

Reform der Krankenhausfinanzierung aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes

DRG–Forum 2024
Berlin 21.03.2024

Dr. Wulf–Dietrich Leber
GKV–Spitzenverband

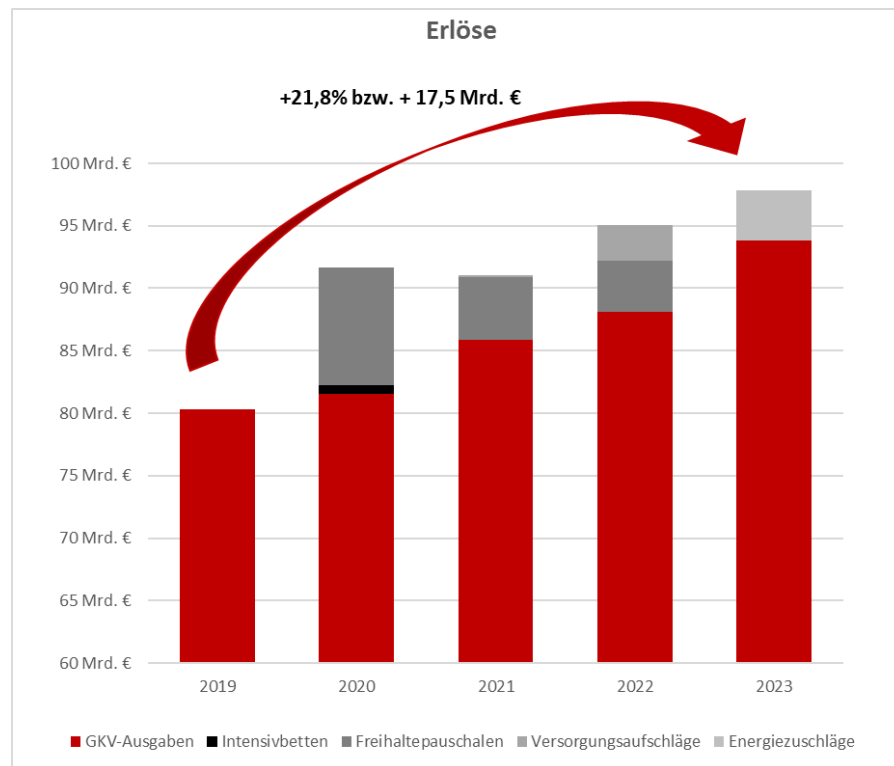
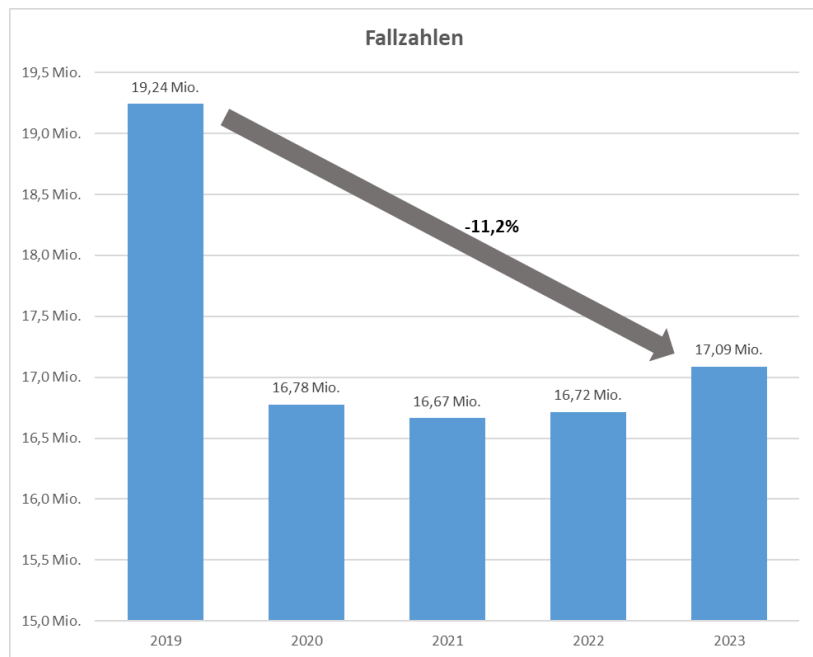
Vorträge in Zeiten extremer Unsicherheit

1. **Annahme 1:** Das Krankenhaustransparenzgesetz passiert unverändert den Bundesrat am 22.03.2024. Damit greifen die „Pflegebudget-Liquiditätseffekte“ sofort.
2. **Annahme 2:** Die PPR 2.0 wird nicht im Bundesrat am 22.03.2024 beschlossen.
3. **Annahme 3:** Das KHVVG kommt als zustimmungsfreies „Einspruchsgesetz“ – also nicht als Ergebnis einer Bund-Länder-Redaktionsgemeinschaft.
4. **Annahme 4:** Das KHVVG wird weitestgehend dem Referentenentwurf entsprechen.
5. **Annahme 5:** Irgendein Transformationsfonds wird ab 2026 kommen, aber die Rechtskonstruktion wird sich noch ändern.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Vorhaltefinanzierung
4. Krankenhauspflege
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Rettet die Richtigen!
7. Fazit

Fallzahlen und Krankenhauserlöse 2019 bis 2023

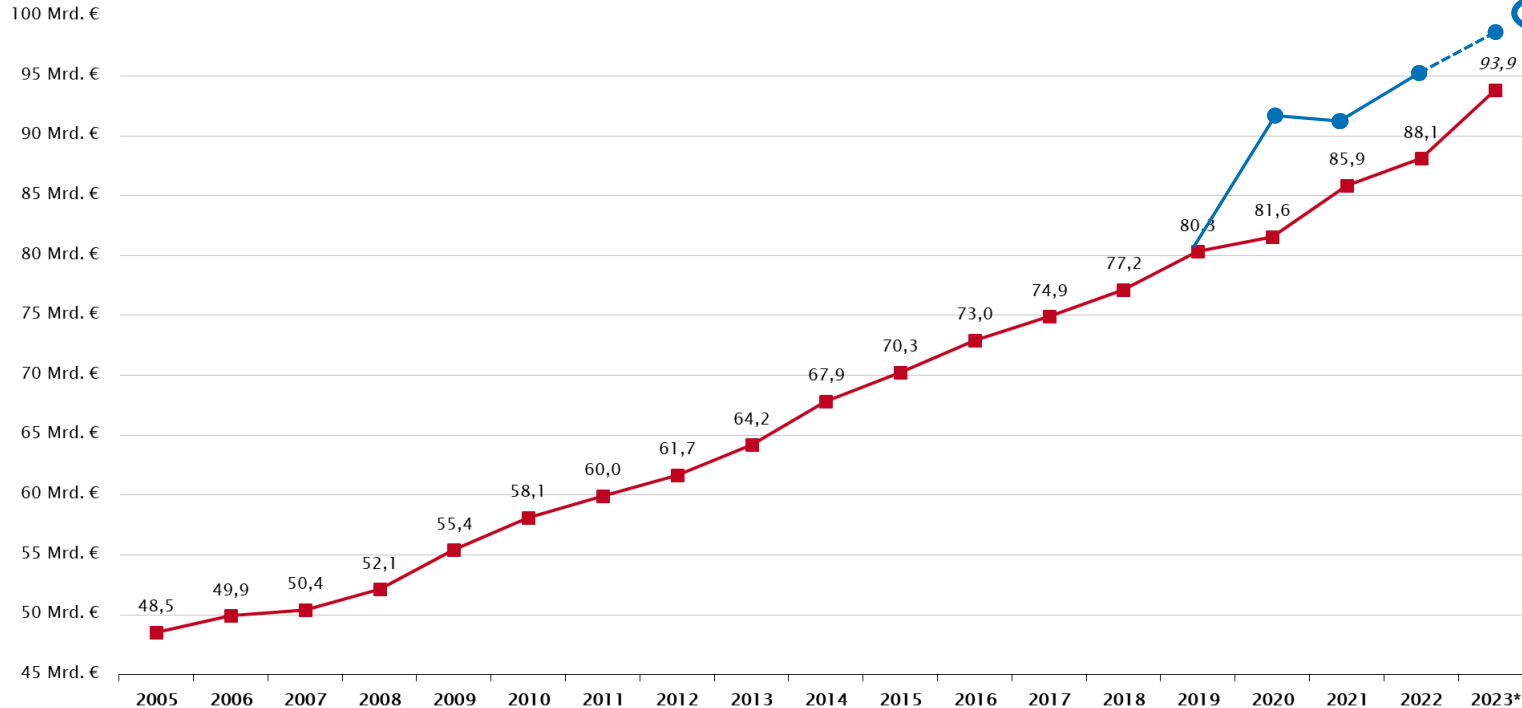


Quelle: <https://datenbrowser.inek.org>; Erlöse: Amtliche Statistik KJ1 / KV 45; BAS; Meldungen der Länder

GKV-Finanzierung und Bundesmittel on top



Spitzenverband



97,9 Mrd. €

inkl. Bundesmittel

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

2023 – 2024:
6 Mrd. Euro Energiehilfen
(4 in 2023 und 2 in 2024)

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45 für 2023

Krankenhaus-Erlösentwicklung in 2023 und 2024

▶ 2023

- GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich: **+ 6 Mrd. Euro (+ 7 %) von 2022 auf 2023**
- zusätzlich Mittel Energiehilfen des Bundes hinzu: **+ 4 Mrd. Euro**
→ **Damit insgesamt 10 Mrd. Euro mehr als in 2022!**

▶ 2024

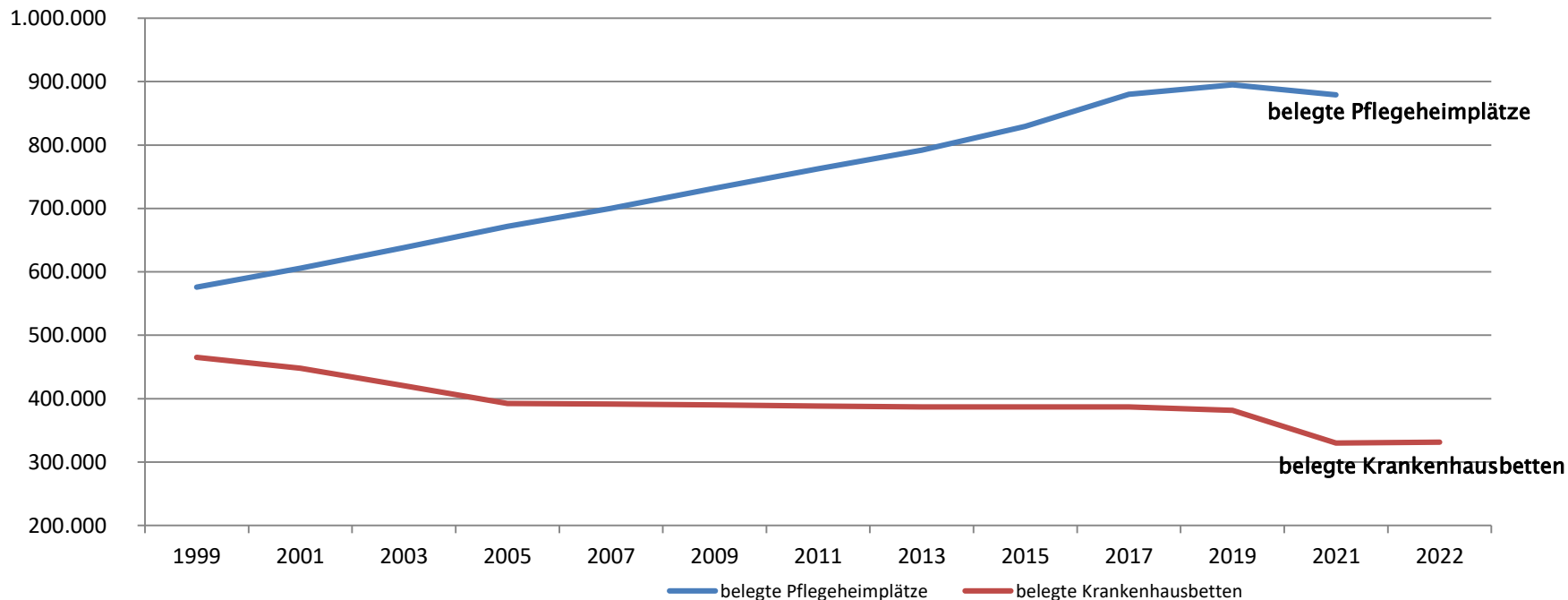
- GKV-Ausgabensteigerungen: **über 6 Mrd. Euro**
Diverse Preis-, Mengen(CM)-, Pflegebudgetsteigerungen
Preiseffekt LBFW 2024: + 3,4 Mrd. Euro (5 % mehr Erlöse)
- **zudem bis zu 2 Mrd. Euro weitere Energiehilfen**

Liquiditätsmaßnahmen im Krankenhaustransparenzgesetz

- ▶ **Frühzeitige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal**
 - Anhebung des Krankenhaus–Pflegeentgeltwerts, sobald Tarifraten vereinbart wurden
- ▶ **Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes**
 - Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 250 Euro (von 230 Euro)
- ▶ **Vorläufige Ausgleichs für noch nicht finanzierte Pflegekosten**
 - Aufgrund später Verhandlungen fließen die Ausgleichs des Pflegebudgets erst verzögert. Vorläufige Ausgleichs sollen dies verhindern.
- ▶ **Aus der Protokollerklärung der Bundesregierung (21.02.2024):**

„[...] Zudem werden mit dem Krankenhaustransparenzgesetz Regelungen geschaffen, die den Krankenhäusern zusätzliche **6 Mrd. € Liquidität** bringen. [...]“

Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus. Sie liegt im Pflegeheim.



Quelle: Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik und Grunddaten der Krankenhäuser

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Vorhaltefinanzierung
4. Krankenhauspflege
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Rettet die Richtigen!
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

Achtung: Unterschiedliche Reformschwerpunkte

- ▶ **Lauterbach sagt:**

Die DRGs sind an allem schuld („Entökonomisierung notwendig“).

- ▶ **Die Kommission sagt:**

Die verkorkste Krankenhauslandschaft ist schuld.

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?

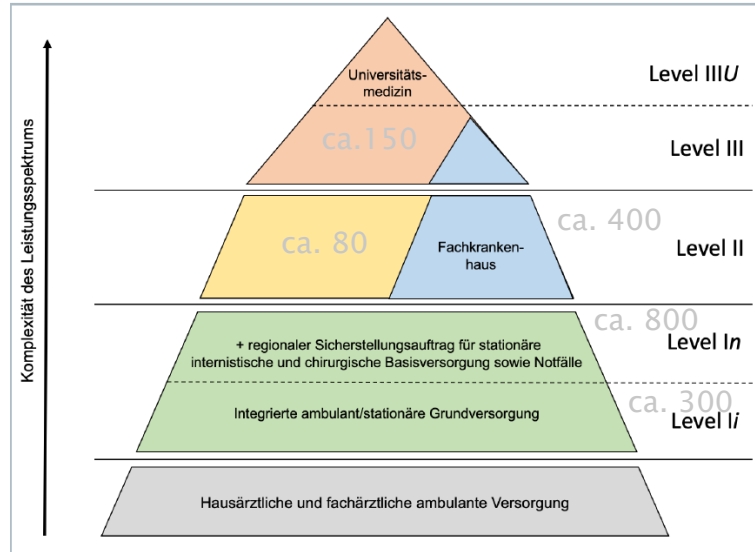
Neuer Ansatz der Regierungskommission: Die Vorhaltefinanzierung soll vor allem dazu dienen, klassische Krankenhausplanung wieder zu ermöglichen.

Versorgungsstufen (Level) und Leistungsgruppen



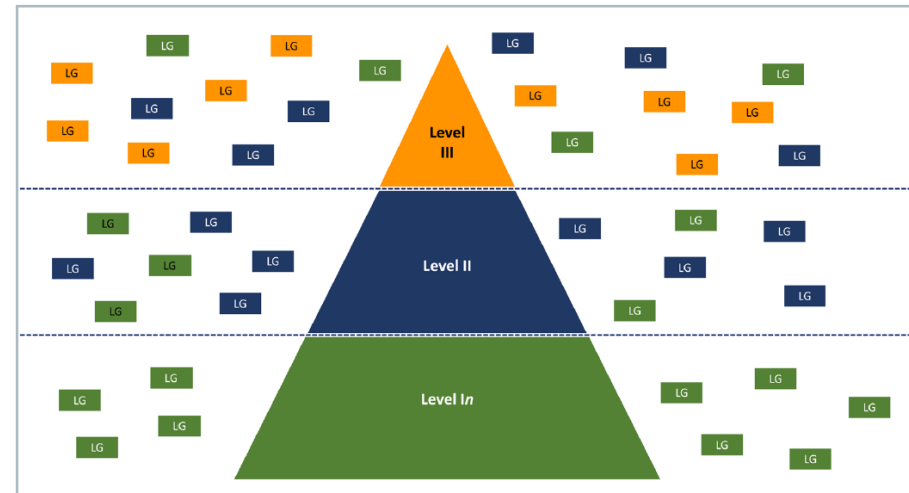
Spitzenverband

› **Abbildung 3:**
Das Versorgungsstufenmodell



Quelle: Eigene Darstellung.

› **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.

Besetzung der Level aktuell unerheblich
Reine Angebotsperspektive als Sackgasse

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-)Hämostasecologie	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 / Schlafmedizin	3	40	10.3	Neuro-Pneumologie	2	40
CHIRURGIE				4.3	Kinder- und Jugend-Nephrologie	3	40	UROLOGIE			
2.0	Basisbehandlung Allgemeinchirurgie	1	40	4.3.1	Nierenersatztherapie im Kindesalter	2	40	UROLOGIE (Nf, Phase B)			
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-Notfallmedizin Stufe I	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 Notfallmedizin Stufe II	2	60	NOTFALLMEDIZIN >18 Jahre			
2.2	Herzchirurgie	3/FA	40	4.6.3	Kinder und Jugendliche umfassende Notfallmedizin Stufe II	2	60	12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin	1	60
2.2.1	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	3/FA	40	4.7.1	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe II	3	60	12.1	Erweiterte Notfallmedizin	2	60
2.2.2	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.7.2	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe III	3	60	12.2	Umfassende Notfallmedizin	3	60
2.2.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.8	Neonatalmedizin	2	60	INTENSIVMEDIZIN >18 Jahre			
2.3	Kinder- und Jugendchirurgie	2	40	4.8.1	Perinatalzentrum Level 1 gem. QFR-RL	2	60	13.0	Basisbehandlung Intensivmedizin	2	60
2.4	Orthopädie und Unfallchirurgie	2	40	4.8.2	Perinatalzentrum Level 2 gem. QFR-RL	3	60	13.1	Erweiterte Intensivmedizin	1	40
2.4.1	Endoprothetik Hüfte	2/FA	40	4.8.3	Perinataler Schwerpunkt	2	60	13.2	Umfassende Intensivmedizin	3	60
2.4.2	Endoprothetik Knie	2/FA	40	4.9	Neuropädiatrie	2	60	OPHTHALMOLOGIE			
2.4.3	Revision Hüftendoprothese	2/FA	40	4.10	Allgemeine Kinderchirurgie	3	60	14.0	Basisbehandlung Ophthalmologie	1	40
2.4.4	Revision Knieendoprothese	2/FA	40	4.11	Spezielle Kinderchirurgie	3	60	14.1	Erweiterte Ophthalmologie	2	40
2.4.5	Wirbelsäuleneingriffe	2	40	4.11.1	Kinder- und Jugend-Orthopädie und -Traumatologie	2	60	14.2	Komplexe Ophthalmologie	3	40
2.4.6	Handchirurgie	2	40	4.11.2	Kinder- und Jugend-Urologie	2	60	OTOLOGIE			
2.4.7	Schädel-Hirn-Trauma	2	40	4.11.3	Kinder- und Jugend-Neurochirurgie	2	60	15.0	Basisbehandlung Otolaryngologie	1	40
2.4.8	Polytrauma	2	60	4.11.4	Kinder- und Jugend-Handchirurgie	2	40	15.1	Erweiterte Otolaryngologie	2	40
2.5	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA	40	4.12	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2	40	15.2	Komplexe Otolaryngologie	3	40
2.5.1	Schwere Verbrennungen	3/FA	60	4.13	(Kinder- und Jugend-)Palliativmedizin	2	40	15.3	Erweiterte Otolaryngologie	3	40
2.6	Thoraxchirurgie	2/FA	40	4.14	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und -Hepatology	2	40	15.4	Spezielle Otolaryngologie	3	40
2.7	Viszeralchirurgie	2	40	4.15	Pädiatrische Stoffwechselfeldmedizin	2	40	15.5	Erweiterte Otolaryngologie	3	40
2.7.1	Bariatrische Chirurgie	2	40	4.17	Sozialpädiatrie	2	40	15.6	Komplexe Otolaryngologie	3	40
2.7.2	Große Lebereingriffe	3	40	4.18	Pädiatrische Psychosomatik	2	40	OPHTHALMOLOGIE			
2.7.3	Große Ösophaguseingriffe	3	40	AUGENHEILKUNDE				17.4	Basisbehandlung Ophthalmologie	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	Pankreasretransplantation	3	40
				5.2	Komplexe Augenheilkunde	3	40				

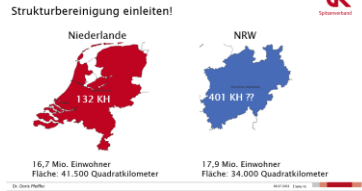
Quelle: Regierungskommission,
3. Stellungnahme
vom 06.12.2022

Locaties ziekenhuizen september 2012
 academische en algemene ziekenhuizen inclusief buitenpoortklinieken

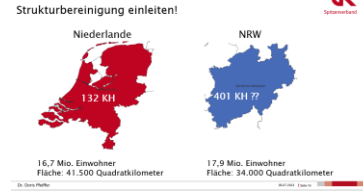


Bron: RIVM

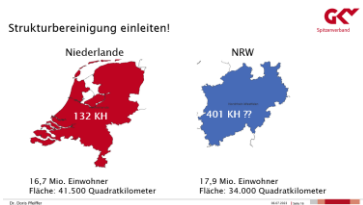
2013



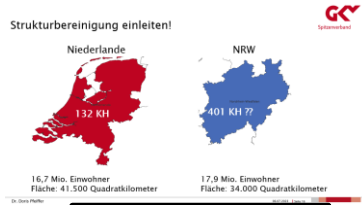
2014



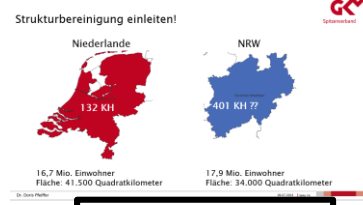
2015



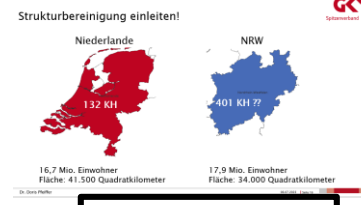
2016



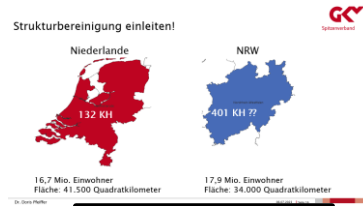
2017



2018



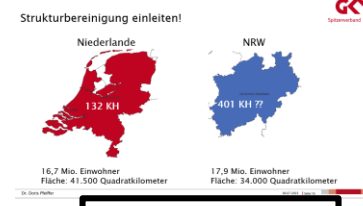
2019



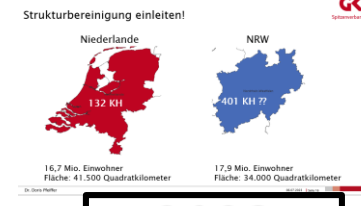
2020



2021



2022



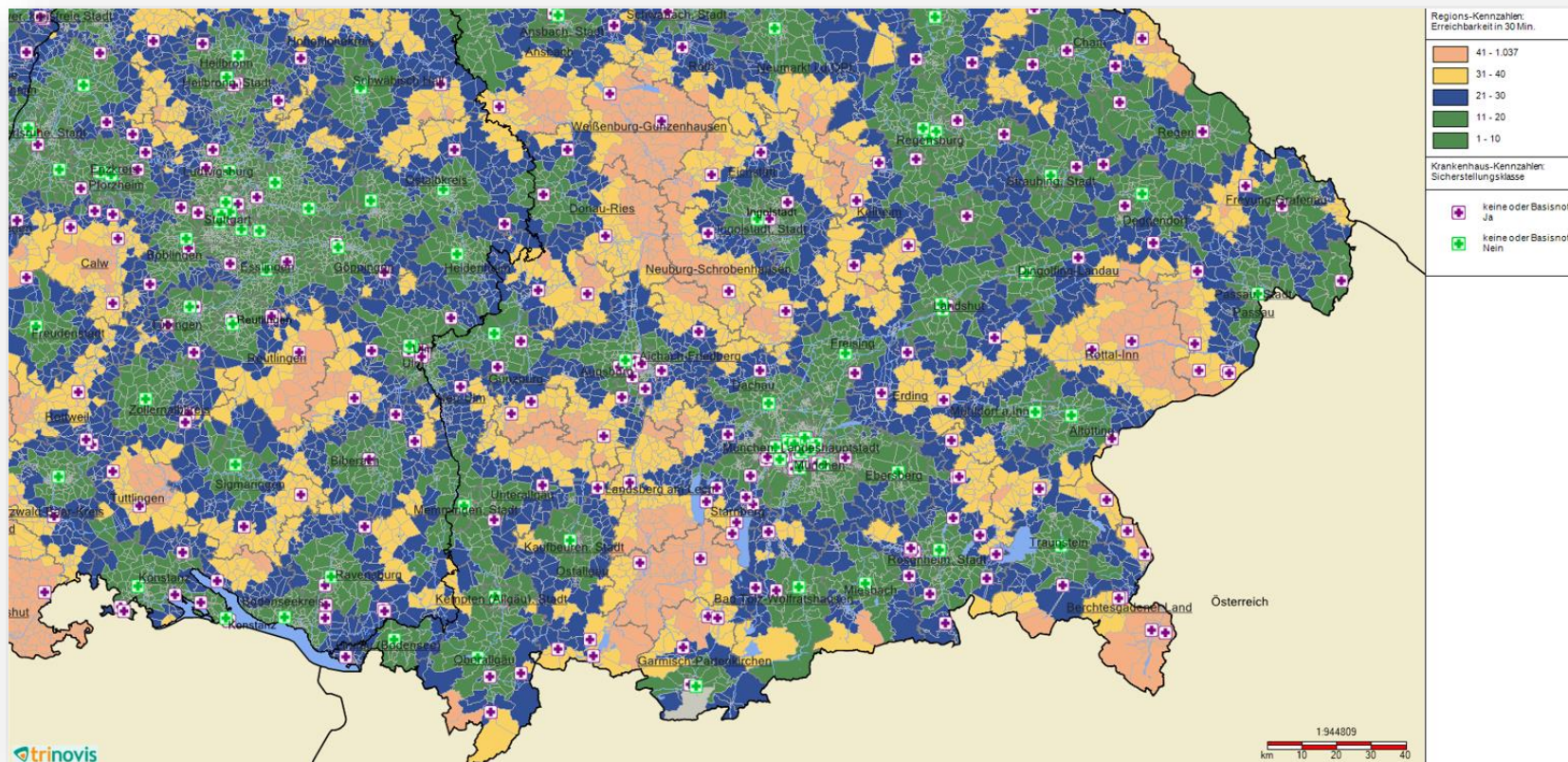
2023

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

Bayern – Süd



Spitzenverband



Level 1i – gesundheitspolitisches Novum

- ▶ Level 1i-Kliniken sollen i. d. R. durch Umwandlung bisheriger Krankenhäuser entstehen, können bei Bedarf aber auch neu entstehen.
- ▶ Der neue Name ist „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“.
- ▶ 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.

„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“

Regelungen im KHVVG-Referentenentwurf

- ▶ Auch neue Einrichtungen können gegründet werden.
 - ▶ Unklar ist die Regelung der Bedarfsnotwendigkeit.
 - ▶ Konkretisierung des Leistungsspektrum ist eine Aufgabe der Selbstverwaltung.
 - ▶ Geringere Qualitätsanforderungen sind möglich.
 - ▶ Unklare Beteiligung an der hausärztlichen Versorgung.
-
- ▶ Insgesamt ein unklares Konstrukt. Möglicherweise wird den ländlichen Regionen nicht geholfen, aber in den Ballungszentren Personal gebunden.

Krankenhaustransparenzgesetz

Leistungsgruppen à la NRW



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Drucksache 20/8408

20. Wahlperiode

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

Vorbereitung - 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

Vorbereitung - wird durch die lektorierte Fassung

Qualitätstransparenz: Nicht gerade Stunde Null



Spitzenverband

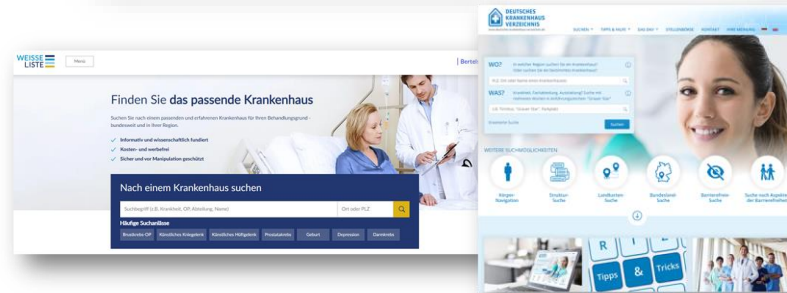
Veröffentlichung der Ergebnisse – verpflichtend

- ▶ seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband
- ▶ Zusammenfassungen, Kommentierungen etc. möglich
- ▶ AOK: Gesundheitsnavigator
- ▶ BKK: Klinikfinder
- ▶ vdek: Kliniklotse



Weitere Kliniknavigateure

1. Weiße Liste
2. Deutsches Krankenhausverzeichnis



Krankenhaustransparenzgesetz – eine Bewertung

- ▶ Transparenz ist natürlich immer gut, aber den Versicherten wird der „Atlas“ nicht viel mehr bringen als die bestehenden Navigatoren.
- ▶ Letztlich geht es um die Zuordnung von Leistungsgruppen (ab Herbst). Bundeseinheitliche Planungsgruppen sind vernünftig. Das gilt auch für die Unterscheidung von Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgern. Die Einwände der DKG sind kindisch.
- ▶ Die Liquiditätshilfen sind hilfreich. Als Krankenhaus sollte man sich wünschen, dass das Gesetz glatt durch den Bundesrat geht.

Drei Schritte zur Strukturbereinigung

3. Gerichtsfeste Auswahlentscheidung

2. Ermittlung des Bedarfs

1. Zuordnung von Leistungsgruppen

Die gerichtsfeste Auswahlentscheidung ist weder Teil der NRW-Gesetze noch Teil der Eckpunkte! Eigentlich ist das alles keine Reform.

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“.

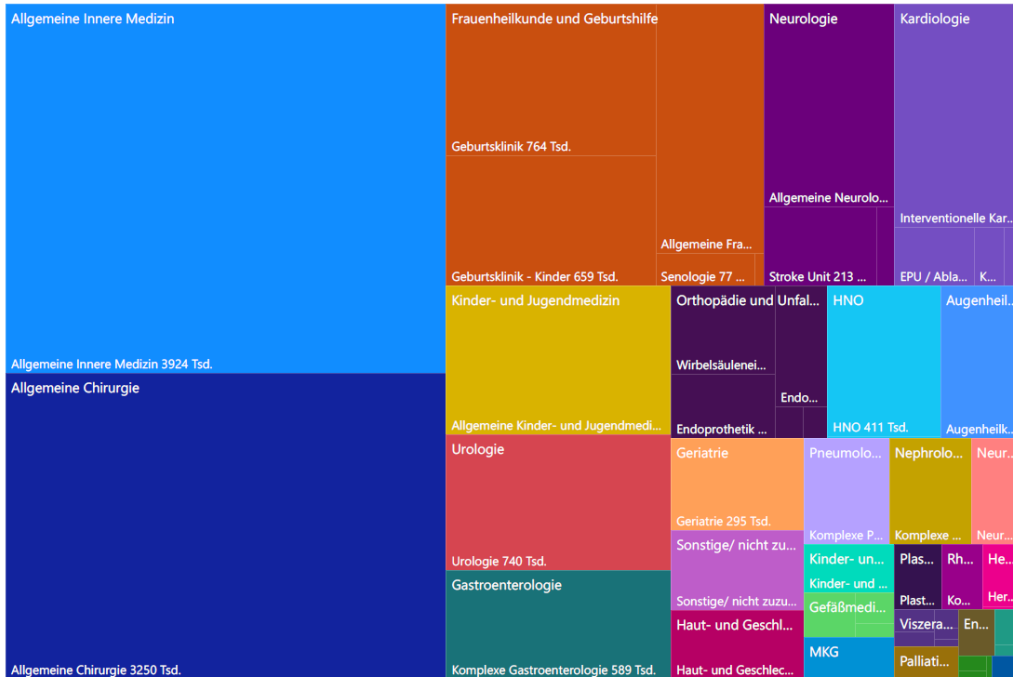
(2) Qualitätssicherung

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

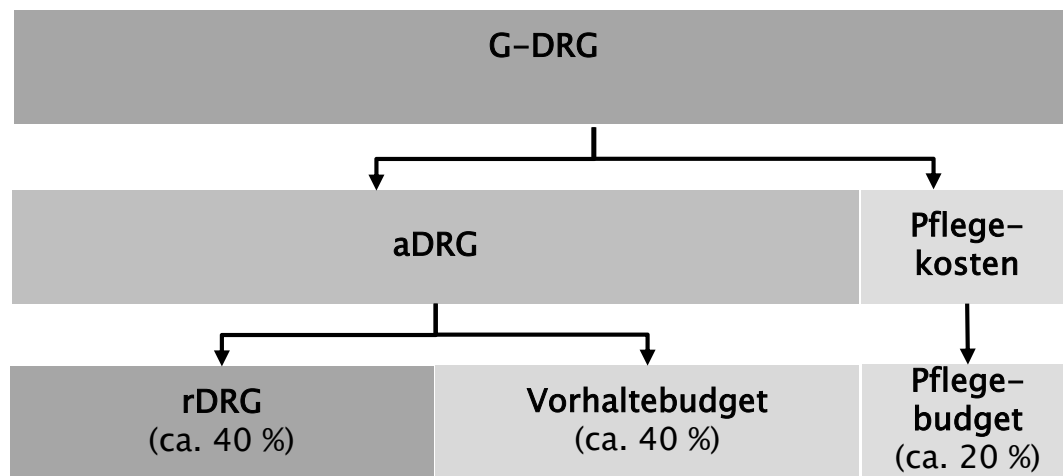


- ▶ Leistungsgruppen schaffen bundeseinheitliche Kategorien.
- ▶ Leistungsgruppen schaffen angeblich bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben.
- ▶ In NRW landet fast die Hälfte aller Fälle in zwei Leistungsgruppen.
- ▶ Qualitätssicherung kann man damit nicht machen.
- ▶ ABER: Das ist natürlich kein Ersatz für die bestehenden QS-Verfahren (des G-BA).

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Vorhaltefinanzierung
4. Krankenhauspflege
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Rettet die Richtigen!
7. Fazit

Reduktion der DRG-Vergütung



Vorhaltefinanzierung 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.

Mysterium Vorhaltefinanzierung

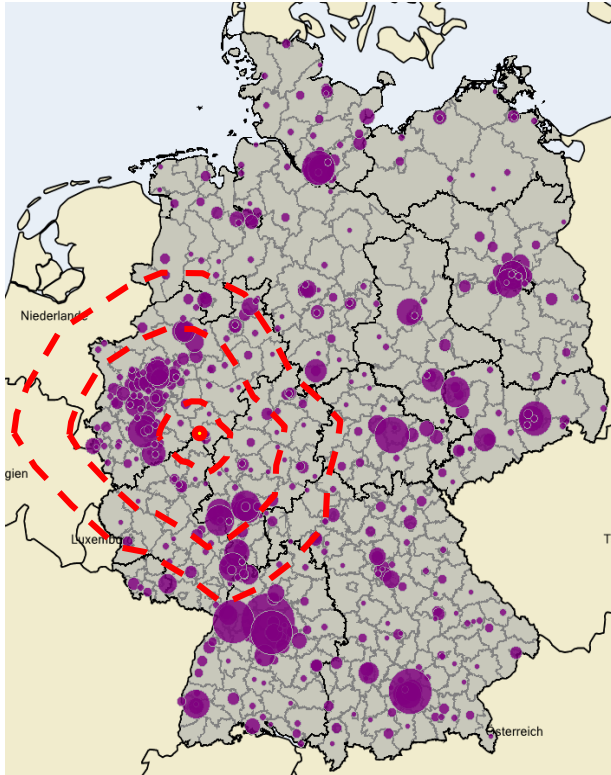
- ▶ Die Vorhaltefinanzierung erfreut sich allgemeiner Beliebtheit, weil weitgehend unklar ist, wie sie funktioniert.
- ▶ Alle hoffen bei sinkenden Fallzahlen auf Vorhaltefinanzierung im Sinne eines bedingungslosen Grundeinkommens: Geld, das man bekommt, auch wenn man sich nicht um Patienten kümmert.
- ▶ Eigentlich sollte die Vorhaltefinanzierung eine definierte, bevölkerungsbezogene Versorgungsverpflichtung sein.

Operationalisierung der Versichertenperspektive

Versichertenorientierung, z. B. „Stadt Siegen“



Spitzenverband



- ▶ **Versichertenperspektive**
 - Bsp.: Wirbelsäulenchirurgie (180 min Fahrzeitradius)
 - geeignete Krankenhäuser in der Leistungsgruppe
 - Zuordnung: nicht alle ins nächste Krankenhaus, sondern Zuordnung im Rahmen eines Gravitationsmodells
 - keine Regionsabgrenzung notwendig
 - ergänzend Sicherstellung in ländlichen Regionen
- ▶ Entsprechende Modelle funktionieren durch den Perspektivwechsel insbesondere im Ballungsraum!
- ▶ Neuverteilung von Vorhaltegeldern ausgehend vom Versicherten. Keine krankenhausspezifische Erhaltung des bisherigen Budgets.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Vorhaltefinanzierung
4. Krankenhauspflege
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Rettet die Richtigen!
7. Fazit

Pflegepersonalbedarfsbemessung

§ 137k SGB V: Einführung der PPR 2.0 für Erwachsene und Kinder

Erproben

- ▶ PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 → abgeschlossen
- ▶ Intensivstationen Erwachsene → laufend bis Ende August 2024



Einführen

- ▶ per Rechtsverordnung → PPBV, Referentenentwurf vom 26.10.2023
- ▶ Sanktionsregelung, wenn Krankenhäuser Daten nicht übermitteln (ÄA KHTranspG) → Umsetzung durch Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG



„Scharfschalten“

- ▶ BMG legt Erfüllungsgrad zur Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung fest.
- ▶ Vergütungsabschläge, wenn Krankenhäuser den Erfüllungsgrad nicht einhalten
- ▶ Ziel: sanktionsbewährter Pflegepersonalaufbau

PPR 2.0 – kein großer Wurf für die Pflege

Bewertung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

1. PPR 2.0 ist ungeeignet.

- Kritik aus Erprobungsstudie wird übergangen, Widersprüche in PPR 2.0 enthalten
- politisch: PPR 2.0 unbedingt einführen (Promoter: DKG, DPR, ver.di)
- derzeit keine Aussage zum Qualifikationsmix

2. Pflegepersonen werden mit Bürokratie belastet.

- tägliche Einstufung aller Patientinnen und Patienten
- ohne digitale Umsetzung weitere Frustration bei Pflegenden

Gegenwind wegen der PPR–Bürokratielast

- ▶ Die PPR–Begeisterung in den Kliniken schwindet, seit die PPR von einem „Finanzforderungsinstrument“ zur PpUG mutiert.
- ▶ Einspruch des Normenkontrollrates (Stellungnahme vom 15.02.2024)

„Krankenhäuser werden durch das vorgesehene Pflegepersonalbemessungssystem mit erheblichen bürokratischen Aufwänden belastet [rund 220 Mio Euro]. Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags zu beanstanden, dass nicht erkennbar ist, dass sich das Ressort mit bürokratieärmeren Regelungsalternativen auseinandergesetzt hat. [...]“
- ▶ Die Empfehlung des GKV–Spitzenverbandes: PPR erst einführen, wenn der Pflegebedarf aus der digitalen Pflegedokumentation abgeleitet werden kann. Dafür gab es schließlich massenhaft KHZG–Gelder.

Literaturempfehlung zum Thema Bürokratie



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 stehen sie auf der Verpackung) und in der die Häuser nicht zusammenbrechen, wenn man die Hauptklinge runterdrückt. 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 re-

- ▶ 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

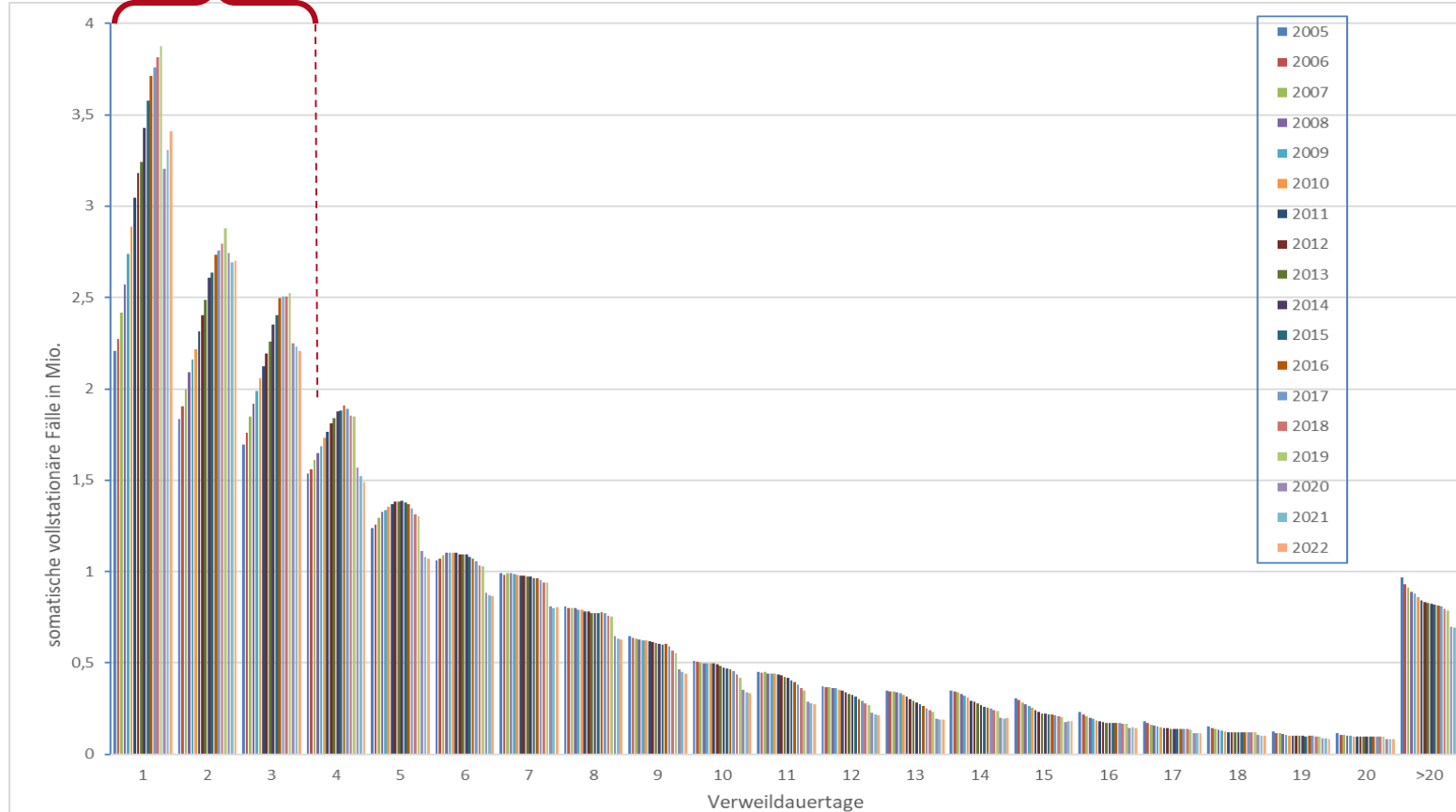
Agenda

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

Enormes Ambulantisierungspotenzial

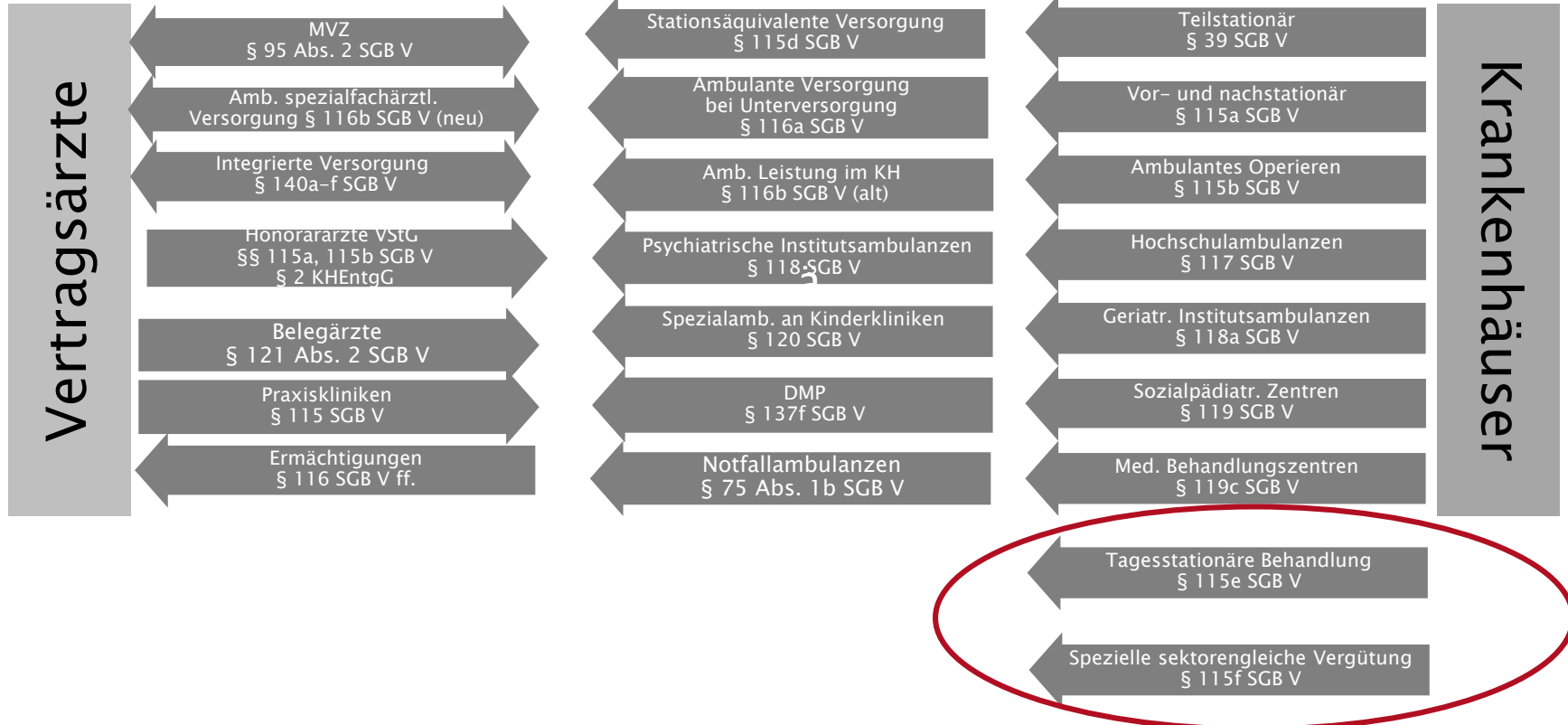


Spitzenverband

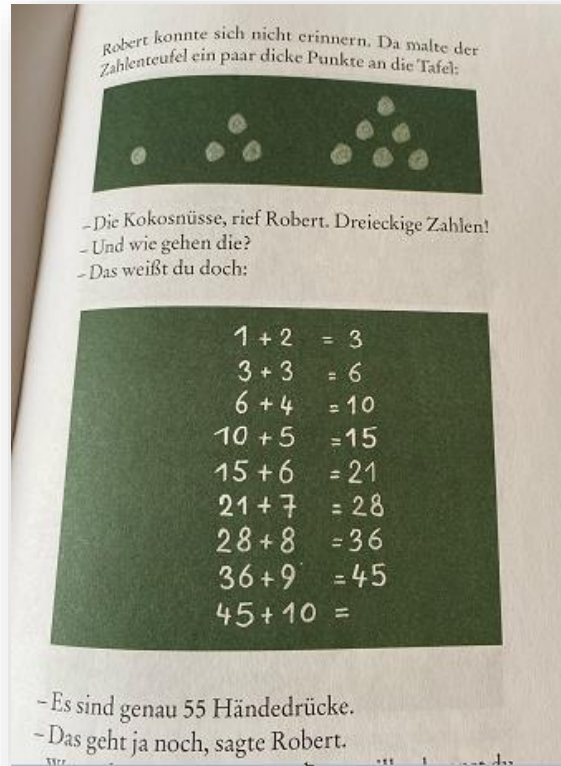


Quelle: Daten nach § 21 KHEntG

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



Ambulant-stationäres Komplexitätschaos



Bei 24
Rechtsformen
gibt es 276
Abgrenzungs-
probleme!

Hybrid-DRG-Katalog per Rechtsverordnung

- ▶ Rechtsverordnung zu Hybrid-DRGs wurde am 19.12.2023 mit Gültigkeit zum 01.01.2024 veröffentlicht.
- ▶ Verordnung enthält Leistungskatalog mit 12 Hybrid-DRGs und jeweilige Preise.
- ▶ Rund 200.000 Fälle aus den Bereichen:
 - Hernien
 - Eingriffe am Fuß
 - Eingriffe an den Harnorganen
 - Sinus pilonidalis (Steißbeinfistel)
 - Entnahme der Eierstöcke
- ▶ Alle weiteren Regelungen durch GKV und DKG (bzw. KBV) – jeweils bilateral.

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05
G24M	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41
I20N	Anderer Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritiden oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17
L17N	Anderer Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09
L20N	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.791,58
L20M	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.412,05
N05N	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58
N07N	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73
N25N	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20

Zügige Umsetzung der Rechtsverordnung

- ▶ Vereinbarung für den Krankenhausbereich
 - Die Abrechnung ist für Krankenhäuser ab 15.02.2024 möglich (Übergangslösung per Zwischenabrechnung).
 - Eine reguläre Abrechnung ist ab dem 01.05.2024 möglich.
 - Es gibt eine klare Fallabgrenzung im 301er-Datensatz (eigener Aufnahmegrund), u. a. damit die Hybrid-DRG-Fälle nicht in die Prüfquote laufen.
 - Die Zahlungsfrist von 5 Tagen gemäß § 415 SGB V gilt.
 - Es ist eine Hybrid-DRG-Pauschale abrechnungsfähig. Die Abrechnung weiterer Entgelte ist ausgeschlossen (z. B. Pflegeentgelte, Zusatzentgelte).

- ▶ Derzeit komplizierte Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und KBV zur Katalogerweiterung für 2025. Eine Einigung zum 31.03.2024 ist wahrscheinlich.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Vorhaltefinanzierung
4. Krankenhauspflege
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Rettet die Richtigen!
7. Fazit

Insolvenzen

- ▶ Faktenlage unsicher, aber von Juli 2022 bis Ende 2023 ca. 40 Insolvenzverfahren

- ▶ Insolvenz ist nicht gleichzusetzen mit Schließung.
 - große Mehrheit der Verfahren in Eigenverwaltung bzw. Schutzschirm
 - bisher nur ganz wenige tatsächliche Schließungen
 - Bei fast allen Krankenhäusern geht die Patientenversorgung weiter – während und auch nach dem Abschluss des Verfahrens.

- ▶ Eigenverwaltungs-/Schutzschirmverfahren können ein wirkungsvoller Schritt hin zu einer Sanierung sein.

Hilfspaket statt Gießkanne!

- ▶ Das Geld reicht nicht, um alle finanziellen Probleme aller Krankenhäuser zu beseitigen!
- ▶ Reden wir also nicht über Gießkannenpolitik, sondern über gezielte Hilfen – mit klarer Fokussierung:
 - Keine Gelegenheitsversorgung
 - Keine Krankenhäuser mit geringen Bettenauslastungen
 - Keine Rettung bei ausreichenden Alternativen in der näheren Umgebung
 - Kein Geld für Krankenhäuser, die Gewinne machen
 - Nur für Krankenhäuser mit Notfallstufe (ggf. Ausnahmen bei Fachkliniken)
- ▶ Die Krankenhausreform beginnt jetzt!

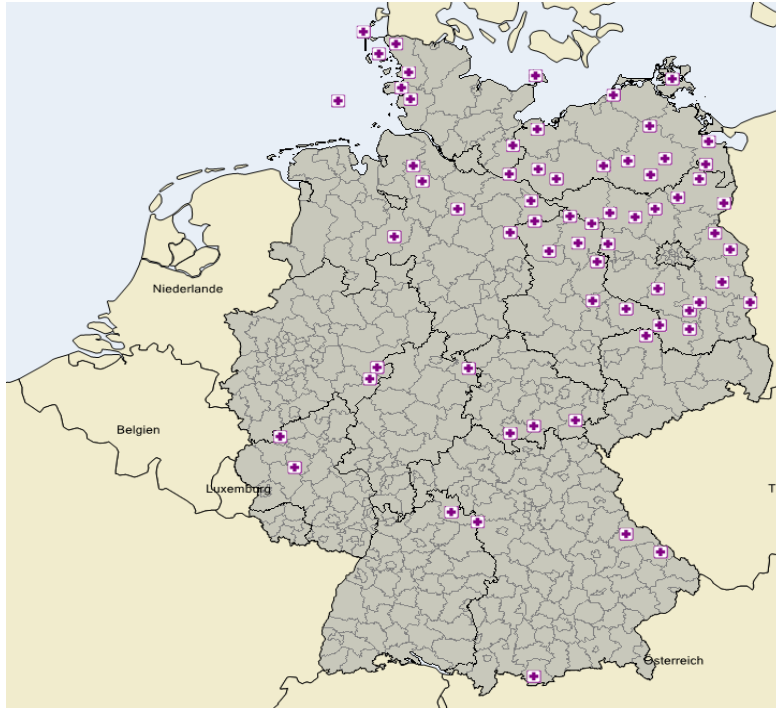
Bundeseinheitliche Kriterien funktionieren!

- ▶ Ob Krankenhausplanung reine Ländersache ist oder ob der Bund Vorgaben machen kann, ist eine Frage von Geben und Nehmen:
 - **Gibt der Bund** (respektive die Krankenkassen) Geld, werden Bundesvorgaben akzeptiert.
 - **Nimmt der Bund** den Krankenhäusern Einnahmemöglichkeiten, wird gnadenlos die Länderautonomie eingefordert.

- ▶ Prominente Beispiele für bundeseinheitliche Vorgaben:
 1. KHZG-Gelder zur Digitalisierung (Vorgaben und Entscheidung durch BAS)
 2. Sicherstellungszuschläge

Bundesweite Krankenhausplanung funktioniert

Sicherstellungszuschlag, G-BA-Beschluss vom 24.11.2016



Pkw-Fahrzeit	30 Minuten
Betroffenheitsnorm	5.000 Einwohner
Einwohnerdichte	≤ 100 Einwohner/km ²
Notwendige Vorhaltung	Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie
Inselkrankenhäuser	Öffnungsklausel

Weiteres Zugeständnis an die Länder: Transformationsfonds 2026 – 2036

- ▶ Finanzvolumen: 50 Mrd Euro!
- ▶ Finanzaufteilung:
 - ▶ Der Bund zahlt nichts.
 - ▶ 50 % zahlt die GKV (PKV freiwillig).
 - ▶ 25 % plus zahlen die Länder.
 - ▶ Bis zu 25 % zahlen die Krankenhausträger.
- ▶ Rechtskonstruktion à la Strukturfonds: Beitragszahlungen werden Einnahmen der Länder – wahrscheinlich verfassungswidrig.

Protokollerklärung der Bundesregierung (21.02.2024)

Entscheidende Änderung



Spitzenverband

24/11/2023	20/2/2024
<p>Protokollerklärung der Bundesregierung zum Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) (BR-Drs. 541/23)</p>	<p>Protokollerklärung der Bundesregierung zum Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) (BR-Drs. 541/23)</p>
<p>TOP 3 der 1038. Sitzung des Bundesrates am 24. November 2023</p>	<p>TOP 2 der 3. Sitzung des Vermittlungsausschusses am 21. Februar 2024</p>
<p>Die von Bund und Ländern geplante Reform der Krankenhausfinanzierung und deren Planungskriterien wird die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und deren Management perspektivisch erheblich verändern. Der Transformationsprozess wird mehrere Jahre andauern. Entsprechend der zwischen Bund und Ländern konsentierten Eckpunkte ist mit der Krankenhausreform die Flankierung dieses Prozesses durch einen unterstützenden und zielgenauen Transformationsfonds - gespeist aus <u>Landes- und Bundesmitteln</u> - vorgesehen.</p>	<p>Die von Bund und Ländern geplante Reform der Krankenhausfinanzierung und deren Planungskriterien wird die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und deren Management perspektivisch erheblich verändern. Der Transformationsprozess wird mehrere Jahre andauern. Entsprechend der zwischen Bund und Ländern konsentierten Eckpunkte ist mit der Krankenhausreform die Flankierung dieses Prozesses durch einen unterstützenden und zielgenauen Transformationsfonds - gespeist aus <u>Landesmitteln und Mitteln aus dem Gesundheitsfonds</u> - vorgesehen.</p>

Aus „Bundemitteln“ wurden „Mittel aus dem Gesundheitsfonds“.

Wenn schon ein Transformationsfonds, dann keinesfalls so wie der Strukturfonds

1. Der Bund muss sich beteiligen.
2. Die PKV muss sich beteiligen.
3. Beitragsmittel dürfen nicht zu Einnahmen der Länder werden.
4. Antragsteller sollten die Krankenhäuser sein, nicht die Länder.
5. Vorrang für Marktaustrittshilfen zwecks Beseitigung von Überversorgung.
6. Keine Länderquoten nach Königsteiner Schlüssel.
7. Klares Zielbild: Transformation – nicht Strukturhaltung.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Krankenhauslandschaft
3. Vorhaltefinanzierung
4. Krankenhauspflege
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Rettet die Richtigen!
7. Fazit

Fazit

1. Der finanzielle Rahmen wird enger. Das macht eine Reform wahrscheinlich.
2. Vorhaltefinanzierung muss mehr sein als Budgeterhaltung. Notwendig ist eine Orientierung am Bedarf der zu versorgenden Bevölkerung.
3. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Krankenhauslandschaft nach bundeseinheitliche Vorgaben.
4. Die Zuordnung von Leistungsgruppen ist noch keine Krankenhausreform. Zentral ist die gerichtsfeste Auswahlentscheidung.
5. Ambulantisierung geht mit Hybrid-DRGs einen seltsamen Weg. Schon wegen des Fachkräftemangels bleibt jedoch Ambulantisierung das Gebot der Stunde.
6. Rettet die Richtigen! Für Gießkannenpolitik reicht das Geld nicht mehr. Keine Rettung von Gelegenheitsversorgern, die nicht bedarfsnotwendig sind.
7. Die Krankenhausreform beginnt jetzt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de