

Krankenhausreform auf dem Prüfstand

Biersdorfer Krankenhausgespräche
14. September 2023

Matthias Mohrmann
AOK Rheinland/Hamburg

1. **Stand des deutschen Gesundheitssystems**
2. Blaupause NRW: Krankenhausplan 2022
3. Die Reform auf der Bundesebene

Deutsches Gesundheitssystem extrem produktiv. Aber bei was?

Hospital discharges 2020 OECD

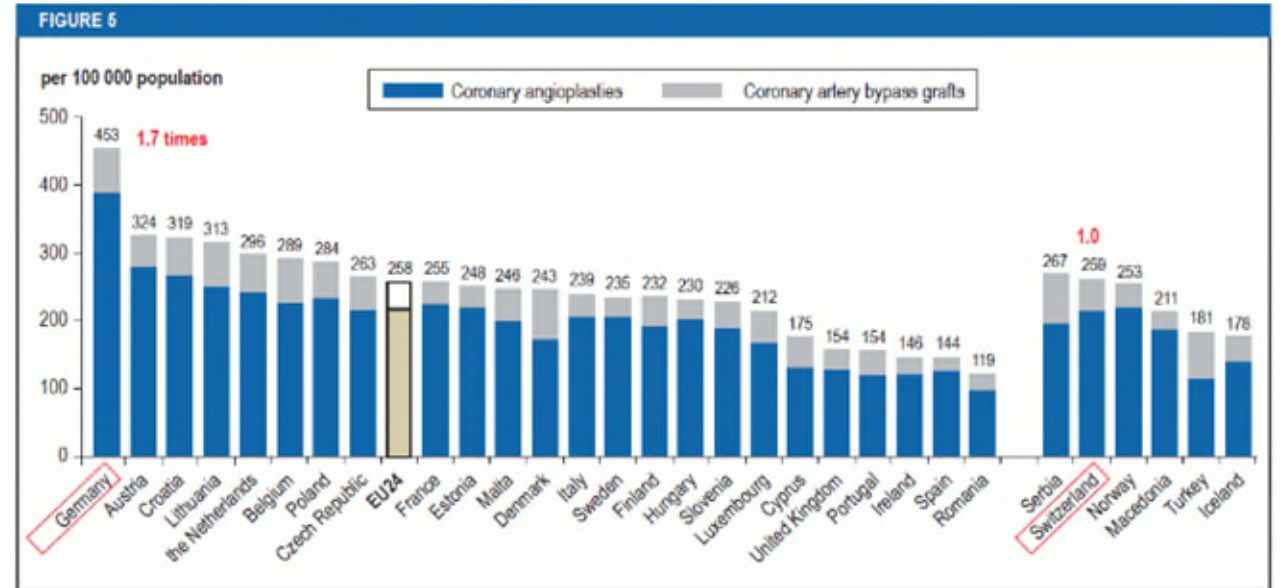
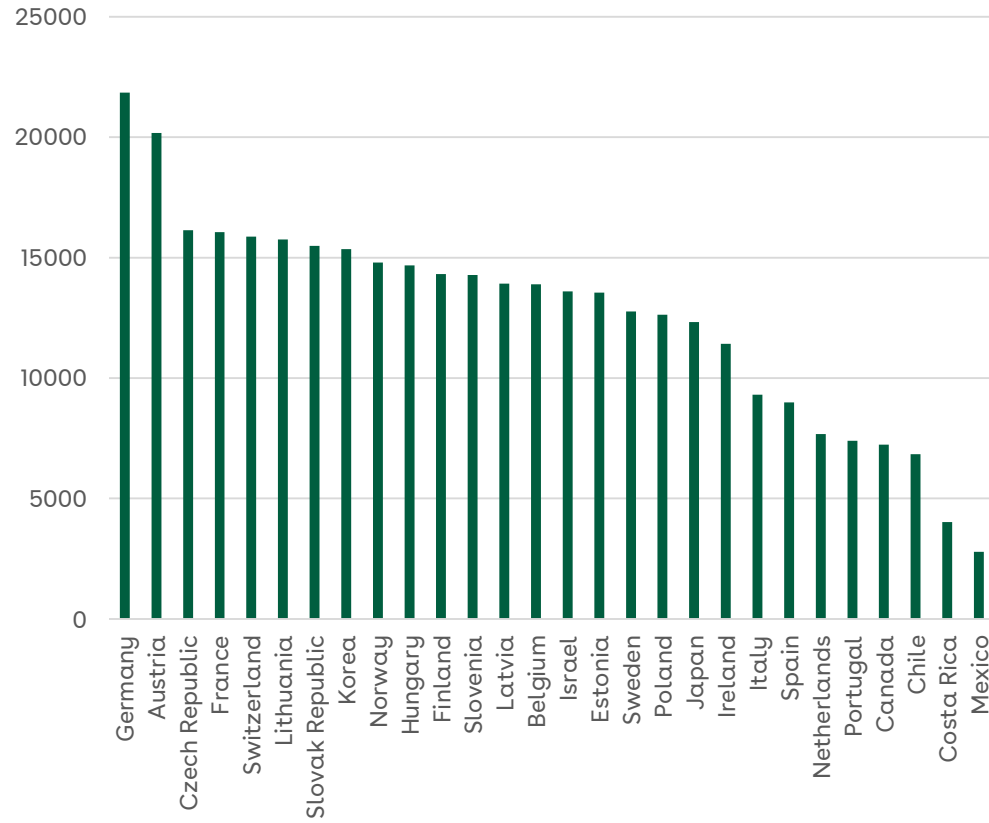


FIGURE 6
per 100 000 population
The number of coronary angioplasties and coronary artery bypass graft operations per 100 000 population in countries across Europe, 2014. Germany had the highest number of percutaneous coronary interventions (PCI) per capita, approximately 70% more than Switzerland, a neighboring, mostly German-speaking country. (Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database); EU24, mean of 24 countries in the European Union.

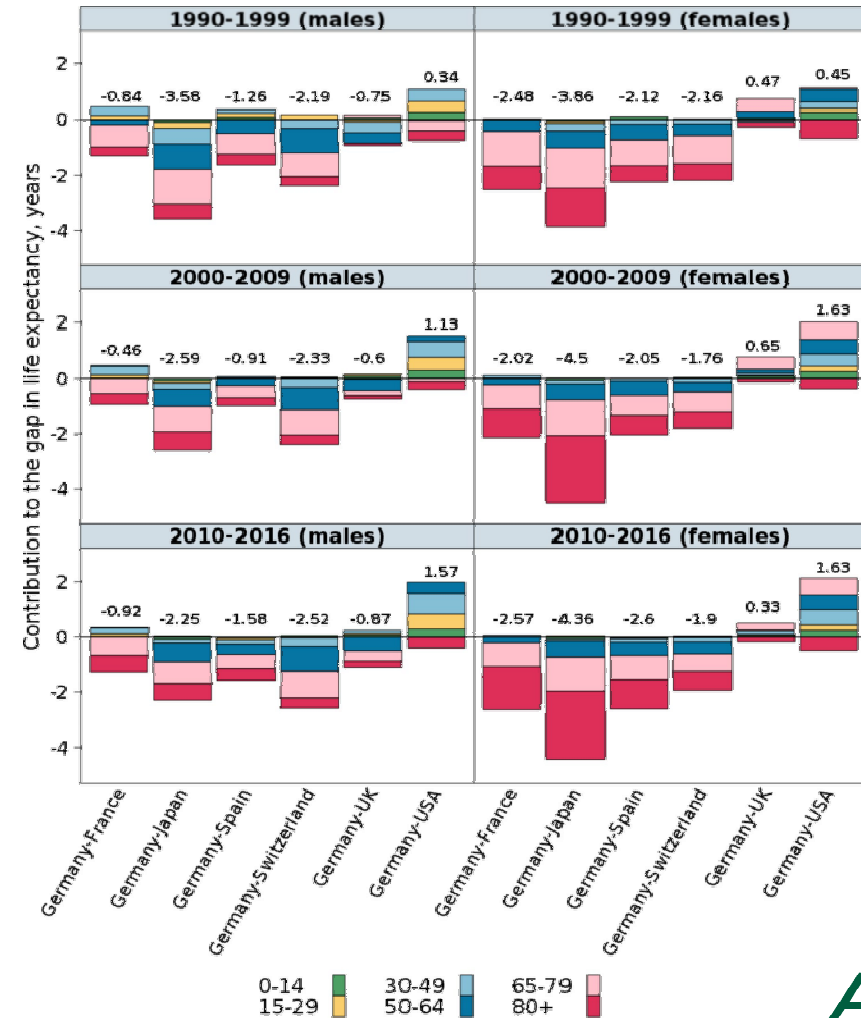
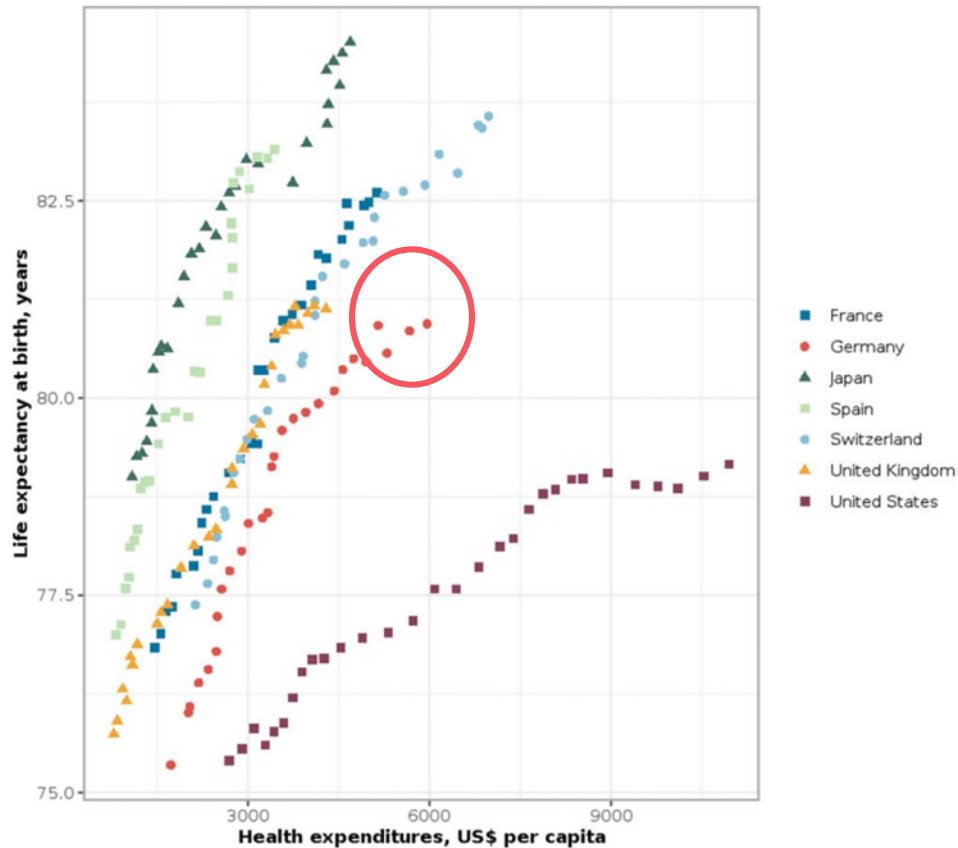
Effizienz beschreibt das Verhältnis zwischen eingesetzten Mitteln und erreichtem Erfolg

ESSAY | [Open Access](#) | Published: 25 April 2023

The underwhelming German life expectancy

[Domantas Jasilionis](#) | [Alyson A. van Raalte](#), [Sebastian Klüsener](#) & [Pavel Grigoriev](#)

European Journal of Epidemiology (2023) | [Cite this article](#)



Das Gesundheitswesen wird seit Jahren kaputtgespart?

← Tweet



Bildungs- und Gesundheitswesen, beides wird seit Jahren kaputtgespart. Es hat Spaß gemacht @blume_bob

KINDERGESUNDHEIT

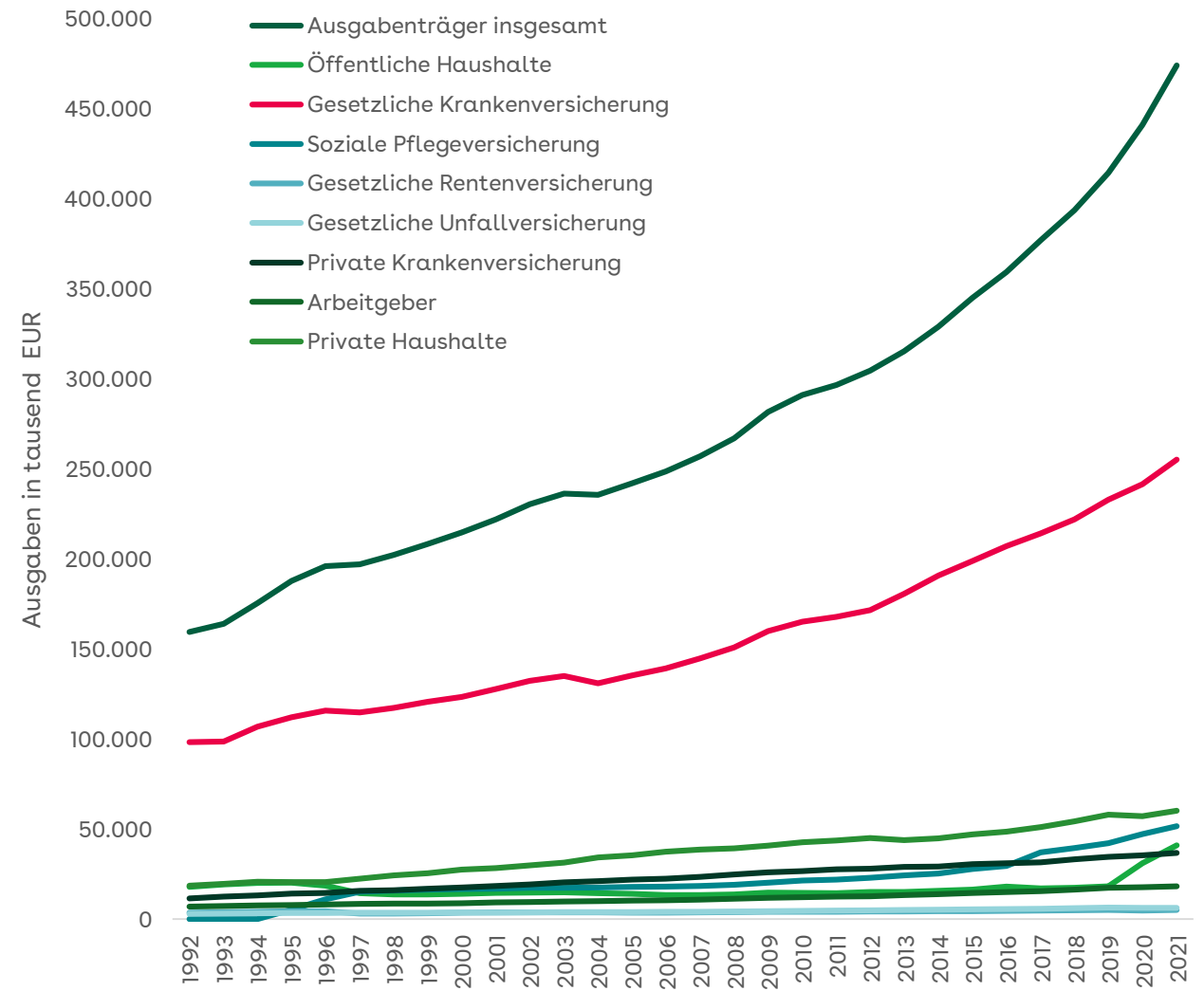
Kaputt gespart: Ärzte warnen vor Kollaps der Kinderkliniken

Aktualisiert: 31.05.2022, 22:00 | Lesedauer: 8 Minuten
Julia Emmrich

Intensivpflegerin: "Die deutschen Krankenhäuser wurden kaputt gespart"

Die Anfänge der Coronakrise haben auch unser Nachbarland Deutschland erreicht und Krankenhäuser und Personal bereiten sich auf den vielzitierten Peak vor. Anna-Maria M., Berliner Intensivschwester spricht mit uns über das, was in den nächsten Wochen auf sie und das deutsche Gesundheitssystem zukommt. Von Larissa Eberhardt

Ärztepräsident verlangt schonungslose Krisenanalyse – vieles „kaputtgespart“



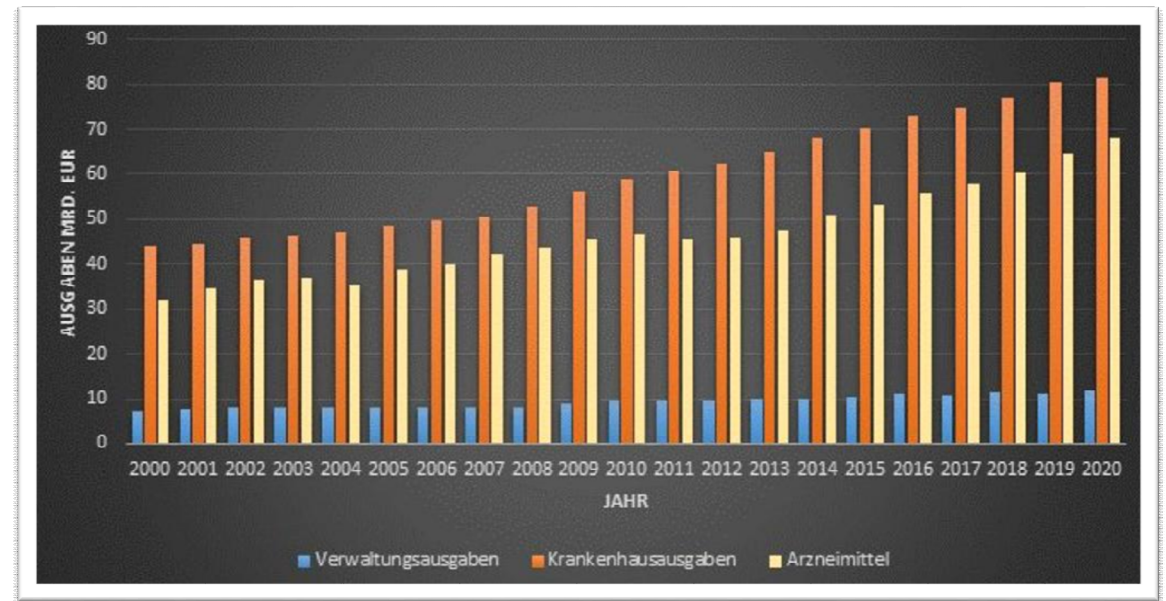
Ganz schlimm: So viele Glaspaläste und so viele Vorstände!

Und wenn argumentativ gar nichts mehr geht: Einfach Reduktion der Anzahl der Krankenkassen fordern!

Populismus



Realität



Krankenhausfinanzierung in Deutschland – Scheitern mit Ansage

1 Irrweg der Wettbewerbshörigkeit

Leitsatz
 „Der Wettbewerb wird von selbst für gute Versorgungsstrukturen sorgen. Invisible hand rules!“

- Meilensteine**
- GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000)
 - Einführung der Fallpauschalen (2003)
 - SVR-Gutachten 2008
 - Reduktion auf Rahmenplanung

2000 bis 2013

2 Irrweg der Qualitätseuphorie

Leitsatz
 „Qualität ist umfassend messbar und ein gutes Steuerungsinstrument“

- Meilensteine**
- Koalitionsvertrag 2013
 - Bund-Länder-AG 2014
 - KHSG (2015) mit Perlen wie PlanQI und Qualitätsabschlägen

2013 bis 2017

3 Irrweg des Personaldirigismus

Leitsatz
 „Überall Managementversagen in den Kliniken! Ressourceneinsatz detailliert vorschreiben!“

- Meilensteine**
- QFR-RL
 - PpUG und Pflegequotient
 - Pflegeausgliederung
 - PPP-RL

2017 bis 2020

4 Irrweg des Garantiebudgets

Leitsatz
 „Nehmt das viele Geld, aber haltet bloß Ruhe! Auf jedes Bett kommt es an (auch nach April 2020).“

- Meilensteine**
- COVID-Entlastungsgesetz
 - Corona-Ausgleichsvereinbarung

2020 bis 2022

5 Irrweg des Zentralismus?

Leitsatz
 „Sowohl auf der Orts- als auch auf der Landesebene sind alle unfähig. Handlungsspielraum dort durch zentrale Vorgaben minimieren!“

- Meilensteine**
- Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (2022)
 - 3. Empfehlung der Regierungskommission (2022)
 - Eckpunkte 10. Juli 2023

2022 bis ...

Zwischenfazit

Das deutsche Gesundheitssystem ist hervorragend konzipiert

- Niederschwelliger Zugang
- Extreme Finanzkraft
- Hohe Versorgungskapazitäten
- Umfassender Leistungsanspruch

Umgesetzt wurde das durch das Sachleistungsprinzip, in dem die Patientinnen und Patienten für die Behandlung **nicht selber bezahlen** und inhaltlich der **Anbieter über die Leistung entscheidet**.

Über dieses Prinzip wurde ein Vergütungssystem gestülpt, dass die **Grenzgewinne mit jeder zusätzlichen (Einzel-)Leistung steigert**. Systemcrash absehbar seit mindestens 2010.

Bisherige Korrekturversuche (Fixkostendegressionsabschlag, Pflegebudget) scheiterten am extrem **schwachen Gestaltungswillen** von Gesetzgeber und Selbstverwaltung.

Die Lösung im aktuellen Reformansatz ist die **Vorhaltefinanzierung**. Diese muss wirkungsstark und bedarfsorientiert konzipiert werden!

1. Stand des deutschen Gesundheitssystems
- 2. Blaupause NRW: Krankenhausplan 2022**
3. Die Reform auf der Bundesebene

Von der Makulatur zur Blaupause in zwei Wochen

Bundespolitische Auswirkungen auf und durch die Krankenhausplanung NRW

MEDIZIN

Krankenhausreform: Lauterbach hält NRW-Pläne für Makulatur **WAZ+**



07.03.2023, 11:06 | Lesedauer: 2 Minuten
Tobias Blasius



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD, rechts) und Oppositionsführer Thomas Kutschky zerplückten am Dienstag in der Düsseldorfer Landespressekonferenz die landeseigenen Reformpläne für eine neue Krankenhauslandschaft. Weniger Operationen und mehr Behandlungsqualität sollen anders erreicht werden.

Foto: Foto

Krankenhausreform

Lauterbach macht NRW zur Blaupause

Krankenhausplanung 23.03.2023



Das heutige Bund-Länder-Treffen zur Krankenhausreform sorgte zwar nicht für zählbare Ergebnisse, aber dennoch für einen Paukenschlag. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach erklärte, dass er sich mit seiner Reform stärker am [Planungsmodell in Nordrhein-Westfalen \(NRW\)](#) orientieren will. Das ist insofern besonders interessant, da der Minister [vor zwei Wochen noch laute Kritik](#) am NRW-Modell geäußert hatte.

Grundsätzlich drei Optionen der Planung

Laissez faire

- Hyperwettbewerb
- kalter Strukturwandel
- Privatisierungswelle
- strukturelles Überangebot

Aktive Bundesplanung

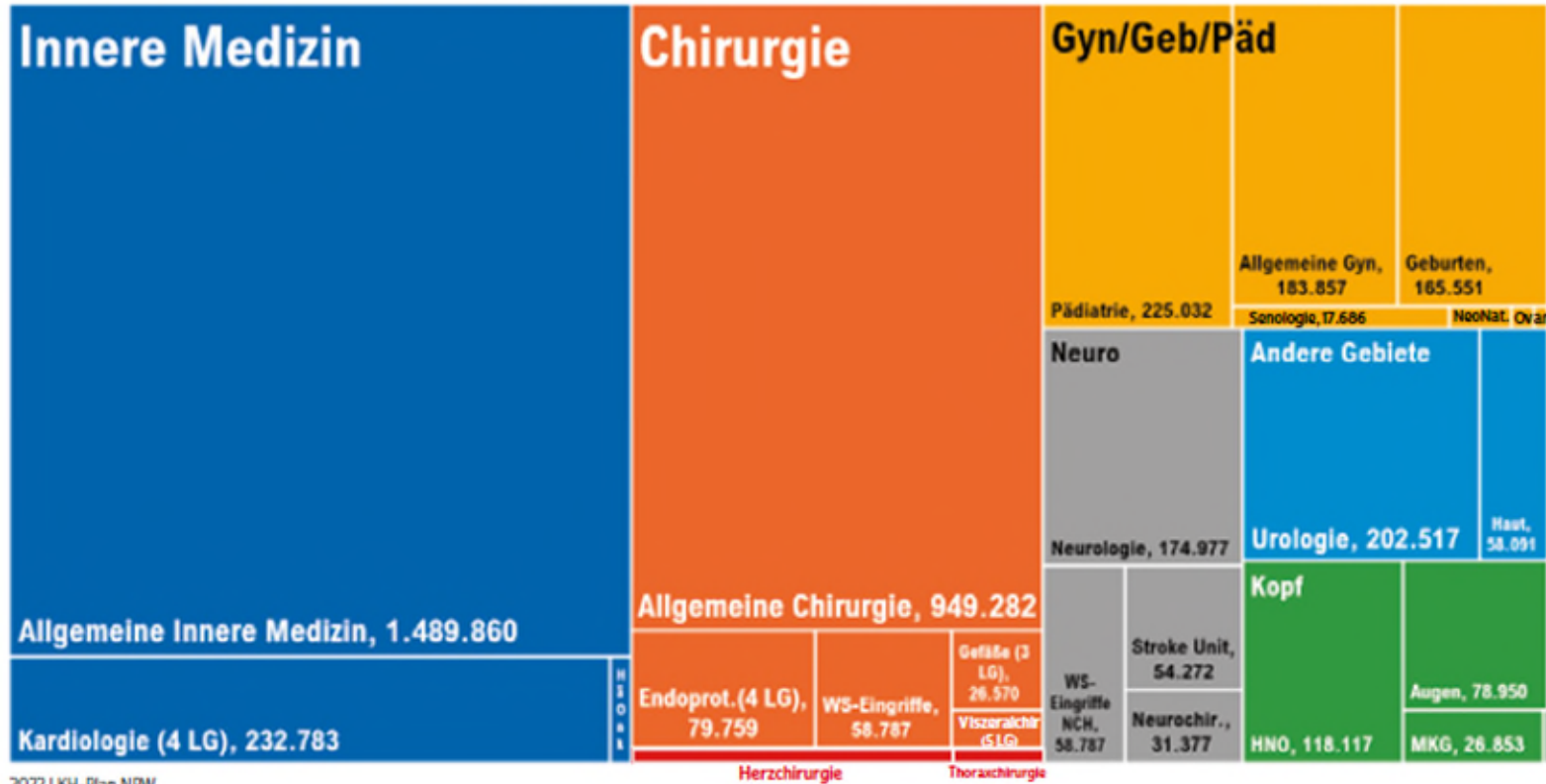
- arbiträre Effekte in den Regionen
- keine Bedarfsorientierung
- Ressourcenverschwendung
- unflexibel

Aktive Landesplanung

- bedarfsgerecht
- ressourcenschonend
- konfliktär und schwer durchzusetzen. Gefahr des Abgleitens in „Laissez faire“

NRW-Modell ist zweistufig und bewusst sparsam konzipiert

Verteilung IST-Leistungen NRW 2019 nach NRW-Leistungsgruppen



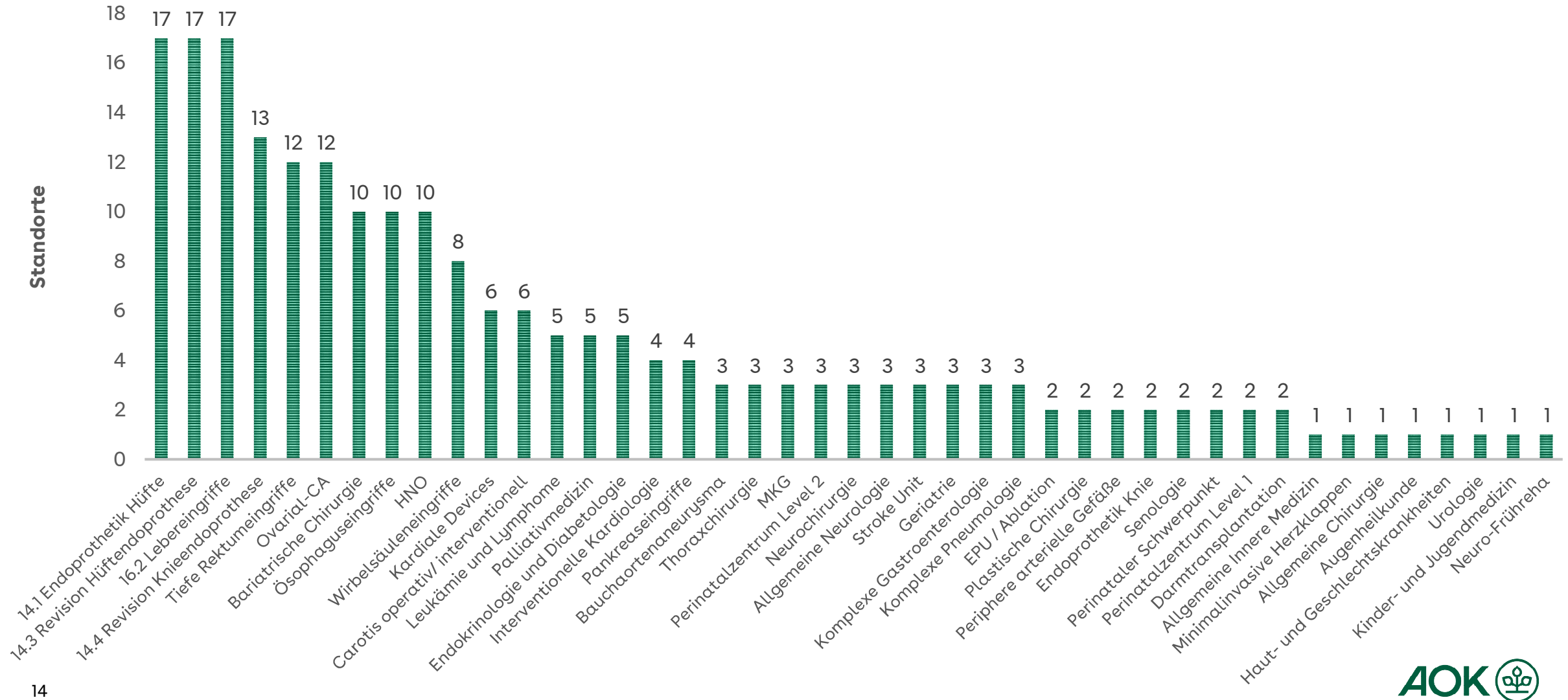
2022 | KH-Plan NRW

Roeder N., Das Krankenhaus 5/23

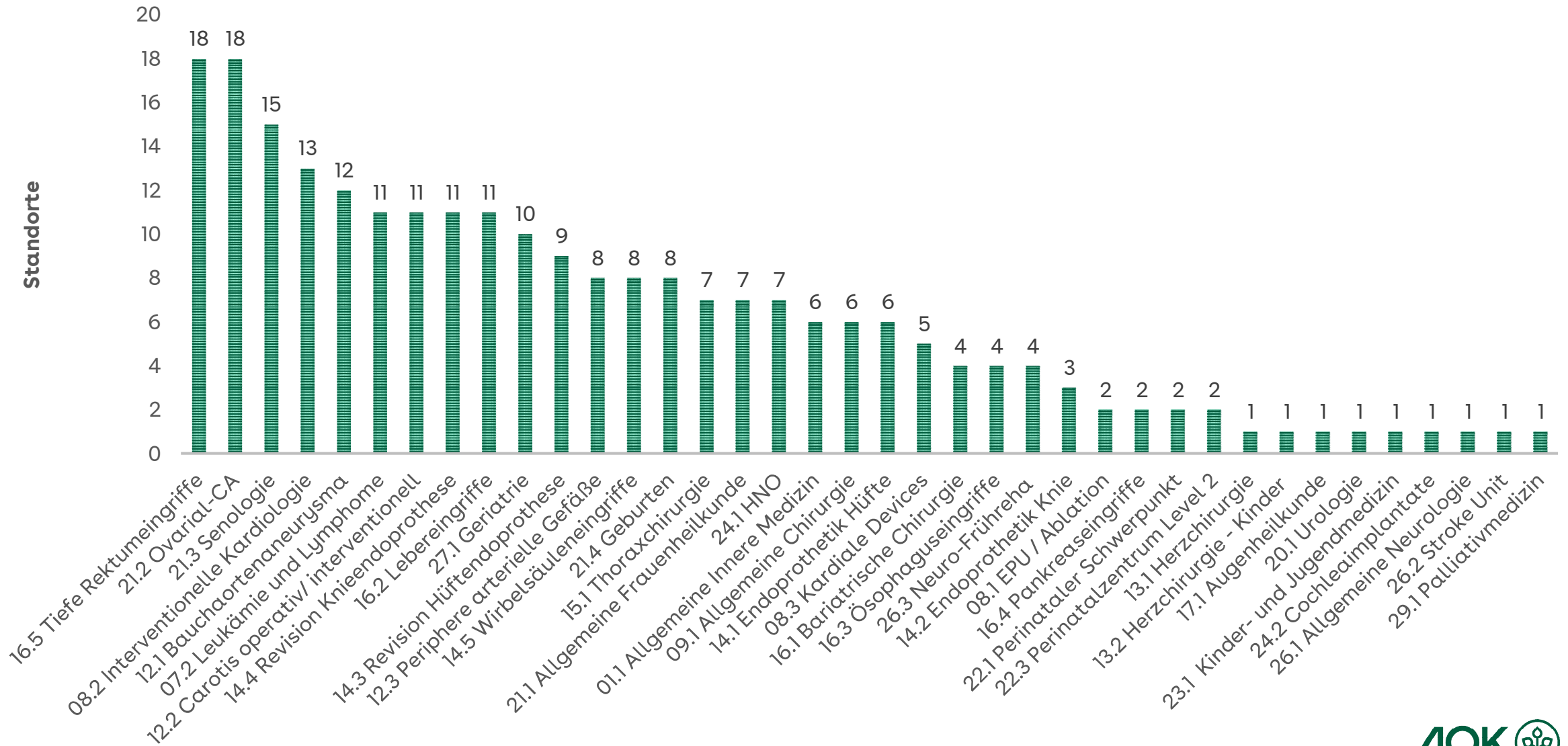
Vergleich der Planungstiefe in NRW vorher und nachher

Gebiet nach FB vom 26.03.2021		
Augenheilkunde	→	LG 17.1 Augenheilkunde RB
Chirurgie	→	LG 9.1 Allgemeine Chirurgie Kreis
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	→	LG 10.1 Kinder- und Jugendchirurgie RB
HNO	→	LG 11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie RB
Haut- und Geschlechtskrankheiten	→	LG 12.1 Bauchaortenaneurysma VG
Innere Medizin	→	LG 12.2 Carotis operativ / interventionell VG
Kinder- und Jugendmedizin	→	LG 12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße VG
Neurochirurgie	→	LG 14.1 Endoprothetik Hüfte VG
Neurologie	→	LG 14.2 Endoprothetik Knie VG
Nuklearmedizin	→	LG 14.3 Revision Hüftendoprothese RB
Strahlentherapie	→	LG 14.4 Revision Knieendoprothese RB
Urologie	→	LG 14.5 Wirbelsäuleneingriffe VG
Besondere Angebote	→	LG 15.1 Thoraxchirurgie RB
Herzchirurgie	→	LG 16.1 Bariatrische Chirurgie RB
Palliativmedizin	→	LG 16.2 Lebereingriffe RB
Stroke Unit	→	LG 16.3 Ösophaguseingriffe RB
Besondere Leistungsangebote	→	LG 16.4 Pankreaseingriffe RB
Perinatalzentrum Level 1	→	LG 16.4 Tiefe Rektumeingriffe RB
Transplantationszentrum – Herz / Lunge	→	LG 30.2 Herztransplantation Landesteil
Transplantationszentrum – Leber	→	LG 30.4 Lungentransplantation Landesteil
Transplantationszentrum – Nieren / Pankreas		
Transplantationszentrum – Darm		

Konsentierete Antragsablehnungen in Nordrhein

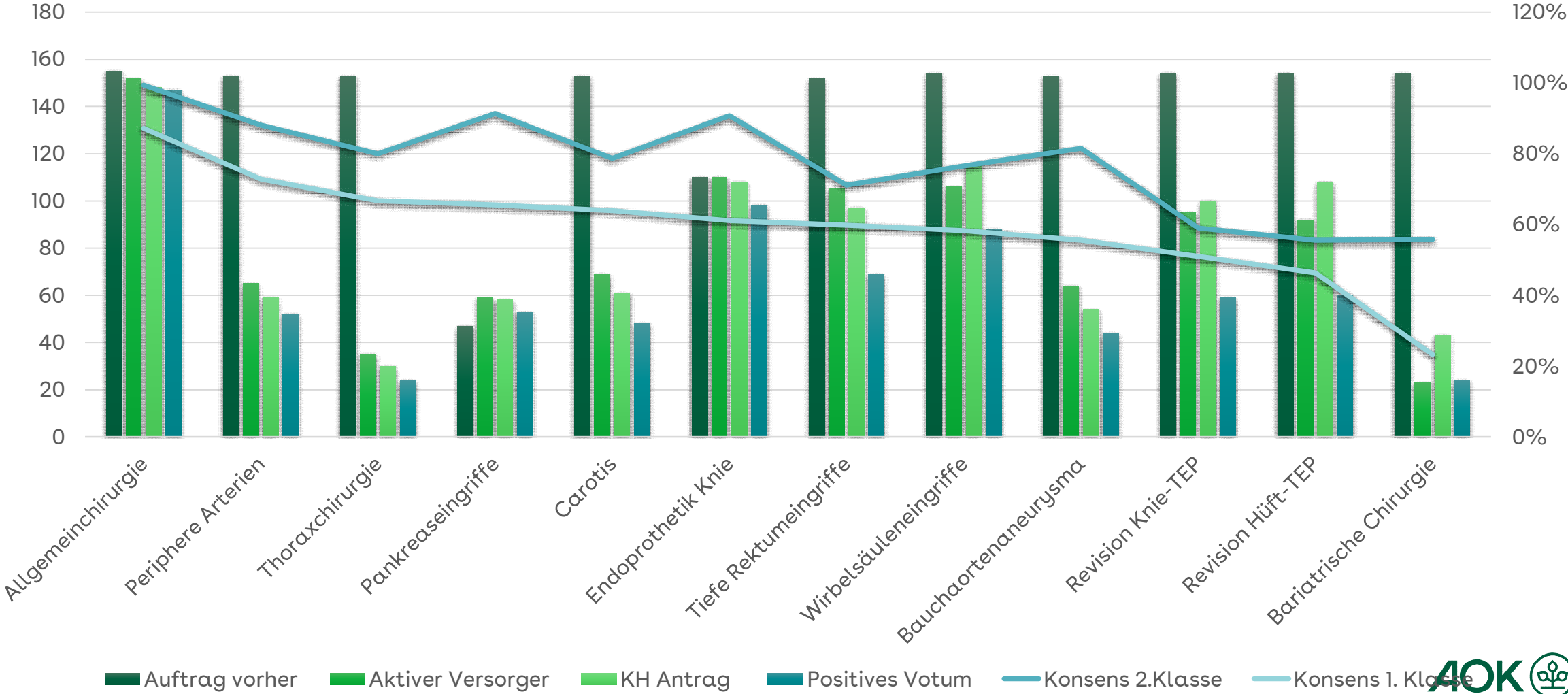


Antragsverzicht von Versorgern



Ergebnisse operative Leistungsgruppen

Zwischenergebnisse Nordrhein



Zwischenfazit

Die Krankenhausplanung NRW ist eine

- zweistufige Planungssystematik mit einer
- Steuerung über Indikatorleistungen.

Das sind nur zwölf Wörter, aber das Konzept hat in Berlin offensichtlich immer noch keiner verstanden. Das beinhaltet Krankenkassenvertreter.

Die Systematik funktioniert und führt im Konsens zu einer Strukturmodernisierung.

Die Umsetzung kommt aber auch in NRW deutlich zu spät, um die finanziellen Nachwehen der präpandemischen Mengenexzesse für die Kliniken abzumildern. Wir planen also derzeit in die Insolvenzwehle hinein.

1. Stand des deutschen Gesundheitssystems
2. Blaupause NRW: Krankenhausplan 2022
- 3. Die Reform auf der Bundesebene**

Bundesreform in wenigen Worten

Vorhaben

1. Kernreform

- a) Vorhaltefinanzierung
- b) Differenzierte Planung nach Leistungsgruppen
- c) Level Ii

2. Kollateralschaden der Reform

Krankenhaustransparenzgesetz

Unsere Einschätzung





wichtig

wichtig

Fremdkörper, gerne später

Nebelkerze

Ausgestaltungsoptionen der Vorhaltefinanzierung

Herausforderung		Optionen		
	1 Mittelherkunft	Pauschal ausgegliedert aus DRGs	Kalkulatorisch ausgegliedert aus DRGs	Abgeleitet aus den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen
	2 Gesamtauszahlungsbetrag	Pro Bundesland gedeckelt	Partiell ungedeckt (Koordinierung)	Ungedeckelt mit Gießkannenhilfe
	3 Verteilung unter den Kliniken	Anhand Planungsentscheidung des Landes	Anhand der Fallzahlgruppe	Anhand der Fälle
	4 Abzahlung	Aus Fonds, Einzahlung bei Inanspruchnahme	Aus Fonds, Einzahlung nach Köpfen	Krankenhausrechnung

zweckmäßige Ausgestaltung  ungeeignete Ausgestaltung

Fortschreibung des Vorhaltebudgets noch gar nicht diskutiert – ist aber erfolgskritisch



1. Verlagerung von Leistungen innerhalb eines Bundeslandes (intendierte Zentralisierung)
2. Verlagerung von Leistungen über die Grenzen von Bundesländern hinweg (intendierte Zentralisierung)
3. Veränderung des Bedarfs innerhalb eines Bundeslandes durch Zuwanderung aus oder Abwanderung in andere Bundesländer
4. Veränderung des Bedarfs durch Zuwanderung aus dem Ausland
5. Shift des Versorgungsbedarfs in andere Leistungsgruppen

Debatte um Vorhaltefinanzierung wird dominiert von Lobbyismus, nicht durch tragfähige Ideen

OBERENDER



Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankenhaussektors

Policy Paper im Auftrag des PKV-Verbandes



AUSZAHLUNG DES ZUKÜNFTIGEN VORHALTEBUDGETS

Krankenhausreform: Positionen des BKK Dach- verbandes zur sachgerech- ten Auszahlung des zukünf- tigen Vorhaltebudgets

vom 21.08.2023

Die Position der TK



Finanzierung der Vorhaltekosten:
Worauf kommt es an?

Ergänzende Leistungsgruppen

Die vier neuen Leistungsgruppen (spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Pädiatrie, Infektiologie, spezielle Traumatologie) sind durch Lobbyinteressen in die „Eckpunkte“ gerutscht.

Sie ergeben planerisch überhaupt keinen Mehrwert.

Ziel ist also, diese Gruppen so zu spezifizieren, dass das System weiter funktioniert.

MAGS NRW hat einen entsprechenden Vorschlag für alle vier LG in die Diskussion auf der Bundesebene eingebracht. Dieser ist im Rahmen der Möglichkeiten sehr zweckmäßig und mit den Verbänden in NRW konsentiert.

Unklar ist, was mit der im Krankenhaustransparenzgesetz noch enthaltenen Leistungsgruppe Notfallmedizin passiert, die in der Kategorie Sinnlosigkeit nochmal in einer eigenen Liga spielt.

Phrasenzöpfe, die abgeschnitten werden müssen

Alt

Wir brauchen planungsrelevante Qualitätsindikatoren (einstufige Planung)

Wir brauchen eine leistungsgerechte Vergütung

Es geht um die faire Abbildung von bestehenden Kostenstrukturen

Volkswirte, wehrt Euch! Der Terminus „Entökonomisierung“ ist doch Käse! Wir brauchen mehr Ökonomie!

Neu

Wir brauchen eine qualitätsrelevante Krankenhausplanung
Bedeutet zweistufiges Planungsverfahren nach Leistungsgruppen

....nur dann, wenn sich die Leistung am Bedarf orientiert
Bedeutet Harmonisierung von Krankenhausplanung und -finanzierung

Es geht um die Abbildung der Kosten bedarfsgerechter Zielstrukturen
Bedeutet Kopplung der Vorhaltefinanzierung an Planungsentscheidungen, nicht an IST-Fallzahlen

Es geht um die Entökonomisierung des Outputs, nicht um die Aufhebung des ökonomischen Prinzips

Bedeutet: **Bedarfsgerechte Versorgungsentscheidungen müssen für die Kliniken ökonomisch rational sein**

Positionen der AOK RH zur Krankenhausreform

- Umgesetzt werden muss ein **zweistufiger Planungsprozess** auf der Basis von Indikatorleistungen (nur das ist NRW, einstufig wäre GBA-light)
- Die **Vorhaltefinanzierung muss an die Planungsentscheidungen der Länder gekoppelt** werden, z.B. anteiliger Versorgungsauftrag oder Bevölkerungsbezug. Fallzahlkorridore oder jeder andere Bezug zu IST-Leistungen sind abzulehnen.
- Bei der **Fortschreibung der Vorhaltefinanzierung** werden die entscheidenden Verlagerungsfaktoren bedarfsgerecht berücksichtigt.
- Die Abzahlung der Vorhaltung darf **nicht an die Leistungsfinanzierung gekoppelt** werden, um Bürokratie zu minimieren und leistungsunabhängige Zahlungsströme zu gewährleisten.
- Das Finanzierungssystem muss im Zuge der Einführung der Vorhaltung von sämtlichem **unnötigen Budgetballast bereinigt** werden, z.B. Fixkostendegressionsabschlag, Zentrumszuschlag, Sicherstellungszuschlag, Sachkostenabsenkung, Absenkung ökonomisch motiviert gesteigerter Leistungen etc.