



DIE KATHOLISCHEN  
**KRANKENHÄUSER**

Unverzichtbar menschlich.



# REFORM IN NRW UND BUND – EINSCHÄTZUNGEN DER KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER

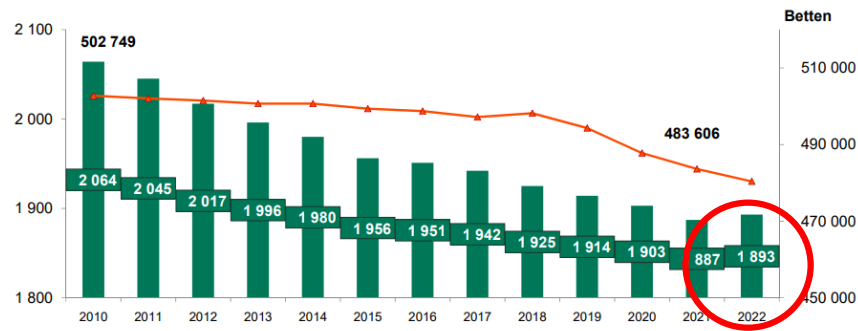
Dr. med. Dirk Albrecht

Biersdorfer Krankenhausgespräche | 27.09.2024 | Arnsberg

## Krankenhäuser in Deutschland

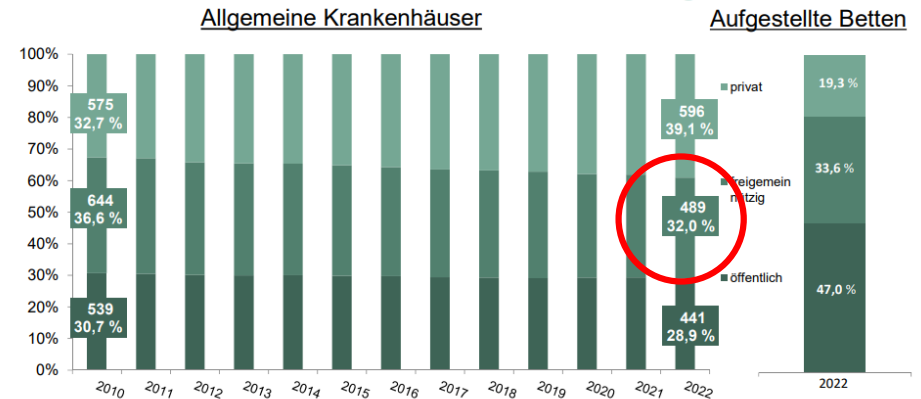
# 1.893 - 489 - .....

### Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenanzahl



KURSWECHEL KRANKENHAUSPOLITIK FAIR DISKUTIEREN, ENTSCHEIDEN, HANDELN.

### Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft



KURSWECHEL KRANKENHAUSPOLITIK FAIR DISKUTIEREN, ENTSCHEIDEN, HANDELN.

## Über uns

# ..... 261

## katholische Krankenhäuser in Deutschland

**330** Standorte

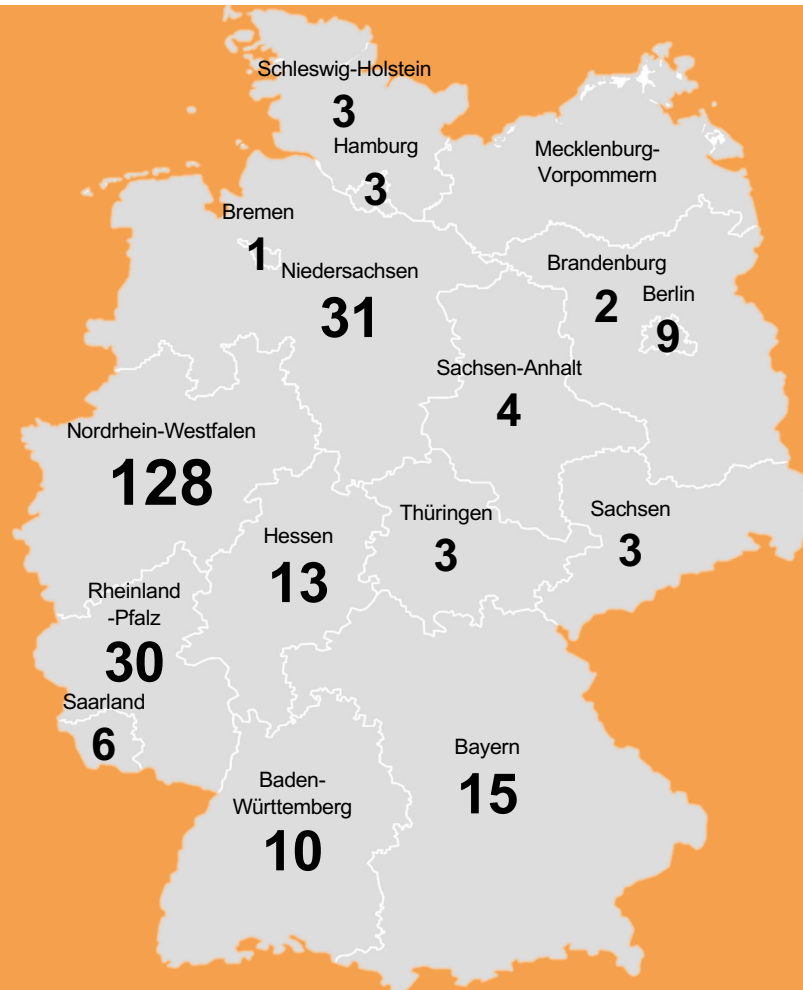
**82.200** Betten

**204.000** Mitarbeiter:innen

**3 Mio.** stationäre Patient:innen pro Jahr

**2,5 Mio.** ambulante Patient:innen pro Jahr

**16 Mrd.** Umsatz



**Ländlich (47%)** - **Ballungsgebiet (53%)**  
**stand alone (10%)** - **Verbund (90%)**  
**24% < 150 Betten** - **30% > 400 Betten**  
**Krankenhaus pur** - **regionale Versorgungsnetzwerke**

Eigene Daten, Stand 9/2024

# DIE MENSCHEN -

## haben mehr

- Gesundheitsbewusstsein
- Autonomieanspruch
- Erwartungen an Krankenhausleistungen

## erwarten

- Niedrigschwelligen Zugang für alle
- Gute Erreichbarkeit
- Hohe Qualität in jeder Hinsicht

- Den **Ländern** fehlt Geld für Investitionen
- Den **Kassen** fehlt Geld für Betriebskosten
- **Ungenügende Ertragskraft** vieler Krankenhäuser
- Bis 2055 **mehr Patienten** und Pflegebedürftige und **weniger Personal**
- Digitalisierung eröffnet **neue Welten**

## Ziele der Gesundheitsreformen

- Qualitätswahrnehmung durch Bevölkerung
- Angemessene Zahl an Krankenhausstandorten mit bedarfsnotwendigem Leistungsspektrum
- Ausreichende Finanzierung

# REFORM NRW

- 60 somatische Leistungsgruppen (LG)
- Mindestvoraussetzungen für LG
- Anwendungsregelungen (u. a. zu Kooperationen)
- Zahlreiche Auswirkungenanalysen
- Einbindung aller Betroffenen (Krankenkassen, kommunale Spitzenverbände, Ärztekammern, Pflegekammer, Krankenhausgesellschaft u. v. m.)



**Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.**  
Die Strukturen müssen für die Menschen da  
sein, nicht die Menschen für die Strukturen!

www.mags.nrw

# „NRW PUR“ WIRKT.

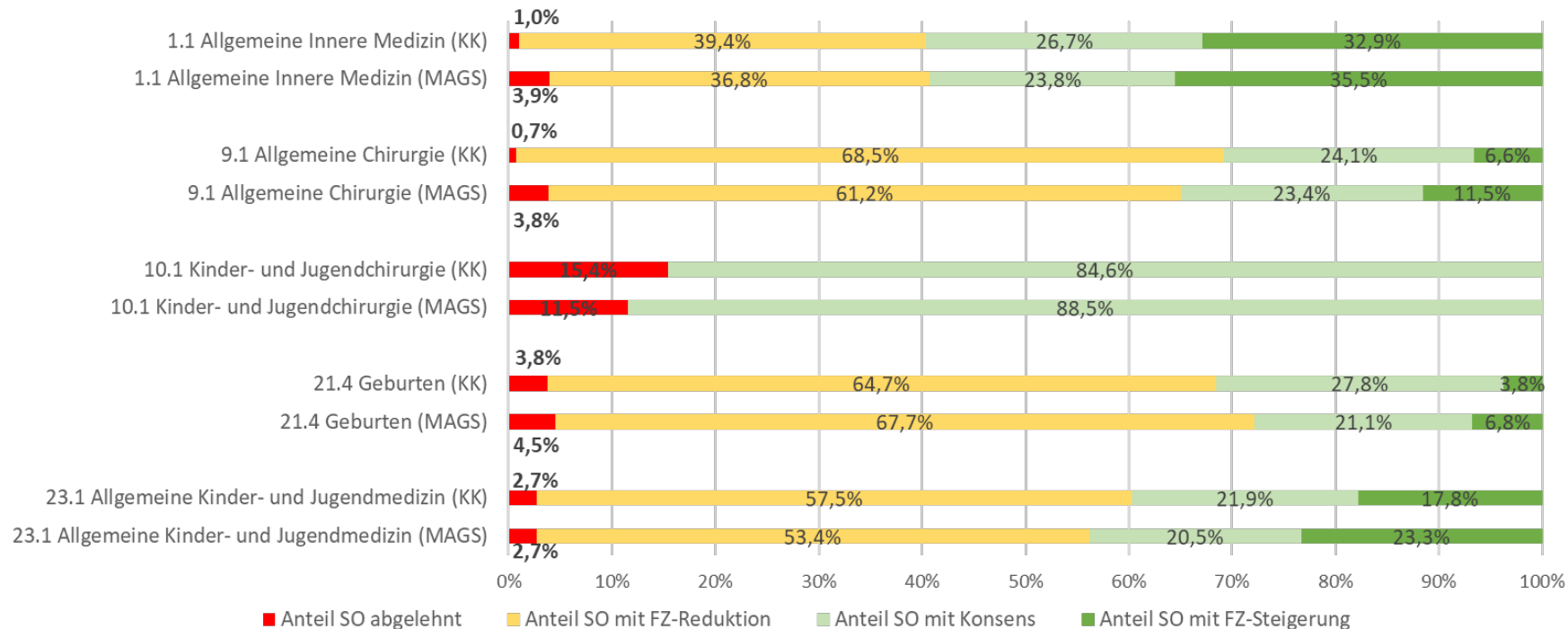
Die NRW-Krankenhausplanung

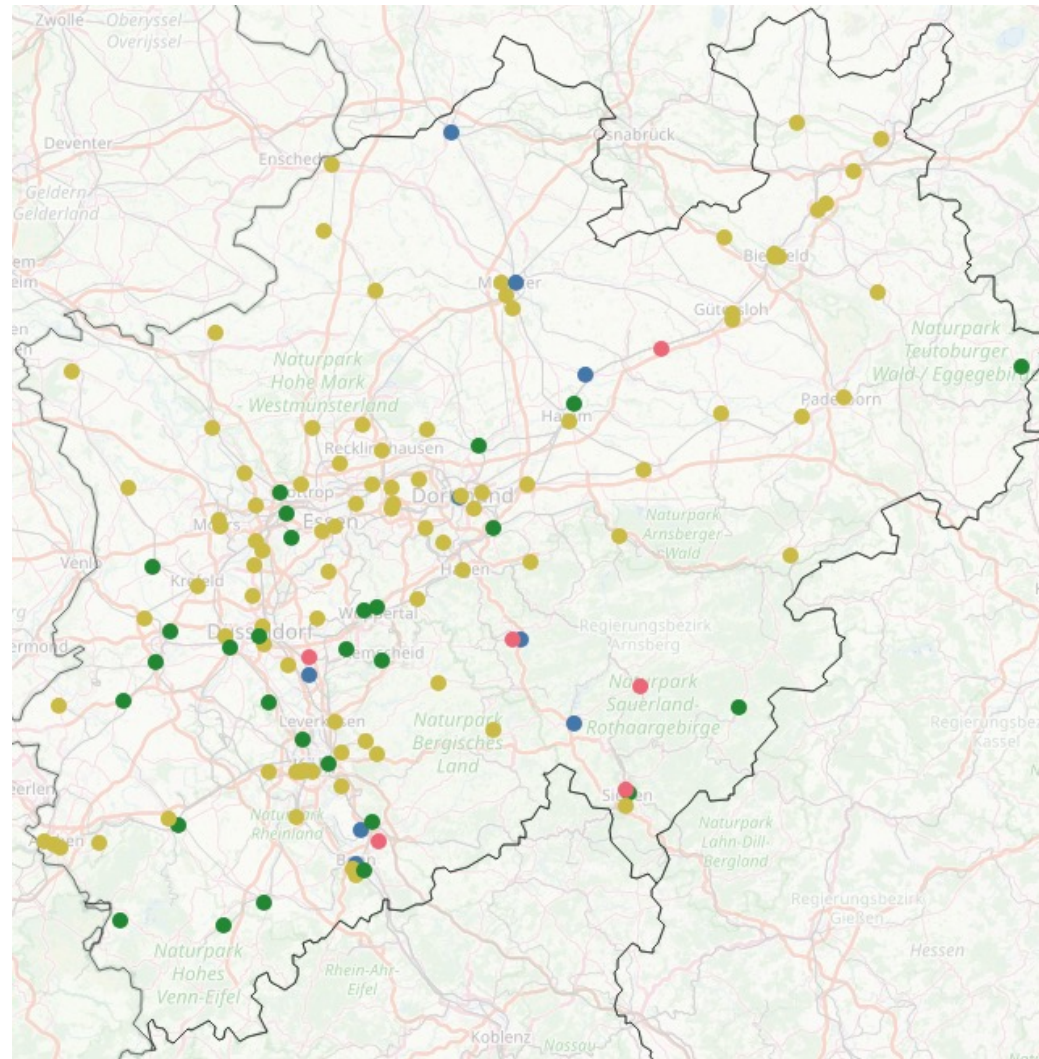
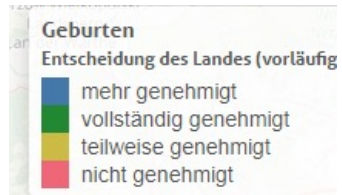
- 1) ....sichert die wohnortnahe Versorgung – auch auf dem Land
- 2) ....schafft nennenswert Konzentration und Spezialisierung
- 3) ....folgt klaren und strengen Qualitätsvorgaben
- 4) ....funktioniert, weil sie einem Bottom-Up-Ansatz folgt

# „NRW PUR“ WIRKT.

## Top 5 Leistungsgruppen mit geringen Veränderungen

Anhörungsverfahren MAGS (Juni 2024) versus Votum Krankenkassen (Juni 2023)



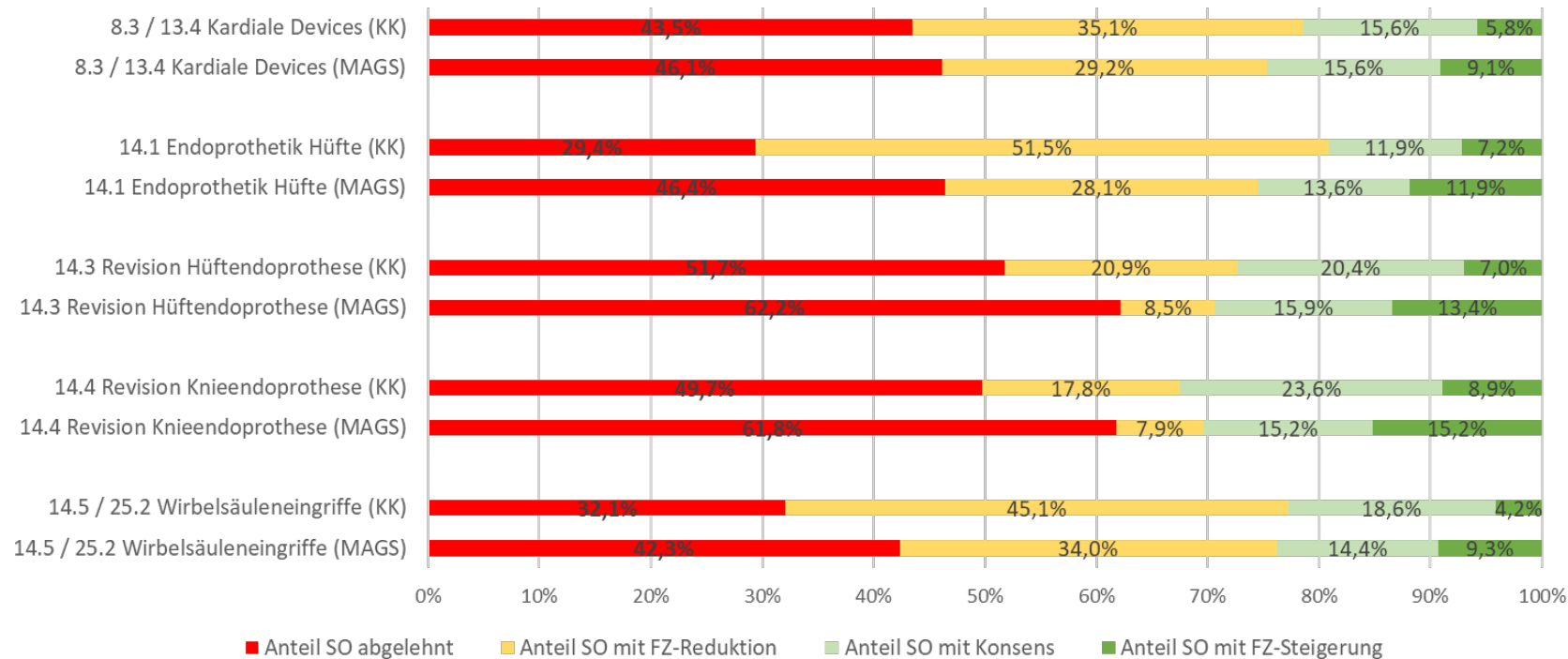


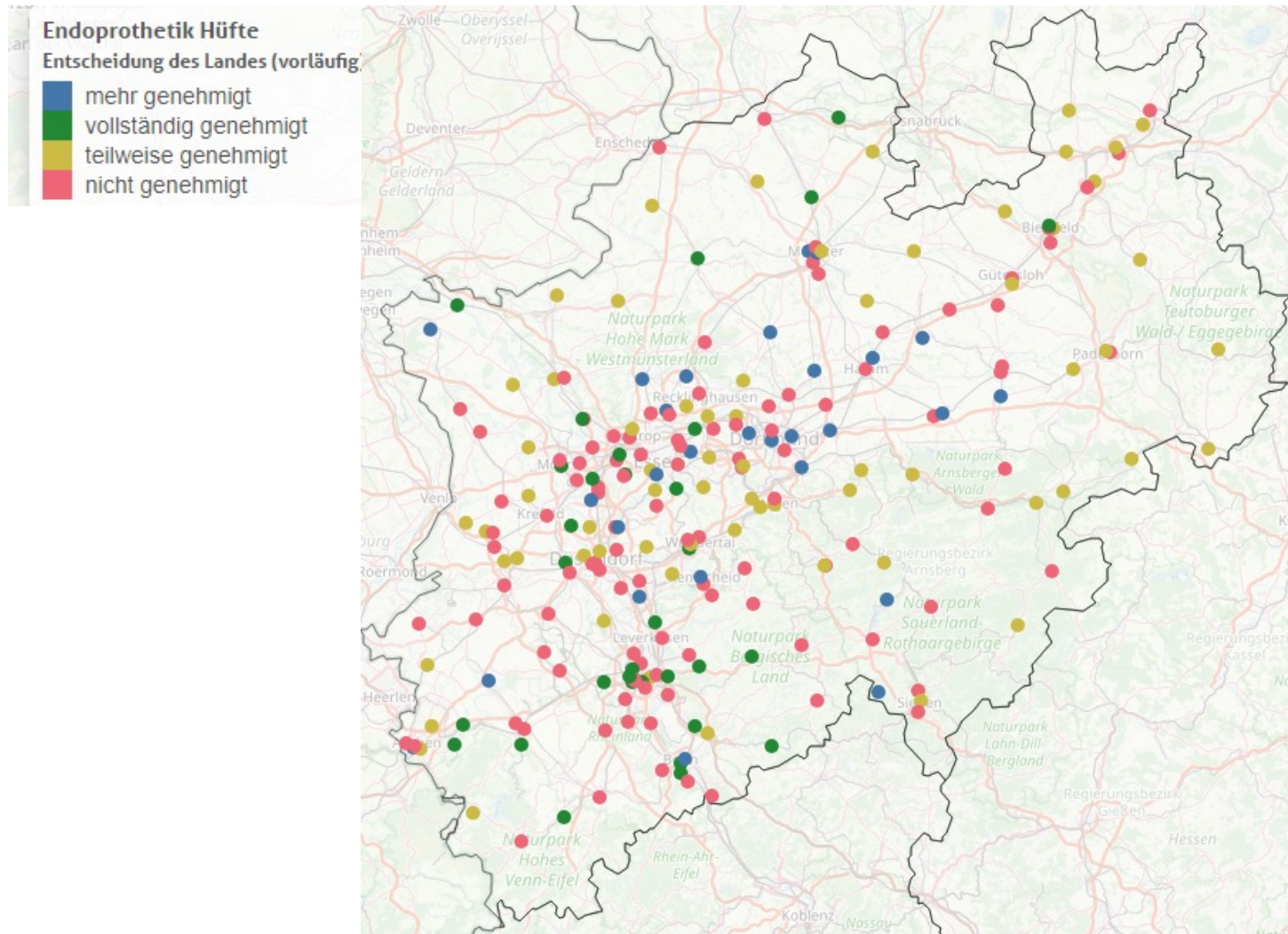


# „NRW PUR“ WIRKT.

## Top 10 Leistungsgruppen mit deutlichen Veränderungen

Anhörungsverfahren MAGS (Juni 2024) versus 2. Votum Krankenkassen (Juni 2023)

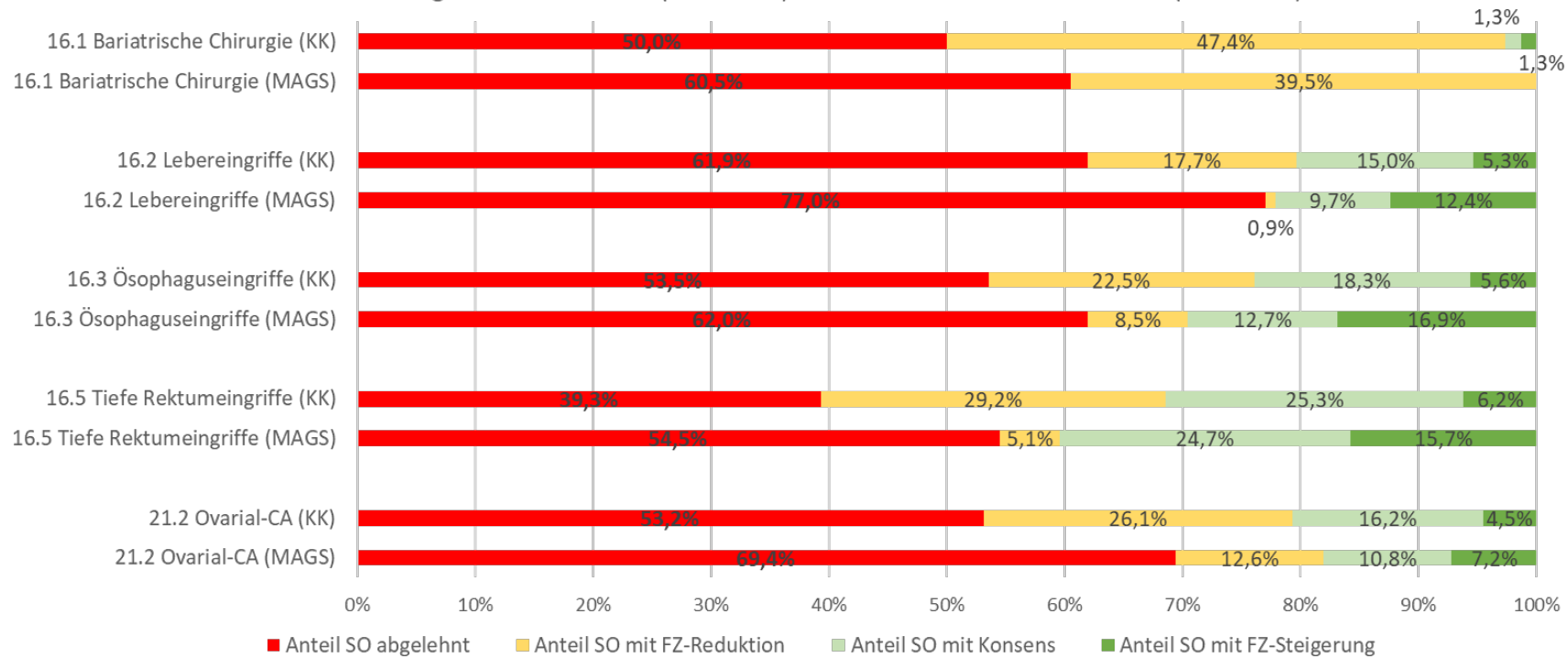


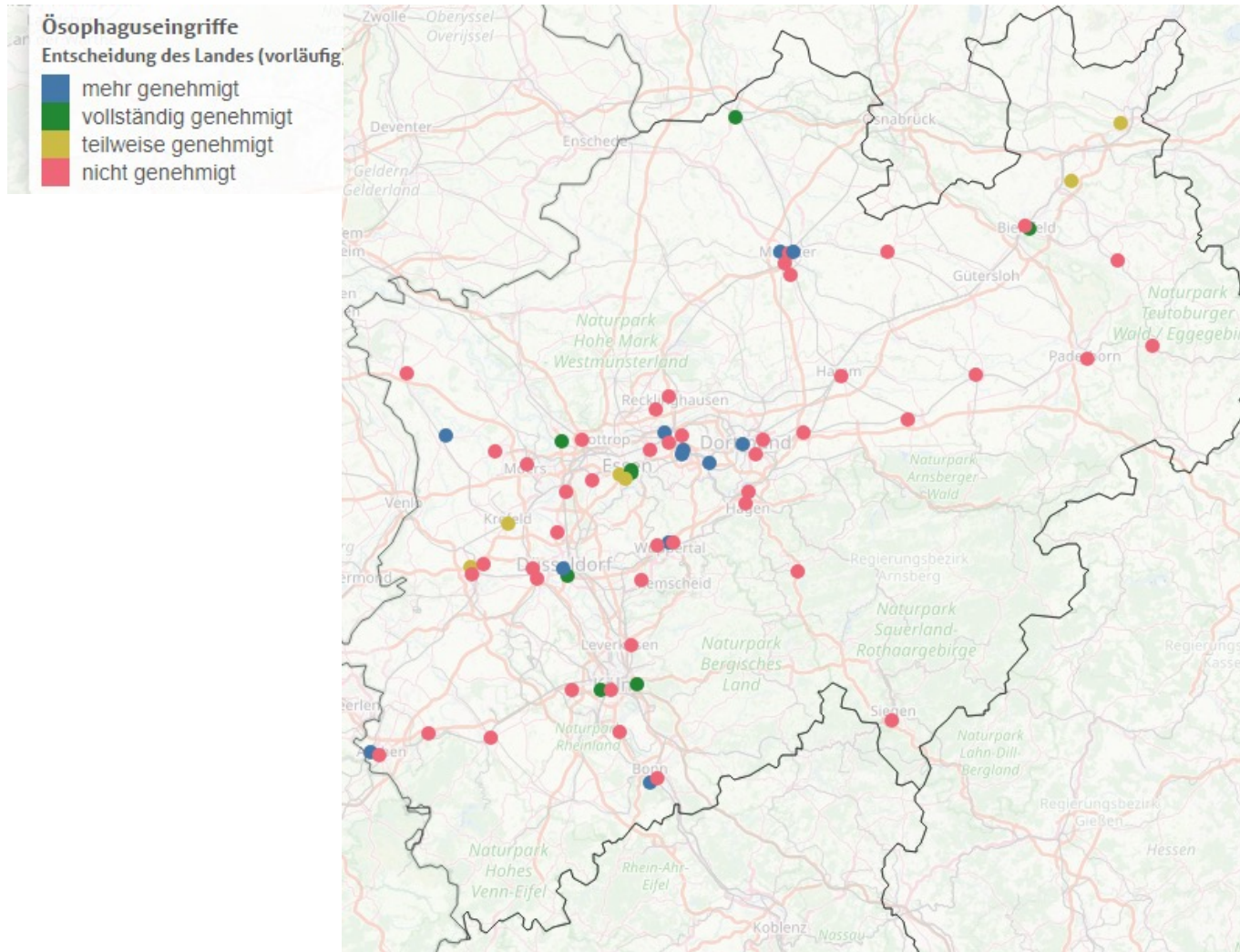


# „NRW PUR“ WIRKT.

## Top 10 Leistungsgruppen mit deutlichen Veränderungen

Anhörungsverfahren MAGS (Juni 2024) versus 2. Votum Krankenkassen (Juni 2023)





# FOLGEN

- **Wachstum und Schrumpfung von Standorten**
- **Schließung von Abteilungen und Standorten**
- **Regionale Verlagerung von Arbeitsplätzen**
- **Neue Kooperationen und Verbünde**

## Fazit

**Erreichung der beiden Ziele  
Qualitätswahrnehmung und angemessene  
Zahl an Standorten nach dem  
Anpassungsprozess wahrscheinlich**

## **Dafür brauchen wir in NRW**

### Vom Land

- Übergangsfristen in der KH-Planung
- Finanzierung der Strukturveränderungen

### Vom Bund

- Übernahme des Planungssystems NRW
- Stabiles  
Betriebskostenfinanzierungssystem

# REFORM BUND



## Fokus auf

- 65 Leistungsgruppen – wofür?
- Vorhaltevergütung – Anpassungsbedarf
- Level-II Kliniken – interessante Chance

# NEUE LEISTUNGSGRUPPEN DES BUNDES

## „Spezielle Traumatologie“ (1/5)

- qualitätsgesicherte Traumanetzwerke der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- etablierte rettungsdienstliche Zuweisungen
- gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

**Fazit:** bereits heute hochstrukturierter Versorgungsbereich, neue Leistungsgruppe führt zu mehr Bürokratie bei einem fraglichen Qualitätszuwachs

# NEUE LEISTUNGSGRUPPEN DES BUNDES

## „Notfallmedizin“ (2/5)

- gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
- bundesgesetzliche Überlegungen zu einer Neustrukturierung der Notfallversorgung
- Besondere personelle Anforderungen (drei FÄ mit Klinischer Akut- und Notfallmedizin)
- Wird alle GBA-1 Standorte gefährden

**Fazit:** keine Qualitäts- und Bedarfsorientierung, lediglich mehr Komplexität/Bürokratie



# NEUE LEISTUNGSGRUPPEN DES BUNDES

## „Infektiologie“ (3/5)

- Paradigmenwechsel da leistungsbereichsübergreifend
- Regelwerke (ICD, OPS) erlauben keine Identifikation eines spezifischen Patientenkollektivs  
ggf. komplexe Verlegungsaktivitäten bei schwerer Infektion im Behandlungsverlauf
- besondere personelle Anforderungen (FÄ für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Hygiene und Umweltmedizin jeweils mit der Zusatz-Weiterbildung, mindestens 1 VZÄ)

**Fazit:** extrem schwierige Operationalisierung bei einem fraglichen Nutzen

# NEUE LEISTUNGSGRUPPEN DES BUNDES

## „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ (4/5)

- in der Krankenhausplanung und den Weiterbildungsordnungen unbekannte Schwerpunkte (zum Beispiel KJ-Notfallmedizin oder KJ-Infektiologie)
- Regelwerke (ICD, OPS) erlauben keine Identifikation eines spezifischen Patientenkollektivs

**Fazit:** hohe personelle und planerische Herausforderungen, Gefahr einer weiteren Ausdünnung der pädiatrischen Versorgungsstrukturen

# NEUE LEISTUNGSGRUPPEN DES BUNDES

## „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ (5/5)

- bereits abschließend zentralisierte Strukturen in NRW
- kein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit

**Fazit:** kein Regelungsbedarf, lediglich mehr Komplexität/Bürokratie

# Weitere Schwierigkeiten im KHVVG-Ansatz


- Neudefinition der Leistungsgruppen durch das INEK
- Zu wenige Kooperationsmöglichkeiten zwischen mehreren Standorten
- Deutliche Verschärfung der Personalvorgaben bei der Fachärzteausrüstung
- Einführung von Mindestvorhaltezahlen in den Leistungsgruppen
- Normativer Ausschluss eines Teils der onkochirurgischen Standorte
- Keine echte bundesweite Auswirkungsanalyse mit Option für Anpassungen, sondern Evaluierung nach Einführung Ende 2029

# VORHALTEFINANZIERUNG

Eine Entökonomisierung findet nicht statt. Die Erlöse eines Krankenhauses hängen weiterhin sehr stark von der Anzahl der behandelten PatientInnen ab.

Die Vorhaltefinanzierung finanziert keine Vorhaltung für Grundversorgungskrankenhäuser in ländlichen Regionen. Sie stärkt diese Kliniken nicht bei einem allgemeinen Rückgang der Patientenzahl oder bei dem Verlust einer Leistungsgruppe in Folge der KH-Planung.

Die Vorhaltefinanzierung unterstützt auch nicht Wachstum von Leistungen durch Zentralisierung. Diese wachsenden Standorte haben Erlösnachteile im Vergleich zum heutigen System.

 Fallzahlunabhängige, an den realen Kosten orientierte Vorhaltevergütung

# NEUE KRANKENHAUSFORM

## Anreize für Träger fehlen:

- Landesbehörde bestimmt **Standorte** im Benehmen mit Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie Ersatzkassen
  - DKG und GKV-SV vereinbaren im Benehmen mit PKV, welche stationären **Leistungen** dort erbracht werden und welche Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit & Dokumentation
  - **Weitere** Leistungen möglich: ambulante, Übergangspflege, Kurzzeitpflege ...
- grober **Rahmen**
- vieles abhängig von zukünftigen **Vereinbarungen**



# KERNFORDERUNGEN

- 1. Einführung eines normierten Planungssystems**  
(= NRW-Modell als Start), aber mit Bedarfsbezug und ohne überfordernde Strukturvorgaben weiterentwickeln
- 2. Vorhaltevergütungssystematik** muss neu aufgesetzt werden → wir brauchen eine fallzahlunabhängige, kostenbasierte Vorhaltevergütung, die die Kosten für höhere Strukturanforderungen mitberücksichtigt
- 3. Auswirkungsanalyse** dringend notwendig  
→ andernfalls: Reform im Blindflug
- 4. Entbürokratisierung** ernsthaft angehen:  
Die Dokumentationspflichten des KHVVG (Leistungsgruppen/Vorhaltevergütung) führen zu einem immensen Bürokratieaufwand!
- 5. Inflations- und Tarifausgleich** verbindlich regeln: finanzielle Begleitung der Reform, sonst drohen Versorgungslücken vorab → kalte Strukturbereinigung stoppen
- 6. Erhalt** von Wettbewerb und Trägerpluralität statt einer zentral geplanten, verstaatlichten Krankenhauslandschaft