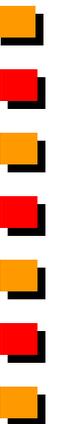


Rheinland-Pfalz und das Saarland vor der Umsetzung der Krankenhausreform

Jetzt die richtigen Weichen stellen für die
Gesundheitsversorgung von morgen



Vorstellung: Thomas Kolb

- 58 Jahre, verheiratet - zwei Kinder
- Ausbildung zum Bankkaufmann
- Studium der Wirtschaftswissenschaften
- Promotion Wirtschafts- und Sozialwissenschaften



1994 – 2003 Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.

2003 – 2008 SCIVIAS Krankenhaus St. Josef Rüdesheim am Rhein

2008 - 2010 Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

2010 – 2013 Professur für Krankenhausmanagement und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius, Idstein/Hamburg/München/Köln

Seit 2013 Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre (Gesundheitsmanagement und Rechnungswesen) Hochschule RheinMain – Fachbereich Wiesbaden Business School

Seit 2022 Mitglied des Expertenpools gemäß § 92b Absatz 6 SGB V beim Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses

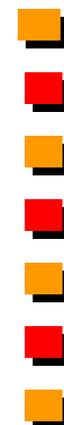


Wo stehen wir aktuell?



Abgelaufener Zeitplan

- 25.09.2024 Anhörung des Gesundheitsausschusses
- 18.10.2024 2. und 3. Lesung im Bundestag (Formsache)
- 22.11.2024 Vorlage im Bundesrat
 - **DAS GESETZ IST ZUSTIMMUNGSFREI!**
 - **ABER:** Möglichkeit des Bundesrates zur Überweisung an den Vermittlungsausschuss (Mehrheitsbeschluss) war gegeben.
 - **Vermittlungsausschuss wurde NICHT angerufen!**



Weiterer parlamentarischer Weg

Rechtsverordnung
Festlegung
Leistungsgruppen

Rechtsverordnung
Mindestvorhaltezahlen
(nach Leistungsgruppen)

Rechtsverordnung
Transformationsfonds

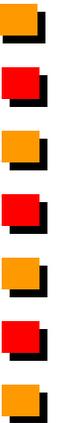
Bis 31.3.2025
(Wirkung zum 1.1.2027)

Bis 1.1.2027
(Wirkung zum 1.1.2027)

2026 – 2035
10 x 5 Mrd. Euro

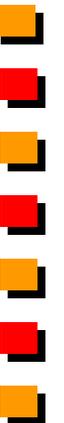
**Falls nicht möglich,
gilt Gesetz!**

Zustimmung des Bundesrates erforderlich!



Transformationsprozess 2026 - 2035

- Bund zapft Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an!
 - Gesamtsumme 25 Mrd. EURO
 - Zzgl. nicht abgerufene Mittel aus dem Strukturfonds
 - **Das zahlen also die Versicherten und nicht der Bund!**
- Weitere 25 Mrd. EURO von den Ländern.
 - *Ist das Geld vorhanden oder wird es u.U. für andere Zwecke gebraucht und verwendet?*



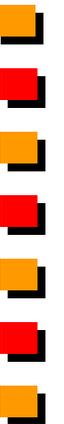
Ziele des Gesetzgebers





Ziele

- **Bundeseinheitliche** Definition von **Krankenhaus-Versorgungsstufen** (Level), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen.
- Bildung eines Systems von **Leistungsgruppen**, die passgenauer als durch DRGs und Fachabteilungen den Levels zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können.
- **Reduktion** der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung.
- Mehr **ambulante** Behandlungsmöglichkeiten für Krankenhäuser.
- **Vereinfachung** des MD-Verfahrens.
- Mehr **Transparenz** für die Versicherten.



Schwerpunkte der Reform



Leistungsgruppen



Mindestvorhaltezahlen



Vorhaltefinanzierung



Sektorenübergreifende Versorgung



Medizinischer Dienst



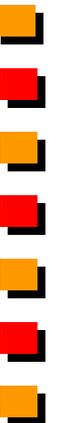
Leistungsgruppen





Umstrukturierung in Leistungsgruppen (§135e SGB V)

- Leistungen werden in 65 **Gruppen** eingeteilt.
- **Bundeseinheitliche** Qualitätskriterien zur personellen und sächlichen Ausstattung und sonstiger Struktur- und Prozesskriterien.
- Krankenhäuser **müssen** diese Qualitätskriterien **erfüllen**.
- **Zuweisung** erfolgt durch die **Länder**.
- Leistungsgruppe stellt **Mindestanforderung** dar.
- Medizinischer Dienst prüft **Einhaltung** der Vorgaben.
- Kriterien können auch durch **Kooperationen/Verbünde** erfüllt werden.
- Es erfolgt eine **Auswirkungsanalyse**.



Leistungsgruppen

INTERNISTISCHE LEISTUNGSGRUPPEN		CHIRURGISCHE LEISTUNGSGRUPPEN	
1	Allgemeine Innere Medizin	14	Allgemeine Chirurgie
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	15	Kinder- und Jugendchirurgie
3	Infektiologie	16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
4	Komplexe Gastroenterologie	17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
5	Komplexe Nephrologie	18	Bauchaortenaneurysma
6	Komplexe Pneumologie	19	Carotis operativ/interventionell
7	Komplexe Rheumatologie	20	Komplexe periphere arterielle Gefäße
8	Stammzelltransplantation	21	Herzchirurgie
9	Leukämie und Lymphome	22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche
10	EPU/Ablation	23	Endoprothetik Hüfte
11	Interventionelle Kardiologie	24	Endoprothetik Knie
12	Kardiale Devices	25	Revision Hüftendoprothese
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	26	Revision Knieendoprothese
		27	Spezielle Traumatologie
		28	Wirbelsäuleneingriffe
		29	Thoraxchirurgie
		30	Bariatrische Chirurgie
		31	Lebereingriffe
		32	Ösophaguseingriffe
		33	Pankreaseingriffe
		34	Tiefe Rektumeingriffe



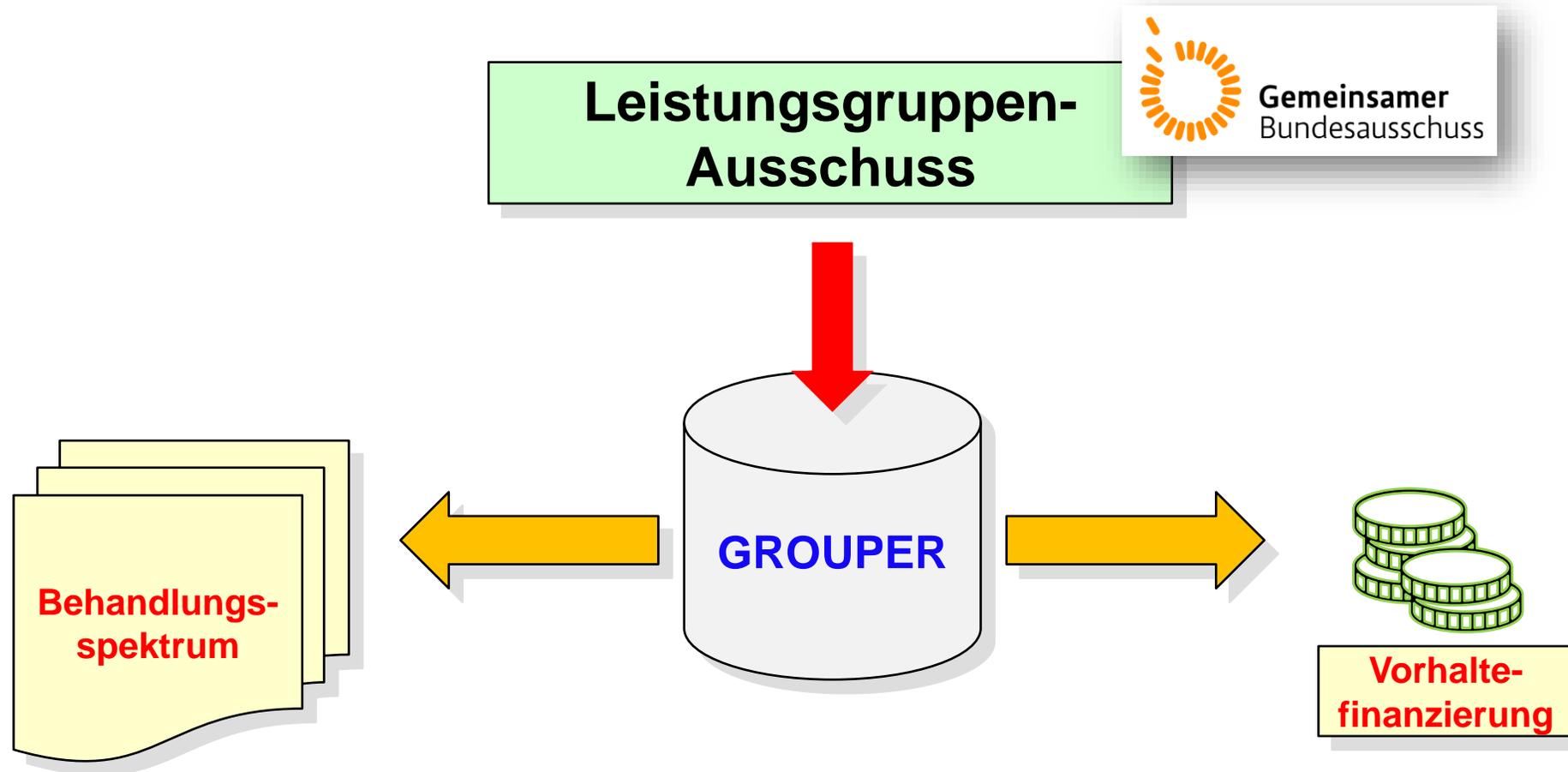
Leistungsgruppen

Weitere

35	Augenheilkunde	50	HNO
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	51	Cochleaimplantate
37	MKG	52	Neurochirurgie
38	Urologie	53	Allgemeine Neurologie
39	Allgemeine Frauenheilkunde	54	Stroke Unit
40	Ovarial-CA	55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
41	Senologie	56	Geriatric
42	Geburten	57	Palliativmedizin
43	Perinataler Schwerpunkt	58	Darmtransplantation
44	Perinatalzentrum Level 1	59	Herztransplantation
45	Perinatalzentrum Level 2	60	Lebertransplantation
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	61	Lungentransplantation
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	62	Nierentransplantation
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	63	Pankreastransplantation
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	64	Intensivmedizin
		65	Notfallmedizin



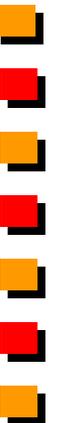
Weiterentwicklung der Leistungsgruppen





Gewünschte Effekte

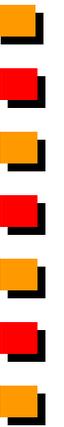
- Keine „Gelegenheitsmedizin“ mehr.
- Organisation über Standorte hinweg möglich/nötig.
- Bildung sinnvoller Kooperationsmodelle.
- Definierte und somit messbare Qualitätsvorgaben.
- Medizinischer Dienst überwacht das Verfahren.
- Bundesländer weiterhin zuständig.





Bundesland kann die Vorhaltefallzahlen aussetzen (§6a, 4 KHG)

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde **kann** [...] einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch Leistungsgruppen [...] **zuweisen, obwohl** das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort **nicht erfüllt**, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist [...]



Mindestvorhaltezahlen



Mindestvorhaltezahlen (§135 f SGB V)

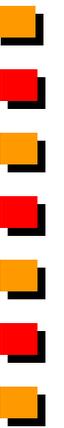
- Grundsatz: Festlegung je **Standort**
- **Bedingungen** für Vorgabe
 - Ständige Vorhaltung des Facharztstandards
 - Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung
 - Einhaltung §12 SGB V
- Bilden **Voraussetzung** für VORHALTEVERGÜTUNG
 - Basis für 2025 ist 2023
- **Zusammenlegung** von Leistungen aus 2 Standorten ist möglich.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) definiert Empfehlungen für Mindestvorhaltezahlen.





Abrechnungsverbote für Leistungen ab 1.1.2027

1. Keine Abrechnung von Leistungen aus **Leistungsgruppen**, die **nicht zugewiesen** wurden.
 - Ausnahme: Notfallpatienten
2. Keine Abrechnung von Leistungen aus Leistungsgruppen, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die **Mindestvorhaltezahl nicht erfüllt**.
 - Ausnahme: Gefährdung der Sicherstellung (durch Land möglich).
3. Keine Abrechnung von onkochirurgischen Leistungen nach §40 KHG, wenn **Anteil unter 15%**.



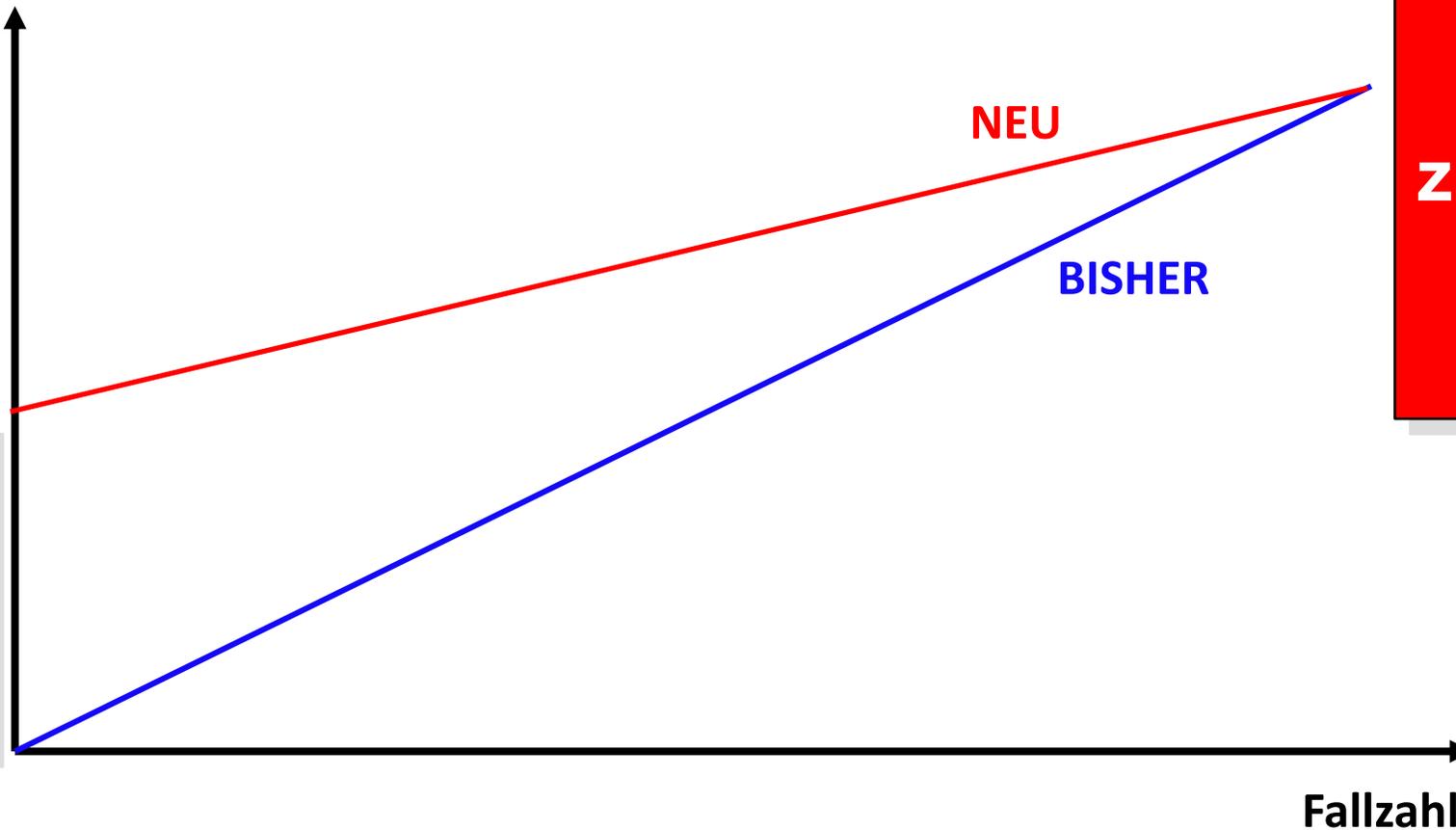
Vorhaltefinanzierung



Welche Idee steckt dahinter?

Erlöse für
Betriebskosten

**Vorhalte-
Budget
60%**



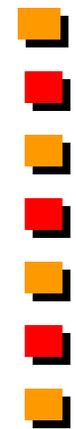
**Bedingung:
Nur bei
zugewiesener
Leistungs-
gruppe**



Beispiel

DRG	Parti-tion	Bezeichnung		Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	Untere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Untere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Obere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt ^{3), 5)}	Obere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Externe Verlegung Abschlag pro Tag (Bewertungs-relation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wieder-aufnahme ⁴⁾	Pflegeerlös Bewertungs-relation pro Tag
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I43B	O	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC		2,367	-	8,3	2	0,255	16	0,064	0,082	-	-	0,7497

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Vergütungs-bereich	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	Untere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Untere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Obere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt ^{3), 5)}	Obere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Externe Verlegung Abschlag pro Tag (Bewertungs-relation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wieder-aufnahme ⁴⁾	Pflegeerlös Bewertungs-relation pro Tag
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I43B	O	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC	rDRG	2,0	-	8,3	2	0,255	16	0,064	0,082	-	-	0,7497
			Vorhaltung	0,367										





Neuberechnung der Vorhaltefinanzierung durch das InEK

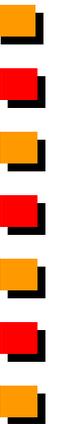
- Aufhebung der **Zuweisung** einer Leistungsgruppe.
- Vollständiges/teilweises **Ausscheiden** eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung.
- Vollständiger/teilweiser **Zusammenschluss** von Krankenhäusern.
- Bestimmung eines Krankenhauses als **Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung**.
- Erstmalige/veränderte **Festlegung** von Mindestvorhaltezahlen.

- Es werden die betroffenen Leistungsgruppen (im Land)
UND alle angrenzenden Bundesländer NEU berechnet!

§37 KHG

Gewünschte Effekte

- (Scheinbare) Senkung des ökonomischen Drucks.
- Pflege bleibt zu 100% finanziert.
- Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen (u.a. Ärzte).
- Ausgleichsmechanismus.



Sektorenübergreifende Versorgung



Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser (§116a SGB V)

- Zulassungsausschuss MUSS Krankenhäuser auf Antrag für die **VERTRAGSÄRZTLICHE** Versorgung ermächtigen.
 - ... soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.
- Zulassungsausschuss MUSS sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf Antrag für das **FACHGEBIET** ermächtigen.
 - ... soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.
- Zulassungsausschuss MUSS sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf Antrag für die **HAUSÄRZTLICHE** Versorgung ermächtigen.
 - *Planungsbereiche, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkung besteht*

Ermächtigung zur ambulanten Leistung

- Möglichkeit sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (Level 1i)
 - Sicherung der haus- und fachärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser.
- Entscheidung liegt bei den Ländern.
- Belegärzte können eingebunden werden.
- Vergütung
 - Stationär: krankenhausesindividuelle Entgelte
 - Ambulant: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)



Gewünschte Effekte

- Bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung.
- Einfacher Zugang der Krankenhäuser zum ambulanten Sektor.
- Erhalt kleinerer Standorte in neuer Organisationsform.

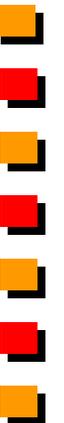


Medizinischer Dienst



Veränderungen

- Vereinfachung des MD-Verfahrens.
- Stichprobenprüfungen sollen Aufwand für alle Beteiligten verringern.
- Prüfung der Voraussetzungen für die Abrechnung.
- Gutachten sind befristet.



Gewünschte Effekte

- Stichprobenprüfungen statt vollumfänglicher Prüfungen.
- Länderhoheit bleibt erhalten.
- Zuweisung der Leistungsgruppe erfolgt qualitätsorientiert.
- Eindeutige Regelungen für die Abrechenbarkeit von Leistungen.



Und was sagen wir dem Patienten?

So wie es ist, kann es nicht bleiben!



Die Perspektive des Patienten

- Er ist der primäre Nutznießer der Reform, denn ohne die Reform wäre die Versorgung massiv gefährdet.
- Um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden, müssen wir die begrenzten finanziellen Mittel zielgerichteter einsetzen.
- Die stationäre Versorgung bleibt bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig, plural, flächendeckend und patientenorientiert und wirtschaftlich finanzierbar.
- Auch nach Inkrafttreten der Reform können landesspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.
- Stationäre Behandlung wird spezialisierter und transparenter. Tendenzen zur „Gelegenheitsmedizin“ werden beseitigt.
- Dauer und Wege zur stationären Versorgung werden zwar länger, aber die Wege haben noch immer ein Ziel!





Die Perspektive des Patienten

- An manchen Orten wird die Versorgung zwar nicht verschwinden, aber durch eine Kombination aus ambulanten und stationären Kapazitäten ersetzt.
- Durch die Konzentration der Strukturen haben wir auch weiterhin das Personal für die Versorgung.
- Es gibt klare Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringer (z.B. Anzahl der Ärzte und Facharztstandard).
- Der Anreiz zur ökonomischen Mengenausweitung wird abgeschwächt.
- Historisch fortgeschriebene (und i.d.R. politisch bedingte) Unwirtschaftlichkeiten werden nun erkannt und beseitigt.
- Gerade die kleineren Krankenhäuser haben die Chance, sich auch im ambulanten Sektor zu platzieren und somit dauerhaft zu existieren.



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

