

Zu kurz gesprungen?

Was bringt die Reform und wie sind die Erfahrungen in NRW aus Sicht der Krankenkassen

Biersdorfer Krankenhausgespräche



Die aktuelle Ausgangslage

Rahmenbedingungen für die Gesundheitspolitik

Finanzgrundlagen der Sozialversicherung

Notwendigkeit einer Reform in der Krankenhausversorgung

Politische Rahmenbedingungen in der Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitischer Status quo

- Während Coronapandemie besaß Gesundheit maximale öffentliche und politische Aufmerksamkeit mit Blick auf Leistungsfähigkeit der Strukturen
- Seit Anfang 2022 verdrängen Themen der Außen-, Verteidigungs-, Wirtschafts- und Klimapolitik den Fokus auf Gesundheitspolitik
- Verbindlichkeit des Koalitionsvertrags wird in Frage gestellt
- Druck zur Umsetzung komplexer Strukturreformen ist hoch

Konsequenzen für die gesundheitspolitische Agenda

- Verteilungskampf bei Haushaltsmitteln zwischen den Ressorts wird verschärft
- Gesundheitspolitische Themen spielen bei der gesamtpolitischen Prioritätensetzung und Verteilung von Haushaltsmitteln eine untergeordnete Rolle
- Mit zusätzlichen Haushaltsmitteln ist daher nicht zu rechnen, sodass Reformvorhaben mit Finanzmitteln des Systems gelöst werden müssen

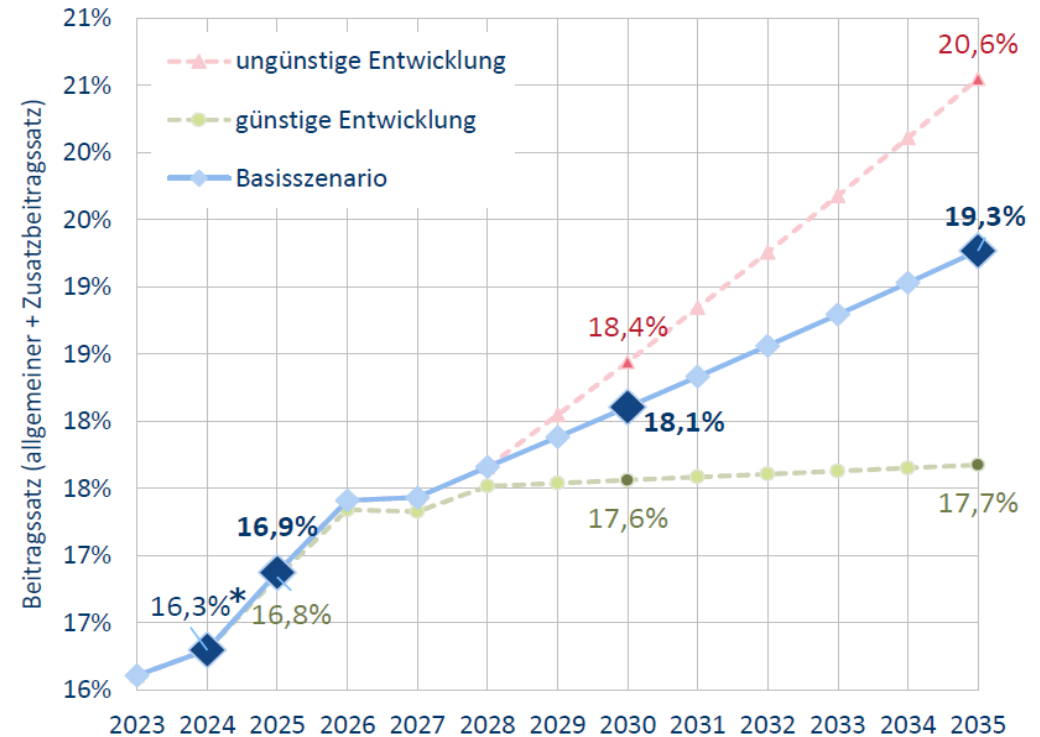
Ursprüngliche Ziele: Stabilität in Zeiten der Krise vermitteln; Beitragssätze müssen mit Blick auf Wirtschaft stabilisiert werden

Priorisierung der Reformvorhaben

Der ausgabendeckende Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung steigt je nach Szenario bis 2035 auf bis zu 20,6% an

Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung – Projektion bis 2035 des IGES-Instituts

beitragsatzrelevante Einflussfaktoren	günstiges Szenario	Basis-szenario	ungünstiges Szenario
Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 2029 (Ø p.a. je Mitglied) ¹	+4,0%	+3,0%	+2,0%
Entwicklung der Leistungsausgaben ab 2026 (Ø p.a.) ²	+4,0%	+4,2%	+4,2%
Ausgabeneffekte der Krankenhausreform (KHVVG)	<ul style="list-style-type: none"> • Transformationsfonds: +2,5 Mrd. € p.a. • Tarifierfinanzierung, Förderung Sonderbereiche 2024-2025: +0,7 Mrd. € • ab 2030 per Saldo Minderausgaben wegen erwarteter Effizienzgewinne 		



1 = Zeitraum bis 2028 bpE-Entwicklung gemäß mittelfristiger Finanzplanung für den Bundeshaushalt (BMF) für alle Szenarien

2 = im Zeitraum 2024-2025 Annahme überdurchschnittlicher Ausgabenzuwächse (Ø +5,5% p.a.)

* = für 2024 mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz gem. §242a SGB V (nicht ausgabendeckend)

Quelle: Darstellung und Daten = Präsentation des IGES Institut vom 25.06.2024, www.iges.com

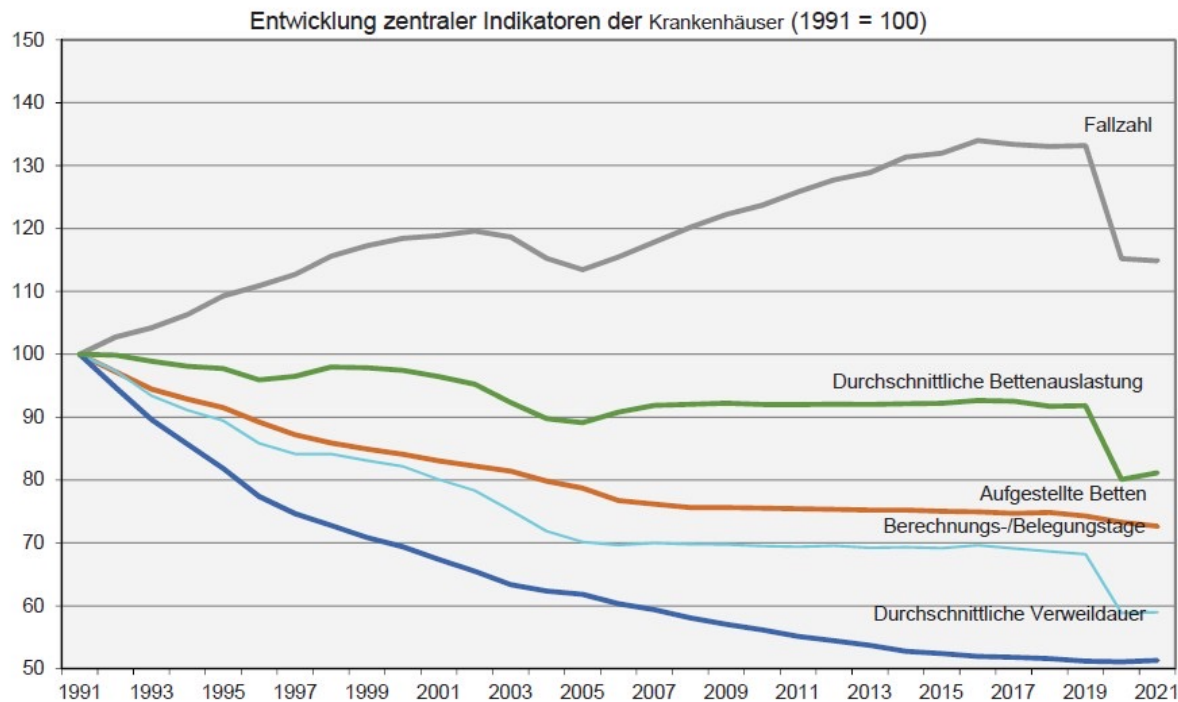


Warum brauchen wir Klinikstrukturreformen?

Bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung

Effizienz und Ökonomie bei begrenzten Ressourcen

Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser

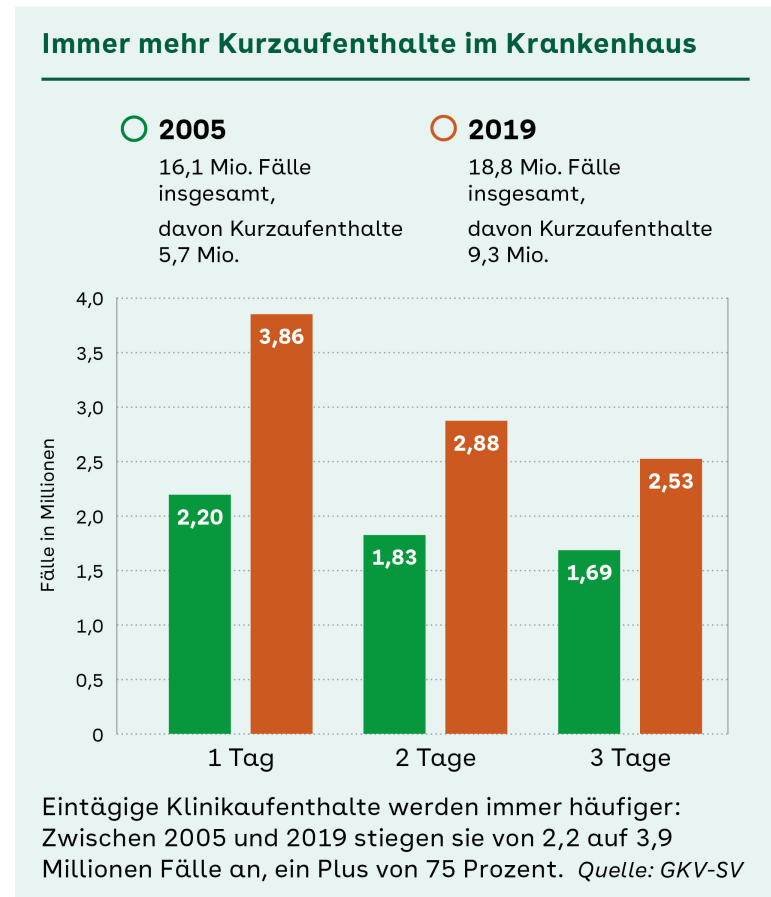
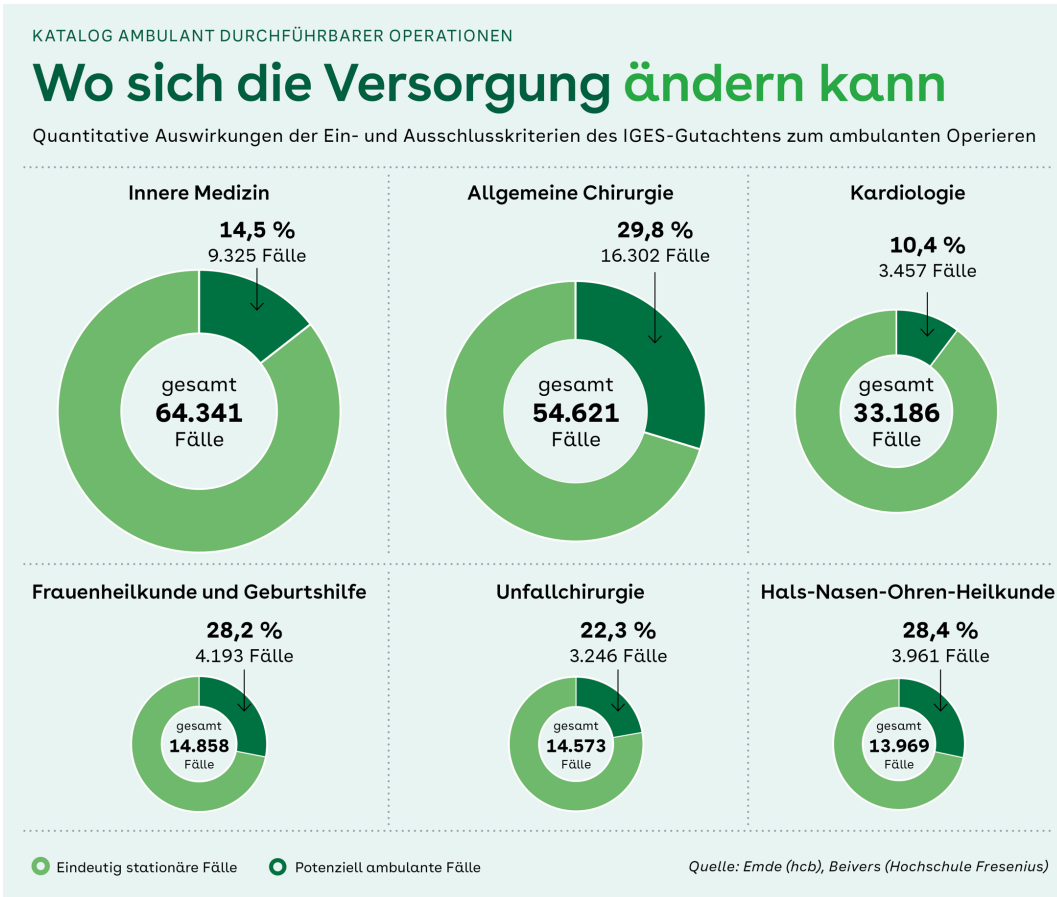


Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Das DRG-System hat sich bewährt, zeigt aber Nebenwirkungen:

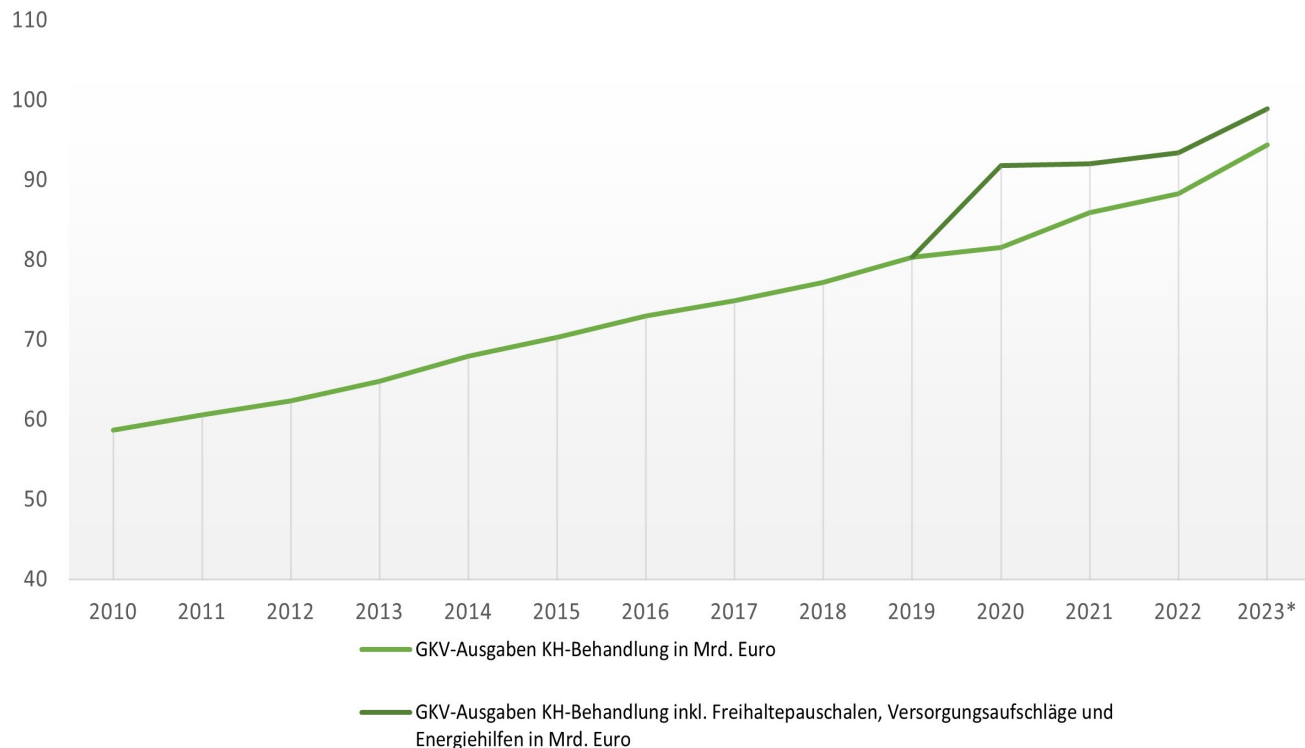
- + **Standards** und **Transparenz**
- + Deutliche Verbesserung der **Effizienz im Krankenhaus**
- + Weniger strategisch und politisch anfällige **Krankenhausfinanzierung** gegenüber der Zeit vor den DRGs
- Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen
- **Vorhaltungen** sind erst nach einer gewissen Leistungsmenge finanziert
- verhindert eine sektorenübergreifende Versorgung, keine **Ambulantisierung**
- Ausgliederung des **Pflegebudget** mit schweren Fehlanreizen
- **Keine Marktberreinigung** bisher durch aktive KH-Planung der Länder

Die Ambulantisierung steht uns noch bevor ...



Warum brauchen wir eine weitreichende Krankenhausreform?

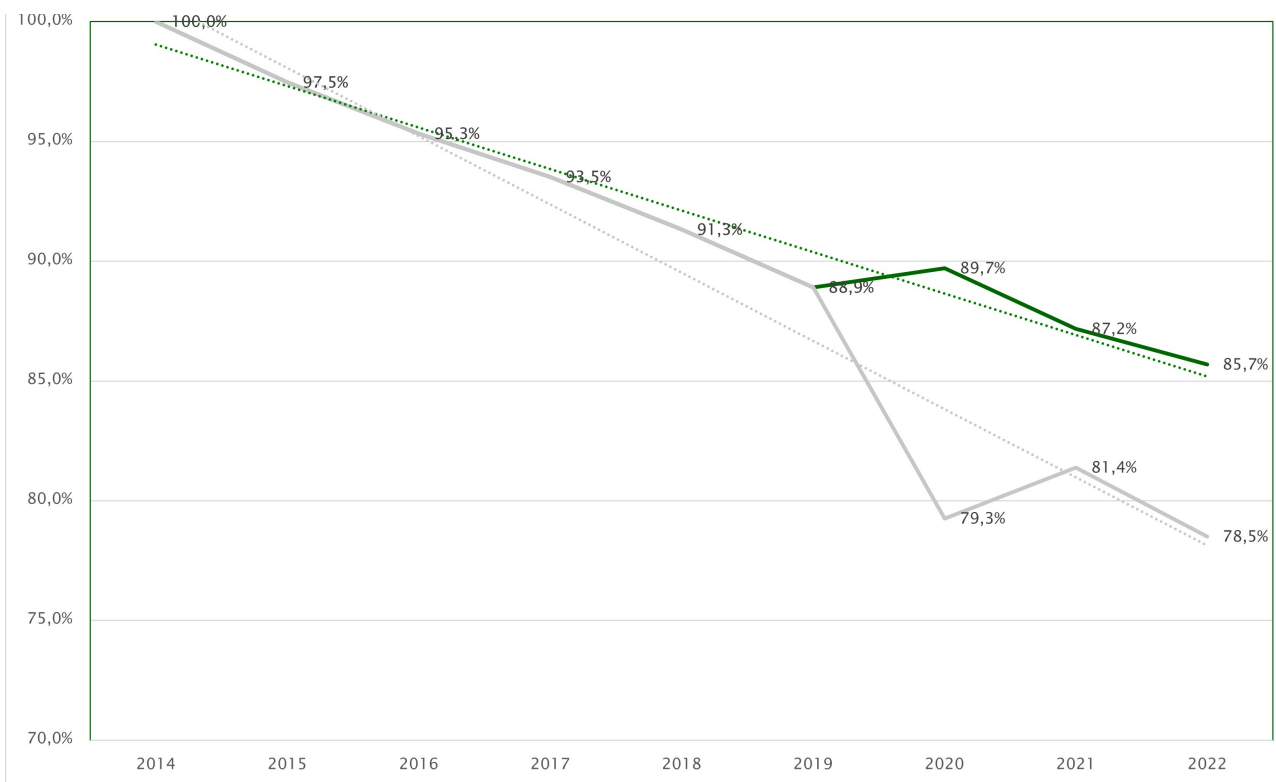
Historische Budgets und Fallzahlen aus 2019 „tragen“ ökonomisch nicht mehr



*Die Werte für das Jahr 2023 basieren auf einer vorläufigen Schätzung

- Die Mittel aus dem **Corona-Schutzschirm** haben in weiten Teilen Strukturen aus dem Jahr 2019 konserviert
- Die **stationären Fallzahlen** liegen im Durchschnitt immer noch deutlich unter den Werten aus dem Jahr 2019
- Die **gebäudetechnische Infrastruktur** der Krankenhäuser ist häufig **veraltet** und auf andere Kapazitäten und Versorgungsprozesse ausgelegt
- Die **Investitionskosten werden** weiterhin durch die Länder **nicht** angemessen **finanziert**
- Die **personellen Ressourcen** im ärztlichen und pflegerischen Dienst **sind stetig gewachsen** und **dennoch herrscht ein Fachkräftemangel** weil die Ärzte/Pflegekräfte auf zu viele Einrichtungen und zu viele Fälle verteilt werden müssen

Für jeden eingesetzten Euro erhält die GKV 15 – 22% weniger „Leistung“



Quelle: f&w 9/2024, Dokumentation des stationären Produktivitätsverlusts, Dr. G. Goerd, J. Wolff, Dr. J. Mahlzahl

Die Gründe für den **Produktivitätsverlust** sind vielfältig:

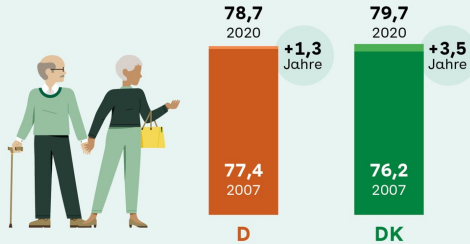
- Finanzierung mit der „**Gießkanne**“ unabhängig von konkreten Bedarfen
- **Inflationsentwicklung** seit 2021/22 trägt gleichwohl zumindest temporär zur Verstärkung der **Finanzierungsprobleme** der Krankenhäuser in Kombination mit den Fallzahlentwicklungen und Änderungen in der Erlösmechanik (Ausgliederung Pflege) bei
- Vorgaben zu **Pflegepersonaluntergrenzen** und die Ausgliederung des Pflegebudgets
- Optionen zur **Produktivitätsverbesserung** bestehen u. a. über die Reduktion der stationären Kosten **durch Kapazitätsanpassungen** und **Ambulantisierung**

Durchschnittliche Versorgungsqualität zum hohen Preis

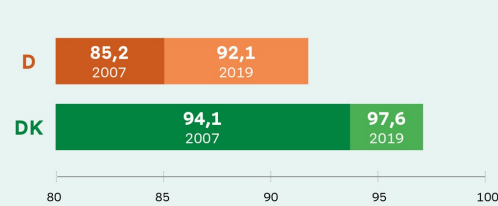
BEHANDLUNGSERGEBNISSE

Gute Strukturen – mehr Qualität

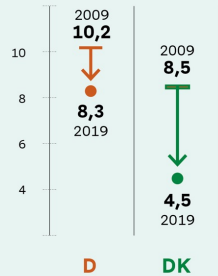
Lebenserwartung bei Geburt
in Jahren



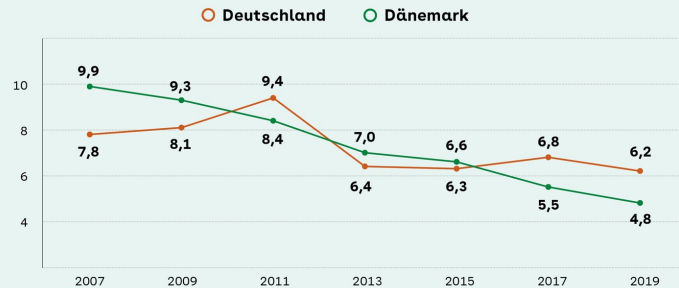
Hüftfraktur-OP innerhalb von 2 Tagen
Patienten ab 65 Jahren
in Prozent



Herzinfarktsterblichkeit
30 Tage nach Aufnahme
je 100 Aufnahmen



Schlaganfallsterblichkeit
30-Tage-Sterblichkeit nach Aufnahme (ischämischer Schlaganfall)
je 100 Aufnahmen



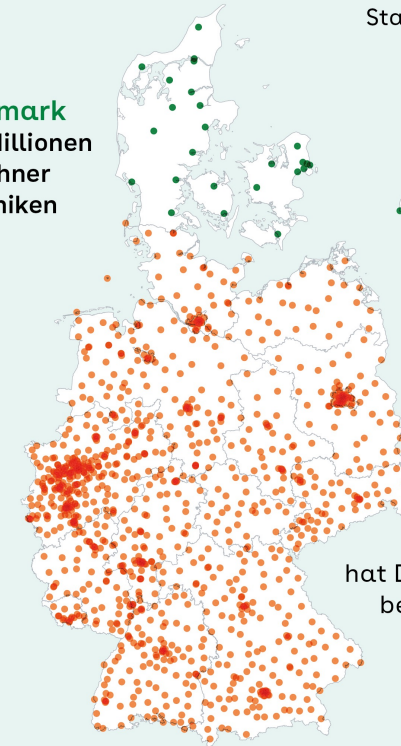
Quelle: OECD, KiIDD-Bericht

Krankenhausedichte in Deutschland und Dänemark

Stand: Dänemark 2021
Deutschland 2020

Dänemark
5,77 Millionen
Einwohner
26 Kliniken

Deutschland
82,52 Millionen
Einwohner
1.095 Kliniken



Im Verhältnis zur Bevölkerung hat Deutschland allein bei den Allgemeinen Krankenhäusern dreimal so viele Standorte wie Dänemark.

Quelle: WIdO, TU Berlin

Grafik: KomPart, © Geoportals of the European Commission

Illustrationen: AOK, iStock.com/IconicBestiary



Die Krankenhausreform in NRW

Historie NRW: ein Kompromiss aller Beteiligten!

- **Vier beteiligte Parteien**
 - MAGS
 - KGNW
 - Ärztekammer
 - Verbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen
- **Entwicklung der Krankenhausplanung**
 - Leistungsgruppen und Leistungsbereiche
 - Qualitätsstandards

Planungssystematik des neuen KH Plans

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

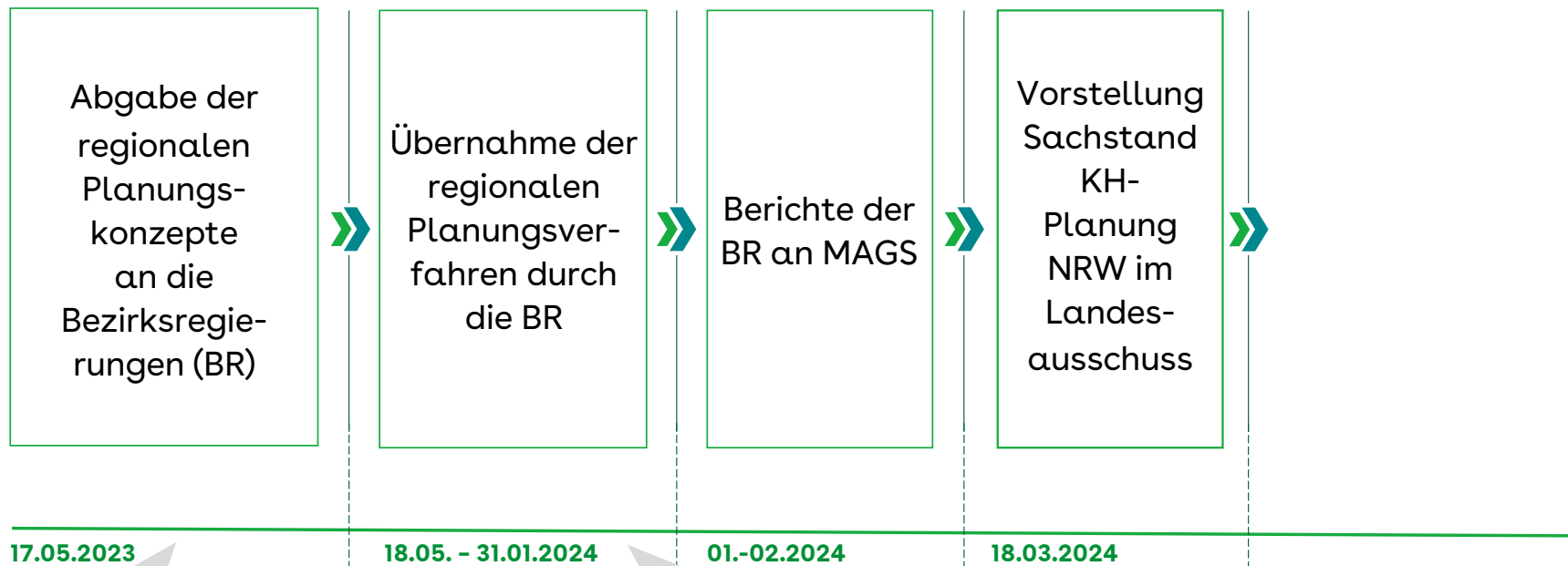


- Innerhalb der Leistungsbereiche (LB) erfolgt differenzierte Ausweisung nach Leistungsgruppen (LG)
- Zuordnung leistungsspezifischer Qualitätskriterien je LG als Mindestvoraussetzung
- Festlegung von Kriterien je LG, die als Auswahlentscheidung herangezogen werden können
 - Erreichbarkeit
 - Planungsebene (Landesteil, Regierungsbezirk, Versorgungsgebiet, Kreis)
 - Erbringung verwandter Leistungsgruppen am selben Standort
 - Kooperationen (mit LG an anderen Standorten)
 - Vorhaltung von Geräten
 - Fachärztliche Vorgaben (Facharztqualifikation, Zusatzweiterbildung, Verfügbarkeit)
 - Sonstige Struktur- und Prozesskriterien gesondert nach Bund (G-BA) und Länderebene
 - ...

Schematische Darstellung der Planungsverfahren



Weitere Vorgehensweise in NRW



17.05.2023

18.05. - 31.01.2024

01.-02.2024

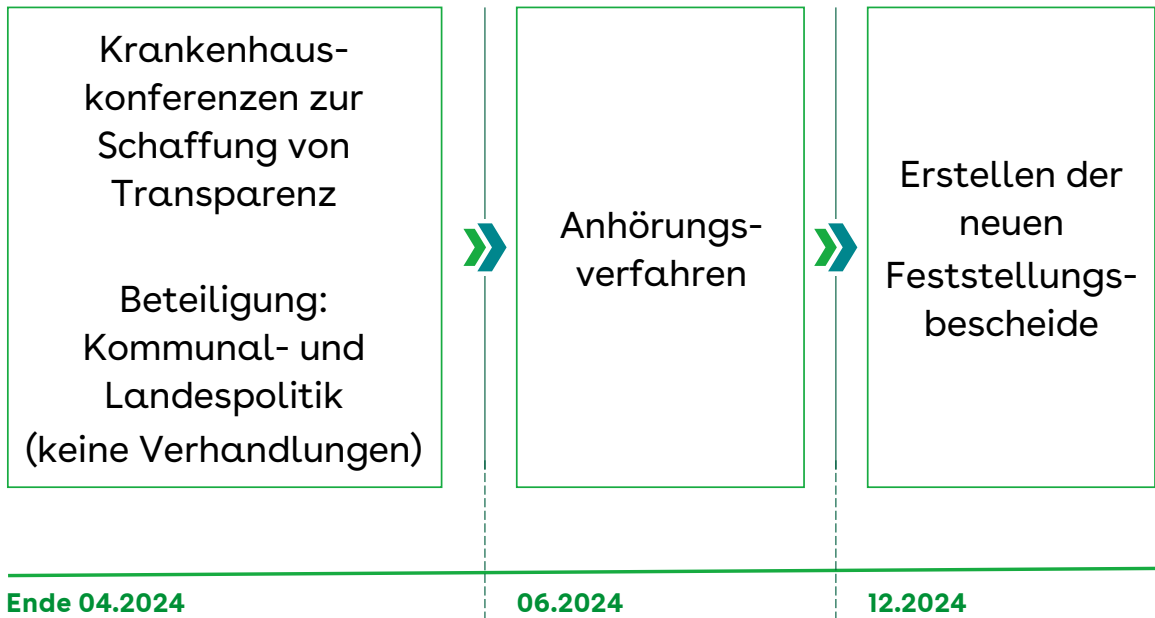
18.03.2024

- Je VG 1 Veranstaltung
- erstes & abschließendes Votum
- 29 digitale Planungskonferenzen
- 1-2 Gespräche je Krankenhaus

- In 4 BR je eine Veranstaltung
- Keine flächendeckenden bilateralen Gespräche
- Einzelne Gespräche zu Regionen oder Leistungsgruppen

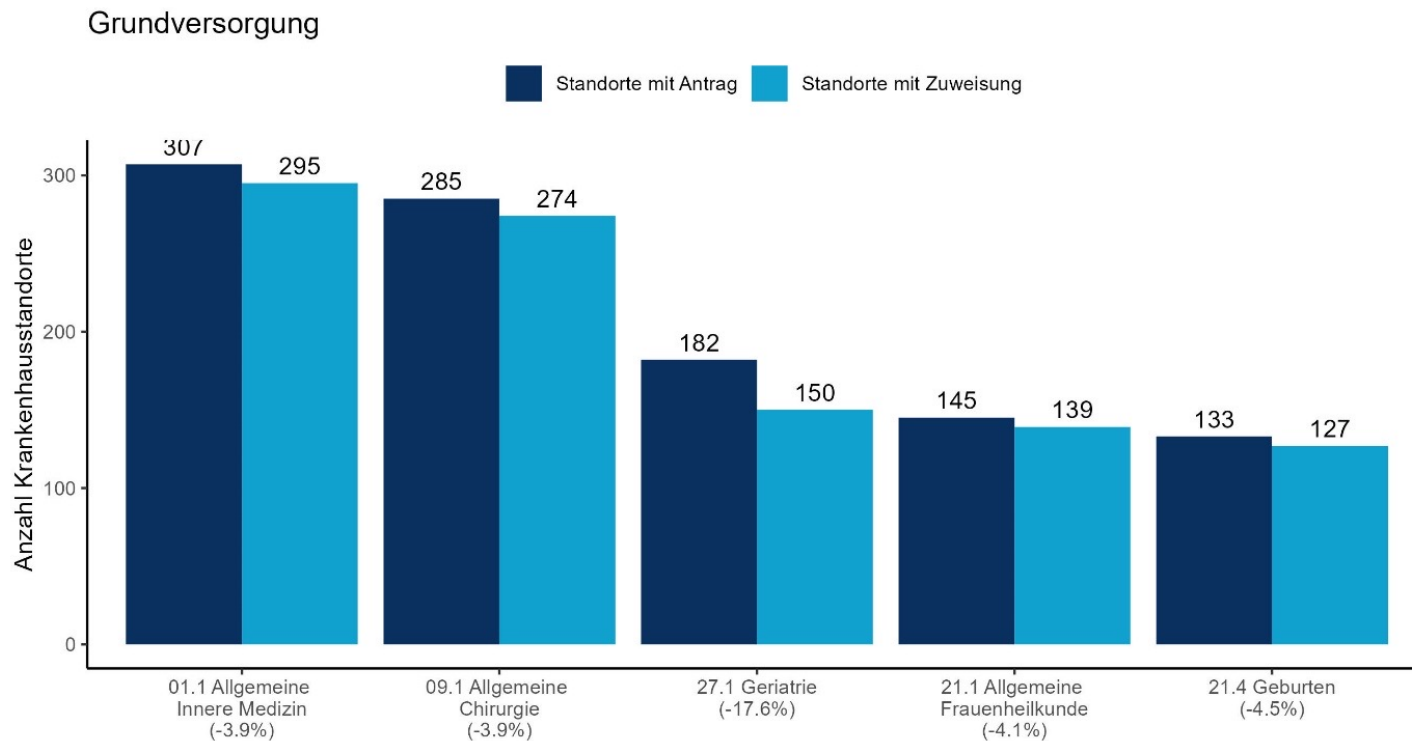
Weitere Vorgehensweise in NRW

2/2



Übergangszeit zur Umsetzung der Feststellungsbescheide muss durch MAGS festgelegt werden.

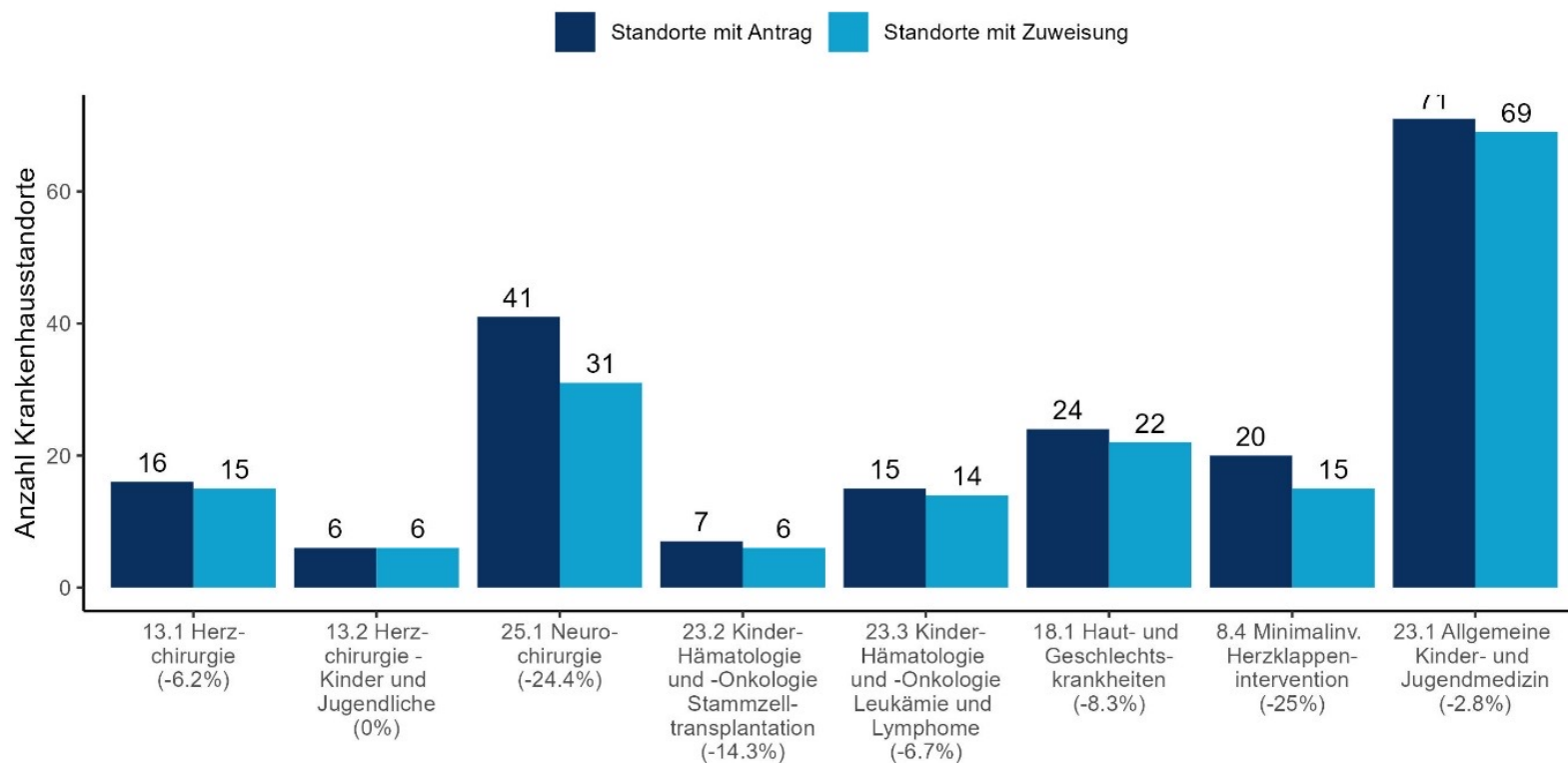
Leistungsgruppen mit geringer Standortreduktion. Flächendeckende Versorgung ist sichergestellt.



Quelle: Aktueller Stand der NRW-Krankenhausplanung – Kurzanalyse, Stand: 27.06.2024, FB Krankenhaus, WIdO

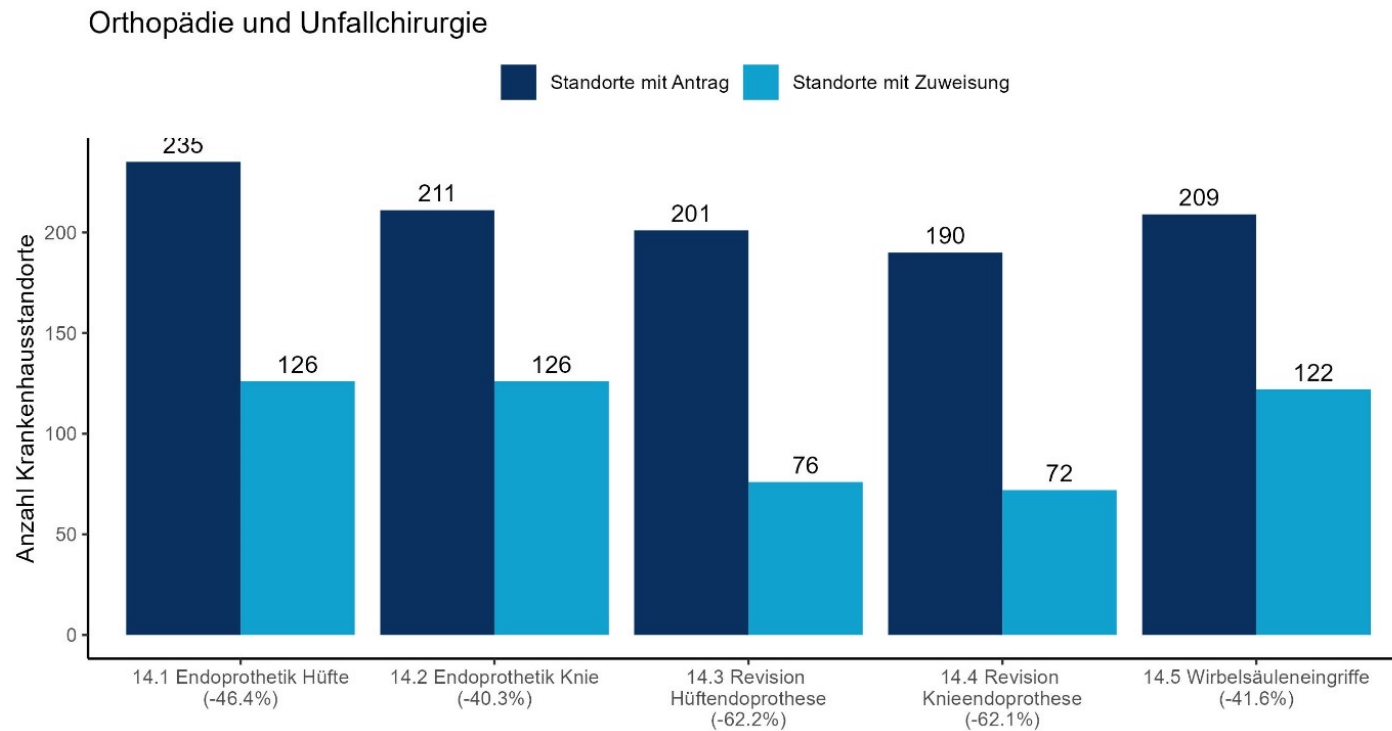
Leistungsgruppen mit hohem Spezialisierungsgrad im Status quo

Spezialisierte Versorgung



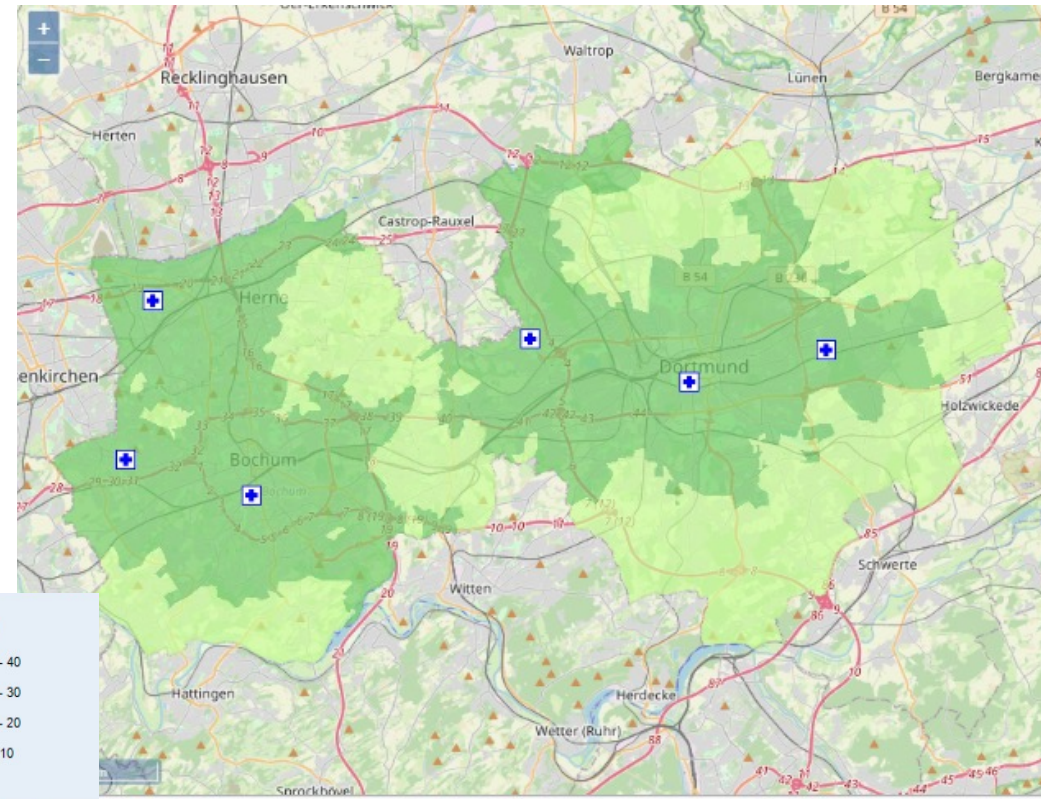
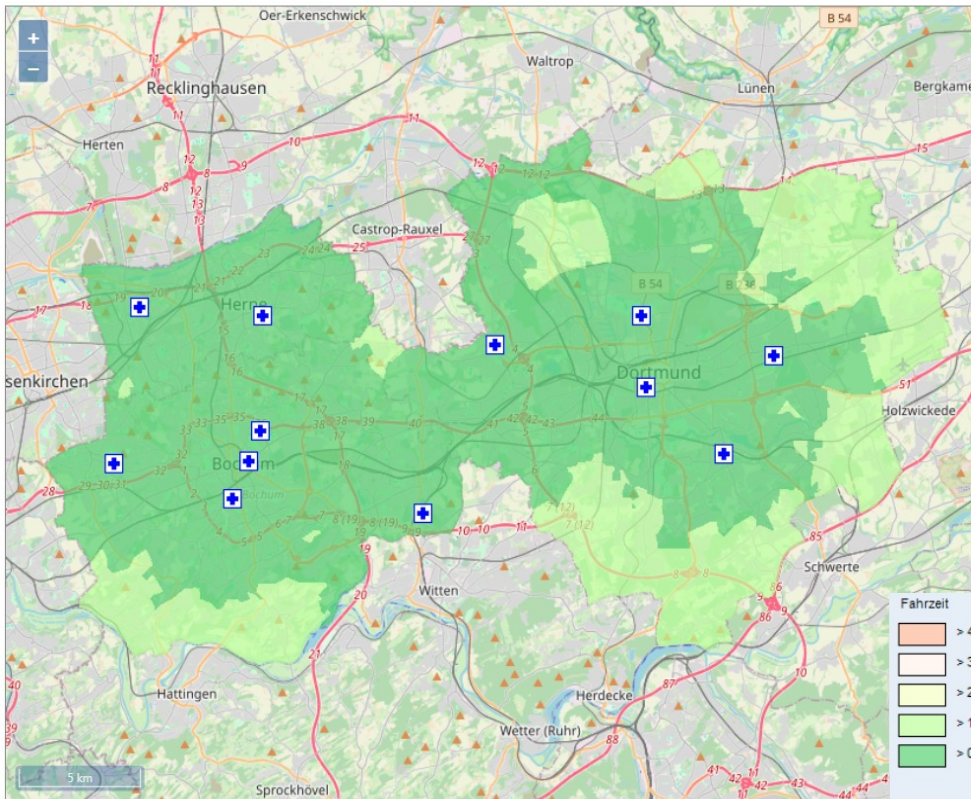
Quelle: Aktueller Stand der NRW-Krankenhausplanung – Kurzanalyse, Stand: 27.06.2024, FB Krankenhaus, WiDO

Leistungsbereich mit hohem Konzentrationspotenzial



Quelle: Aktueller Stand der NRW-Krankenhausplanung – Kurzanalyse, Stand: 27.06.2024, FB Krankenhaus, WIdO

2019 vs. Votum MAGS NRW: Maximal 20 Minuten Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus - Endoprothetik Knie (LG 14.2)



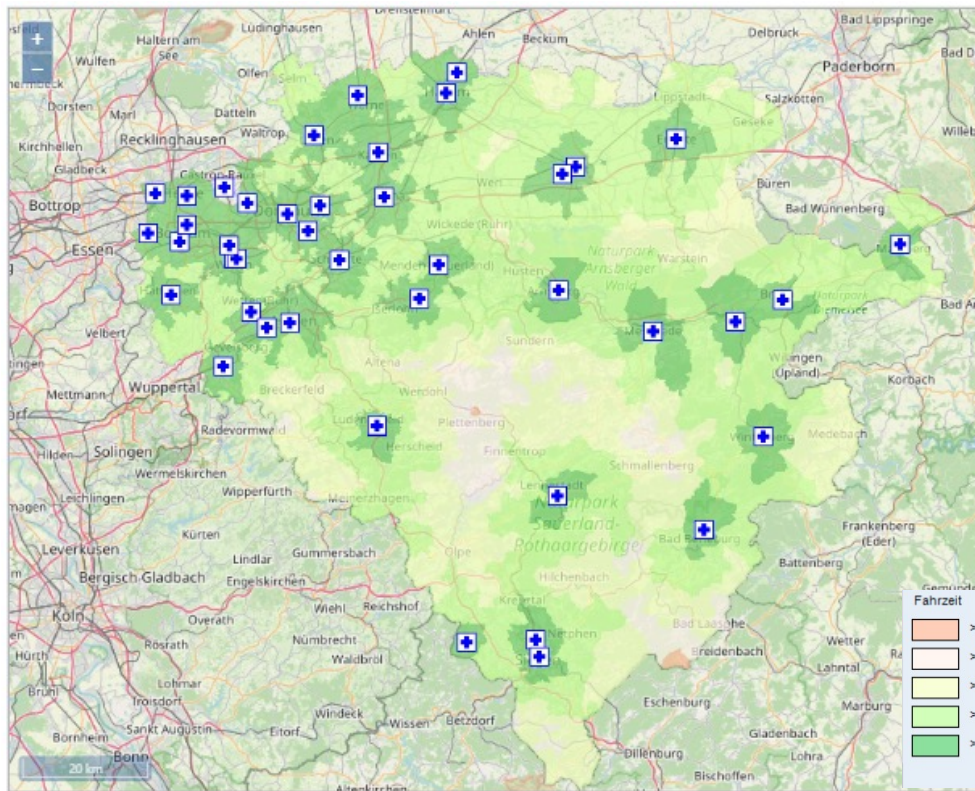
© OpenStreetMap contributors

© OpenStreetMap contributors

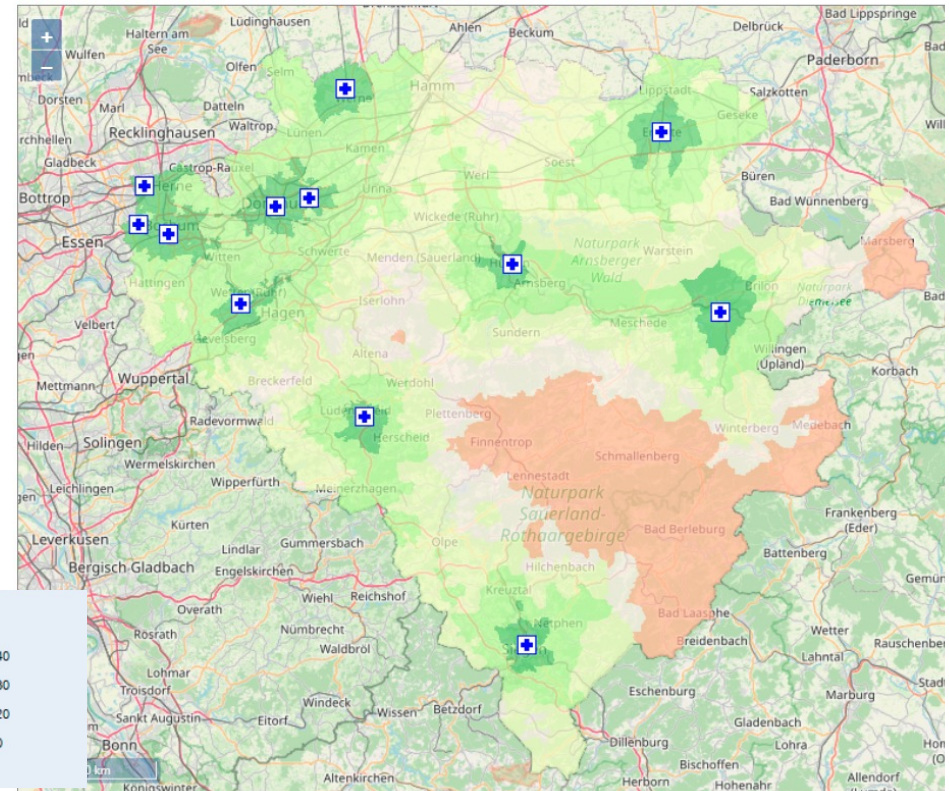
2019: KH-Standorte im VG 13, mit Leistungen (>5) Endoprothetik Knie (LG 14.2)

Votum MAGS: geplante KH-Standorte im VG 13 der Endoprothetik Knie (LG 14.2)

2019 vs. Votum MAGS: Erreichbarkeit eines Krankenhauses mit der LG Revision Knieendoprothetik im RB Arnsberg



2019: Erreichbarkeit der LG im RB Arnsberg



Votum MAGS: Erreichbarkeit nach Konzentration der LG im RB Arnsberg

Vorläufige Ergebnisse aus der KH-Planung NRW

- Mehr Spezialisierung und Konzentration von Leistungen
- Erhöhung der Versorgungsqualität
- Mehr Patientensicherheit
- Gezielter Einsatz vorhandener Ressourcen
- Planungssicherheit bei den Krankenhäusern
- Vermeidung von Fehl- und Überversorgung
- Komplementäre Förderrichtlinien für die Umsetzung des Krankenhausplans (Transformationsfonds NRW in Höhe von 2,5 Mrd. EUR)



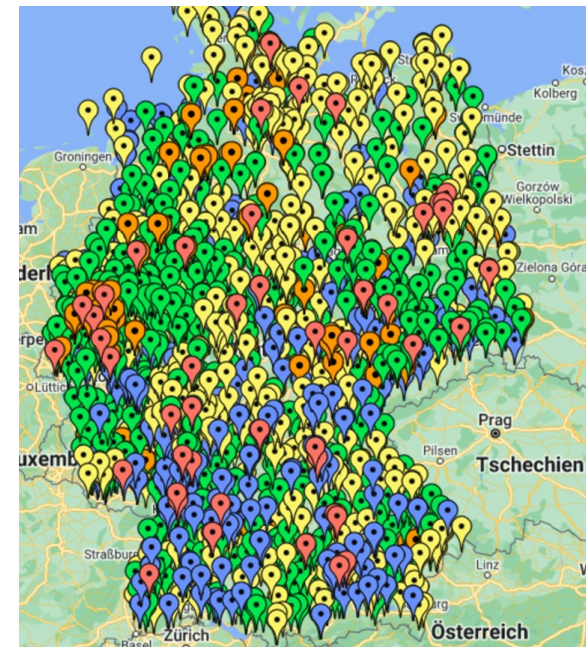
Krankenhausversorgungs- verbesserungsgesetz – KHVVG

Die Krankenhausreform (KHVVG) ist die zentrale Reform in dieser Legislaturperiode

Modernisierung der Klinikstrukturen – Ziele aus Sicht der AOK

- Sicherung einer **zukunftsfesten vollstationären Versorgung**
- Bessere **Versorgungsqualität** durch Leistungskonzentration und Verminderung des Mengenanreizes
- **Sektorenübergreifende Transformation:** Schaffung von verlässlichen und erreichbaren Versorgungsangeboten
- Schaffung **attraktiver und zukunftssicherer Arbeitsplätze** für die Mitarbeitenden
- **Minderung des Fachkräftemangels** durch Abbau vollstationärer Kapazitäten (Ambulantisierung, Leistungskonzentration)
- Solvente Krankenhäuser und klare Trägerperspektiven
- **Wirtschaftlicherer Einsatz der Finanzmittel** im Interesse der Beitragszahlenden

Übersicht über alle Krankenhäuser in Deutschland – nach Größen



Quelle: Bschor, Vortrag vom 11.10.2023

KHVVG: Ziele und Erwartungen aus Sicht der Politik

Mit der Krankenhausreform werden aus Sicht des BMG zentrale Ziele verfolgt:

1. **Entökonomisierung**
2. Sicherung und Steigerung der **Behandlungsqualität**
3. **Entbürokratisierung**
4. Gewährleistung der **Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge)**

Krankenhäuser und insb. selektive **Leistungsangebote reduzieren, Personal umverteilen**. Die **stationäre Fallzahl** durch Anreizreduktion & Ambulantisierung **senken** und das **Erlösbudget Krankenhaus** in jedem Bundesland **umverteilen**, um die Unterfinanzierung je Standort zu beseitigen.

Geht die Idee zur Entökonomisierung auf?

Möglicher weiterer zeitlicher Verlauf....

...noch ein langer... mühevoller Weg bis zum „Ziel“

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

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung



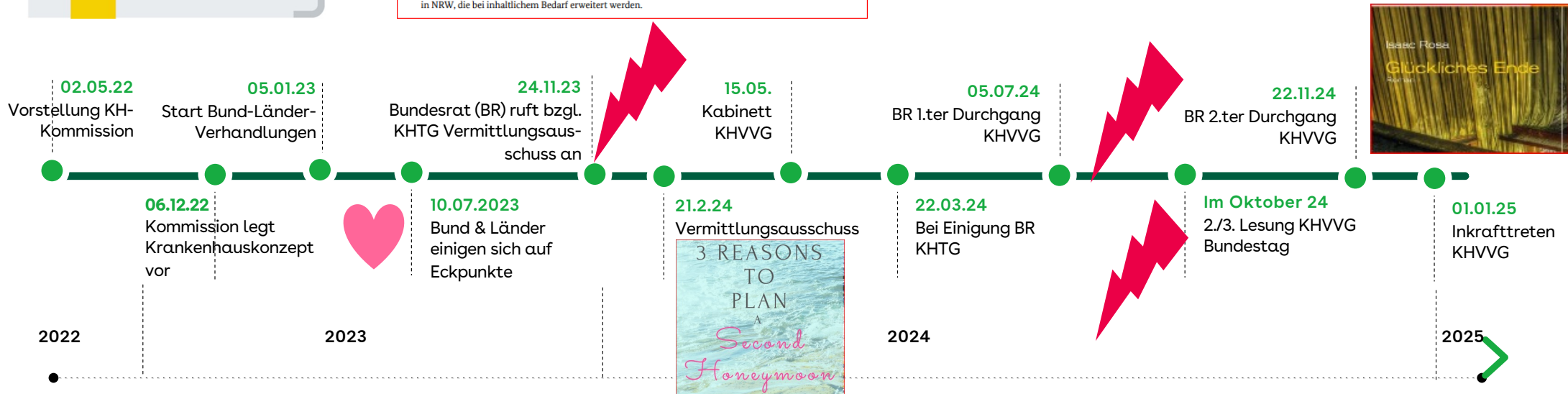
10. Juli 2023

Eckpunktepapier
- Krankenhausreform -

Präambel
Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Es gilt, auch vor dem Hintergrund der Entwicklung der medizinischen und pflegerischen Fachkräftesituation in Deutschland eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Die Qualitätsziele werden durch Leistungsgruppen und dafür hinterlegte Qualitätsvoraussetzungen erreicht. Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten in NRW, die bei inhaltlichem Bedarf erweitert werden.

Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)



Möglicher weiterer zeitlicher Verlauf ...

Nachgelagerte Wirkungen über mehrere Jahre ...

2024

- 30.09.2024: InEK-Konzept zur Vorhaltevergütung
- bis Ende 2024: DRG-Katalog 2025 (inklusive Vorhalte-BR)

2025

- 31.03.2025: BMG-Rechtsverordnung zu LG, QS-Kriterien, Kooperationen, Ausnahmen

2026

- Budgetneutrage Auszahlung der Vorhaltung
- bis 31.10.: Länder legen LG fest
- bis 10.12.: InEK-Vorhaltevergütungsbescheide an KH

2027-28: Konvergenzphase: Teilwirkung in den Budgets

2029: Volle Wirkung in den Budgets

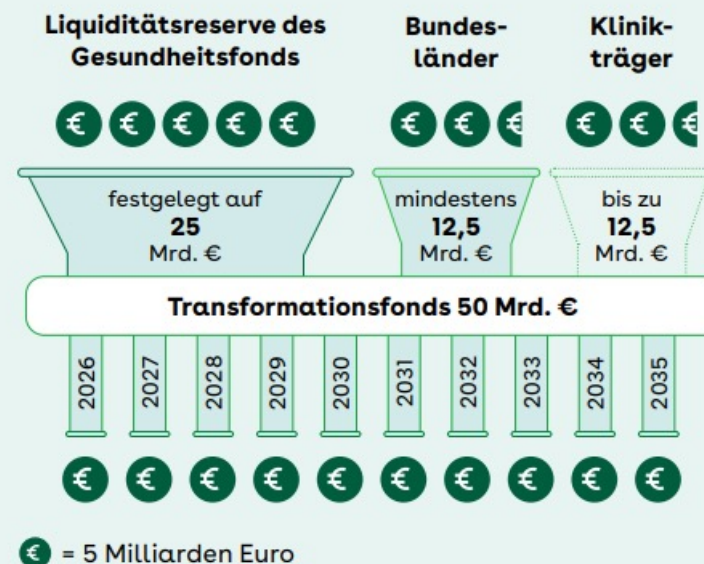
(Fortlaufend über BMG-RV Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der LG)

Krankenhausreformen erzeugen Finanzierungsdruck

Erhebliche Mehrkosten für die GKV

Ausgaben	Mehrkosten Jahr €
Transformationsfonds	ab 2026 mind. 2,5 Mrd.
100% Tarifkostenrefinanzierung	n. b.
Orientierungswert Streichung Vorgaben Ausgabendeckelung	Ab 2025 n. b.
Zusätzlichen Finanzierungstatbestände wie	750 Mio.
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben • speziellen Vorhaltung Hochschulkliniken • Pädiatrie • Geburtshilfe • Stroke Unit • Speziellen Traumatologie • Intensivmedizin • Notfallversorgung 	<p>125 Mio.</p> <p>75 Mio.</p> <p>288 Mio.</p> <p>120 Mio.</p> <p>35 Mio.</p> <p>65 Mio.</p> <p>30 Mio.</p> <p>33 Mio.</p>

Krankenhausreform: GKV-Versicherte sollen beim Strukturwandel die Hälfte der Kosten tragen



Der Transformationsfonds soll je zur Hälfte aus Geldern der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesländer finanziert werden. Klinikträger können bis zu 50 Prozent der Länderanteile übernehmen. *Quelle: BMG*

Keine Entkopplung der Finanzierungsreform von der Strukturreform!

Ziele	AOK Forderungen
Einstieg in einen Qualitätswettbewerb	Durch eine verbindliche Verknüpfung von Vorhaltefinanzierung mit differenzierten Planungsentscheidungen der Länder wird der Mengenwettbewerb der Kliniken reduziert und der Qualitätswettbewerb gefördert.
Die Krankenhausreform muss eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen ermöglichen	Es wird künftig ein eindeutiger Bevölkerungsbezug von Versorgungsaufträgen und Vorhaltefinanzierung benötigt , um die Kliniklandschaft auf Basis klarer Verantwortlichkeiten zu ordnen.
Ökonomische Impulse zur Mengenausweitung reduzieren	Betriebskostenneutrale Umsetzung: Durch eine Absenkung der Fallpauschalen zugunsten einer fallunabhängigen Vergütungskomponente ist der ökonomische Impuls zur Überschreitung bedarfsgerechter Behandlungszahlen zu reduzieren.
Pragmatische Umsetzung/ keine komplexen Luftschlösser	Der Einstieg sollte auf Basis der Leistungsbereiche und -gruppen wie in NRW erfolgen . Eine stärkere Differenzierung kann ggf. in der Perspektive folgen.
Beherrschbare Transformation	Versorgungsstufen sollten nicht überbetont werden . Sie würden entweder eine massive Intervention (inkl. hoher Investitionsanforderung und starker Einschränkung der Planungssouveränität) bedeuten oder (bei hoher Flexibilität) den Status quo bewahren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Tom Ackermann