



Diskussion zur Krankenhausreform

Präsidiumssitzung der KGNW, 22. November 2023

Prof. Dr. Boris Augurzky

Agenda



Gründe für eine Krankenhausreform

Wie sollte die Reform aussehen?

NRW als Vorbild

Diskussion

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

Weniger Standorte

Konzentration und
Schwerpunktbildung,
patienten- und mitar-
beiterorientierte
Neubauten

Ambulant mit dem Krankenhaus

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

Eigenverantwortung

Modellprojekte in Regionen
zur sektorenübergreifenden,
patientenorientierten Ver-
sorgung mit Gestaltungs-
freiheit vor Ort

Wie könnten die Krankenhausversorgung der Zukunft aussehen?

Automatisierung

Weiniger bürokratische
Prozesse, Ergebnis-
orientierung, ePA

Unterstützende Patientensteuerung

Integrierte Leitstelle, tele-
medizinische Angebote,
ePA und KI-Helfer

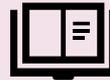
Funktionierende Zuwanderung

Etablierte Pfade für eine
qualifizierte Zuwanderung in
das Gesundheitswesen

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



Effektive Patientensteuerung

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



Personal, unter anderem

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



Agenda



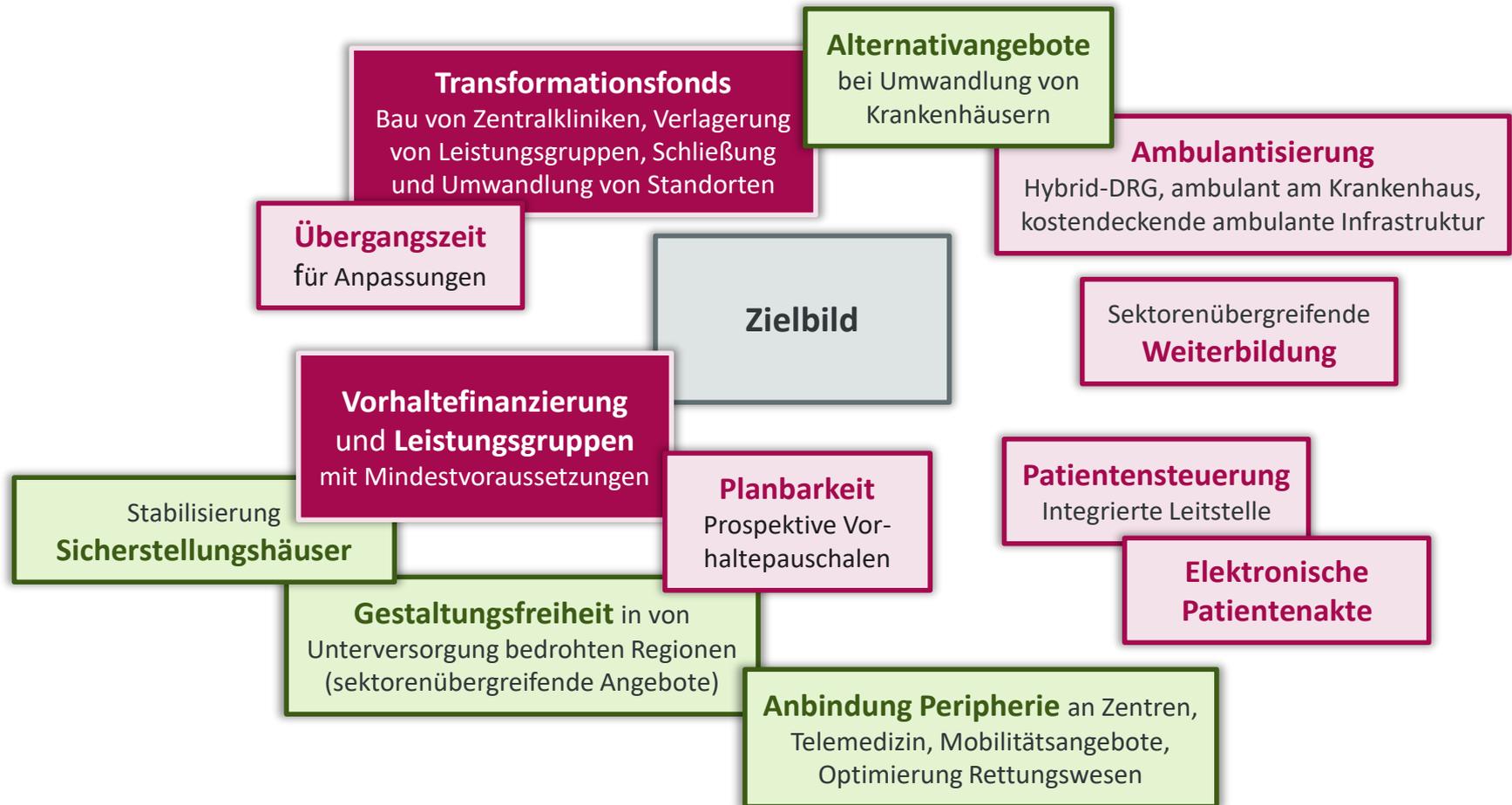
Gründe für eine Krankenhausreform

Wie sollte die Reform aussehen?

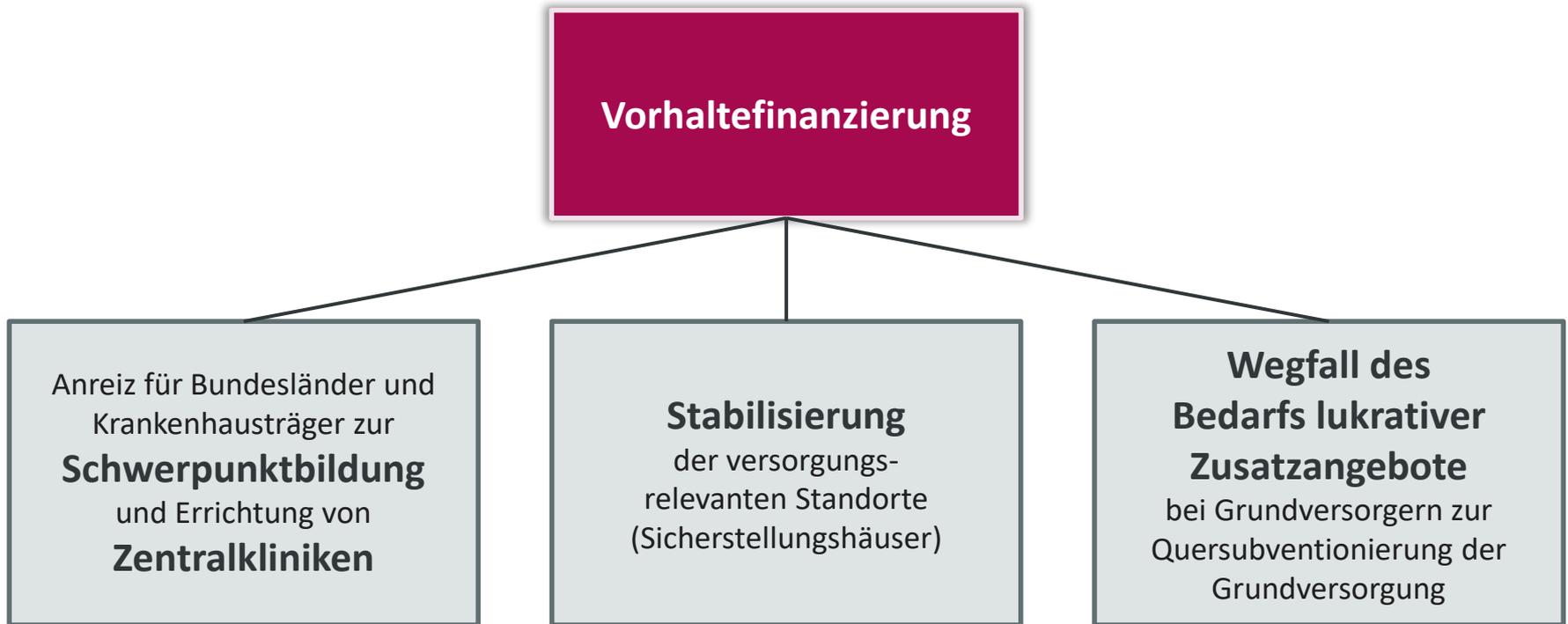
NRW als Vorbild

Diskussion

Zur Neugestaltung der zukünftigen Krankenhausstrukturen sind viele Themen zu berücksichtigen



Vorhaltefinanzierung kann dazu einen Beitrag leisten

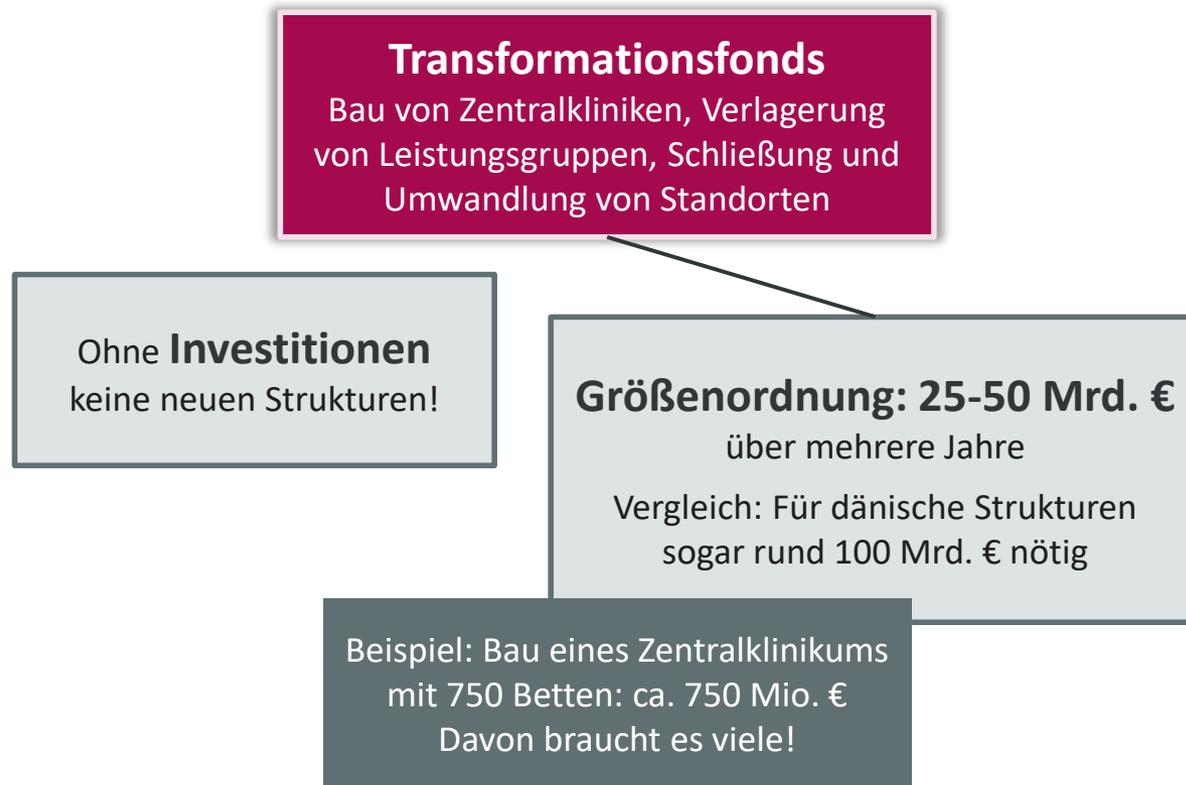


Eine aktive Krankenhausplanung nach dem Leistungsgruppensystem unterstützt dies

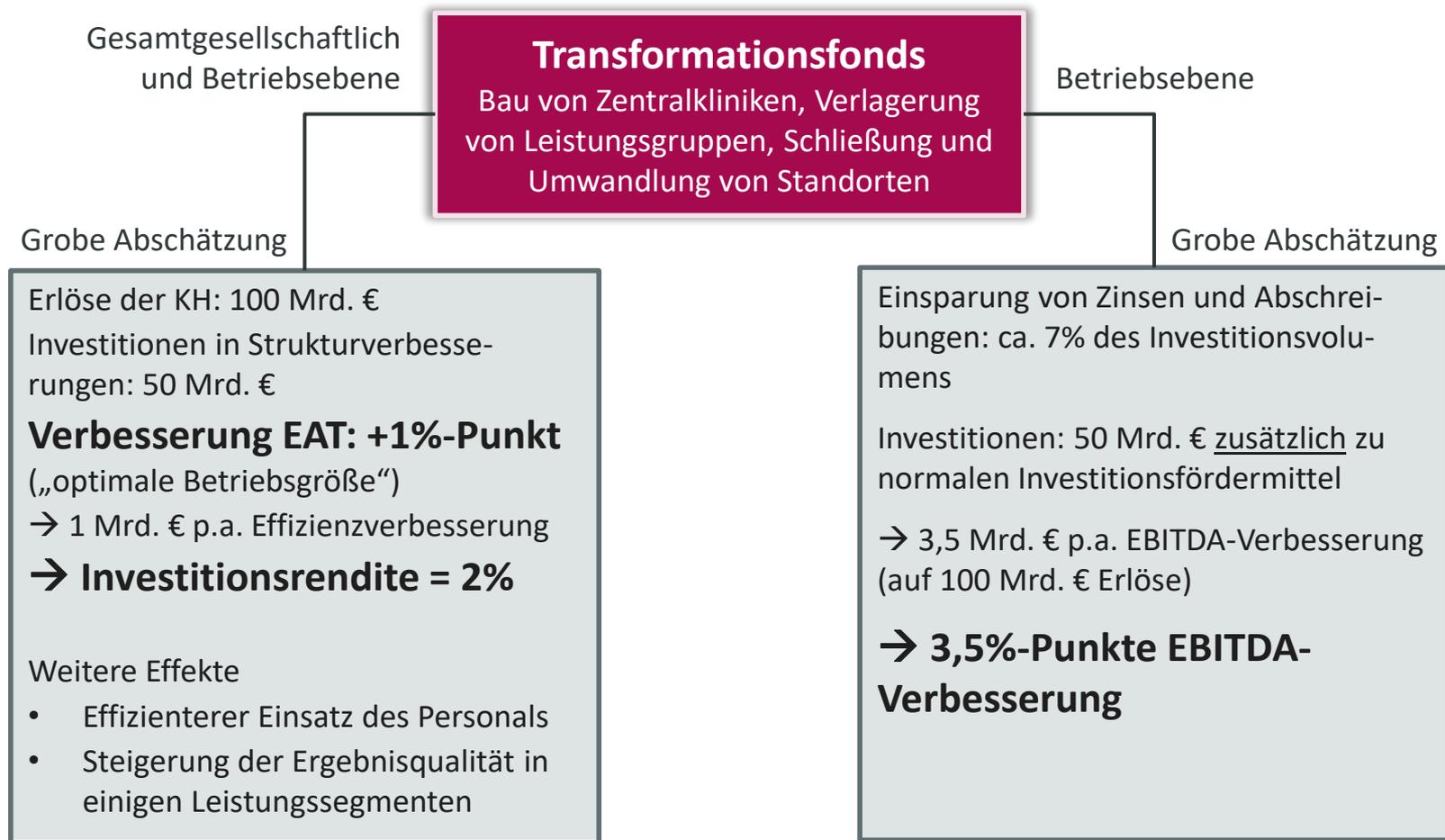


ABER: Kommunale Träger könnten „Verwässerung“ durch zu viele Standorte für eine LG über **Defizitfinanzierung** auffangen

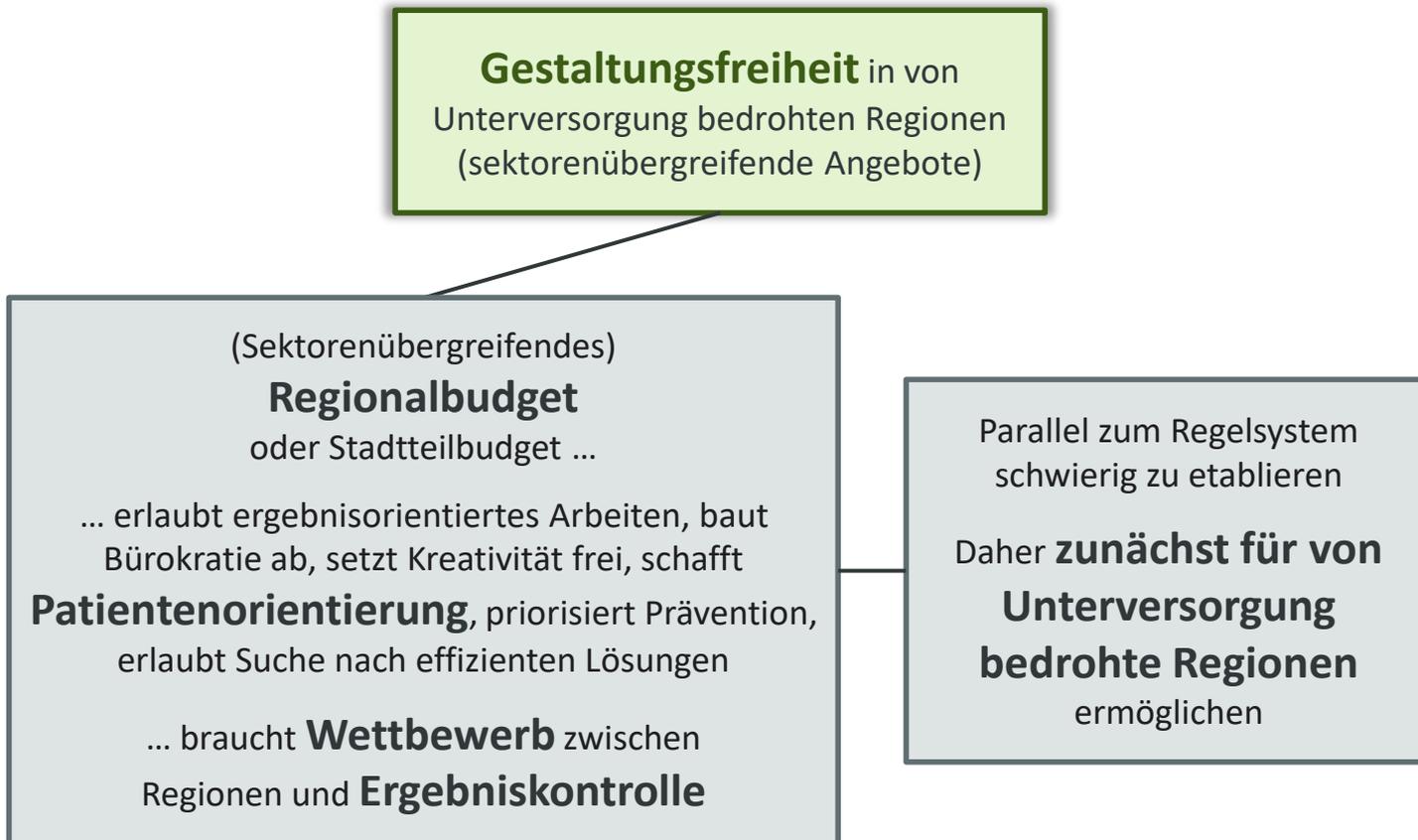
Ohne Transformationsfonds können neue Strukturen jedoch nicht geschaffen werden



Transformationskosten zahlen sich volks- und betriebswirtschaftlich aus



Modellhafte Finanzierungsmechanismen (Regionalbudget) parallel zum Regelsystem sollten jedoch mitbedacht werden



Agenda



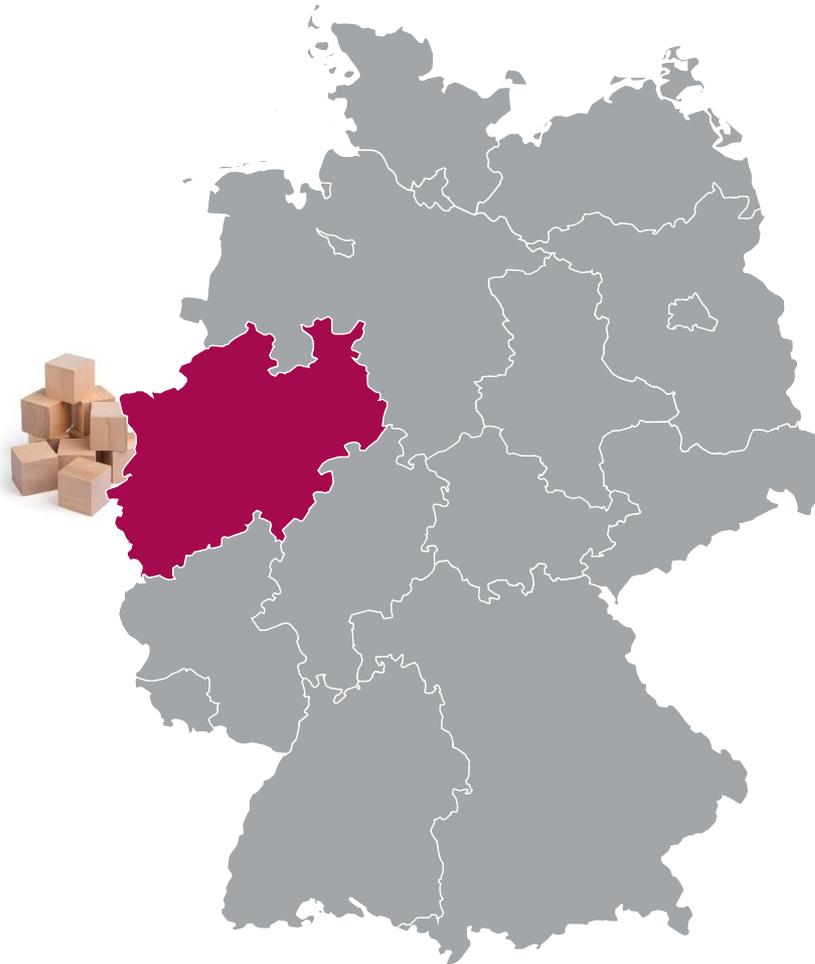
Gründe für eine Krankenhausreform

Wie sollte die Reform aussehen?

NRW als Vorbild

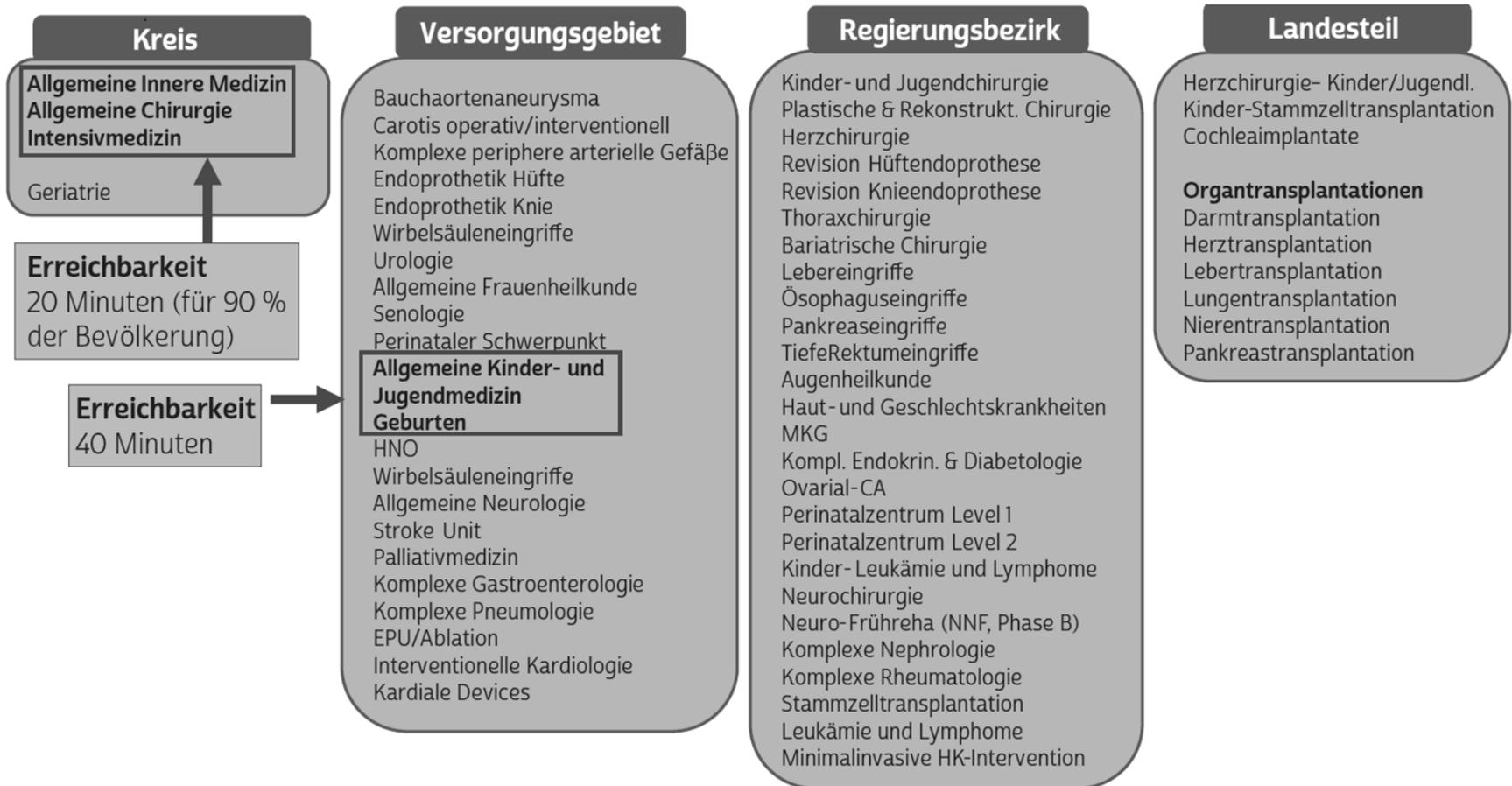
Diskussion

Nur in einem Bundesland wird bereits nach einer Leistungsgruppen-
systematik geplant



Der **Bund** übernimmt die **Systematik** für Krankenhausreform;
andere Länder wollen Systematik so oder so übernehmen

60 somatische Leistungsgruppen in NRW



Die Leistungsgruppensystematik soll die
Schwerpunktbildung in Nordrhein-
Westfalen befördern

Potenzial zur Schwerpunktbildung ist bundesweit vorhanden

Simulation von Vebeto zeigt, was möglich wäre, ohne die Erreichbarkeit zu gefährden

01.1: Internistische Grundversorgung



01.2: Endokrinologie und Diabetologie



01.3: Gastroenterologie



01.4: Nephrologie



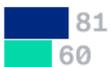
01.5: Pneumologie



01.6: Rheumatologie



07.1: Stammzelltransplantation



07.2: Leukämie und Lymphome



16.3: Ösophaguseingriffe



16.4: Pankreaseingriffe



16.5: Tiefe Rektumeingriffe



17.1: Augenheilkunde



18.1: Haut- und Geschlechtskrankheiten



19.1: MKG



20.1: Urologie



21.1: Allgemeine Frauenheilkunde



Potenzial zur Schwerpunktbildung in NRW sogar größer

Simulation von Vebeto zeigt, was möglich wäre, ohne die Erreichbarkeit zu gefährden

01.1: Internistische Grundversorgung



01.2: Endokrinologie und Diabetologie



01.3: Gastroenterologie



01.4: Nephrologie



01.5: Pneumologie



01.6: Rheumatologie



07.1: Stammzelltransplantation



07.2: Leukämie und Lymphome



16.3: Ösophaguseingriffe



16.4: Pankreaseingriffe



16.5: Tiefe Rektumeingriffe



17.1: Augenheilkunde



18.1: Haut- und Geschlechtskrankheiten



19.1: MKG



20.1: Urologie

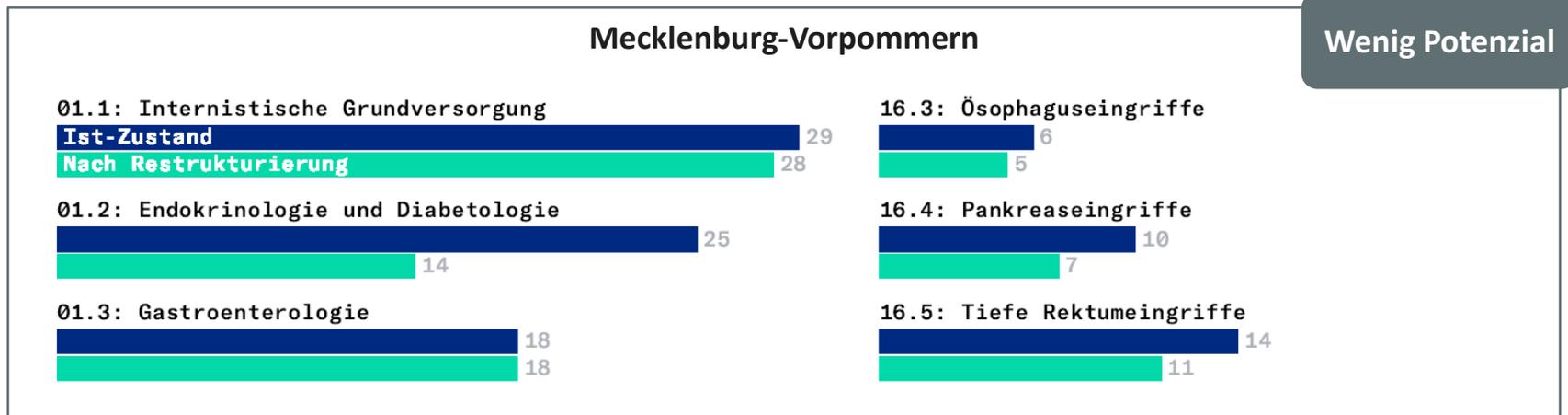
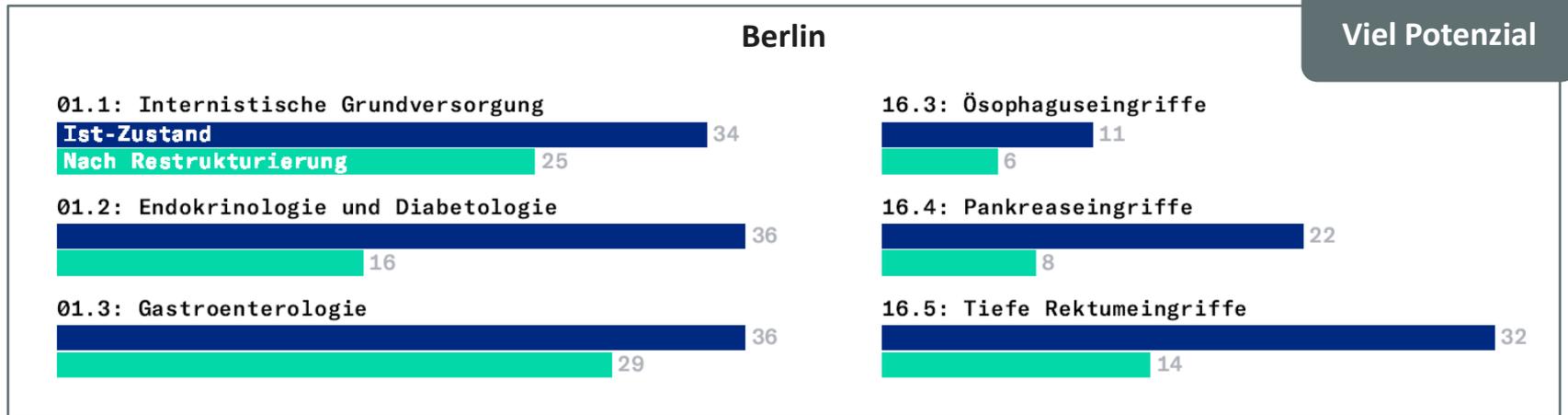


21.1: Allgemeine Frauenheilkunde



Zum Vergleich Berlin und Mecklenburg-Vorpommern

Simulation von Vebeto zeigt, was möglich wäre, ohne die Erreichbarkeit zu gefährden



Ärzteblatt 3.11.23: Noch zu wenig Schwerpunktbildung

Neue Krankenhausplanung NRW

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.



Foto: Photo: ddp/stockphoto.com/Thomas/Photo

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

Eine erste Analyse zeigt, dass im Vergleich zum Ausgangszustand noch keine große Schwerpunktbildung zu erwarten ist

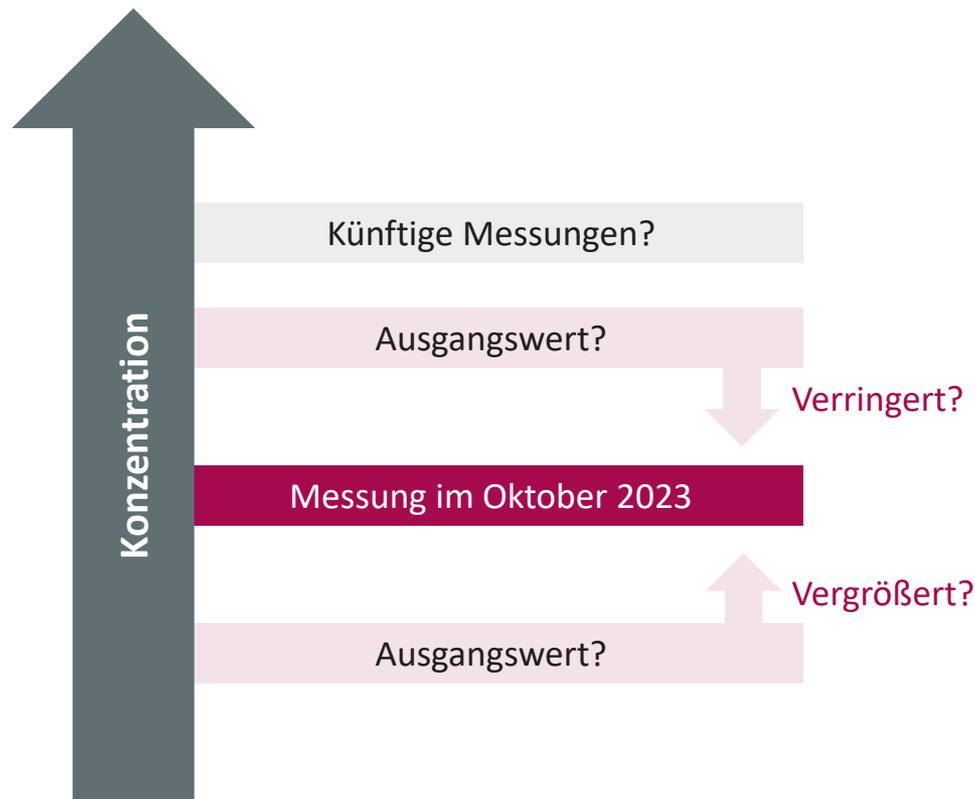
KH-Planung NRW	Anzahl
Konsentierete LG-Standorte (Krankenhäuser und Kassen)	4.455
Konsentierete LG-Standorte mit konsentierter Menge	3.828
Konsentierete LG-Standorte mit Mengendissens	627
Grundsätzlicher Dissens, ob LG vergeben wird	740
Derzeit die Leistung erbringende Standorte (min. 25 Fälle/Jahr)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

Strittig ist, **wie man den Ausgangszustand misst**

Offen ist, welche **Auswahlentscheidungen die Krankenhausplanung** trifft

Strittig: Welche Standorte haben im Ausgangszustand welche Leistungsgruppe? Wie viele Fälle braucht es, um als Leistungsgruppe zu gelten?



Nochmals Papier von Loeser lesen



Agenda



Gründe für eine Krankenhausreform

Wie sollte die Reform aussehen?

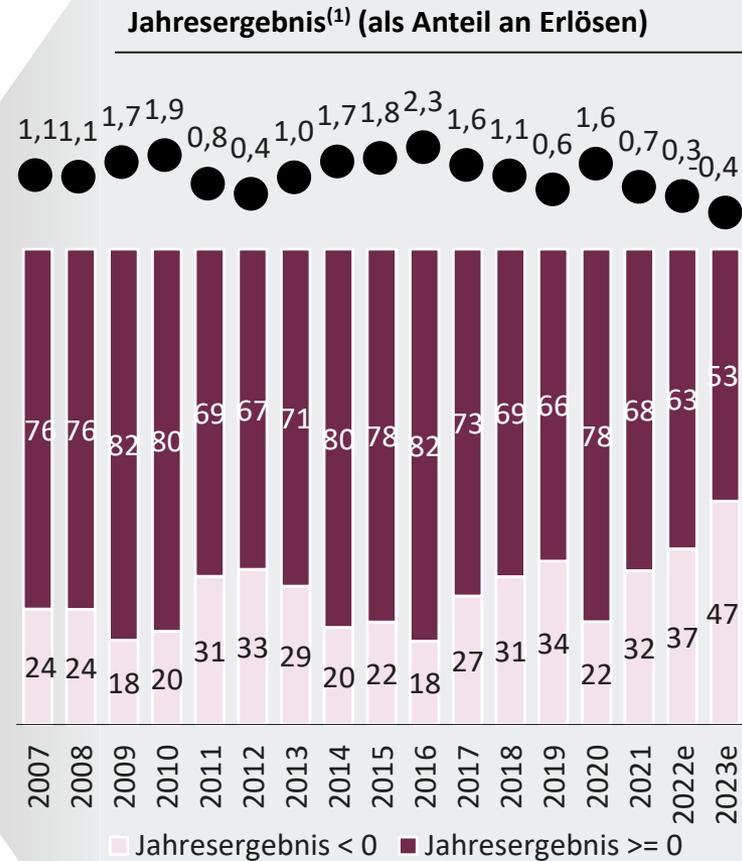
NRW als Vorbild

Diskussion

Halten bis dahin **die „richtigen“ Krankenhäuser** durch?

Wirtschaftliche Lage **besorgniserregend**

Kommt es zuvor zu einer **„kalten“ Strukturbereinigung**, die man später bereut?



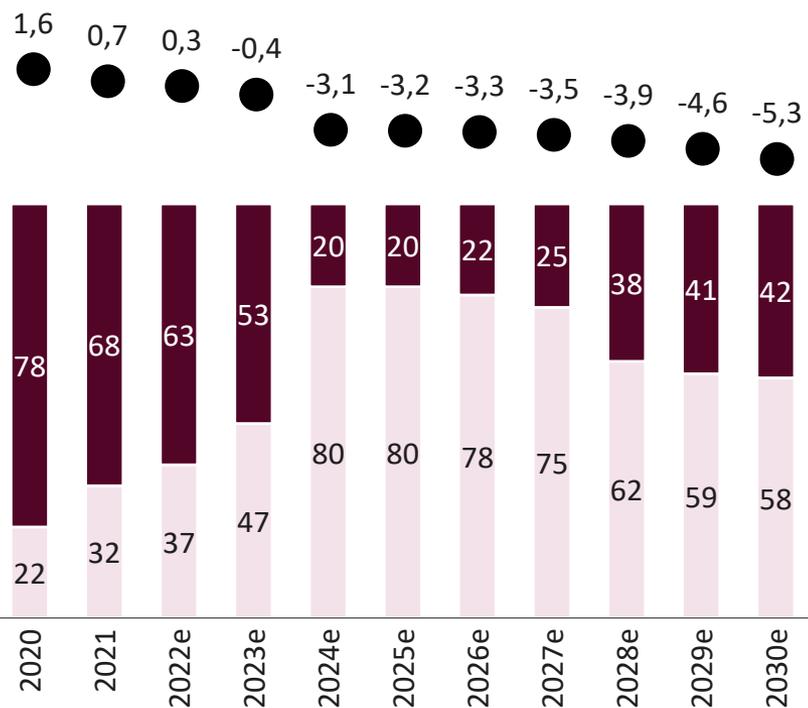
2022 und 2023 sind Hochrechnungen

Krankenhaus Rating Report 2023 (Juni 2023): 4 Mrd. € zur Stabilisierung



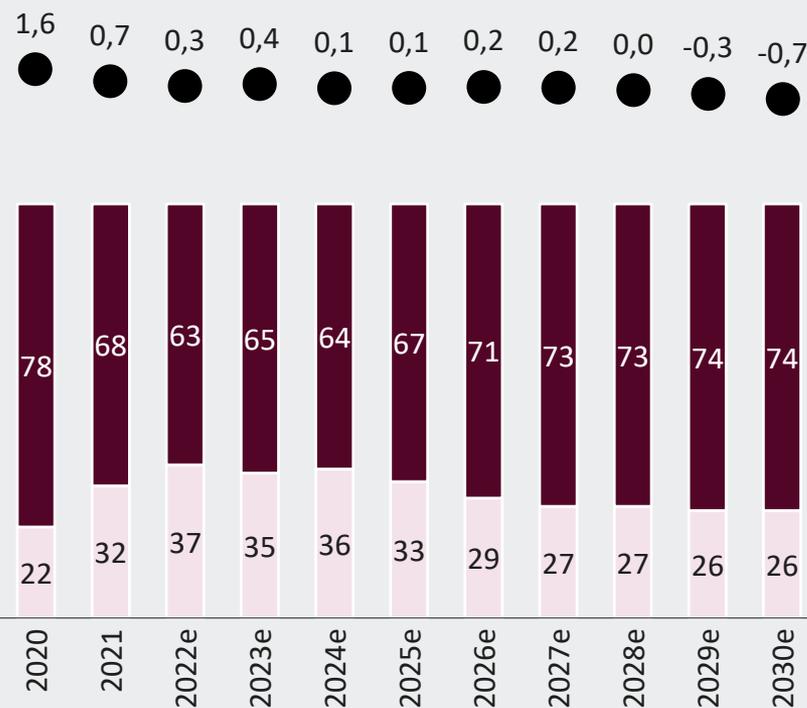
A: Fortschreibung

Jahresergebnis in % der Erlöse



Plus finanzielle Hilfen

Jahresergebnis in % der Erlöse



2023: +1,0 Mrd. €
Ab 2024: + 4,0 Mrd. € p.a.



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Dilemma bei kompletter Schließung der Lücke der Krankenhäuser ohne Anforderungen

Komplette Schließung der Lücke zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser **als Überbrückung, bis Effekte wirken**

(Nach Krankenhaus Rating Report 2023: ab 2024 +4 Mrd. € p.a. zur Erreichung der Lage aus 2019)



Kaum Druck auf die Träger, Veränderungsprozesse anzustoßen



Weniger Struktur-optimierung



Weniger Verbesserung der Systemeffizienz



Dauerhafte Finanzierung von **nicht benötigten Kapazitäten**

Kommunale Krankenhäuser weisen signifikant bessere wirtschaftliche Lage auf, wenn ihr Träger sie nicht so stark unterstützen kann



Multivariate Regressionsanalyse
(viele Einflussfaktoren simultan berücksichtigt)

Datenbasis: Jahresabschlüsse 2007 bis 2021

Differenzierung nach „reichen“ Kreisen (mit hohem Steueraufkommen) und „ärmeren“ Kreisen (mit geringem Steueraufkommen)

Ergebnis: **Kommunale Krankenhäuser in „ärmeren“ Kreisen weisen ein signifikant besseres Jahresergebnis auf** als solche in „reichen“ Kreisen

Differenz im Jahresergebnis: rd. 2%-Punkte

Finanzieller Druck erhöht Veränderungsbereitschaft von Krankenhausträgern

Politisch flankierende Maßnahmen

Zusätzliche Mittel an Verbesserung der Systemeffizienz koppeln = Hilfe zur Selbsthilfe

Betriebskosten zum Durchhalten (Beispielhafte Überlegung und Abschätzung)

„Kalte“ Strukturbereinigung vermeiden durch Hilfsfonds für versorgungsnotwendige Häuser <i>(Definition der Versorgungsnotwendigkeit nötig)</i>	Ca. 1 Mrd. €
Erhöhung der Investitionsfördermittel der Länder , um Kapitalkosten der Krankenhäuser zu mindern	Ca. 2 Mrd. €
LBFW stärker erhöhen	Ca. 1 Mrd. €
<i>Keine vollständige Schließung der Lücke, um nicht Druck zu Veränderungen zu nehmen</i>	

Transformationskosten zur Zielbildgestaltung

- Optimierung der **Krankenhausstruktur**
- Bau von Zentralkliniken
 - Schaffung von Schwerpunkten
 - Umwandlung von Standorten
 - Schließungen
 - Schaffung ambulanter Infrastruktur am Krankenhaus
- Investitionsmittel**
- Bis zu 50 Mrd. € nötig
 - Rd. 4 Mrd. € p.a. für ca. zehn Jahre

Förderung alternativer Angebote für umge- wandelte Standorte

Level 1i Klinik
Ambulant-stationäre Gesundheitszentren
MVZ, medizinisch-pflegerische Versorgungszentren

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 Krankenhausplanungsbehörden. 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.

Kompromissmöglichkeiten bestehen

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 zwei Jahren die Mindestanforderungen an LG z.B. mangels Fachkräfteakquise nicht erfüllt werden kann, obwohl Sicherstellungszuschlag gewährt wird? Neue (sektorenübergreifende) Versorgungsmodelle?
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 sektorenübergreifenden Versorgung	Option: Level 1i sollte mehr Flexibilität beinhalten
7. Keine bürokratische Entlastung	Option: Budgetansatz für Level 1i und zusätzlich Bürokratieentlastungsmaßnahmen (Arbeitsgruppe in der RegKo)