DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

FAIR

Dr. Gerald Gaß
Vorstandsvorsitzender der DKG

Krankenhausreform und Qualitätstransparenz, was erwartet die Kliniken?

Dr. Gerald Gaß, Meschede, 15. März 2024

Agenda

1. Kalter Strukturwandel durch ökonomische Auszehrung, kommt ein Inflationsausgleich?
2. Was kommt mit dem Transparenzgesetz?
3. Wie wirkt sich die Vorhaltefinanzierung aus?
4. Wie entwickelt sich die Ambulantisierung (AOP/Hybrid-DRG)?

Einnahmen und Ausgaben laufen auseinander

Presse

Orientierungswert für Krankenhauskosten 2022 beträgt 6,07 %

Krankenhäuser

Orientierungswert für Krankenhauskosten 2023 beträgt 6,95 %

Veränderungswerte 2022

2,29%

2023

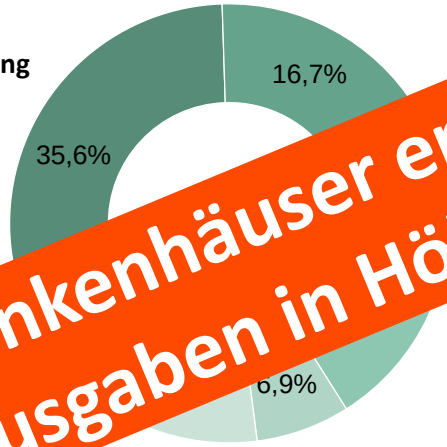
4,32%

Diagnose: *„Kostentreiber Krankenhaus“*

Die Krankenhäuser ersparen der GKV im Jahr 2022 Ausgaben in Höhe von 12 Milliarden Euro

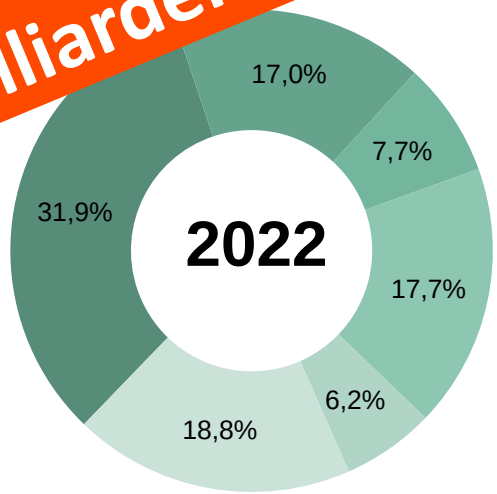
GKV-Leistungsausgaben: 164,96 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung
35,6 %
(58,73 Mrd. €)



- ...hausbehandlung
- Ärztliche Behandlung
- Heil- und Hilfsmittel
- Arzneimittel
- Zahnarzt & Zahnersatz
- Übrige Leistungen

GKV-L... ...d. €



Quelle: BMG Kennzahlen und Faustformeln Stand März 2023

Fallzahlentwicklung 2019 – 2022 Maßnahmen

von 19,4 Millionen Fällen auf 16,8 Millionen Fälle in 2022

Exogener Schock ausgelöst durch die Corona Pandemie

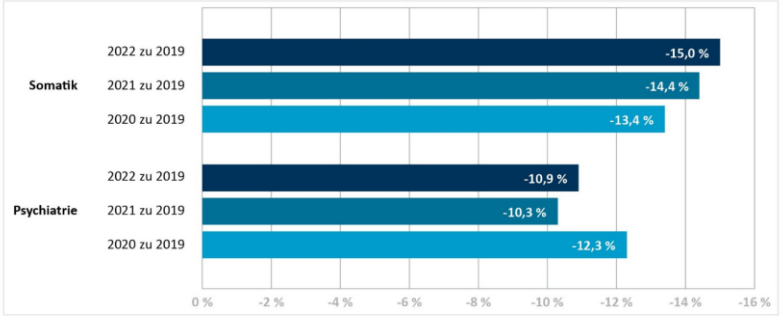
Dauerhafter Zustand oder vorübergehende Sondersituation?

Schnelle Strukturanpassungen oder zunächst Erhalt der Kapazitäten?

Streichung im KHG §10 Abs. 4

Leistungsveränderungen/Landesbasisfallwert

Vergleich Fallzahlen der Jahre 2020 bis 2022 mit 2019, Veränderung in Prozent



Anmerkung: Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2023

Die Politik hat sich bewußt für eine marktgetriebene schnelle Strukturanpassung/Kapazitätsabbau entschieden

Insolvenzen in 2023

Nr.	Bundesland	Krankenhaus
1	Schleswig-Holstein	imland Kliniken Rendsburg-Eckernförde
2	Schleswig-Holstein	DIAKO Flensburg
3	Schleswig-Holstein	Klinikum Bad Bramstedt
4	Sachsen	Paracelsus-Klinik Reichenbach GmbH
5	Niedersachsen	Marien Hospital Papenburg Aschendorf gGmbH
6	Brandenburg	Krankenhaus Spremberg
7	Bayern	Rotkreuzkrankenhaus Lindenberg
8	Hessen	Scivias Caritas gGmbH
9	Nordrhein-Westfalen	St. Elisabeth-Krankenhaus Jülich
10	Nordrhein-Westfalen	St. Josef KH Linnich
11	Nordrhein-Westfalen	Bergmann Deutsche Klinik Hilden
12	Nordrhein-Westfalen	St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch
13	Nordrhein-Westfalen	St. Josef Krankenhaus Haan (Kplus)
14	Nordrhein-Westfalen	St. Josefs Krankenhaus Hilden (Kplus)
15	Nordrhein-Westfalen	St. Lukas Klinik Solingen (Kplus)
16	Saarland	SHG-Klinik in Merzig
17	Nordrhein-Westfalen	St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn
18	Mecklenburg-Vorpommern	Warnow-Klinik Bützow
19	Rheinland-Pfalz	DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg
20	Rheinland-Pfalz	DRK Krankenhaus Alzey

Nr.	Bundesland	Krankenhaus
21	Rheinland-Pfalz	DRK Krankenhaus Kirchen (Sieg)
22	Rheinland-Pfalz	DRK Krankenhaus Neuwied
23	Niedersachsen	Agaplesion Krankenhaus Holzminden
24	Baden-Württemberg	Rot-Kreuz-Klinik Wertheim gGmbH
25	Bayern	Rot-Kreuz-Klinik München gGmbH
26	Hessen	DRK-Krankenhaus Biedenkopf
27	Sachsen-Anhalt	Lungenklinik Ballenstedt
28	Nordrhein-Westfalen	Alfried Krupp Krankenhaus Steele
29	Niedersachsen	Klinik Dr. Witwity, Stade
30	Baden-Württemberg	Krankenhaus Salem der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH
31	Baden-Württemberg	Krankenhaus St. Vincentius der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH
32	Rheinland-Pfalz	St. Elisabeth Krankenhaus Lahnstein
33	Bayern	Diakoniewerk München-Maxvorstadt

Insolvenzen sind Realität

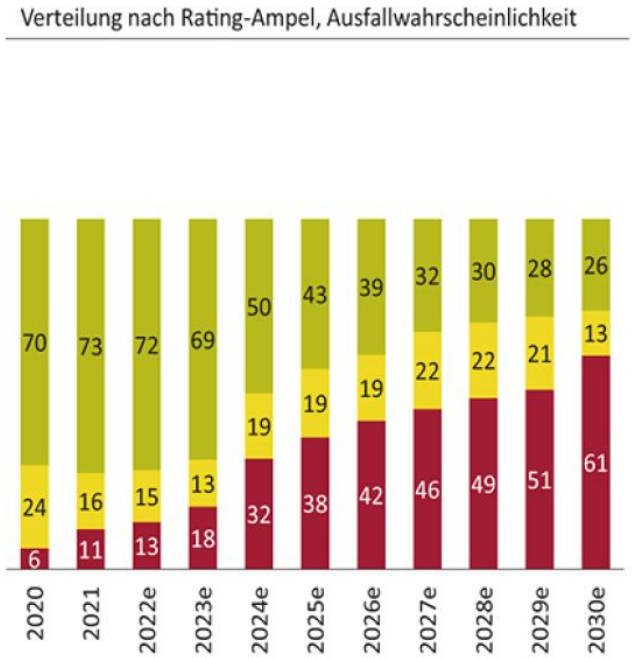
Zeitraum	Anzahl der Insolvenzen (Standorte)	Trägerart		
		Öffentlich	Freigemein-nützig	Privat
2022	7	3	1	3
2023	34	2	30	2
Jan. 2024	6	6	0	0
Summe	**47**	**11**	**31**	**5**

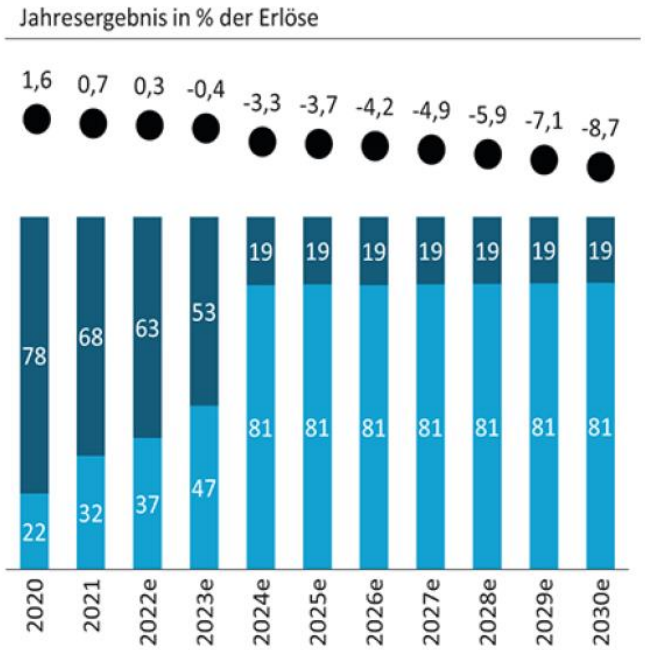
Rund 20.000 Beschäftigte direkt betroffen

Quellen: Insolvenzmonitoring der DKG - Stand: 10. Januar 2024 & https://neu.insolvenzbekanntmachungen.de/ap/

Prognose: Künftige Betriebsergebnisse

Hochrechnungen auf der Grundlage des demografisch bedingt sinkenden Personalbestands und einer zu erwartenden fortschreitenden Ambulantisierung

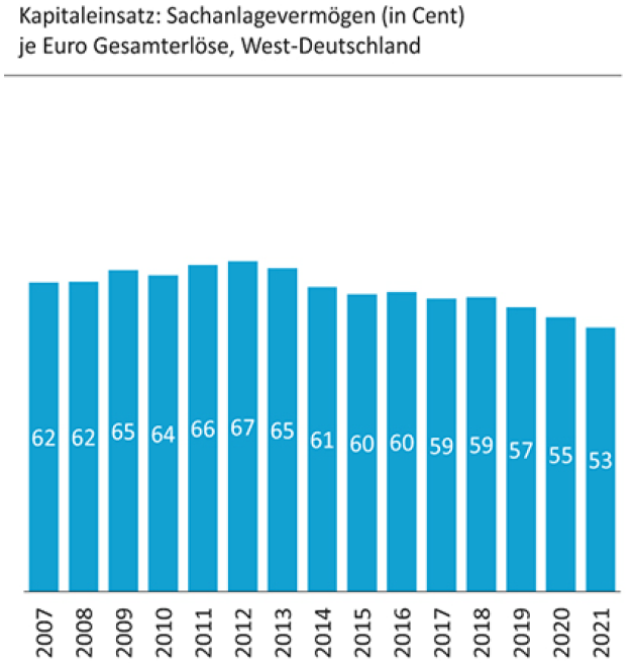


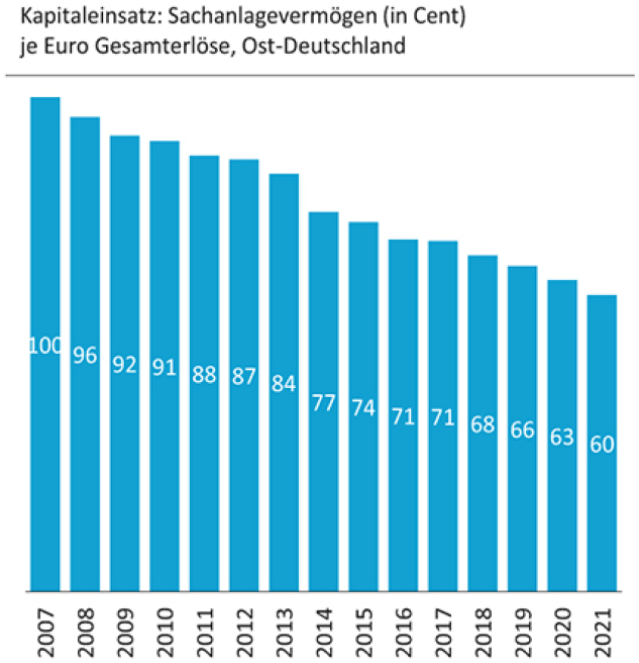


-8,7% Defizit in 2030 erwartet

Quelle: rwi / hcb / BIB, Krankenhaus-Rating-Report 2023

Substanzverzehr beim Anlagevermögen





Kapitaleinsatz im Zeitverlauf nach Ost und West (2007-2021)

Quelle: rwi / hcb / BIB,
Krankenhaus-Rating-Report 2023

Der kalte Strukturwandel zerstört Strukturen und Vertrauen

- Bevölkerung, PatientInnen und Beschäftigte verlieren das Vertrauen und sind verunsichert
- Neue und laufende Investitionsprojekte werden gestoppt
- Zukunftsplanung und Personalentwicklung kaum möglich
- Defizitausgleiche verzehren sämtliche Rücklagen für Zukunftsprojekte

Bundesratsinitiative 24. November 2023

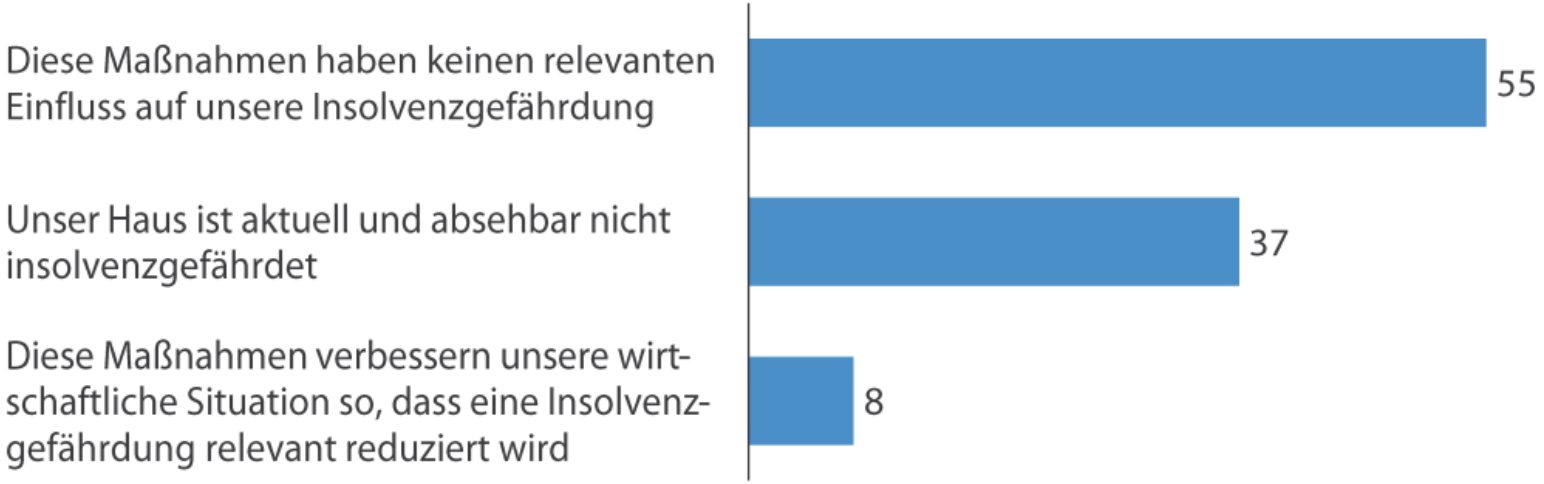
1. Einmalige Anpassung der LBFW/PEPP Entgelte als Inflationsausgleich um 4 Prozent
2. Voller Tariflohnausgleich im LBFW ab 2024
3. Neudefinition des Orientierungswerts
4. Nothilfeprogramm im Umfang vo[illegible]rden Euro

Das BMG versucht mit Scheinlösungen Zeit zu gewinnen

Alle Länd[illegible]en zugestimmt,
(bei E[illegible]tung von Berlin)

Liquiditätshilfen (Auswirkungen auf Insolvenzrisiko)

Wie wirken sich diese beiden Maßnahmen – erhöhter Pflegeentgeltwert und schnellere Abfinanzierung genehmigter Pflegebudgets – gemeinsam betrachtet auf die Insolvenzgefährdung Ihres Hauses aus? (Allgemeinkrankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Krankenhaustransparenzgesetz

Augsburger Allgemeine · 11 T.

Krankenhausreform: Bundesrat stimmt gegen Teil von Lauterbachs Krankenhausreform

Der Bundesrat hat einen Bestandteil der Krankenhausreform von Karl Lauterbach vorerst ausgebremst. Es geht um einen Qualitäts ...

Deutsches Verbände Forum · 11 T.

DKG zur heutigen Bundesratsabstimmung: Erst das Land, dann die Partei

(Berlin) - Zur heute anstehenden Entscheidung zum Krankenhaustransparenzgesetz im Bundesrat erklärt der Vorstandsvorsitzende ...

verbaende

Krankenhaustransparenzgesetz oder
„Des Kaisers neue Kleider“

Leistungsgruppenzuordnung nach KHTG ab Oktober 2024

Im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes und in der berechtigten Erwartungshaltung, dass der Bundesrat im kommenden Jahr diesem Gesetz ebenfalls zustimmt, ist vorgesehen, dass das InEK Vorgaben im Sinne von Spezifikationen zur Programmierung einer Datenverarbeitungslösung (sogenannte Leistungsgruppen-Grouper) für die Zuordnung von erbrachten Krankenhausfällen zu den Leistungsgruppen erarbeitet. Das Leistungsangebot der Krankenhäuser soll differenziert nach 65 Leistungsgruppen dargestellt werden. Die Krankenhäuser haben dann künftig den vom InEK zertifizierten Leistungsgruppen-Grouper anzuwenden, um eine bundeseinheitliche Zuordnung der erbrachten Krankenhausfälle zu Leistungsgruppen in der Datenübermittlung sicherzustellen. Die Zuordnung von erbrachten Krankenhausfällen zu Leistungsgruppen wird perspektivisch auch Grundlage für die Einführung einer Vorhaltevergütung entsprechend dem zwischen Bund und Ländern beschlossenen Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 sein. Ein vergleichbares Zertifizierungsverfahren ist auch für die Software der bereits bestehenden DRG-Grouper etabliert.

Aus einem Brief des Ministers an das INEK vom Dezember 2023

Leistungsgruppen NRW plus

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

LB-Nr.	Leistungsbereich (LB)	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin
2	Endokrinologie und Diabetologie	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
3	Gastroenterologie	3.1	Komplexe Gastroenterologie
4	Nephrologie	4.1	Komplexe Nephrologie
5	Pneumologie	5.1	Komplexe Pneumologie
6	Rheumatologie	6.1	Komplexe Rheumatologie
7	Hämatologie und Onkologie	7.1	Stammzelltransplantation
		7.2	Leukämie und Lymphome
8	Kardiologie	8.1	EPU/Ablation
		8.2	Interventionelle Kardiologie
	oder Herzchirurgie	8.3 / 13.4	Kardiale Devices
	oder Herzchirurgie	8.4 / 13.3	Minimalinvasive Herzklappenintervention
9	Allgemeine Chirurgie	9.1	Allgemeine Chirurgie
10	Kinder- und Jugendchirurgie	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie
11	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
12	Gefäßmedizin	12.1	Bauchaortenaneurysma
		12.2	Carotis operativ/interventionell
		12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße
13	Herzchirurgie	13.1	Herzchirurgie
		13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
	oder Kardiologie	13.3 / 8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention
	oder Kardiologie	13.4 / 8.3	Kardiale Devices
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.1	Endoprothetik Hüfte
		14.2	Endoprothetik Knie
		14.3	Revision Hüftendoprothese
		14.4	Revision Knieendoprothese
	oder Neurochirurgie	14.5 / 25.2	Wirbelsäuleneingriffe
15	Thoraxchirurgie	15.1	Thoraxchirurgie
16	Viszeralchirurgie	16.1	Bariatrische Chirurgie
		16.2	Lebereingriffe
		16.3	Ösophaguseingriffe
		16.4	Pankreaseingriffe
		16.5	Tiefe Rektumeingriffe
17	Augenheilkunde	17.1	Augenheilkunde
18	Haut- und Geschlechtskrankheiten	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten
19	MKG	19.1	MKG
20	Urologie	20.1	Urologie
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
		21.2	Ovarial-CA
		21.3	Senologie
		21.4	Geburten
22	Neonatologie	22.1	Perinataler Schwerpunkt
		22.2	Perinatalzentrum Level 1
		22.3	Perinatalzentrum Level 2
23	Kinder- und Jugendmedizin	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
		23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
		23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
24	HNO	24.1	HNO
		24.2	Cochleaimplantate
25	Neurochirurgie	25.1	Neurochirurgie
	oder Orthopädie und Unfallchirurgie	25.2 / 14.5	Wirbelsäuleneingriffe
26	Neurologie	26.1	Allgemeine Neurologie
		26.2	Stroke Unit
		26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
27	Geriatrie	27.1	Geriatrie
28	Intensivmedizin	28.1	Intensivmedizin
29	Palliativmedizin	29.1	Palliativmedizin
30	Transplantation solider Organe	30.1	Darmtransplantation
		30.2	Herztransplantation
		30.3	Lebertransplantation
		30.4	Lungentransplantation
		30.5	Nierentransplantation
		30.6	Pankreastransplantation
31	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	31.1	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär
		31.2	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär
32	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	32.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - vollstationär
		32.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - teilstationär

Die wirklichen Ziele hinter der Qualitätstransparenz

Bundesweite Zuordnung von Leistungsgruppen für alle Standorte schon im Herbst 2024 **ohne Mitsprache der Länder**

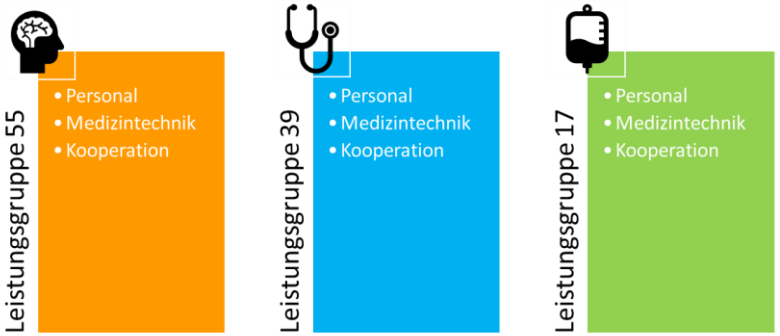
+ Einteilung aller Standorte in KH-Level ohne weitere Mitsprache der Länder

= Zugriff auf die Länderkompetenz der Krankenhausplanung durch die Hintertür

... aber kein Mehrwert für PatientInnen in Sachen Qualitätstransparenz

Mindestvorgaben für Leistungsgruppen werden zum zentralen Steuerungsinstrument

- Start mit NRW Konzept
- Weiterentwicklung durch Rechtsverordnung Bund/Länder
- Vorschlag AWMF – Leitlinienorientierung
- Abweichungen von den Vorgaben im Land nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen und nur bei Sicherstellungshäusern
- Standortübergreifende Erfüllung der Vorgaben unsicher



Die Mindeststrukturvorgaben müssen erfüllt werden, um Behandlungen einer Leistungsgruppe erbringen und abrechnen zu können

KHTG- Leistungsgruppen und Levelzuordn

Das Bundesgesundheitsministerium plant Mindestfallzahlen für alle Leistungsgruppen einzuführen

Appell der Krankenhausverbände zur Krankenhausreform

KRANKENHAUSREFORM

Appell der Krankenhäuser

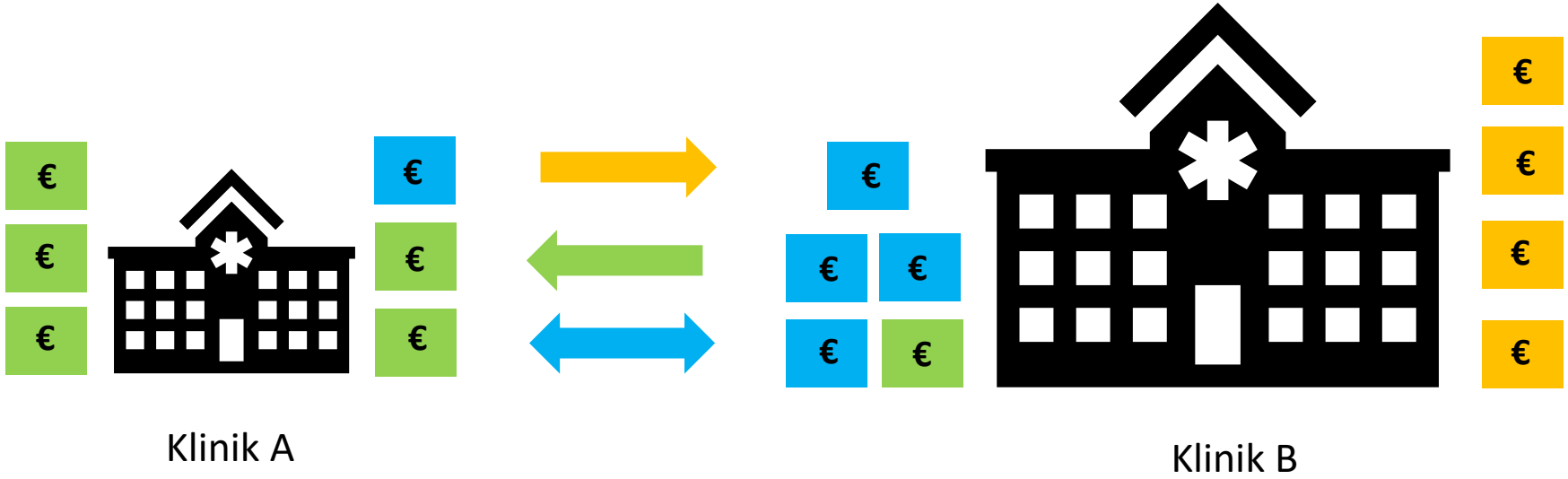
Die Krankenhäuser bekennen sich zur Reform. Bis dahin muss aber die Patientenversorgung gesichert sein. »

Die DKG bekennt sich zu…

- den vereinbarten Eckpunkten,
- einem notwendigen Strukturwandel,
- einer noch stärkeren Konzentration komplexer Leistungen,
- notwendigen Standortfusionen,
- mehr ambulanter Patientenversorgung am Krankenhaus,
- Etablierung von Gesundheitszentren

Vorhaltefinanzierung auf Leistungsgruppen verteilen – was passiert wirklich?

Wie definiert man aufwandsgerecht die Vorhaltekosten einer Leistungsgruppe in Abgrenzung zu anderen Leistungsgruppen?



Simulation der Vorhaltefinanzierung

LEISTUNGSSPEKTRUM AN ST. ALEA

Unser Beispiel-Krankenhaus St. Alea ist ein Grundversorger im ländlichen Raum mit zusätzlichen Spezialisierungen in der Endoprothetik und der Urologie. Die Simulation basiert auf einer Einteilung der Fälle in medizinische Leistungsgruppen, die sich am Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 orientiert. Wir setzen folgende Leistungsgruppen und Fallzahlen an:

- Internistische Grundversorgung: **2 200** Fälle
- Chirurgische Grundversorgung: **1 400** Fälle
- Hüftgelenk-Endoprothetik: **120** Fälle
- Kniegelenk-Endoprothetik: **100** Fälle
- Urologie: **900** Fälle

Für die Szenarien zeigen wir immer zuerst **mittlere Erlöse**, die sich aus dem statistischen Mittel des DRG-Fallspektrums in der jeweiligen Leistungsgruppe ergeben. Diese Fallspektren beziehen wir aus dem InEK-Datenbrowser (Datenlieferung 2022 gruppiert nach DRG 2023), wobei wir auf Häuser mit 100 bis 149 Betten filtern.

Vorhaltepauschalen = Existenzgarantie?

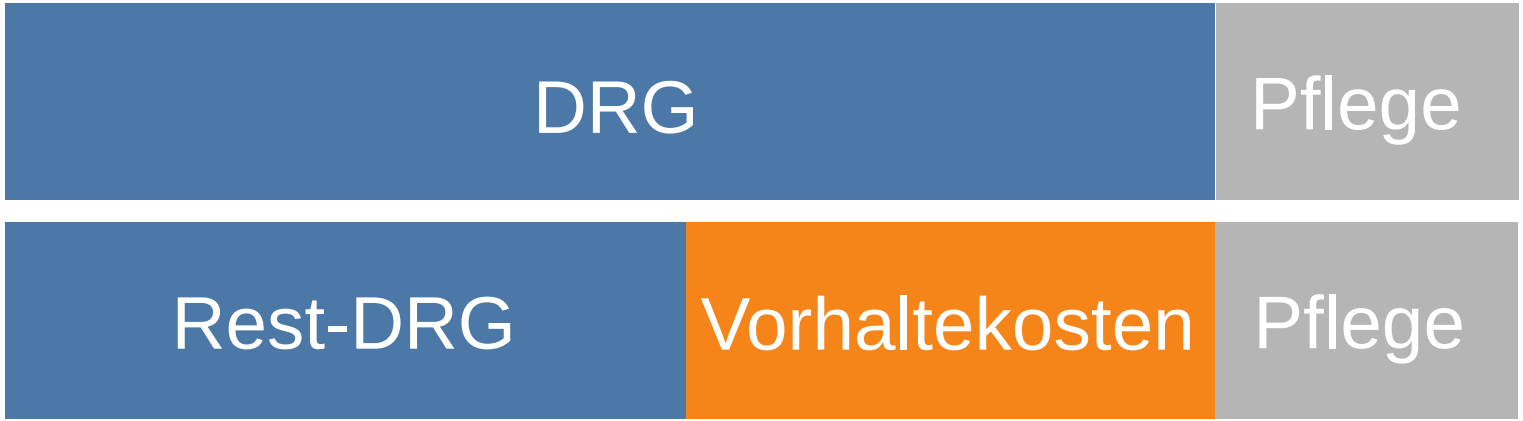
Bundesministerium
für Gesundheit

„Das System der Fallpauschalen hat die Krankenhäuser zu stark ökonomischen Zwängen ausgesetzt. Viele Krankenhäuser wären von der Schließung bedroht wenn sich nichts ändert.
Stattdessen erhalten notwendige Kliniken durch die Reform Vorhaltepauschalen. Das heißt sie bekommen eine Art Existenzgarantie, selbst wenn sie vergleichsweise wenige Behandlungen anbieten. Somit bestimmt die Qualität und nicht mehr die Quantität die Versorgung.“

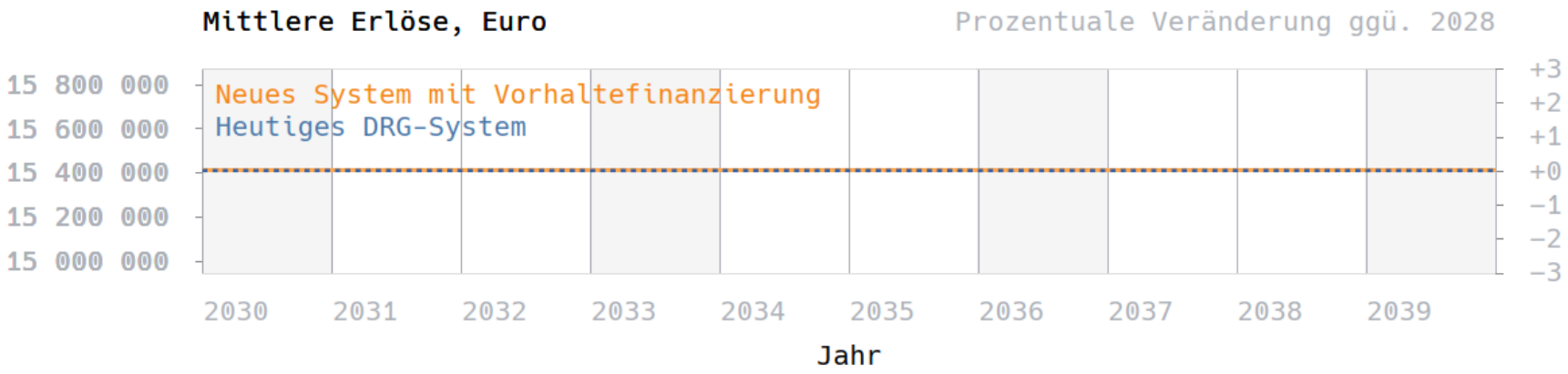
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform

Das neue Finanzierungssystem

Vorhaltepauschalen als Teil der Krankenhausfinanzierung

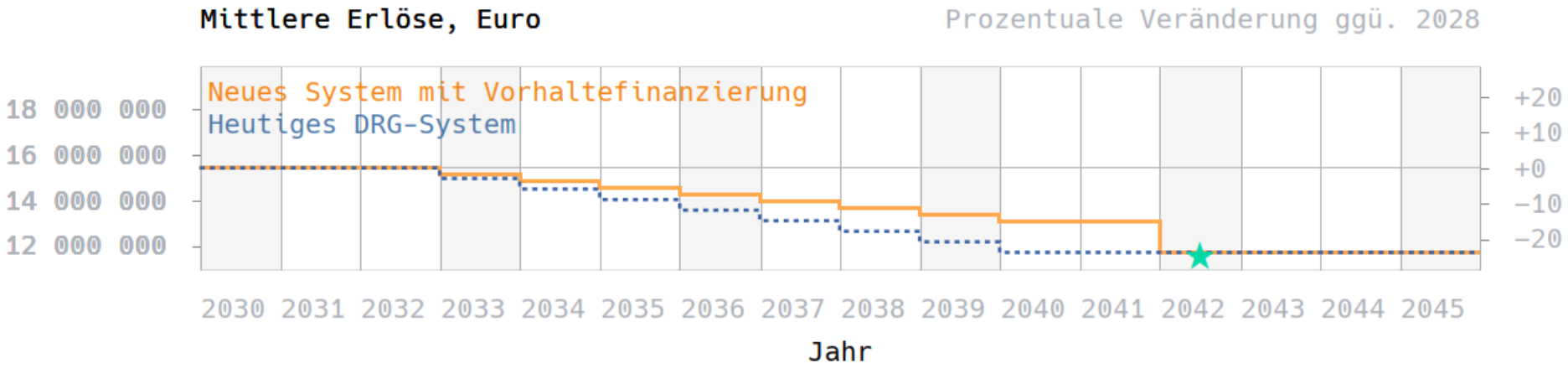


Wenn sich das Leistungsgeschehen am Standort und im Land nicht ändert, bleiben auch die Erlöse gleich



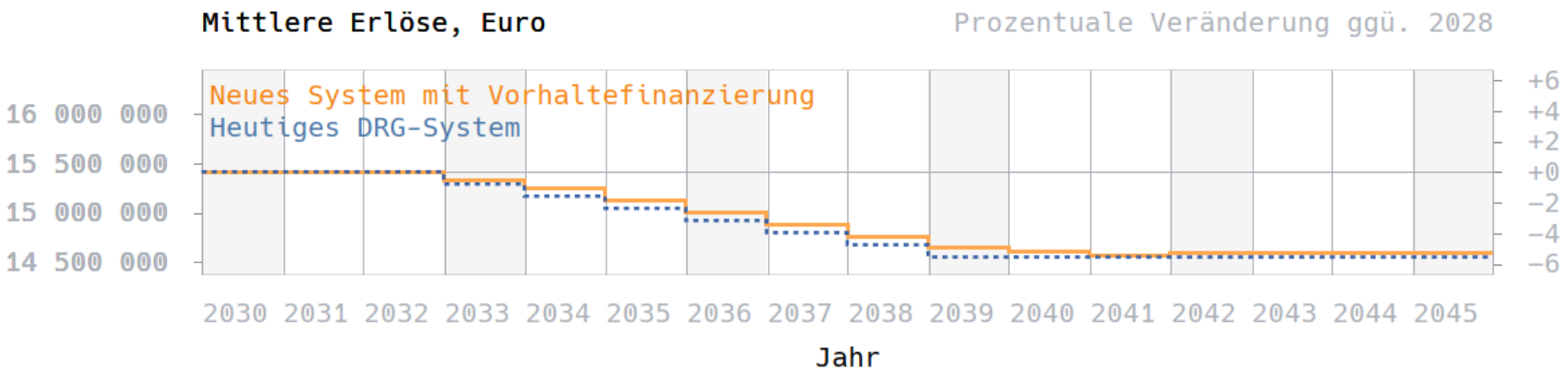
Wenn sich ein Standort mit seinem bestehenden Leistungsgeschehen nicht auskömmlich finanzieren kann, hilft die Vorhaltefinanzierung im Vergleich zum jetzigen DRG-Fallpauschalensystem nicht weiter.

Wenn die Zahl der PatientInnen in der Klinik sinkt, sinken auch die Erlöse aber langsamer und zeitversetzt



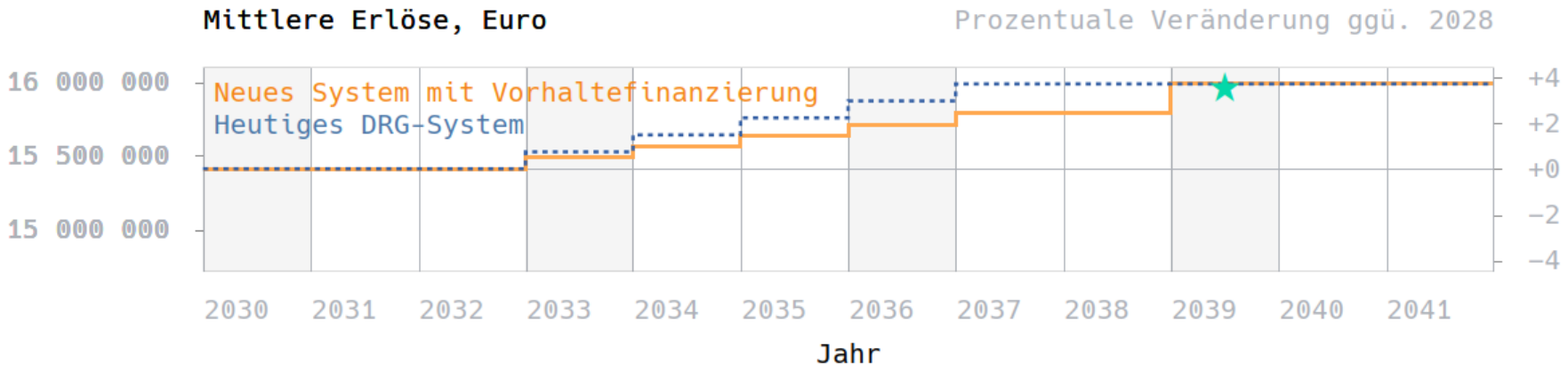
Wenn ein Krankenhaus „schleichend“ stationäre PatientInnen verliert, werden die Erlösverluste durch die Vorhaltung zunächst gedämpft, bis zu dem Punkt, an dem der 20 % Korridor unterschritten wird und die Vorhaltefinanzierung nach unten angepasst wird. Mittelfristig bietet die Vorhaltefinanzierung keinen Vorteil.

Wenn die Zahl der PatientInnen im Land zurückgeht, sinken auch die Erlöse am Standort



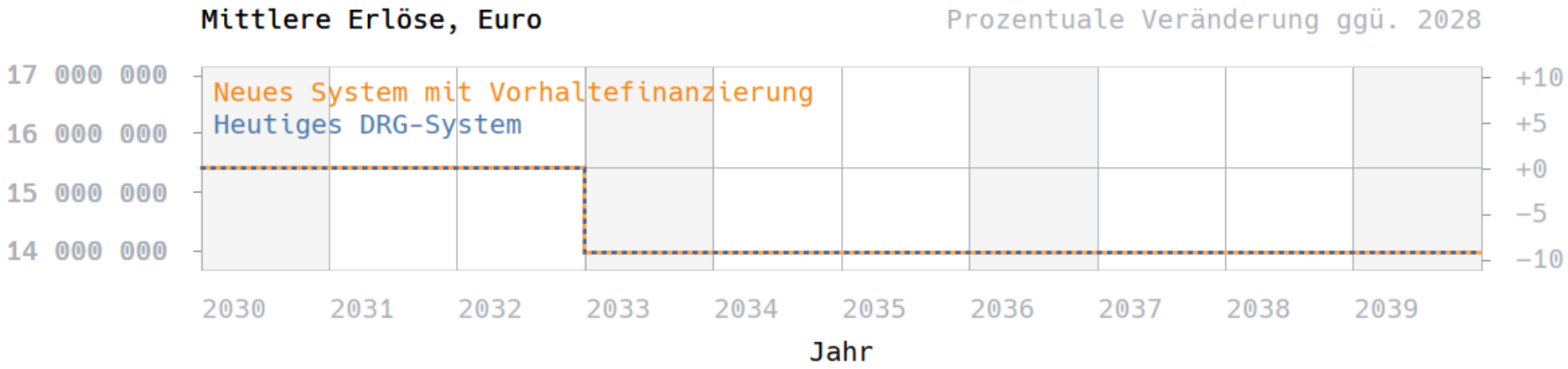
Das landesweite Vorhaltebudget sinkt kontinuierlich und damit auch das daraus abgeleitete standortbezogene Vorhaltebudget <u>obwohl der 20 % Korridor am Standort nicht unterschritten wird.</u> Damit kann die Vorhaltefinanzierung auch das Strukturkostenproblem bei allgemein sinkenden Patientenzahlen (Ambulantisierung) nicht lösen.

Wenn die Zahl der PatientInnen deutlich wächst, steigen auch die Erlöse - aber zeitverzögert



Deutlich steigende Patientenzahlen (Konzentration) führen zeitversetzt zu einem identischen Ergebnis. Auf dem Weg dahin verliert der Standort aber Erlöse im Vergleich zum heutigen System.

Wenn der Standort eine Leistungsgruppe verliert, hilft die Vorhaltefinanzierung nicht



Die Vorhaltefinanzierung bringt keine Verbesserung, wenn dem Standort durch die Krankenhausplanung Leistungsgruppen entzogen werden und damit Patientenbehandlungen entfallen.

Lohnt sich der Umstieg auf dieses System? Was zeigt die Simulation zusammenfassend?

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

Die Vorhaltefinanzierung ist **keine Existenzsicherung** 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 nicht die Konzentration von Leistungen** an größeren Krankenhäusern. Diese wachsenden Standorte haben Erlösnachteile im Vergleich zum heutigen System.

Die Vorhaltefinanzierung ist **kein Beitrag zur Entbürokratisierung** die Zuteilung der Vorhaltebudgets ist komliziert. Die Erlösentwicklung hängt anders als heute nicht nur am eigenen Leistungsgeschehen. Das System wird insgesamt deutlich komplexer.

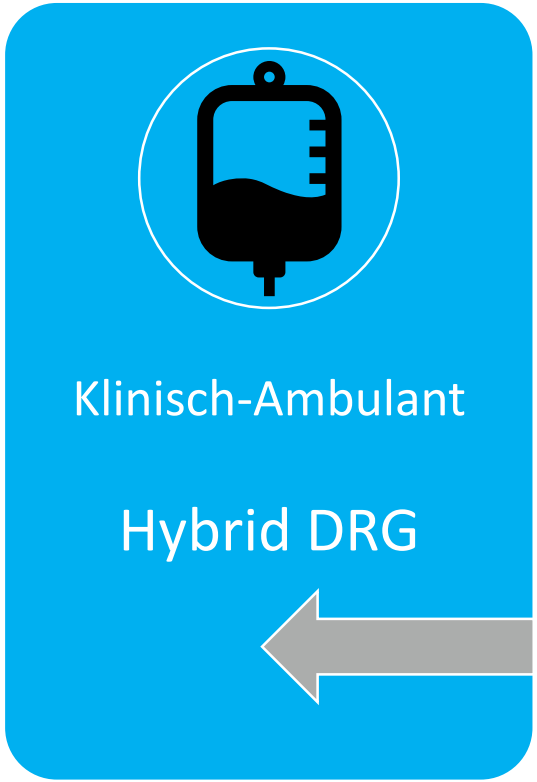
Hybrid-DRGs in der Ersatzvornahme

Begrenzte Fallzahlen (180.000) aber sehr schnelle Erweiterung vom BMG beauftragt, Ziel eine Million Fälle bis Ende 2024

Eintages-Fälle mit zusätzlichem Abschlag ca. 20-30%

Hohes Konfliktpotential bei Mehrtagesfällen

Normierung DRG Volumen?
Strukturvorgaben für Leistungserbringung?
Valide Abgrenzung zu vollstationärer Behandlung?



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen als Chance für kleine Krankenhäuser

Rechtlicher Rahmen:

Zulassung durch die Länder
Definition des Leistungspektrums teilweise im Gesetz
teilweise Selbstverwaltung
Mindestvorgaben für Akut-Leistungsspektrum
Neue medizinisch-pflegerische Leistung
Ambulante Versorgung hängt an KV Zulassung
Pflege klassisch über SGB XI

Finanzierung:

Tagespauschalen und klassische Finanzierung
Investitionen?

Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen - warum einfach, wenn es auch kompliziert geht

- Unsinnige Mindestvorgaben für Akutversorgung
- Keine Planungssicherheit für ambulante Angebote
- Alle Anforderungen für die klassische Pflege müssen erfüllt werden
- Komplizierte Individualverhandlungen über Tagespauschalen

Transformationsfonds? Klarheit erst nach der BT-Wahl

Politik

Transformationsfonds: Diese Vorhaben sollen förderfähig werden

Mittwoch, 28. Februar 2024

Newsletter abonnieren | Zur Startseite

Bürokratie für die Krankenhäuser

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Medi… …enst

Regelmäßige Begutachtunge…
zur Einhaltung von Str… …merkmalen
von OPS-Kodes … …g 275d SGB V
(StrOPS-R…

…PS-Version 2024)

497 Seiten Bürokratieaufwand

Die Krankenhausreform droht zu scheitern - was wir jetzt brauchen…

- Ein Ende der Hinterzimmer-Politik, die viel Zeit kostet und das Misstrauen weiter wachsen lässt.
- Die strukturierte Beteiligung der Selbstverwaltung an der konkreten Umsetzung der Reform
- Positive Anreize für die Träger, die die Veränderungsbereitschaft aufgreifen
- Schnelle Entscheidungen mit dem Blick auf die sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen
- Einen Transformationsfonds 2024 – 2034 im Umfang von mindestens 50 Mrd. Euro

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!