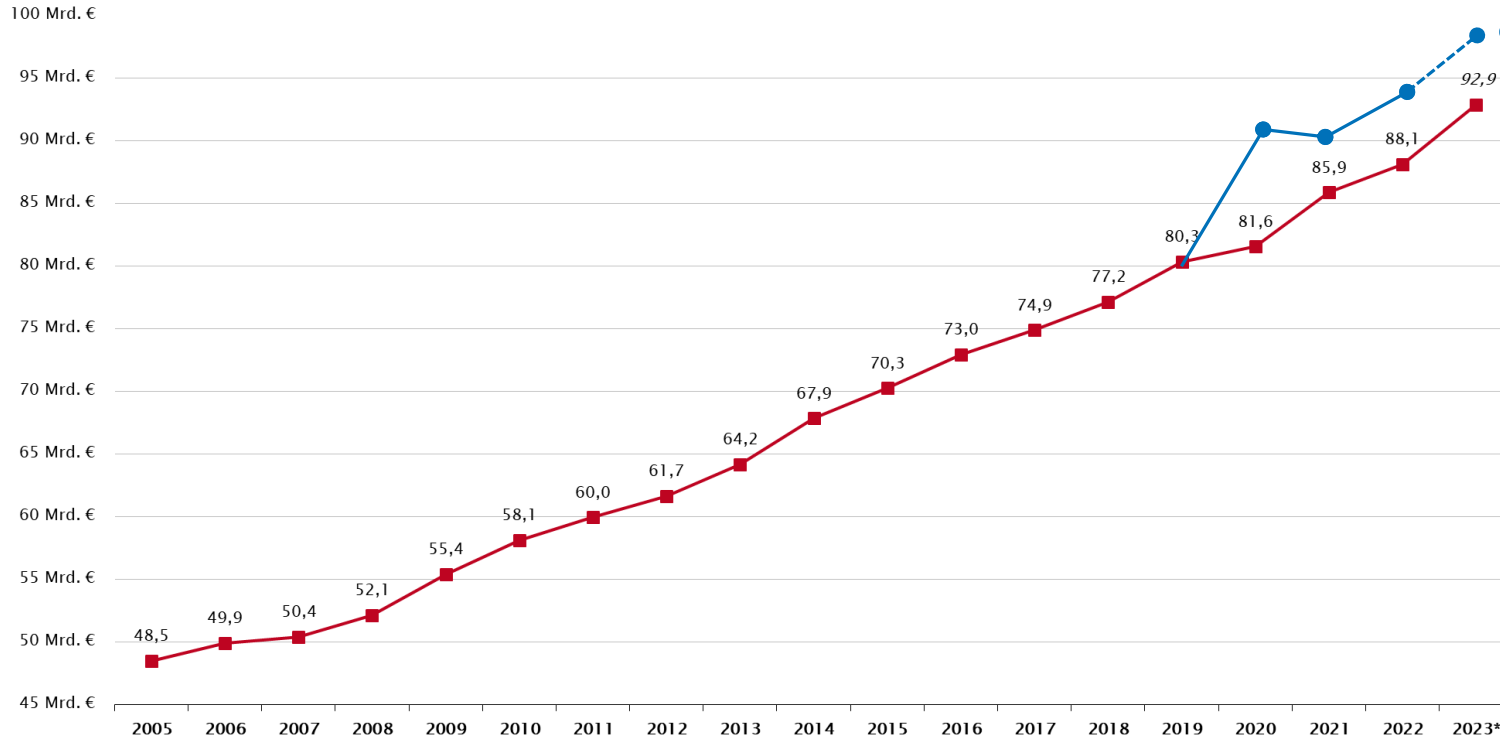


Quelle: <https://datenbrowser.inek.org/>; Erlöse: Amtliche Statistik KJ1/ KV 45; BAS; Meldungen der Länder

GKV-Finanzierung und Bundesmittel on top



Spitzenverband



97,4 Mrd. €

inkl. Bundesmittel

2020 – 2022:
21,5 Mrd. Euro
Freihaltepauschalen und
Versorgungsaufschläge

2023 – 2024:
6 Mrd. Euro Energiehilfen
(4,5 in 2023, 1,5 in 2024)

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45/ Schätzung des GKV-SV für Gesamtjahr 2023

Ausgabenentwicklung in 2023 und 2024

Wesentliche Faktoren 2023:

- ▶ Preisentwicklung 2023: gesamt: 4,42 % (+ 2,7 Mrd. Euro)
 - Landesbasisfallwerte: + 4,37 % *und* Tarifraten 2022 + 0,05 %
- ▶ Mengenentwicklung nach Corona: + 3 % (ca. + 1,9 Mrd. Euro)
- ▶ Kostensteigerung Pflegebudget: + 7,5 % (+ 1,4 Mrd. Euro)
- ▶ Förderung Pädiatrie und Geburtshilfe: + 400 Mio. Euro

Wesentliche Faktoren 2024:

- ▶ Preiserwartung 2024: (+ 3,4 Mrd. Euro)
 - Veränderungswert: + 5,13 % (nachrichtlich: GLR bei 4,22 %)
 - Tarifraten 2023: + 0,11 %
- ▶ Plus Mengenentwicklung, plus Kostensteigerung Pflegebudgets (plus ggf. weitere Maßnahmen?)

Diskussion um ein Vorschaltgesetz

Beschluss der MPK (11. bis 13.10.2023)

- ▶ „Der Bund kommt seiner Finanzierungspflicht im Krankenhausbereich nur unzureichend nach.“
- ▶ „Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, noch im Jahr 2023 über ein Vorschaltgesetz ein einmaliges **Nothilfeprogramm** für existenzbedrohte Krankenhäuser in Höhe von **5 Milliarden Euro** aufzulegen.“

Lauterbach:

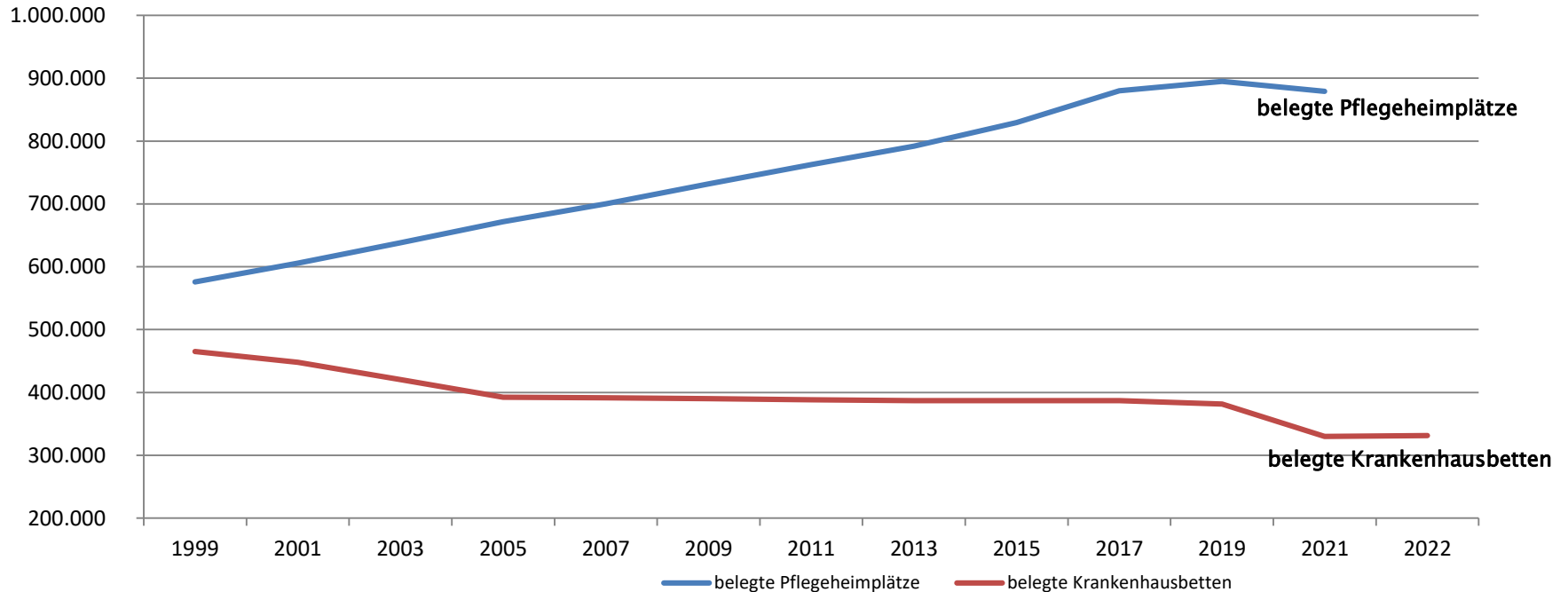
- ▶ Anders als der Bund sind die Länder ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachgekommen, sie hätten in den vergangenen zehn Jahren insgesamt 30 Milliarden Euro an Investitionsmitteln zugunsten der Krankenhäuser nicht bezahlt.

Vorschaltgesetz?

- ▶ Krankenhaustransparenzgesetz (wenn der Bundesrat es nicht stoppt):
Regelungen zur Liquiditätsverbesserung in Milliardenhöhe (Pflegebudget, Erhöhung vorläufiger Pflegeentgeltwert, unterjährige Anpassung verhandelter Pflegeentgeltwerte zur Tarifrater)
- ▶ Die 50 Insolvenzen sind oft nur Teil des normales Krankenhausmanagements.
- ▶ Die Insolvenzgefahr ist eine notwendige Voraussetzung für die Reform der Krankenhauslandschaft. Ein Vorschaltgesetz wäre das Gegenteil einer Zeitenwende.
- ▶ **Meine These:**

**Geld gibt es nur bei Zustimmung zur Reform.
Geld für Veränderung!**

Belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze



Quelle: Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik und Grunddaten der Krankenhäuser

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

Stellungnahmen der Regierungskommission (1 / 2)



Spitzenverband



08.07.2022

Pädiatrie



22.09.2022

**Tagesbehandlung
im Krankenhaus**



06.12.2022

Krankenhausvergütung



13.02.2023

INZ

Stellungnahmen der Regierungskommission (2/2)



Spitzenverband

 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung
Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen



22.06.2023

Potenzialanalyse

 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung


Sechste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin




29.09.2023

Kinder- und Jugendmedizin

 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM)
Mehr Qualität – weniger Bürokratie



20.10.2023

Qualität

 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung



29.09.2023

Psych-Bereich

 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

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

Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung



07.09.2023

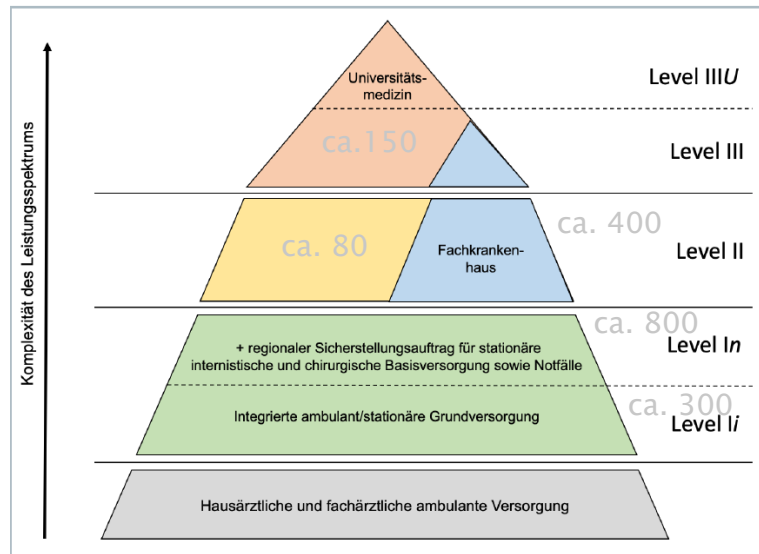
Rettungsdienst

Versorgungsstufen (Level) und Leistungsgruppen



Spitzenverband

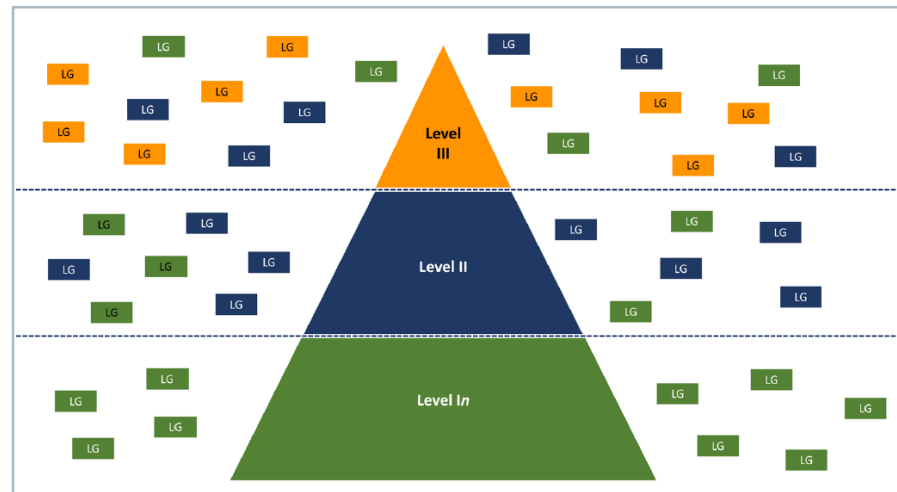
› **Abbildung 3:**
Das Versorgungsstufenmodell



Quelle: Eigene Darstellung.

Besetzung der Level aktuell unerheblich
Reine Angebotsperspektive als Sackgasse

› **Abbildung 4:**
Leistungsgruppen und Krankenhaus-Versorgungslevel



Im Rahmen einer deutlich engeren Kooperation der Kliniken sollten insbesondere Level-I- und -III-Kliniken eng miteinander vernetzt sein und regionale Versorgungsmodelle mit bilateraler Patientenverlegung etablieren.

Quelle:
Regierungskommission,
3. Stellungnahme
vom 06.12.2022

128 Leistungsgruppen



Spitzenverband

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte
INNERE MEDIZIN				GYNÄKOLOGIE, GEBURTEN, NEUGEBORENE				HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN			
1.0	Basisbehandlung Innere Medizin	1	40	3.0	Basisbehandlung Frauenheilkunde	1	40	6.0	Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	40
1.1	Angiologie	2	40	3.1	Allgemeine Frauenheilkunde	2	40	6.1	Allgemeine Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	40
1.2	Endokrinologie und Diabetologie	2	40	3.1.1	Karzinome außer Mamma-Ca	2	40	6.2	Komplexe Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	40
1.3	Gastroenterologie	2	40	3.1.2	Senologie/Mamma-Ca	2	40	6.3	Dermatatoonkologie	3/FA	40
1.4	Hämatologie und Onkologie	2	40	3.2	Geburten	2	60	HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE			
1.4.1	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2	40	3.2.1	Perinataler Schwerpunkt	2	60	7.0	Basisbehandlung HNO	1	40
1.4.2	Leukämie und Lymphome	2	40	3.2.2	Perinatalzentrum Level 1	2	60	7.1	Allgemeine HNO	2	40
1.4.3	Stammzelltransplantation	3	40	3.2.3	Perinatalzentrum Level 2	3	60	7.2	Komplexe HNO	3	40
1.5	Infektiologie	2	40	KINDER- UND JUGENDMEDIZIN				7.2.1	Cochleaimplantate	3	40
1.6	Kardiologie	2/FA	40	4.0	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1	40	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE			
1.6.1	Interventionelle Kardiologie	2/FA	40	4.1	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	2	40	8.1	MKG	3	40
1.6.2	EPU / Ablation	2/FA	40	4.2	Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	3	40	NEUROCHIRURGIE			
1.6.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.2.1	Kinderonkologie	3	40	9.1	Neurochirurgie	2	40
1.6.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.2.2	Kinder-Hämatologie & -Onkologie - Stammzelltransplantationen	3	40	9.1.1	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
1.7	Nephrologie	2	40	4.2.3	(Kinder- und Jugend-)Hämostaselogie	3	40	9.1.2	Stereotaxie	2	40
1.7.1	Nierenersatztherapie	2	40	4.3.1	Kinder- und Jugendkardiologie	2	40	NEUROLOGIE			
1.8	Pneumologie	2/FA	40	4.3.2	Kinderherzchirurgie	2	40	10.2	Basisbehandlung Neurologie	1	40
1.9	Rheumatologie	2/FA	40	4.4	Kinder- und Jugend-Pneumologie und -Allergologie	3	40	10.3	Neuro-Pädiatrische Neurologie	2	40
CHIRURGIE				4.3	Kinder- und Jugend-Nephrologie	2	40	UROLOGIE			
2.0	Basisbehandlung Allgemeinchirurgie	1	40	4.3.1	Nierenersatztherapie im Kindesalter	2	40	UROLOGIE			
2.1	Gefäßchirurgie	2	40	4.4	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	2	40	11.0	Basisbehandlung Urologie	1	40
2.1.1	Bauaortenaneurysma	3	40	4.5	Kinder- und Jugend-Infektiologie	2	40	11.1	Allgemeine Urologie	2	40
2.1.2	Carotis operativ/interventionell	2	40	4.6.1	Kinder und Jugendliche Basis-Notfall	1	60	11.2	Komplexe Urologie	3/FA	40
2.1.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2	40	4.6.2	Kinder und Jugendliche erweiterte	2	60	NOTFALLMEDIZIN >18 Jahre			
2.2	Herzchirurgie	3/FA	40	4.6.3	Kinder und Jugendliche umfassende	2	60	12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin Stufe I	1	60
2.2.1	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	3/FA	40	4.7.1	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe I	3	60	12.1	Erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
2.2.2	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.7.2	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe II	2	60	12.2	Umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
2.2.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.8	Neonatologie	2	60	INTENSIVMEDIZIN >18 Jahre			
2.3	Kinder- und Jugendchirurgie	2	40	4.8.1	Perinatalzentrum Level 1 gem. C	3	60	13.0	Basisbehandlung Intensivmedizin >24 h	3	60
2.4	Orthopädie und Unfallchirurgie	2	40	4.8.2	Perinatalzentrum Level 2 gem. C	2	60	13.1	Erweiterte Intensivmedizin >24 h	2	60
2.4.1	Endoprothetik Hüfte	2/FA	40	4.8.3	Perinataler Schwerpunkt	2	60	13.2	Umfassende Intensivmedizin	1	40
2.4.2	Endoprothetik Knie	2/FA	40	4.9	Neuropädiatrie	3	60	INTENSIVMEDIZIN >18 Jahre			
2.4.3	Revision Hüftendoprothese	2/FA	40	4.10	Allgemeine Kinderchirurgie	3	60	13.3	Basisbehandlung Palliativmedizin	1	40
2.4.4	Revision Knieendoprothese	2/FA	40	4.11	Spezielle Kinderchirurgie	2	60	TRANSPLANTATION			
2.4.5	Wirbelsäuleneingriffe	2	40	4.11.1	Kinder- und Jugend-Orthopädie und -	2	60	17.1	Darmtransplantation	3	40
2.4.6	Handchirurgie	2	40	4.11.2	Kinder- und Jugend-Urologie	2	60	17.2	Herztransplantation	3	40
2.4.7	Schädel-Hirn-Trauma	2	40	4.11.3	Kinder- und Jugend-Neurochirurgie	2	40	17.3	Lebertransplantation	3	40
2.4.8	Polytrauma	2	60	4.11.4	Kinder- und Jugend-Handchirurgie	2	40	17.4	Lungentransplantation	3	40
2.5	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA	40	4.12	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2	40	17.5	Nierentransplantation	3	40
2.5.1	Schwere Verbrennungen	3/FA	60	4.13	(Kinder- und Jugend-)Palliativmedizin	2	40	17.6	Pankreastransplantation	3	40
2.6	Thoraxchirurgie	2/FA	40	4.14	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und -Hepatology	2	40	TRANSPLANTATION			
2.7	Viszeralchirurgie	2	40	4.15	Pädiatrische Stoffwechselfeldizin	2	40	17.1	Darmtransplantation	3	40
2.7.1	Bariatrische Chirurgie	2	40	4.17	Sozialpädiatrie	2	40	17.2	Herztransplantation	3	40
2.7.2	Große Lebereingriffe	3	40	4.18	Pädiatrische Psychosomatik	2	40	17.3	Lebertransplantation	3	40
2.7.3	Große Ösophaguseingriffe	3	40	AUGENHEILKUNDE				17.4	Lungentransplantation	3	40
2.7.4	Große Pankreaseingriffe	3	40	5.0	Basisbehandlung Augenheilkunde	1	40	17.5	Nierentransplantation	3	40
2.7.5	Tiefe Rektumeingriffe	2	40	5.1	Allgemeine Augenheilkunde	2	40	17.6	Pankreastransplantation	3	40
				5.2	Komplexe Augenheilkunde	3	40				

Quelle: Regierungskommission,
3. Stellungnahme
vom 06.12.2022

Essen–Werden und anderswo

Zwei autonom agierende Krankenhäuser in 20 Meter Entfernung



Spitzenverband



Die gegenwärtige Krankenhauslandschaft ist nicht das Ergebnis von Landesplanung, sie ist das Ergebnis von Nicht–Planung.

Wettbewerb und Trägerautonomie prägten die letzten Jahrzehnte. Was kommt jetzt?

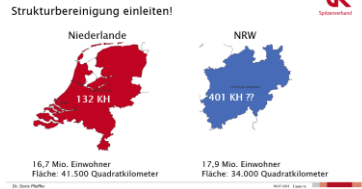
Neuer Ansatz der Regierungskommission: Die Vorhaltefinanzierung soll vor allem dazu dienen, klassische Krankenhausplanung wieder zu ermöglichen.

Locaties ziekenhuizen september 2012
 academische en algemene ziekenhuizen inclusief buitenpoliklinieken

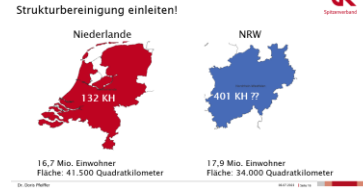


Bron: RIVM

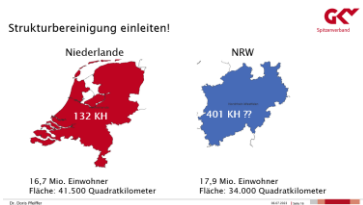
2013



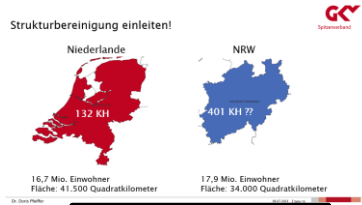
2014



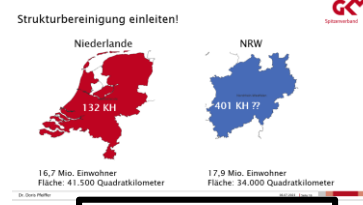
2015



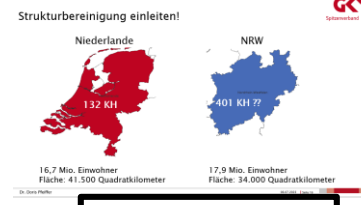
2016



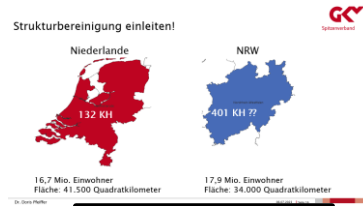
2017



2018



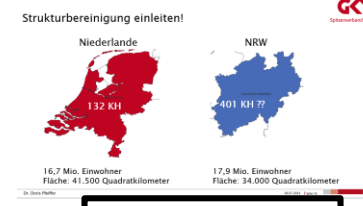
2019



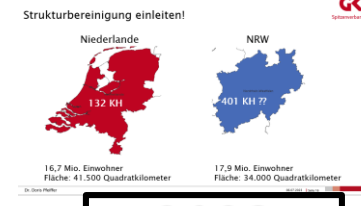
2020



2021



2022



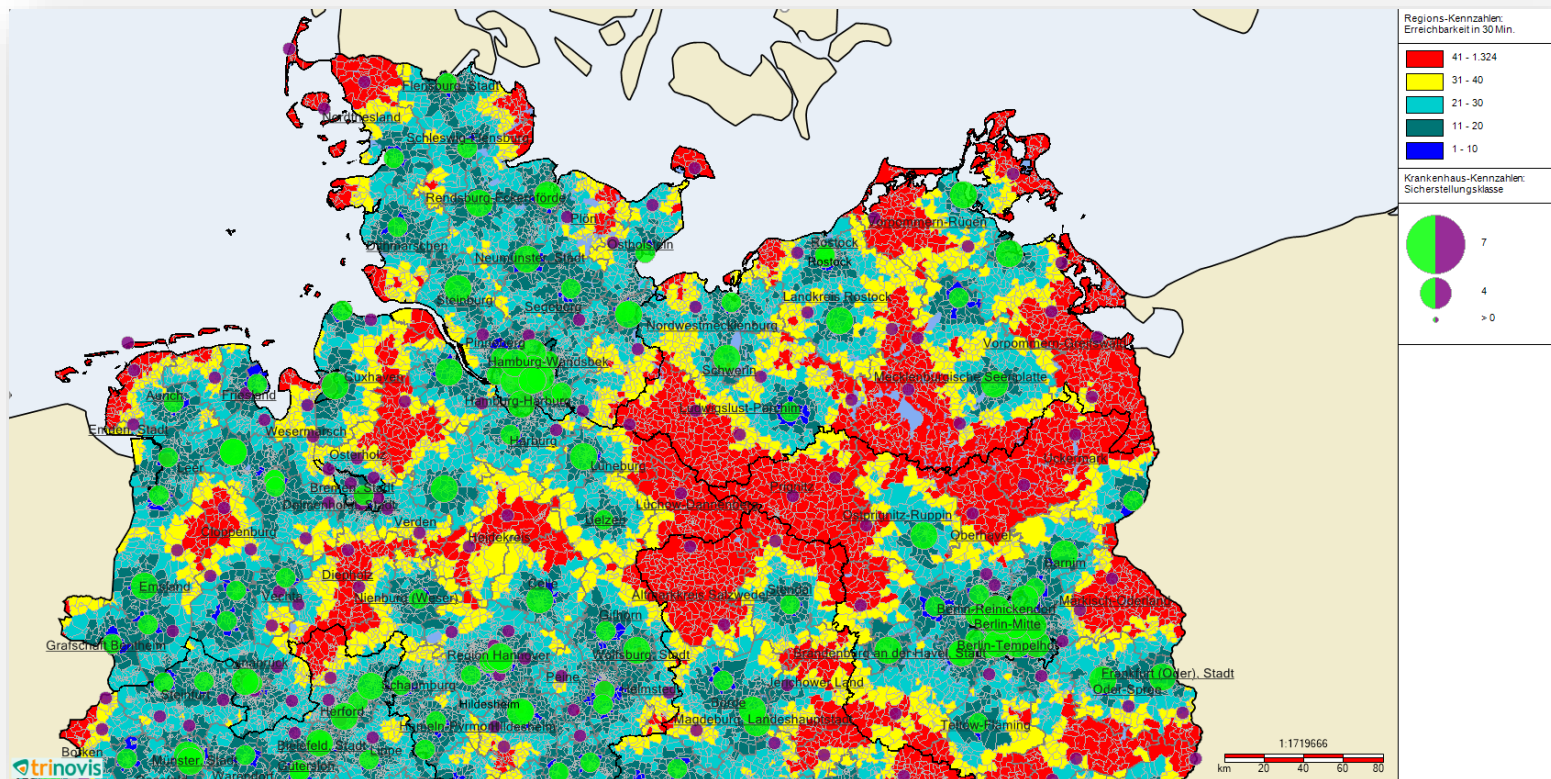
2023

Krankenhausstandorte nach Notfallstufen

Nord rot: mehr als 40 min Entfernung von KH mit Notfallstufe 2, 3 (grün)



Spitzenverband

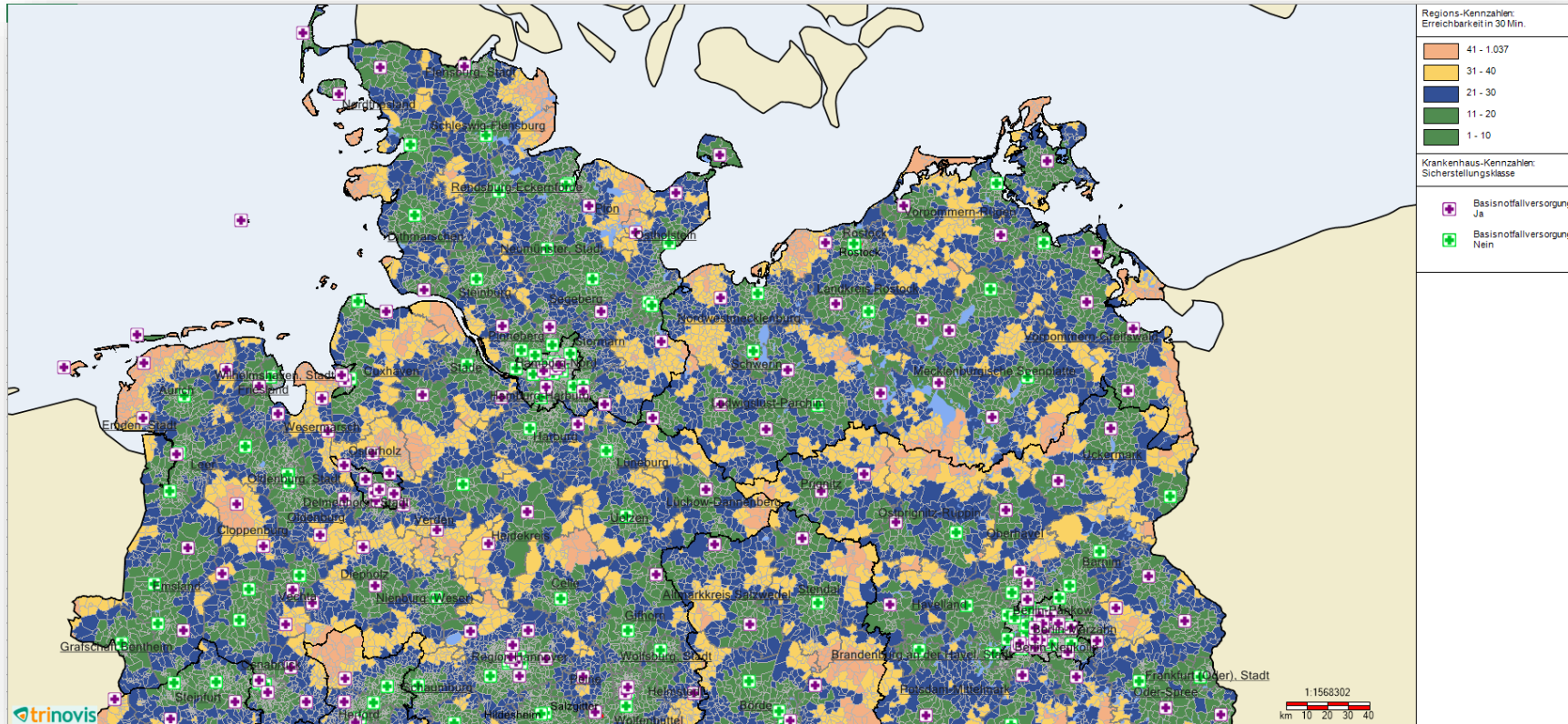


Entfernung zu Krankenhäusern mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Nord



Spitzenverband

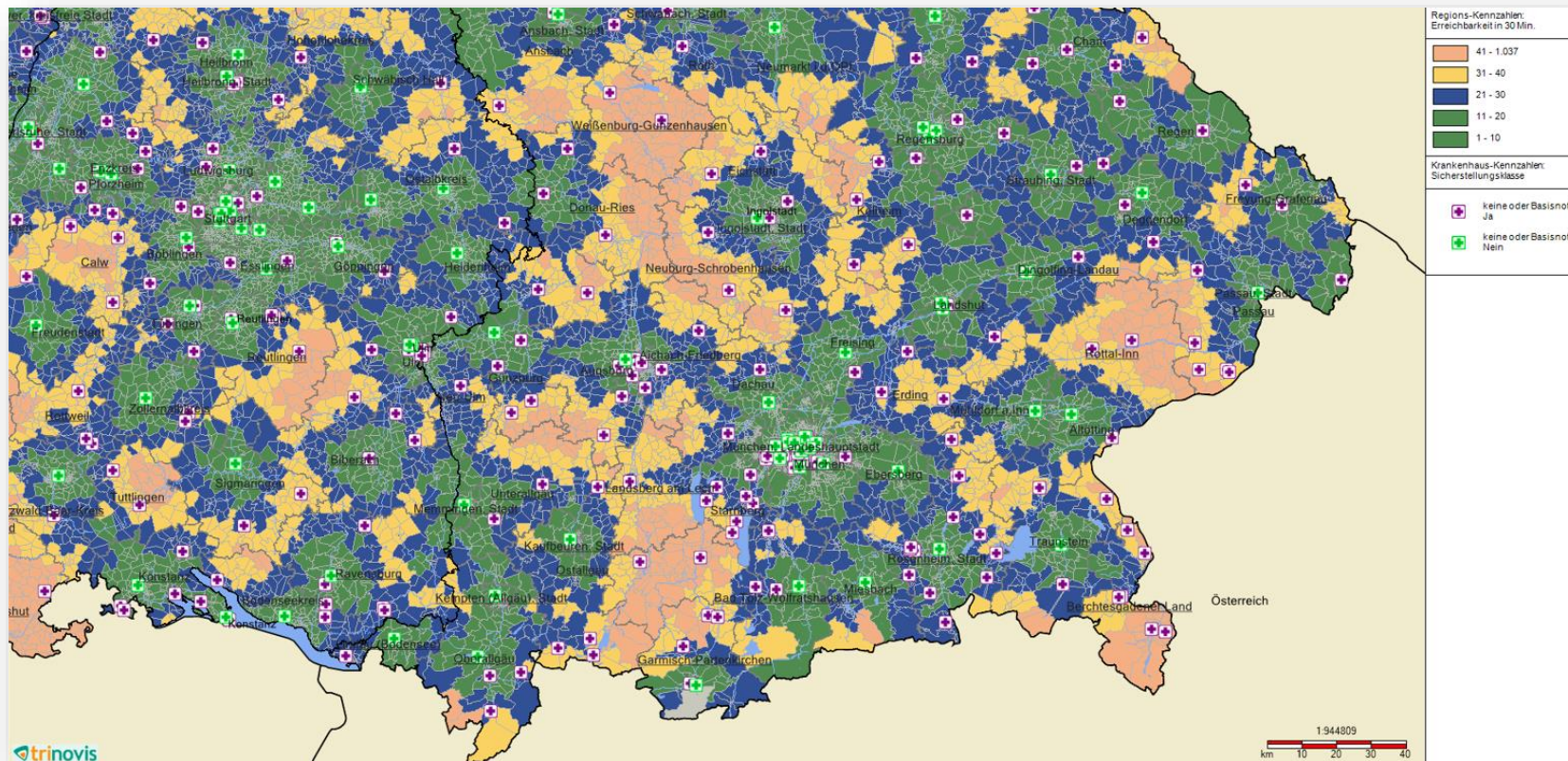


Entfernung zu Krankenhäusern mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Bayern – Süd



Spitzenverband



Level 1i – gesundheitspolitisches Novum

- ▶ Level 1i-Häuser sollen i. d. R. durch Umwandlung bisheriger Krankenhäuser entstehen, können bei Bedarf aber auch neu vorgesehen werden.
- ▶ Der neue Name ist „sektorenübergreifende Einrichtungen“.
- ▶ Das Leistungsangebot ist breit gefächert:
 - allgemeine stationäre Behandlung (gesonderter Leistungskatalog), ambulante Leistungen (z. B. AOP, Hybrid-DRG) und pflegerische Leistungen nach SGB V und SGB XI
- ▶ Da ist nichts „Sektorenübergreifendes“.
 - Die bestehenden Rechtsformen stehen prinzipiell allen Krankenhäusern offen, ein klarer Versorgungsauftrag wird nicht ersichtlich.
 - Sektorenübergreifend sind die Einrichtungen nur in Richtung Pflegeversicherung.

Krankenhaustransparenzgesetz



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

20. Wahlperiode

Drucksache 20/8408

19.09.2023

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)

A. Problem und Ziel

Um ein hohes Qualitätsniveau der stationären Versorgung in Deutschland zu sichern, bedarf es einer Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens. Eine konsequente Qualitätsorientierung der Krankenhäuser bedeutet nicht nur, Qualitätsanforderungen auf Basis fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnisse festzulegen und zu messen, sondern auch, diese Ergebnisse in übersichtlicher Form und einfacher und verständlicher Sprache zu veröffentlichten Patientinnen und Patienten sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte sollen informiert werden, welches Krankenhaus welche Leistungen in welcher Qualität anbietet. Die bereits bestehende Berichterstattung über die Qualität der stationären Leistungserbringung muss deshalb weiterentwickelt und ergänzt werden. Am 10. Juli 2023 haben sich Bund und Länder auf gemeinsame Eckpunkte für eine Krankenhausform verständigt und vereinbart, dass der Bund zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlicht wird. Vereinbart wurde, dieses Vorhaben in einem eigenen Gesetz umzusetzen und die bestehende Datenbasis zu verbessern.

B. Lösung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird künftig zur Information der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung

Drucksache 20/8408

- 8 -

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

7. Der Anlage 2 wird folgende Anlage 1 vorangestellt:

„Anlage 1

(zu § 135d)

Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

Nummer	Leistungsgruppe
Internistische Leistungsgruppen	
1	Allgemeine Innere Medizin
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
3	Infektiologie
4	Komplexe Gastroenterologie
5	Komplexe Nephrologie
6	Komplexe Pneumologie
7	Komplexe Rheumatologie
8	Stammzelltransplantation
9	Leukämie und Lymphome
10	EPU/Ablation
11	Interventionelle Kardiologie
12	Kardiale Devices
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention
Chirurgische Leistungsgruppen	
14	Allgemeine Chirurgie
15	Kinder- und Jugendchirurgie
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung

NRW-Orientierung bremst die Strukturbereinigung

- ▶ Die NRW-Leistungsgruppen sind nicht granular genug, um eine Leistungsdifferenzierung und Zentralisierung herbeizuführen.
→ Zuordnung ist nicht zweifelsfrei möglich.
- ▶ Die „neuen“ Leistungsgruppen Notfallmedizin, Intensivmedizin und Infektiologie sind medizinische Querschnittsbereiche und als solche nicht als Leistungsgruppen geeignet.
- ▶ Die Zuordnung von Leistungsgruppen ist ungefähr so spektakulär wie die Zuordnung von Abteilungen. Eine Reform ist das nicht.

Drei Schritte zur Strukturbereinigung

3. Gerichtsfeste Auswahlentscheidung

2. Ermittlung des Bedarfs

1. Zuordnung von Leistungsgruppen

Die Ermittlung des Bedarfs und die gerichtsfeste Auswahlentscheidung ist weder Teil der NRW-Gesetze noch Teil der Eckpunkte! Eigentlich ist das alles keine Reform.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

1. Literaturempfehlung

GKV-Reformkonzept Wohltemperierte Strukturbereinigung

Eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft lässt sich nach Meinung unseres Autors Wulf-Dietrich Leber von der GKV nur durch konsequente Qualitätsvorgaben erreichen. Beispiele dafür sind Mindestmengen, Strukturanforderungen für Stroke-Units und Geriatrien Notfallstufen oder Anforderungen an Zentren.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

„Die Krise ist die Mutter aller Reformen“, besagt eine alte Weisheit aus dem Politikbetrieb. Fast ein Jahrzehnt lang gab es dank sprudelnder Beitragsgelder keine nennenswerte Reform der stationären Versorgung. Mit der Corona-Pandemie könnte sich das ändern, da angesichts der finanziellen Belastungen für die Haushalte von Bund, Ländern und Krankenkassen eine Neubewertung unvermeidlich ist.

Das Spektrum notwendiger Reform-

Umbau der Pflegeversicherung und die Personalsituation in der Altenpflege ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass das Wachstum der Krankenversicherung gebremst werden muss, um den unvermeidlichen Anstieg in der Pflegeversicherung kompensieren zu können. Sogar „systemsprengende“ Ansätze, wie eine Bürgerpflegeversicherung, sind auf einmal nicht mehr ausgeschlossen.

Für die Pflege im Krankenhaus hat der Gesetzgeber die Richtung vorgegeben:

Ein unvollendetes Projekt der Legislatur ist auch die Strukturbereinigung. Das Reformvorhaben reits im Dezember 2020 in seiner Form von Eckpunkten vorgelegt wurde, ist aber recht kümmerlich. Die GKV-Verordnung (GVWG) wurde gerade nach der Erstinschätzung der Bundesregierung als Fallambulanz auf den Boden der Realität. Dieser Reformabbruch der Corona-Pandemie ist aber vor allem ein

Landesplanung funktioniert aufgrund der Trägerautonomie in Deutschland nicht – egal wie gut sie ist!

Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit – so die verfassungsrechtliche Sicht der Dinge.

Also funktioniert nur noch die Strukturierung durch Qualitätsvorgaben des G-BA.

Was die DKG als kalte Strukturbereinigung diffamiert, ist in Wahrheit „wohltemperiert“.

QS-orientierte Strukturbereinigung ist hoch vernünftig.

Quelle: Leber, WD: GKV-Reformkonzept: Wohltemperierte Strukturbereinigung, in: f&w 9/2021, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2021, S. 789 – 791

2. Literaturempfehlung



Patientensicherheit Bürokratie zum Wohle der Patienten

Natürlich gibt es Formulare, deren Sinnhaftigkeit infrage gestellt werden sollte. Aber keineswegs darf mit dem Schlachtruf „Bürokratieabbau“ der gesamte Patientenschutz über Bord geworfen werden.
Ein Zwischenruf.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Liebe DKG, ja, auch ich hasse Formulare. Es gibt sogar Leute in meiner Umgebung, die behaupten, ich hätte eine unheilbare Formularphobie. Aber ich bin froh, in einer Welt zu leben, in der die Lebensmittel keine Giftstoffe enthalten (mindestens sieht sie auf der Verpackung) und in der die Häuser nicht zusammenbrechen, wenn man die Hausrückmeldung runderückt. Und ich bin froh, ein Gesundheitswesen zu haben, in dem sich in der Regel ausreichend Pflegekräfte um die Patienten kümmern, wenn man im Krankenhaus liegt. All das geht auf das so-

3088f6w@jdms

Die Veröffentlichung erfolgt mit vorheriger Zustimmung von Bibliomed.

- ▶ Die schlimmste Bürokratie im Land ist GOÄ und Beihilfe. Wo bleibt der Protest?
- ▶ Offensichtlich geht es um Geld. Der Freibeuter mag keine QS-Vorgaben.
- ▶ Bitte keine Patientengefährdung durch einen Abbau von Bürokratie!
- ▶ Untergrenzen schützen Patienten und Personal.
- ▶ Die Antwort auf Bürokratie heißt vor allem Digitalisierung.
- ▶ Ich reiche die Hand beim Thema Bürokratieabbau, aber nicht zum Zwecke der Abrechnungsmaximierung.

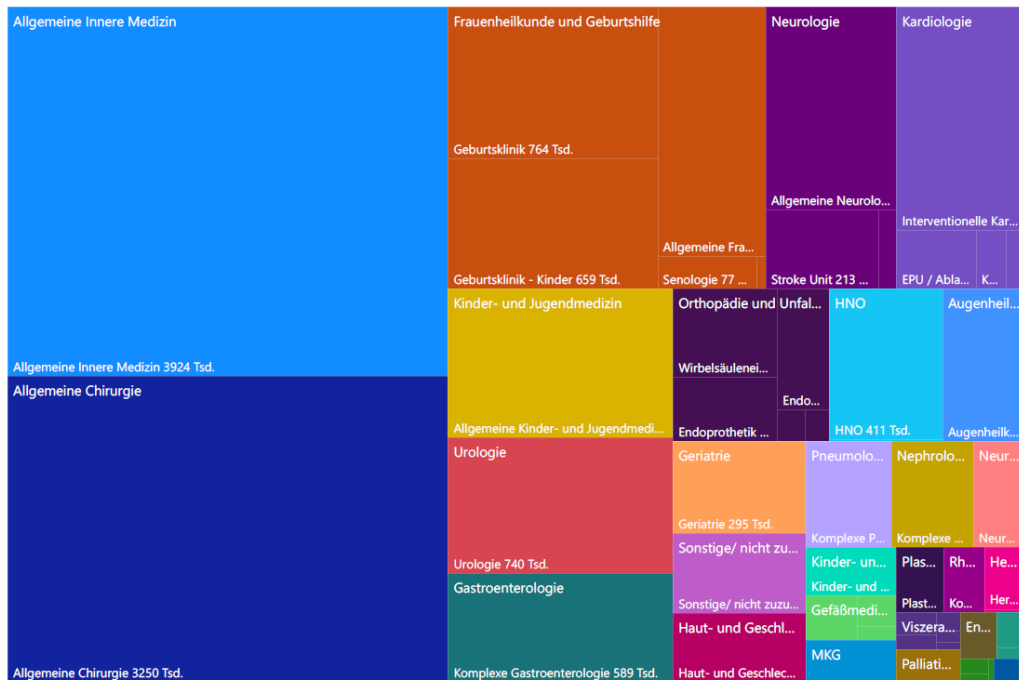
Quelle: Leber, WD: Patientensicherheit: Bürokratie zum Wohle der Patienten;
in: f&w 12/2022, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2022, S. 1088-1090

Qualitätssicherung via Leistungsgruppen?

- ▶ Leistungsgruppen haben drei Funktionen:

- (1) Krankenhausplanung
Dafür wurden sie entwickelt und können diese Funktion auch erfüllen – allerdings nur mit einem ergänzenden „Krankenauswahl-Mechanismus“.
- (2) Qualitätssicherung
Dazu können sie einen kleinen Beitrag liefern, ersetzen aber nicht all die anderen QS-Instrumente.
- (3) Verteilung der Vorhaltefinanzierung
Dazu sind sie überhaupt nicht zu gebrauchen, weil sie Komplexität nicht ordentlich abbilden.

Leistungsgruppen und Strukturprüfung



- ▶ Leistungsgruppen schaffen bundeseinheitliche Kategorien.
- ▶ Leistungsgruppen schaffen angeblich bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben.
- ▶ In NRW landet fast die Hälfte aller Fälle in zwei Leistungsgruppen.
- ▶ Qualitätssicherung kann man damit nicht machen.

Leistungsgruppen und Strukturprüfung

Erhalt versorgungsrelevanter Strukturvorgaben

- ▶ G-BA-Vereinbarungen als elementare Vorgabe zur Strukturdefinition:
 - Notfallstufen: u. a. Grundlage für eine Strukturierung und Klassifizierung von Krankenhäusern
 - Sicherstellungs-Regelungen: u. a. Grundlage der Zuschläge für ländliche Krankenhäuser

- ▶ Standortverzeichnis von zentraler Wichtigkeit:
 - u. a. Sicherstellung, dass Vorhaltungen (medizinische Fachabteilung, Personal, medizinisch-technische Ausstattung etc.) in der Nähe der tatsächlichen Patientenversorgung gewährleistet werden

- ▶ Gemeinsame Aufgabe:
 - Doppelprüfung bei Strukturvorgaben vermeiden (StrOPS, G-BA-Qualitätsvorgaben, Leistungsgruppen)
 - Prüfanforderungen und Prüfzyklen harmonisieren, „gegenseitige“ Anerkennung

Qualitätssicherung: Wenig Inspirierendes von der Regierungskommission

- ▶ Wenn eine Vertreterin eines privaten Klinikkonzerns etwas zur QS schreibt, dann degeneriert QS zum Marketinginstrumentarium.
- ▶ Zuschläge für selbst gebastelte Zertifikate statt Patientenschutz
- ▶ Gedehnte Prüfungsperioden schützen Patienten auch nicht.
- ▶ Der Zustimmung der sozialmedizinisch orientierten Kommissionsmitglieder kam offensichtlich durch das Bekenntnis zu Leveln.

- ▶ Achtung: Die G-BA-Verfahren ersetzen das alles nicht!

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

Qualitätssicherung via Leistungsgruppen?

► Leistungsgruppen haben drei Funktionen:

(1) Krankenhausplanung

Dafür wurden sie entwickelt und können diese Funktion auch erfüllen – allerdings nur mit einem ergänzenden „Krankenauswahl-Mechanismus“.

(2) Qualitätssicherung

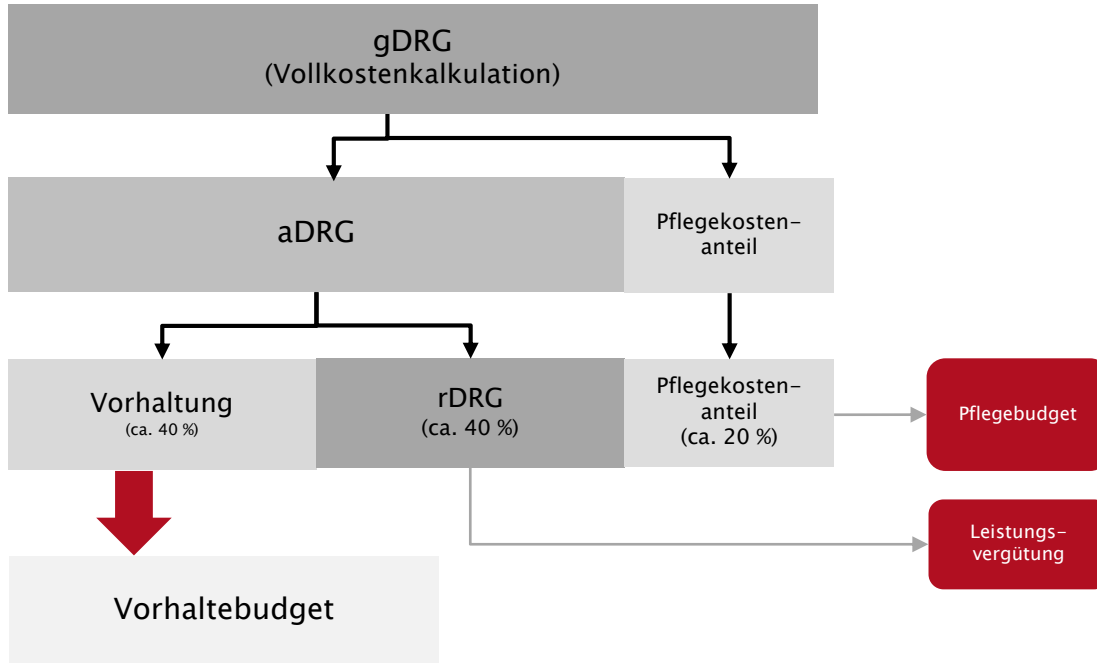
Dazu können sie einen kleinen Beitrag liefern, ersetzen aber nicht all die anderen QS-Instrumente.

(3) Verteilung der Vorhaltefinanzierung

Dazu sind sie überhaupt nicht zu gebrauchen, weil sie Komplexität nicht ordentlich abbilden.

Vorhaltefinanzierung

Schematisch



Mysterium Vorhaltefinanzierung

- ▶ Die Vorhaltefinanzierung erfreut sich allgemeiner Beliebtheit, weil völlig unklar ist, wie sie funktioniert.
- ▶ Alle hoffen bei sinkenden Fallzahlen auf Vorhaltefinanzierung im Sinne eines bedingungslosen Grundeinkommens.
- ▶ Eigentlich ist Vorhaltefinanzierung die Finanzierung einer definierten, bevölkerungsbezogenen Versorgungsverpflichtung – kein Finanzierungsanspruch.
- ▶ Frage: Wenn die Vorhaltefinanzierung letztlich doch via DRG funktioniert, wieso braucht man dann eine Konvergenzphase?

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

Hybrid-DRG – vielleicht die größte Neuerung für 2024

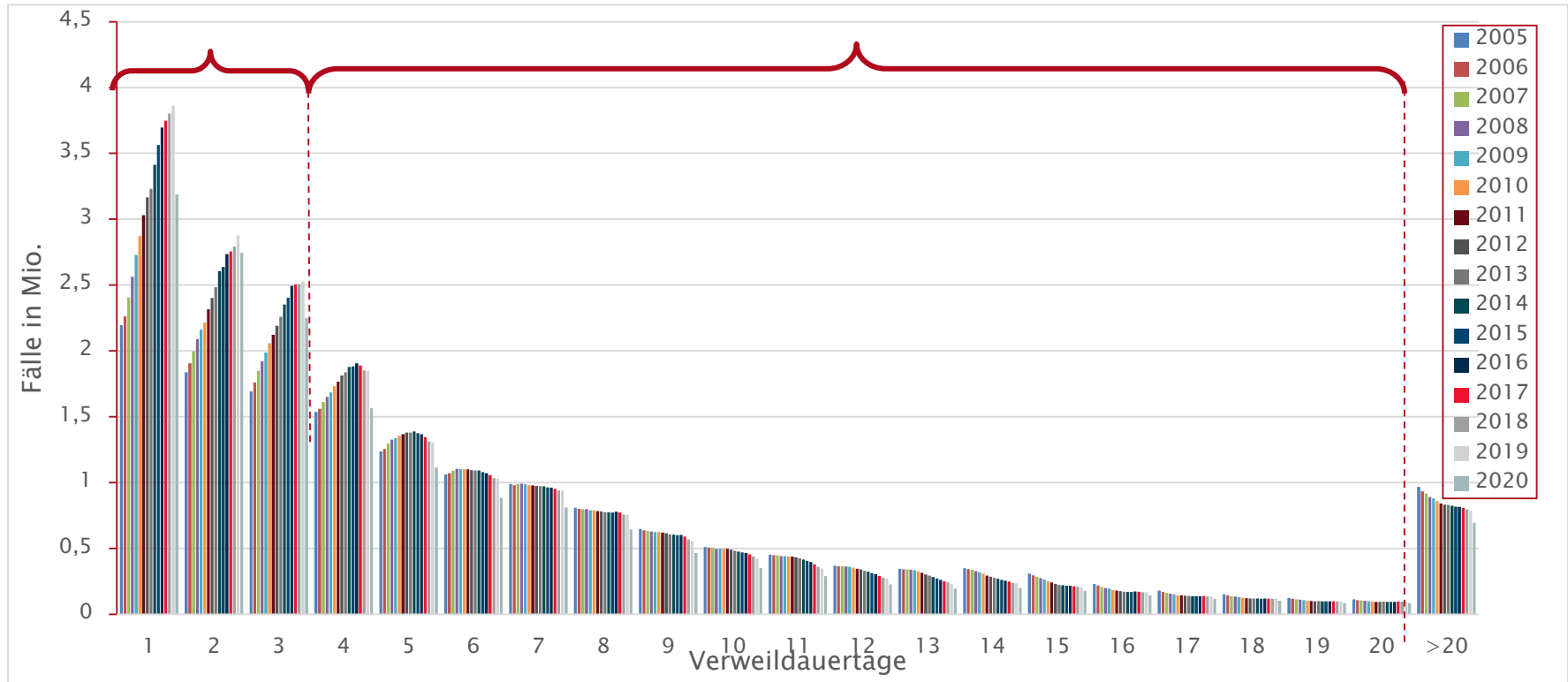
- ▶ Neuer Bereich mit identischer Vergütung für ambulante und stationäre Leistungserbringung
- ▶ Keine Einigung auf Katalog (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG)
- ▶ BMG-Ersatzvornahme (lediglich ein Entwurf liegt vor)
 - überschaubarer Katalog (12 Leistungen)
 - Abgrenzung der Hybrid-DRG ist derzeit geheim (ergibt sich aus dem Grouper)
 - seltsamer Abschnitt 3 mit weiteren Leistungen für später
 - DKG stellt die volle Ausgliederung der Hybrid-DRG in Frage, gleichwohl Einigung auf das DRG-System 2024
 - parallel Gesetzesvorschlag, damit Hybrid-Katalog wieder an die Selbstverwaltung „zurückfällt“
- ▶ Effekt: Ein Teil der Ein-Tages-Behandlung wird ausgegliedert.

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial

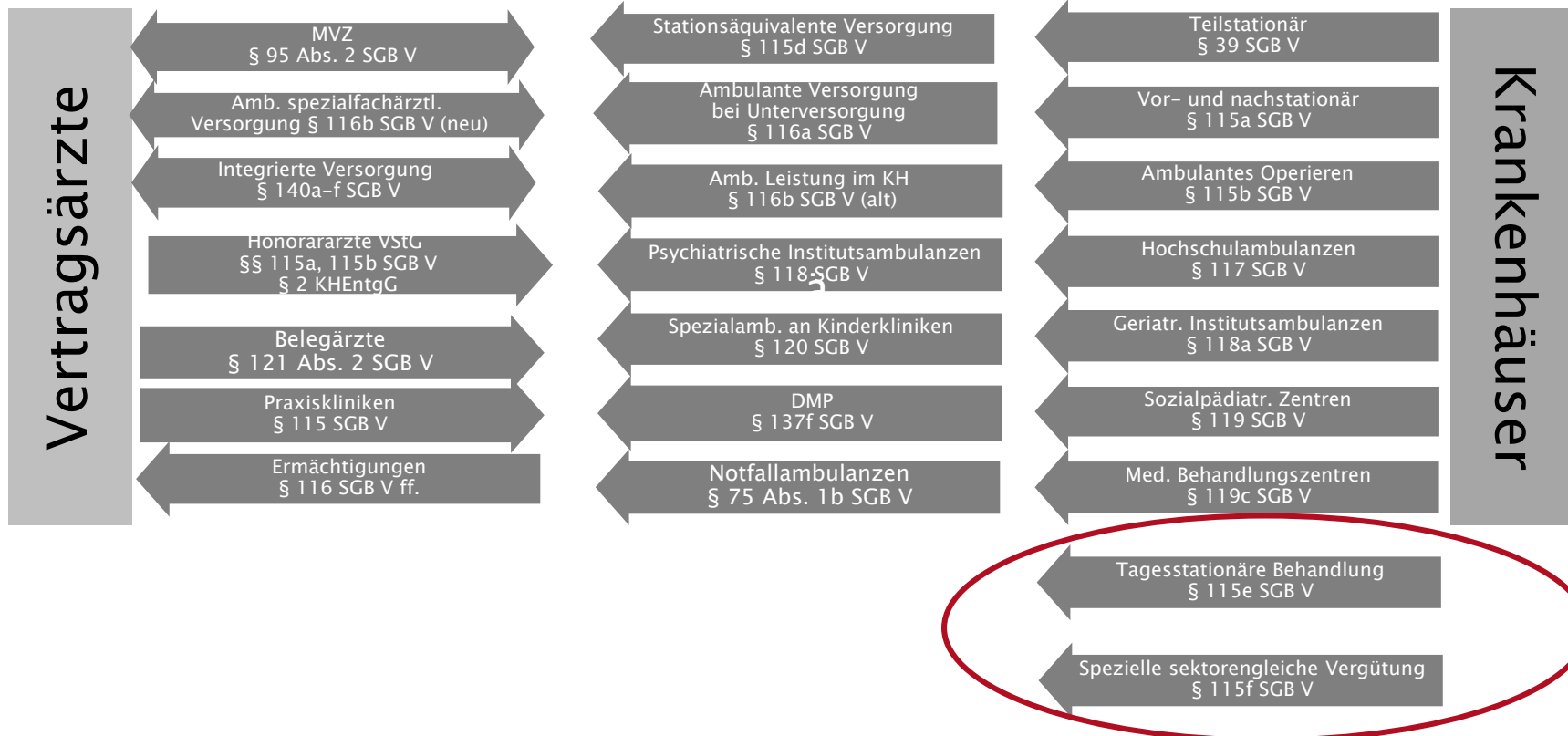


Spitzenverband



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

Hybrid ist nicht der 3. Sektor sondern der 23. Sektor



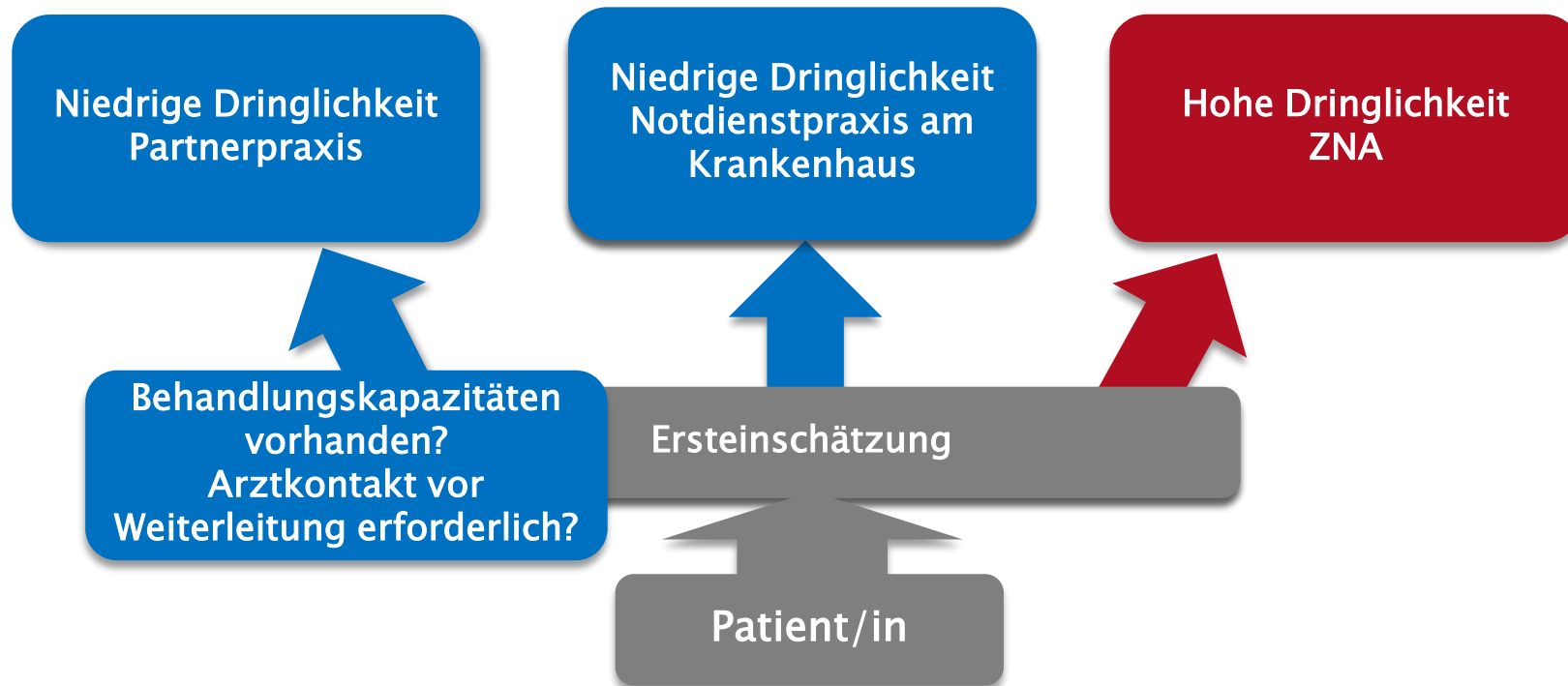
Sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist unnötig.

- ▶ Der Ruf nach „sektorenübergreifender“ Planung ist vor allem eine Folge der Fehlbelegung im Krankenhaus.
- ▶ Wenn man klar zwischen Fällen mit und ohne Bett unterscheidet, dann braucht man letztlich keine sektorenübergreifende Planung.
- ▶ Der adäquate Versuch einer solchen Grenzziehung sind die Kontextfaktoren gemäß IGES–Gutachten zur AOP–Abgrenzung.
- ▶ Setzt man das IGES–Schema um, dann sind ambulante und stationäre Fälle nicht substituierbar. Man braucht sie nicht gemeinsam zu beplanen.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

Entscheidung am gemeinsamen Tresen





Die Notaufnahme sollte künftig auf jene Kliniken beschränkt werden, die sowohl TRESen als auch Notdienstpraxen vorhalten.

GKV zum Kommissionspapier Notfall Rettungsdienst

Die Aussicht auf eine Reform der Notfallversorgung ist angesichts des strapazierten Verhältnisses von Bund und Ländern trübe. Unser Autor führt aus, welche Impulse das neue Papier der Regierungskommission gibt und wie eine Reform aus Sicht der GKV umsetzbar wäre.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Der Reformbedarf bei Notaufnahme und Rettungsdienst ist unbestritten; Fallzahlen und Ausgaben steigen stärker als in allen anderen Bereichen. Aber ein Großteil der Rettungsfahrten und der Fälle, die in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ankommen, sind keine „echten“ Notfälle. Ein bundesweiter Datenbestand, mit dem die Schwachstellen identifiziert und Strukturen weiterentwickelt werden könnten, existiert nicht. Die Informationstechnologie im Rettungsdienst ist ein Flickenteppich. Es gibt keinen Grund, stolz auf dieses kleinräumige Rettungswesen zu sein. Notfallaufnahme und Rettungswesen standen deshalb bereits in der letzten Legislaturperiode auf der Agenda. Am 18. Dezember 2018 hatte der damalige Gesundheitsminister in der ihm eigenen Art kraftvoll ein paar Eckpunkte zur Notfallreform hinausgeschleudert. Es folgten ein Diskussionsentwurf mit unklarem Status, schließlich ein Referentenentwurf der sogar Gegenstand einer Fachanhörung war (Februar 2020). Danach verlief

Die Regierungskommission hat nunmehr in ihrer neunten Stellungnahme Vorschläge zur Neuordnung des Rettungswesens gemacht. Zuvor hatte sie sich schon in der fünften Stellungnahme Empfehlung zur Neuorganisation der Notaufnahme geäußert – ebenfalls stark orientiert am Sachverständigenrat, aber weniger invasiv: im Kern eher der niederschwellige gemeinsame TRESen und der Ausbau von KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus als die hyperkomplexe Gründung neuer Unternehmen vor dem Krankenhaus.

Gemeinsamer TRESen und KV-Notdienstpraxis

Die Situation der Notaufnahme ist aus verschiedenen Gründen seit längerem Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen. Die Krankenhäuser beklagen, dass immer mehr Bagatellfälle in der Notfallaufnahme auflaufen und kaum Zeit für die Versorgung der wirk-

entlich fallabschließend ambulant behandelt werden könnten.

Der Sachverständigenrat hat – ohne Rücksicht auf gewachsene Strukturen – in seinem Gutachten 2018 vorgeschlagen, vor den Krankenhäusern INZ einzurichten – eine Art KV-Container-Sperrriegel vor jeder Krankenhausaufnahme. In diesen INZ solle eine Ersteinschätzung erfolgen, um den Patienten in die richtige Versorgungsstufe zu leiten, also ins Krankenhaus oder aber in die vertragsärztliche Versorgung. Der Sachverständigenrat stellt sich diese INZ als gesellschaftsrechtlich eigenständige Konstruktion vor – gegründet von Kassenzentralen Vereinigungen (KV) einerseits und den Krankenhäusern andererseits – ein Modell, das in der aktuellen Diskussion keine Rolle mehr spielt.

Aber das Problem ist richtig beschrieben: Selbst bei gut funktionierenden Leistungsteilen – von denen gleich noch die Rede sein wird – werden auch künftig Patienten in den Notaufnahmen an-

Quelle: Leber, WD:
Notfall Rettungsdienst.
GKV zum Kommissionspapier,
in: f&w 11 | 2023,
Bibliomed-Verlag,
Melsungen 2023, S. 977 ff.

Vorschläge der Regierungskommission

1. Notfallbehandlung
als Leistungsanspruch
im § 27 SGB V

2. Neufassung des
§ 133 SGB V
(Krankenkassen als
Vertragspartner)

3. Transparenz und
Qualitätssicherung

4. Qualität,
Qualifikationen,
Notfallversorgungs-
register

5. Patientensteuerung
und
Prozessoptimierung

6. Gemeinsame
Bedarfsplanung

7. Zentralisierung der
Leitstellen

8. Landkreis-
übergreifende Planung

9. Befugnisausweitung
Notfallsanitäter/-innen

10. Ausbau der
Luftrettung

11. Gesundheits-
kompetenz steigern

12. Bevölkerung in
Notfallversorgung
einbeziehen

13. Individuelle
Notfallvorsorge für
vulnerable Gruppen

14. Case Management
für Frequent User

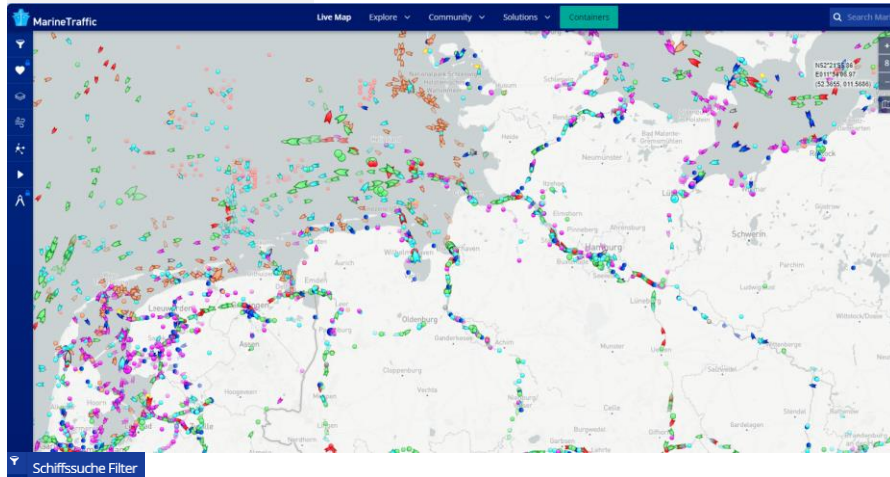
15. Finanzierung

Echtzeitverfolgung der Rettungsmittel à la MarineTraffic

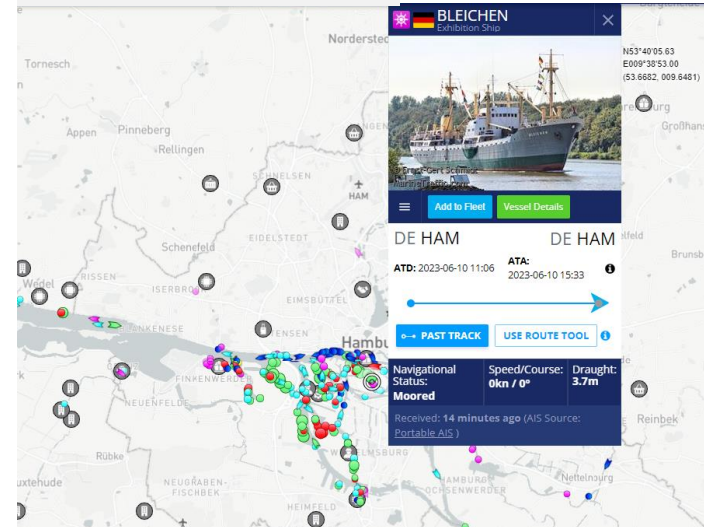


Spitzenverband

Übersichtskarte:



Detailinformationen:



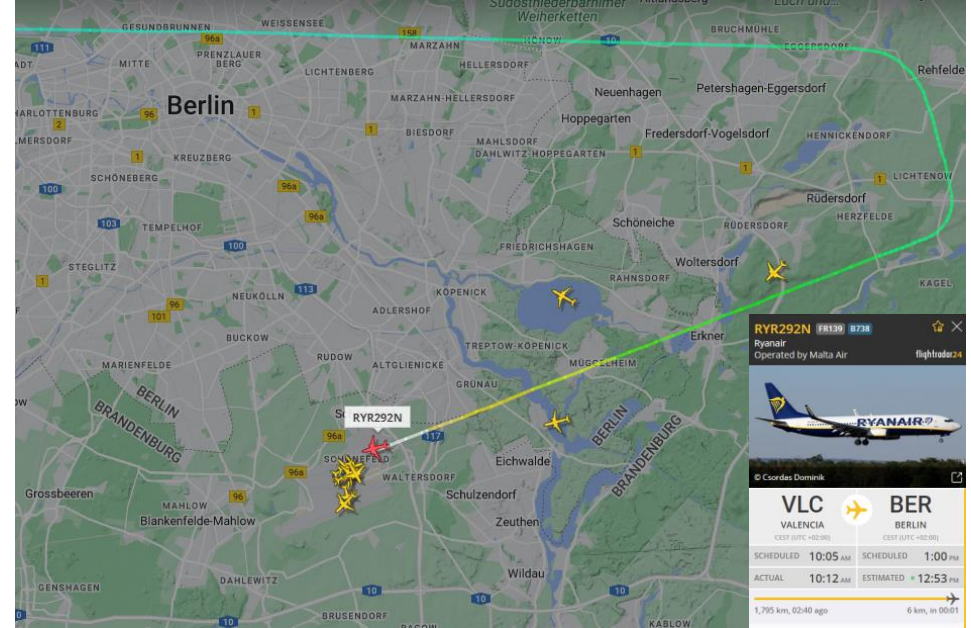
Quelle: www. Marinetraffic.com, abgerufen am 17.10.2023

Echtzeitverfolgung flightradar24

Übersichtskarte:



Detailinformationen:



Quelle: www.flightradar24.com, abgerufen am 17.10.2023

Reduktion der Leitstellen

Empfehlung der Regierungskommission

- ▶ Konzentration und Zentralisierung der Leitstellen unter Leitung der Länder
 - eine Notfalleitstelle für ca. 1 Million Einwohner
 - derzeit bundesweit ca. 240 Leitstellen



- ▶ Dies entspräche ca. 85 Leitstellen.
 - 2/3 aller Leitstellen wären überflüssig.
- ▶ Wie ist das umsetzbar?

Viele Vorschläge sind begrüßenswert

▶ **Ausdrücklich begrüßenswerte Empfehlungen:**

1. Integration des Rettungsdienstes ins SGB V
2. Beteiligung der Krankenkassen an der Verhandlung der Entgelte
3. Trennung der Notfallbehandlung vor Ort und des Transportes
4. Transparenz und Förderung der Qualität im Rettungsdienst sowie bundesweite Vereinheitlichung der Qualifikation des eingesetzten Personals
5. Konzentration und Zentralisierung der Leitstellen
6. digitale Vernetzung aller an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen sowie Anbindung des ambulanten Sektors, insbesondere Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117
7. Notfallversorgungsregister sowie Echtzeit-Register für Erfassung und Abfrage verfügbarer Ressourcen und Auslastung, z. B. IVENA

▶ **Das alles bedeutet aber: nochmals Stress zwischen Bund und Ländern.**

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Qualität/Bürokratie
4. Vorhaltefinanzierung
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notaufnahme und Rettungswesen
7. Fazit

Fazit

1. Der finanzielle Rahmen wird enger. Das macht eine Reform wahrscheinlich.
2. Die DRGs bleiben. Sie werden ergänzt um VorhaltekompONENTEN. Vorhaltefinanzierung ist keine bedingungsloses Grundeinkommen, sondern eine Versorgungsverpflichtung.
3. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Versorgungsstrukturen durch bundeseinheitliche Vorgaben.
4. Die Zuordnung von Leistungsgruppen ist noch keine Krankenhausreform.
5. Qualitätssicherung ist unverzichtbarer Patientenschutz.
6. Ambulantisierung geht mit Hybrid-DRG einen seltsamen Weg. Schon wegen des Fachkräftemangels bleibt jedoch Ambulantisierung das Gebot der Stunde.
7. Auch die Neuordnung von Notaufnahme und Rettungswesen wird wahrscheinlich noch in dieser Legislaturperiode kommen – zumindest ein Auftakt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de