



Aufstehen

Die Krankenhaus - Reform

Lauterbachs „grundlegende Entökonomisierung“

- fällt leider aus ...

Nadja Rakowitz / Peter Hoffmann

Verein demokratischer Ärzt*innen

online 05.12.2024



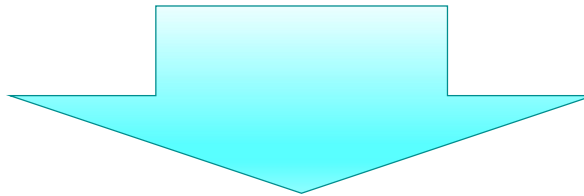
warum Protest?



Ursachen der Krankenhaus-Krise 1

ökonomische (Fehl-) Anreize des DRG-Systems

Erlöse aus Fallpauschalen *minus* Kosten
= Gewinn oder Verlust



Zahl lukrativer Fälle ↑

Operationen ↑

Prozeduren ↑

Zahl defizitärer Fälle ↓

Kosten ↓

- Personalkosten ↓

- Vorhaltekosten ↓

Ursachen der Krankenhaus-Krise 2



- **weniger Investitionsmittel vom Staat** seit den 90er Jahren
- **weniger Erlöse aus Fallpauschalen nach Corona:** 20 % weniger „Fälle“
 - ? wegen Überkapazitäten der KH oder wegen Fachkräftemangel ?
- **Preisniveau im Fallpauschalensystem hält nicht Schritt mit den Kosten**
 - Tarifsteigerungen
 - Inflation
 - ...
- **KEINE Brückenfinanzierung für insolvenzgefährdete Kliniken**
 - 8 von 10 Kliniken erwarten in 2024 ein Defizit - oft steil ansteigend
 - weiterhin starke Anreize zur Über-, Unter- und Fehlversorgung unserer Patient*innen?
- **düstere Aussichten**
 - die Gesetzlichen Krankenkassen erwarten in 2025 ein Defizit von 13,8 Mrd €
 - wird die GKV ab 2026 jährlich 2,5 Mrd € in den Transformationsfonds geben?
 - wie geht es weiter mit Bundesregierung und Schuldenbremse?

Krankenhausreform ist notwendig!



Bundesministerium für Gesundheit 2024

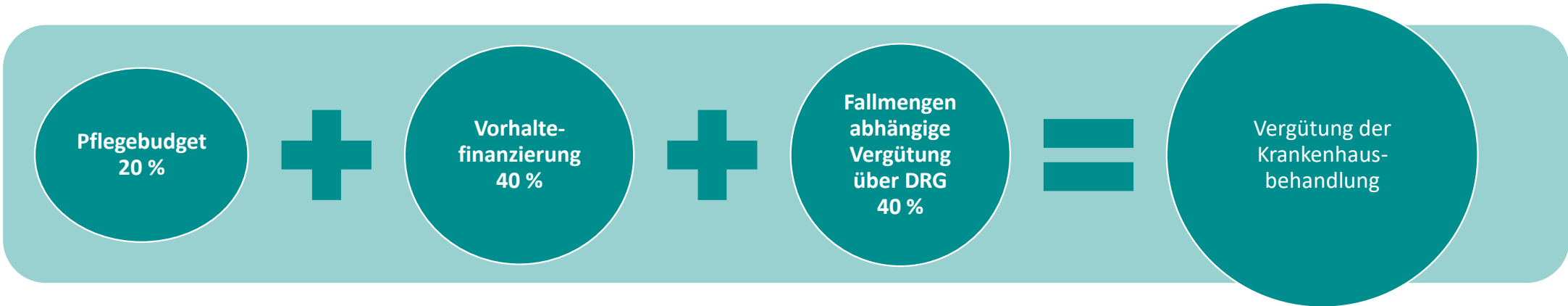
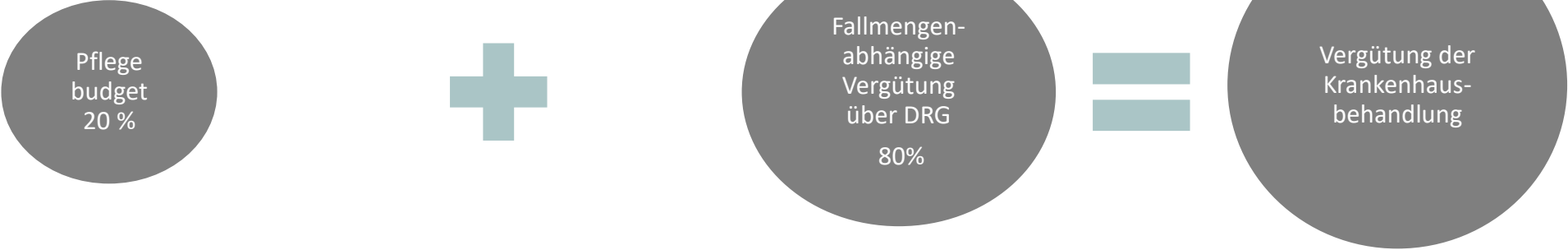
„Den Krankenhäusern wird der ökonomische Druck genommen: Durch eine Vorhaltevergütung sollen bedarfsnotwendige Krankenhäuser künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden“

Bundesgesundheitsminister Lauterbach Bild-Interview 20.10.24

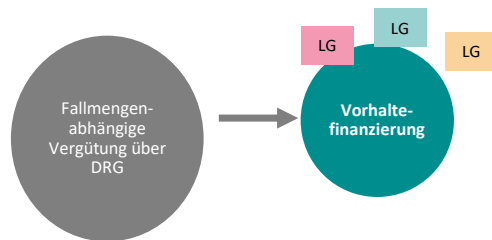
„Es ist ganz klar, dass wir in zehn Jahren spätestens ein paar Hundert Krankenhäuser weniger haben werden“



Finanzierung: Gesamtvergütung für KH bleibt gleich
neu: Vorhaltekostenfinanzierung



Wie werden die Vorhaltevergütungen bestimmt?



Absenkung der Fallpauschalen ab 2026

- InEk rechnet in 2025 erstmals einen Finanzierungsteil aus dem DRG-Fallpauschalensystem heraus
- konkret: InEK kalkuliert für jede DRG nach Abzug „variabler Sachkosten“ die Vorhaltekosten als Bewertungsrelation
- 2025 / 2026 budgetneutral für das einzelne KH
- 2027 / 2028 Konvergenzphase mit 33% / 66% Wirksamkeit
- InEk analysiert Auswirkungen kann Empfehlungen geben, ob und inwieweit anstelle der normativ festgelegten Vorhaltevergütung eine Kalkulation der Vorhaltekosten vorgenommen werden soll

volle Wirkung der Vorhaltevergütung ab 2029

Vorhaltevergütung - mengenabhängig

Vorhalte- budget

Pflege- budget

→ auch zukünftig
krankenhausindividuell nach
Selbstkostendeckungsprinzip
finanziert.

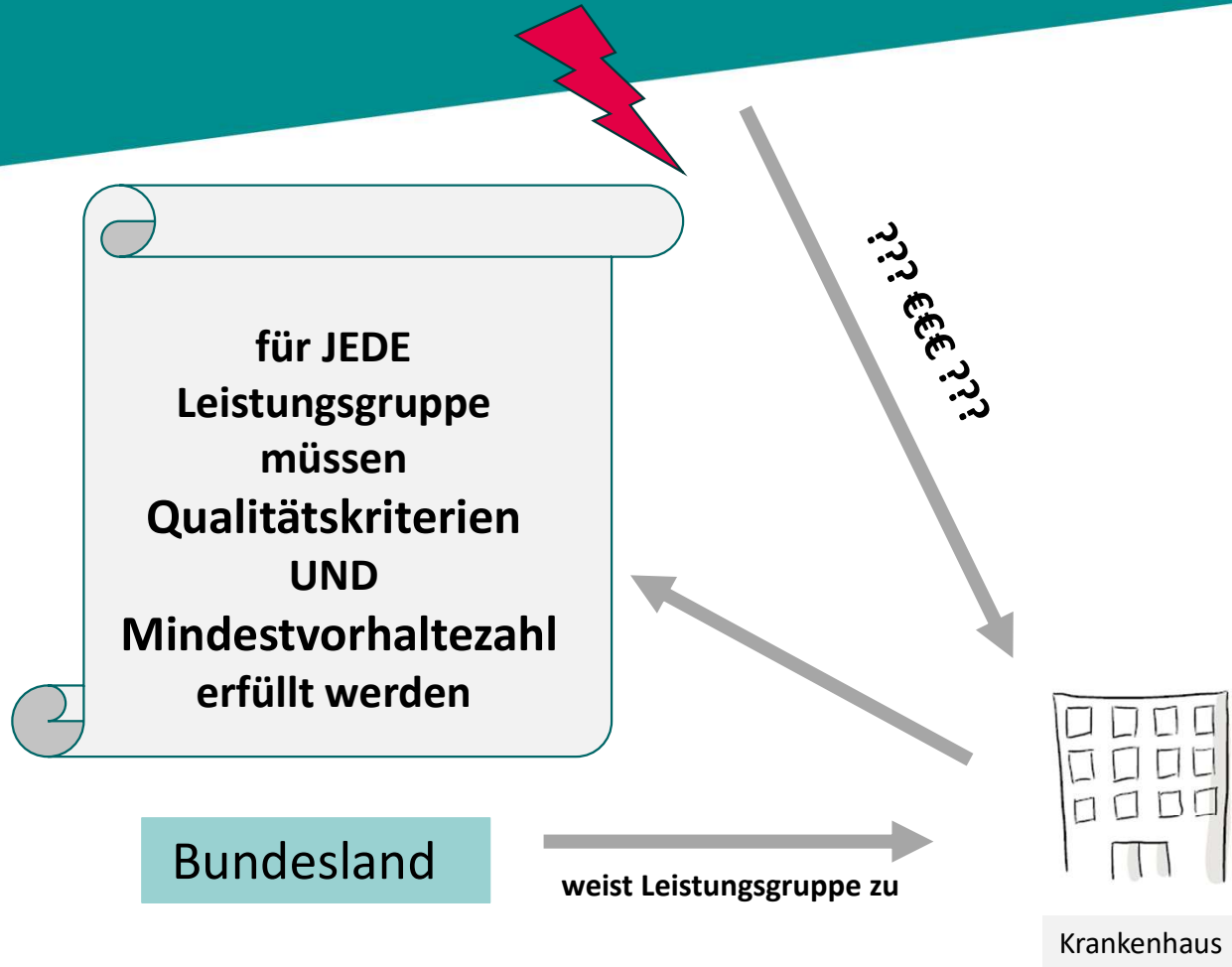
Ermittlung des Vorhaltebudgets je Land je Leistungsgruppe (durch InEK)

- aus Fallpauschalen ausgegliedertes Volumen wird gedeckelt und ausgewiesen nach Leistungsgruppen und Land
- wird technisch mit jeweiligem Landesbasisfallwert gewichtet als Bewertungsrelation

Ermittlung des einzelnen Krankenhaus-Vorhaltebudgets

- **anhand bisheriger Fallzahl und Fallschwere in den zugewiesenen LG**
- **falls Länder Planfallzahlen pro KH festlegen sind diese zu verwenden**
- Effekte durch **Ambulantisierung**
 - Fallzahlen werden sinken
 - Erlöse sinken - Absenkung der Preise von Hybrid-DRGs auf EBM-Niveau
- **Verlagerungseffekte** aufgrund von Schließungen oder Fusionen (Übertragung wegfallender Vorhaltebudgets auf aufnehmende Standorte)
- budgetneutrale Einführung 2026 - Konvergenzregelung 2027 und 2028
- **Neueinstufungen**
 - in regelmäßigen Abständen (zunächst nach zwei danach alle drei Jahre)
 - bei Veränderungen der Fallschwere
 - **bei Veränderungen der Ist-Fallzahlen nur wenn > +/- 20 Prozent**

Vorhaltevergütung - Zusatz-Bedingungen



- **Qualitätskriterien** je Leistungsgruppe beziehen sich auf Krankenhausstandort (Entfernung max. 2 km)
- vertraglich vereinbarte Kooperationen und Verbünde können berücksichtigt werden
- Bundeseinheitliche Definition, welche Kooperationsmöglichkeiten bzw. Verbundlösungen zulässig sind
- Mindestvorhaltezahlen der LG gelten ab 2027
- keine Zweckbindung der Gelder

Ausnahmen: Sicherstellungskrankenhäuser (bundesweit 136 KH in 2024) und Fahrtzeiten von > 30 / 40 Minuten

Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen



- detaillierter als Fachgebiete
(z.B. Nephrologie, Endokrinologie anstatt „Innere Medizin“)
- jede DRG wird einer LG zugeordnet
- für jede LG gelten ab 1.1.2027 bundeseinheitliche, strukturelle und personelle (ärztliche) Qualitätskriterien
- Festlegung gemeinsam durch Bund und Länder (Rechts-VO)
- initial gelten die NRW-Regeln (sehr inhomogen ...)
- werden den KH vom Land zugewiesen (KH-Planung)
- KH darf nur Behandlungen in zugewiesenen Leistungsgruppen abrechnen
- Festlegung verwandter bzw. in Kooperation zulässiger LG
- MD prüft Einhaltung der Qualitätskriterien (alle 2 Jahre)
- Ausnahmeregelungen für die Bundesländer
 - bedarfsnotwendiges KH (Fahrzeiten 30 / 40 Minuten)
Ausnahme für 3 Jahre zulässig
 - Zustimmung der Kassen erforderlich?

Beispiele Qualitätskriterien im KHVVG



Allg. Innere: LG Intensivmedizin (Standort), LG Allg. Chirurgie (Kooperation), Rö, EKG, Sono, Basislabor 24/7, CT 24/7 (Kooperation), Endoskopie (10 Std.), FA Innere (3 VZÄ), mindestens Rufdienst (24/7), PPUGV
Auswahlkriterium: LG Allg. Frauenheilkunde oder LG Ovarial-Ca, oder LG Brust oder LG Geburten

Komplexe Gastroenterologie: LG Intensivmedizin, LG Allg. Innere, LG Allg. Chirurgie (alles Standort), LG Palliativmedizin (Kooperation), Endoskopie, Sono, Endosono, CT 24/7 (Standort), FA Innere+Gastro (3 VZÄ), mindestens Rufdienst (24/7), PPUGV

Leukämie/Lymphome: LG komplexe Intensivmedizin, LG Allg. Innere, LG Allg. Chirurgie, (alles Standort), LG Palliativmedizin, LG Stammzelltransplantation, Strahlentherapie (Kooperation), CT oder MRT24/7 (Kooperation), FA Innere (3 VZÄ), davon 2 FA Innere und Hämatologie+Onkologie, mindestens Rufdienst 24/7, Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
A-Kriterium: LG Kinder-Hämatologie+Onkologie, LG Komplexe Gastroenterologie, LG Stammzelltransplantation

Beispiel NRW: Zentralisierung und Schließungen

- empirische Basisdaten für die Bedarfsplanung:
 - KH-Häufigkeit
 - Demografie
 - Verweildauerverkürzung
 - Grad der „Bettennutzung“ - Auslastung
- Qualitätsvorgaben:
 - „Strukturmerkmale“ technisch und personell
- bis 2032 sollen 18.400 Betten (17,9 %) von 102.800 Betten abgebaut werden
 - 13.600 über eine Steigerung der Auslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung (Arbeitsintensivierung für Beschäftigte)
 - 4.800 über eine Leistungsverchiebung in den ambulanten Sektor (570.000 Fälle jährlich) – ohne Aufbau nötiger Primärversorgungsstrukturen
- > „Planfallzahlen“ = Obergrenzen für Fallzahlen pro Leistungsgruppe



Beispiel NRW

„327 von 330 Häusern legten Widerspruch gegen Laumanns Pläne ein. (...) Sein Plan sei zu kurzfristig gewesen, gestand er gegenüber dem Sender ein. (...)“

In manchen Bereichen erhalten KH entsprechende Leistungsgruppen zurück: geriatrische Versorgung, perinatale Versorgung von Neugeborenen, endoprothetische Versorgung, kardiale Versorgung; maximalversorgende KH und Unikliniken bekommen LG wieder zugewiesen.

Kliniken erhalten Zeit bis zum 1. April 2025 für den Start der »Reform«.

Für die Umsetzung der Ziele bekommen sie zwölf Monate, damit es während der Umstellung keine Versorgungslücken gibt.“

(Klinikreform vertagt. Fast alle Krankenhäuser in NRW legten Widerspruch gegen Reform ein, junge welt 01.11.2024)

Auswirkungsanalyse

„Das Instrument liefere einerseits **Simulationen für jede Leistungsgruppe** in einem Bundesland.

In einem zweiten Abschnitt können die Kalkulationen hinsichtlich der **Verteilung der Vorhaltepauschalen** vorgenommen werden“, sagte Schmid. Das System basiert auf Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2023 und der Logik der neu geplanten 65 Leistungsgruppen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).“

(Krankenhausreform: So funktioniert das Instrument der Auswirkungsanalyse, DÄB 31.10.2024)



**KRANKENHAUS
STATT FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

zum KHVVG

verein
demokratischer
ärzt*innen

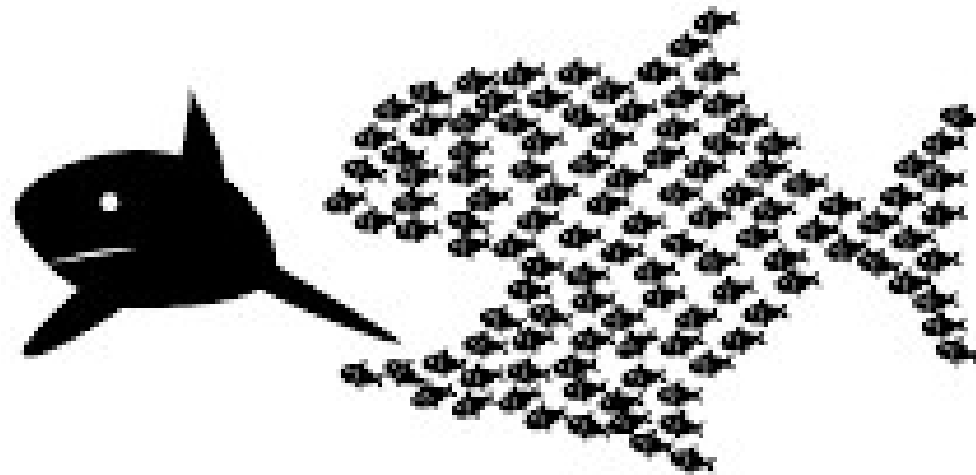
Hier finden Sie 4 Videos der Veranstaltungsreihe des Bündnisses „Krankenhaus statt Fabrik“ zu verschiedenen Aspekten der Krankenhausreform:

<https://krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/08/10/online-veranstaltungsreihe-zum-khvvg/>

Hier finden Sie die Stellungnahmen aus der BT- Anhörung des Gesundheitsausschusses zum KHVVG vom 25.09.2024, auch von „Krankenhaus statt Fabrik“

<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw39-pa-gesundheit-krankenhausversorgung-1015182>

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

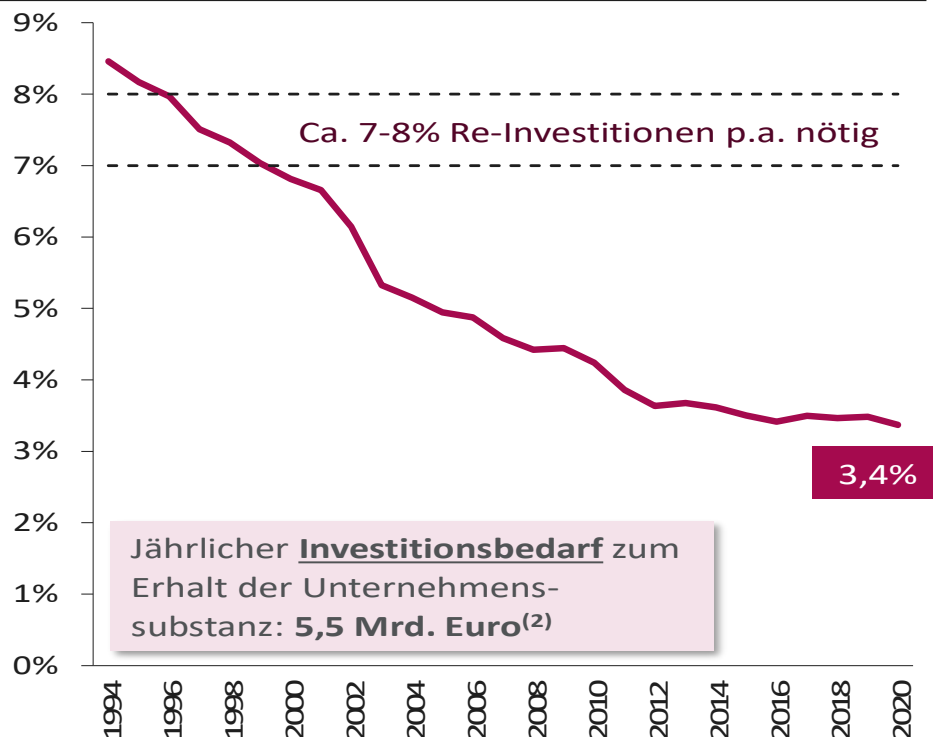


Investitionsmittel seit den 90er Jahren gekürzt



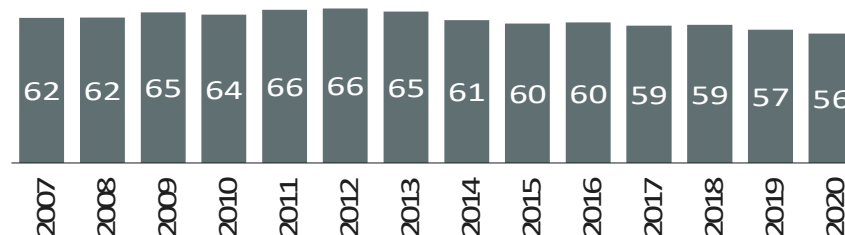
Auch abnehmende Unternehmenssubstanz bei Krankenhäusern

KHG-Fördermittel / Krankenhauserlöse⁽¹⁾

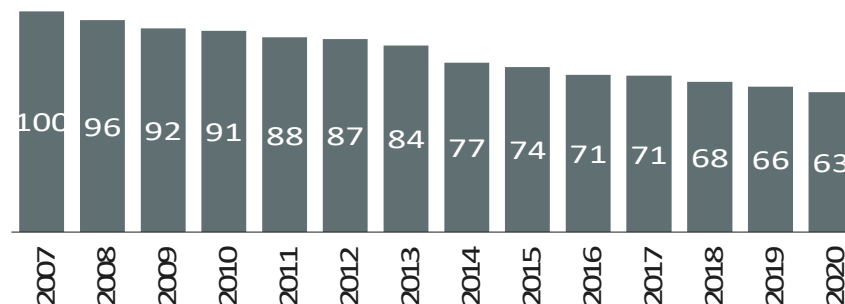


Sachanlagevermögen (in Cent) je Euro Gesamterlöse

West-Deutschland



Ost-Deutschland



(1) Ohne Universitätskliniken
(2) Mit Universitätskliniken: ca. 6,3 Mrd. Euro
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Jens Spahn: Paradigmenwechsel - Selbstkostendeckung für Pflege „am Bett“

- Pflege „am Bett“ wurde ab 2020 aus den DRG herausgenommen (entspricht ca. 20% der DRG-Erlöse)
- ab jetzt werden alle Kosten für Pflege (am Bett) bezahlt, alle Tarifsteigerungen werden refinanziert (Nachweispflicht)
- aus der Pflege können keine Gewinne mehr herausgepresst werden



Dies ist ein echter Paradigmenwechsel.

Bei der Regelung handelt es sich um eine Abkehr vom Preissystem der DRGs und um echte Selbstkostendeckung

Problematisch

- gilt nur für die Pflegepersonal am Bett und nicht für alle Personalkosten
- Kostendruck auf andere Berufsgruppen wächst

finanzielle Zusagen für die KH „Tropfen auf den heißen Stein“



- **Vergütungszuschläge für Notfallstufen des GBA** bleiben
 - Basisnotfallversorgung Stufe 1: 153.000 €/a
 - erweiterte Notfallversorgung Stufe 2: 459,000 €/a
 - umfassende Notfallversorgung Stufe 3: 688.500 €/a
- **Preiserhöhung ab 2025** (Landesbasisfallwerte)
lineare Tariferhöhungen und Einmalzahlungen gehen noch im gleichen Jahr ein
- **Pädiatrie:** 288 Mio. / Jahr
für 2025/26 gilt bisheriger Zuschlag von 300 Mio. weiter (§ 5 KHEntgG)
- **Geburtshilfe:** 120 Mio.
für 2025/26 gilt bisheriger Zuschlag von 120 Mio. weiter - (§ 5 KHEntgG)
- **ab 2027:**
 - **Stroke Unit:** 35 Mio.
 - **Spezielle Traumatologie:** 65 Mio.
 - **Intensivmedizin:** 30 Mio.

Bundesregierung schiebt Sozialausgaben ab Perspektive für KH?



- **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): hohes Defizit**
 - in 2022 hat der Staat 9,2 Mrd € Kosten für Bürgergeldempfänger nicht erstattet
 - in 2025 erwartet GKV 13,8 Mrd € Defizit
 - die Zusatzbeiträge werden ca. 0,8 % ansteigen
 - den Transformationsfonds der KH-Reform sollen Krankenkassen zur Hälfte bezahlen
 - Länder und GKV, ab 2026 10 Jahre lang
 - jeweils 2,5 Mrd. €/Jahr; insgesamt 50 Mrd. €
- **Pflegekassen: finanzielle Schieflage**

Rückerstattung von 11 Mrd Coronageldern durch den Staat steht noch aus