

# Krankenhausstrukturen der Zukunft – NRW als Vorbild für Deutschland?

Kongress Pflege 2023  
Berlin 27.01.2023

Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband

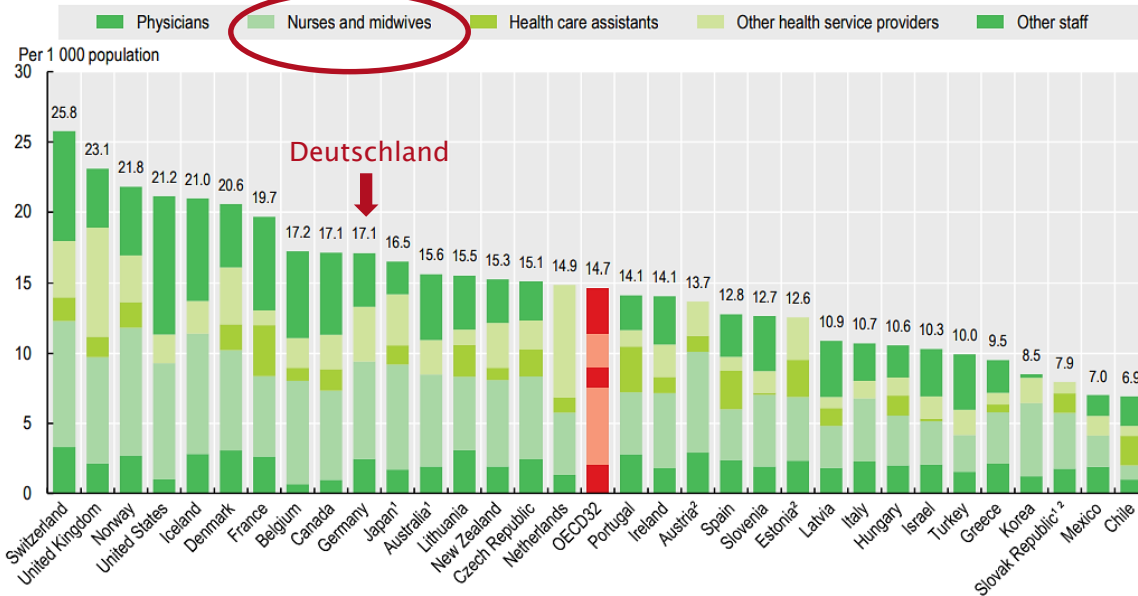


# Agenda

1. Zur Situation in der Krankenhauspflege
2. Deutschlands unstrukturierte Krankenhauslandschaft
3. Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform
4. NRW – Vorbild oder Insolvenzverschleppung?
5. Fazit

# Internationaler Vergleich: Deutschland hat überdurchschnittlich viele Pflegekräfte und Hebammen

Figure 8.17. Hospital workforce, 2019 (or nearest year)



1. Data refer to FTE numbers (rather than head count), resulting in an underestimation. 2. Data cover only health care workers, excluding other staff (administrative, technical and similar), resulting in an underestimation.  
Source: OECD Health Statistics 2021.

StatLink  <https://stat.link/sr4y1w>

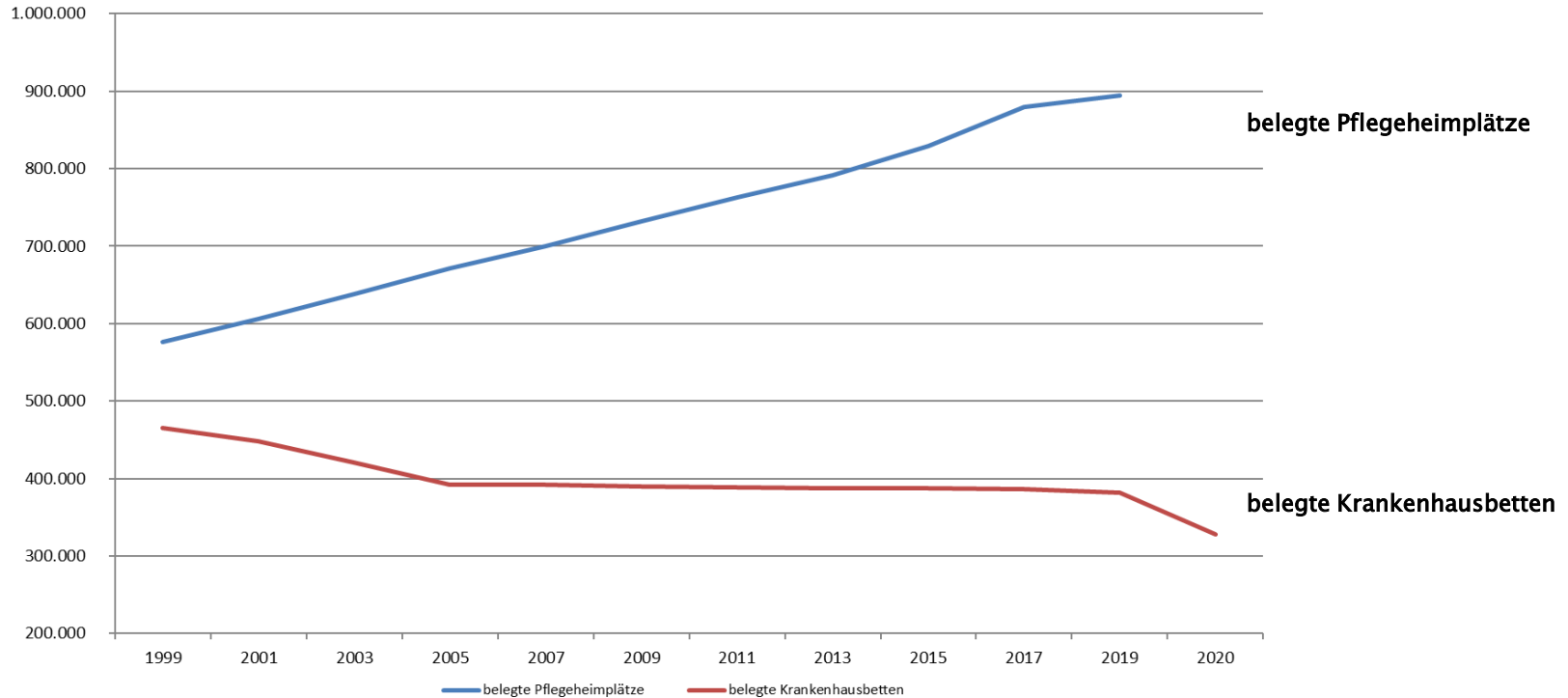
Quelle: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1671527162&id=id&accname=guest&checksum=751B2A5298539B83D275F2E9090C455D>

# Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.

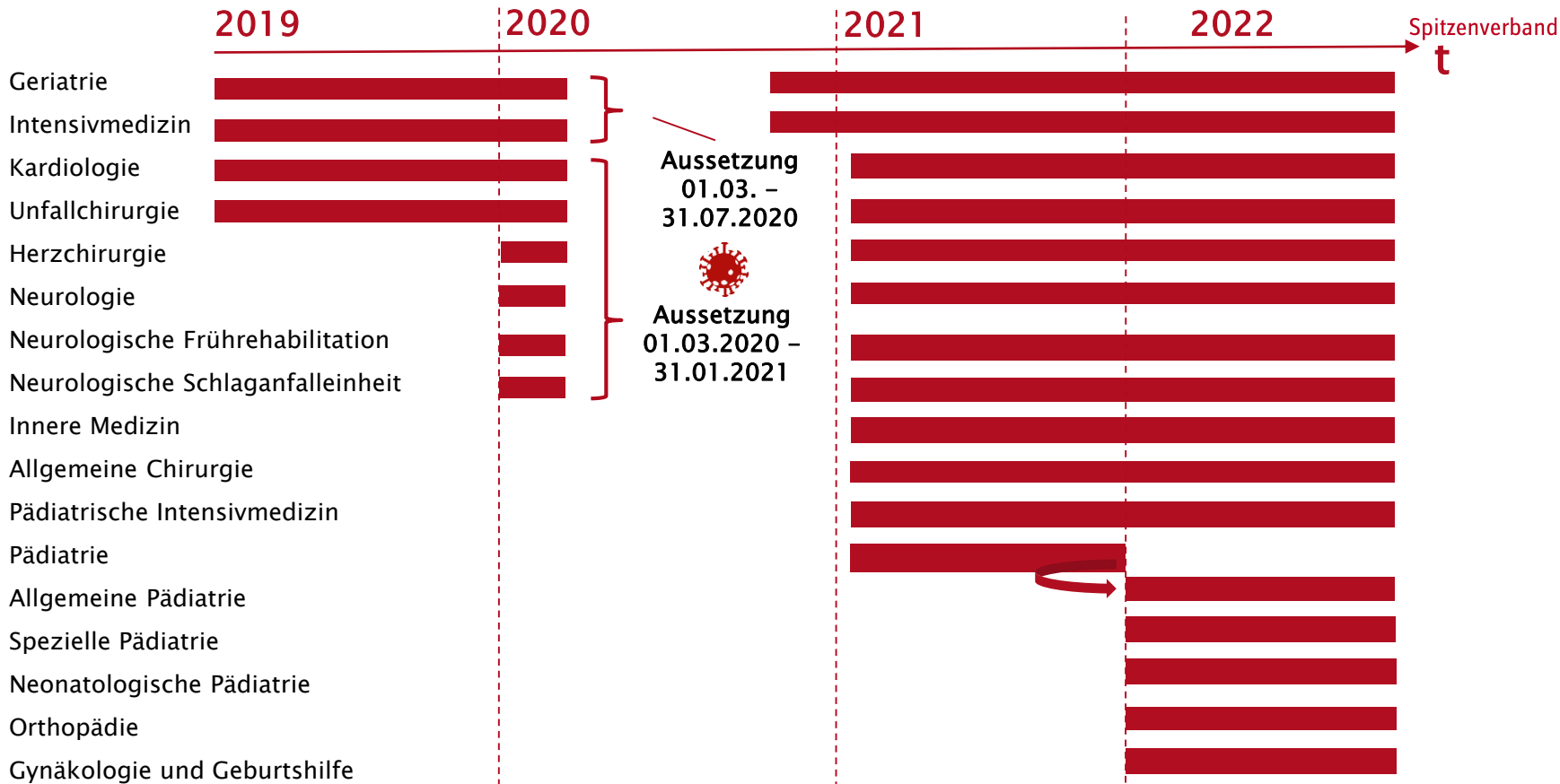


Spitzenverband



Quelle: Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik und Grunddaten der Krankenhäuser

# Pflegepersonaluntergrenzen im Zeitverlauf

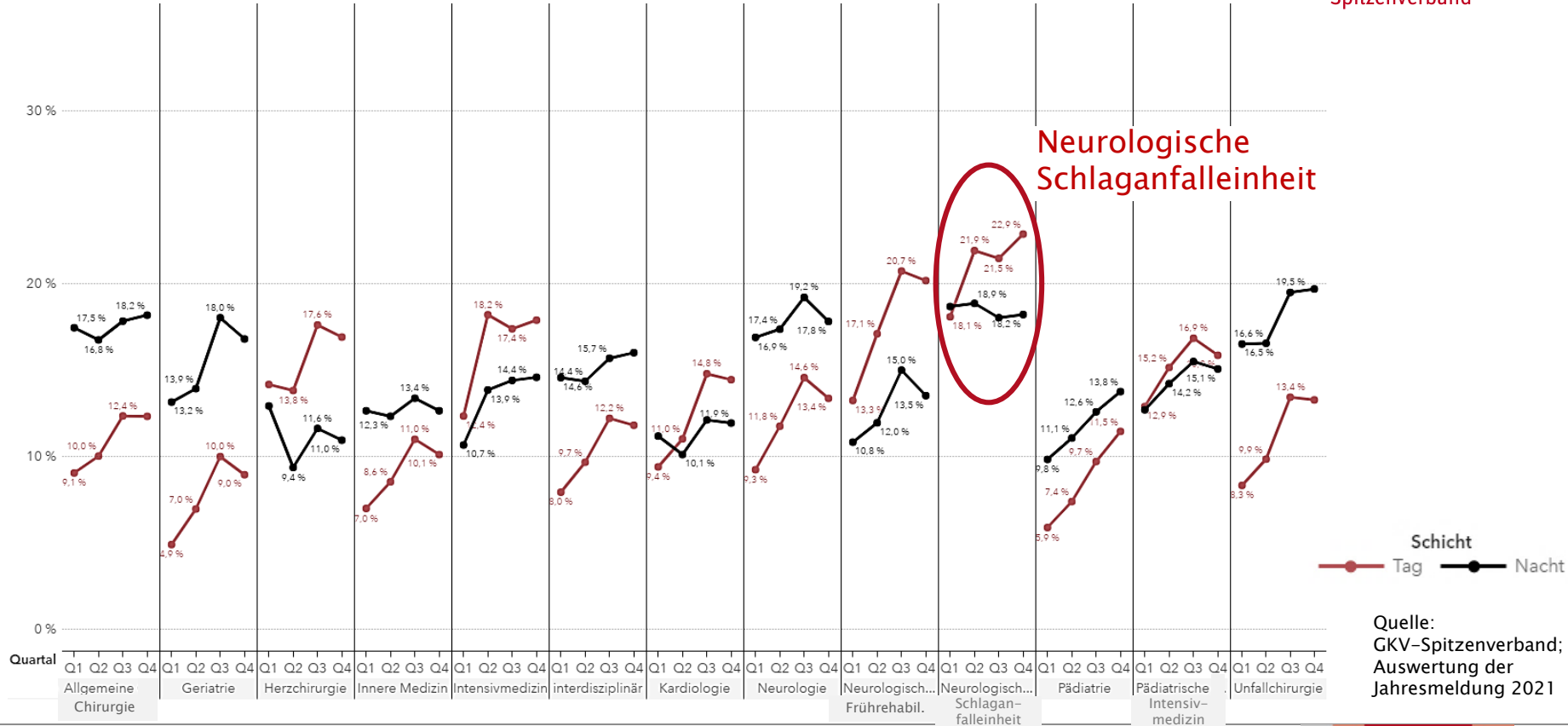


# Pflegepersonaluntergrenzen Umsetzung in 2021

## 12 Bereiche – Anteil unterbesetzter Schichten



Spitzenverband



# Pflegepersonaluntergrenzen Umsetzung in 2022

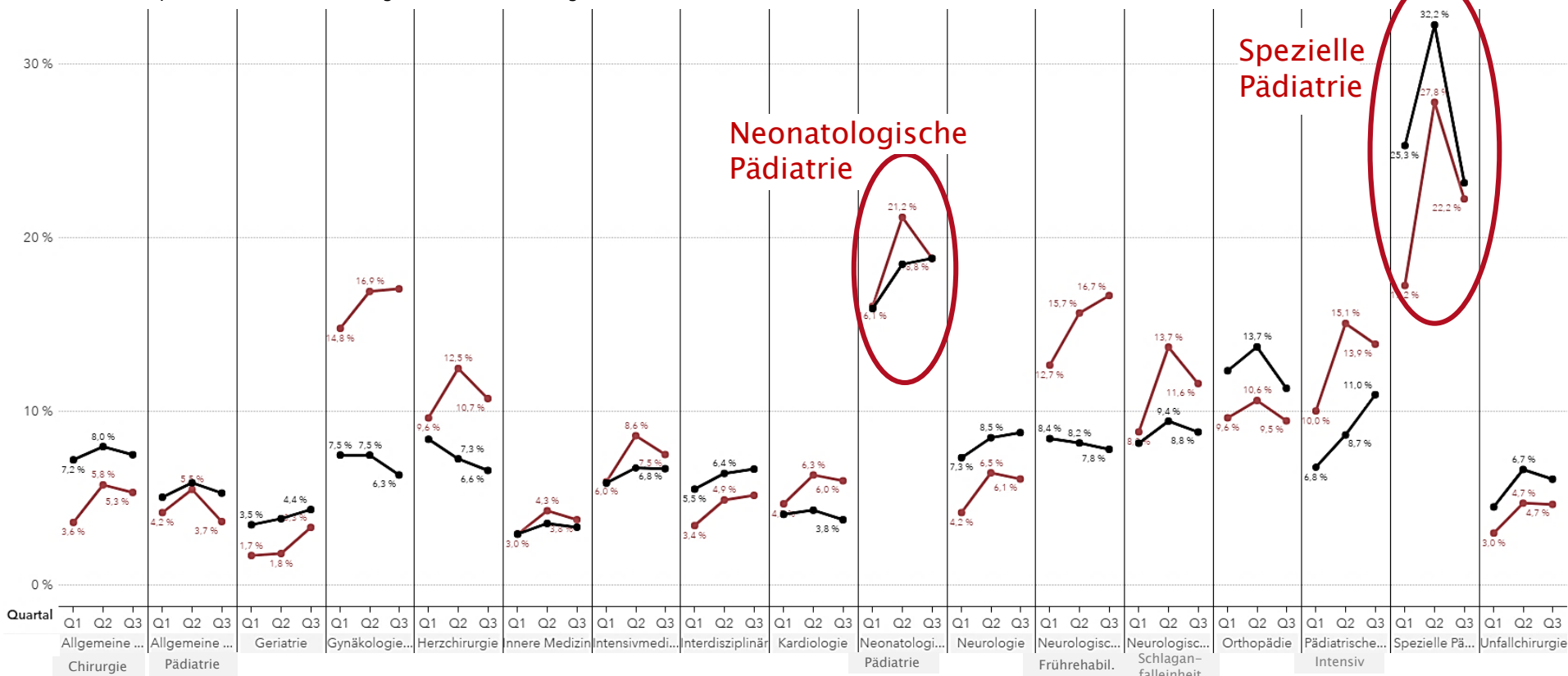
## 16 Bereiche – Anteil unterbesetzter Schichten



Spitzenverband

Quelle: GKV-Spitzenverband; Auswertung der Quartalsmeldungen 2022

Schicht  
 Tag (red line) Nacht (black line)



# Pflegepersonaluntergrenzen

## Zwischenresümee

### Pflegepersonaluntergrenzen

- ▶ ... schützen Patientinnen und Patienten sowie die Pflegekräfte.
- ▶ ... sind ein wichtiges Instrument der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, um nach innen die Bedeutung der Pflege und die Stimme der Pflegekräfte zu stärken.
- ▶ ... müssen wegen der Coronapandemie nicht ausgesetzt werden, da die PpUGV bereits eine entsprechende Ausnahmeklausel vorsieht. Ergebnis ist ein Transparenzverlust!
- ▶ ... sollte es für alle bettenführenden Bereiche eines Krankenhauses geben.
- ▶ ... müssen weiterentwickelt werden, um zukünftig den Schweregrad zu berücksichtigen. → Bedarf ermitteln!



# Pflegepersonalbedarfsermittlung



Spitzenverband

Blockiert: Verfahren gemäß § 137k SGB V (Fassung bis Dezember 2022)

- ▶ Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs bis 2024
- ▶ Beauftragung durch Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30.06.2022 vorgesehen; ist nicht erfolgt, da Einvernehmen des BMG nicht erteilt wurde

## ▶ Lösungsansatz:



In KIS/Datenbanken der Krankenhäuser integriert

Bundeseinheitliche Pflegeterminologie mit empirisch validierten Aufwandszeiten



## Qualitätsschub für Pflege!

- ✓ Standardisiert, digital dokumentieren (ab 2025 laut KHZG vorgesehen).
- ✓ Zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften sowie Pflegefachkräfte mit akademischem Abschluss differenzieren.
- ✓ Den Pflegebedarf und Pflegepersonalbedarf einer Station und eines Krankenhausstandortes (in Echtzeit) kennen.

- ▶ Im Sinne der Qualität der Pflege im Krankenhaus ist dieser Lösungsansatz wichtig!

# Pflegepersonalbedarfsermittlung

KHPfIEG

## § 137I SGB V:

### Wissenschaftliche Weiterentwicklung auf Basis der PPR 2.0

GKV–Spitzenverband, PKV–Verband und DKG stellen wissenschaftliche Weiterentwicklung der Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 137k SGB V sicher, insbesondere zum **Qualifikationsmix**, zur **standardisierten und digitalen Anwendung** sowie Vorschläge zur Personalbemessung in **Notaufnahmen**:

- ▶ bis Ende März 2023 Beschreibung des Inhalts der Beauftragung und Zeitplan an BMG
- ▶ bis Ende September 2023 Vergabe Weiterentwicklungsauftrag an Wissenschaft
- ▶ bis Ende 2024 Ergebnisse an BMG

# Fazit und Ausblick

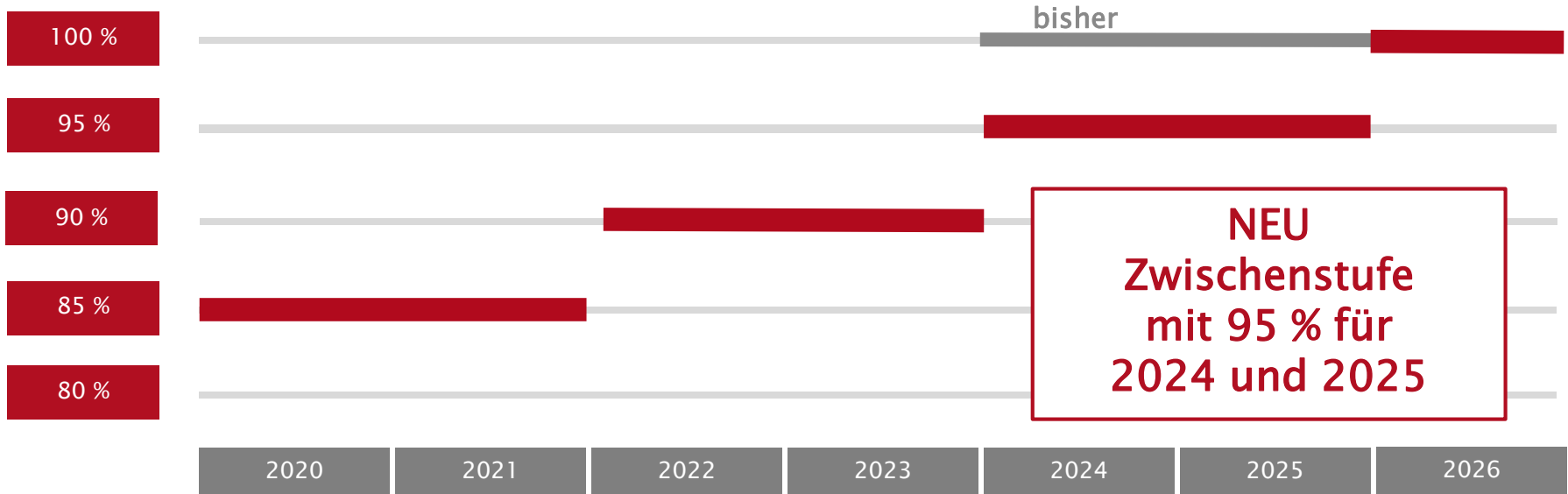
## Pflegepersonalbedarfsermittlung

- ▶ PPR 2.0 ist nicht als Übergangsregelung formuliert.
- ▶ zusätzliche Bürokratie durch PPR 2.0 für Pflegekräfte → tägliche Einstufung aller Patientinnen und Patienten
- ▶ enormer Schulungsaufwand
- ▶ fragliche Ergebnisse (valide? vergleichbar?) → ohne Nachtdienste, erst einmal ohne Intensivmedizin für Erwachsene
- ▶ aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes: insgesamt der falsche Weg
- ▶ Ob damit ein Personalaufbau erreicht werden kann, ist fraglich und bleibt abzuwarten.

# Wie verläuft die PPP-Einführung in der Psychiatrie?

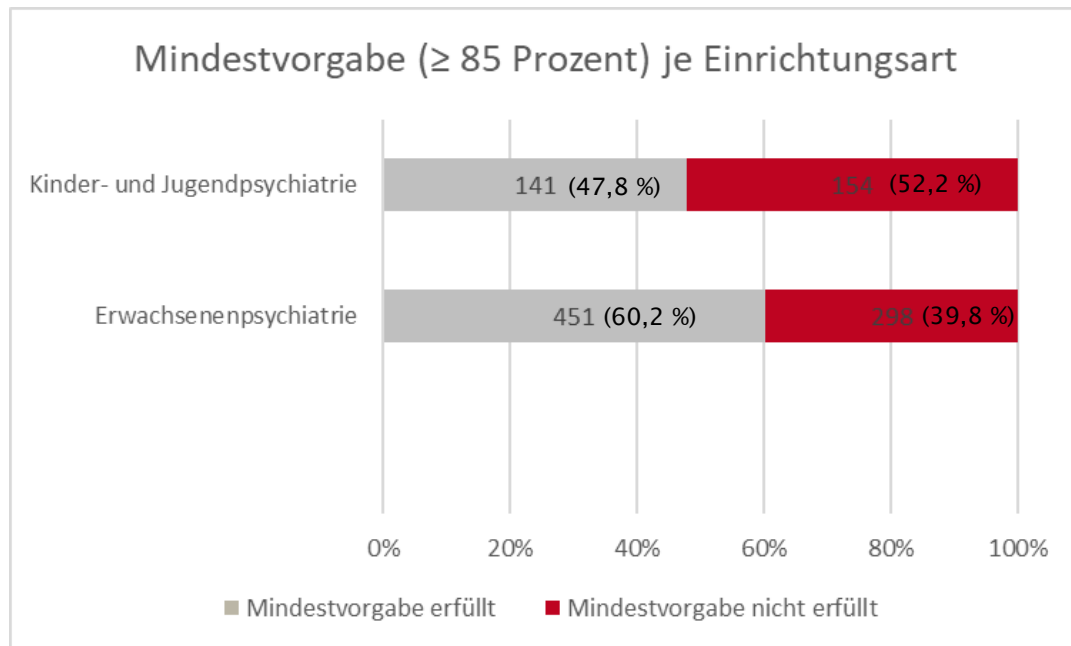
## Stufenweis Einführung der Mindestpersonalvorgaben bis 2026

- ▶ Welche Stellenbesetzung ist zur Einhaltung der neuen Personalvorgaben des G-BA (Mindestvorgaben) notwendig?



# Ergebnisse der PPP-Nachweise

## Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt



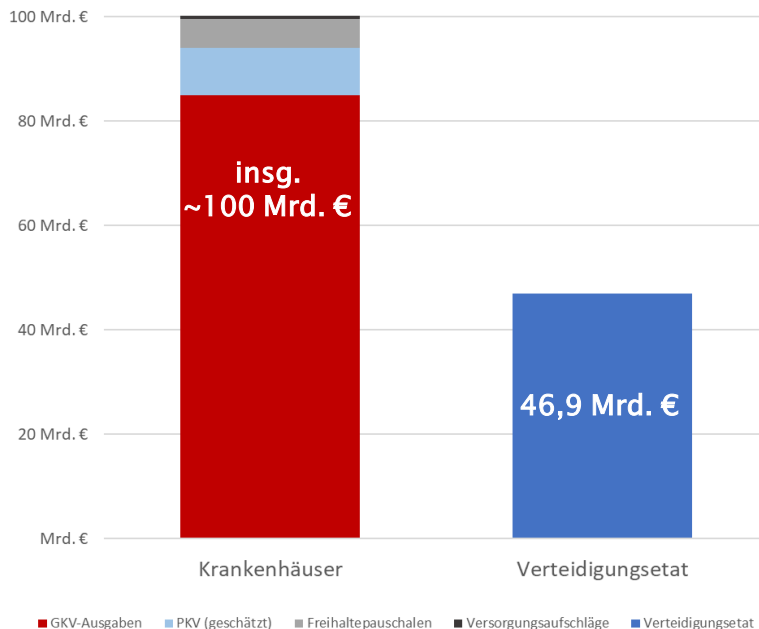
Quelle: eigene Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen der Nachweisdaten (3. Quartal 2021)

# Agenda

1. Zur Situation in der Krankenhauspflege
2. Deutschlands unstrukturierte Krankenhauslandschaft
3. Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform
4. NRW – Vorbild oder Insolvenzverschleppung?
5. Fazit

# Krankenhausbudget vs. Verteidigungsetat

## 2021



Quelle: Erlöse: Amtliche Statistik K45; BAS; Meldungen der Länder, PKV (geschätzt);  
Verteidigungsetat: [www.bundesregierung.de](http://www.bundesregierung.de)

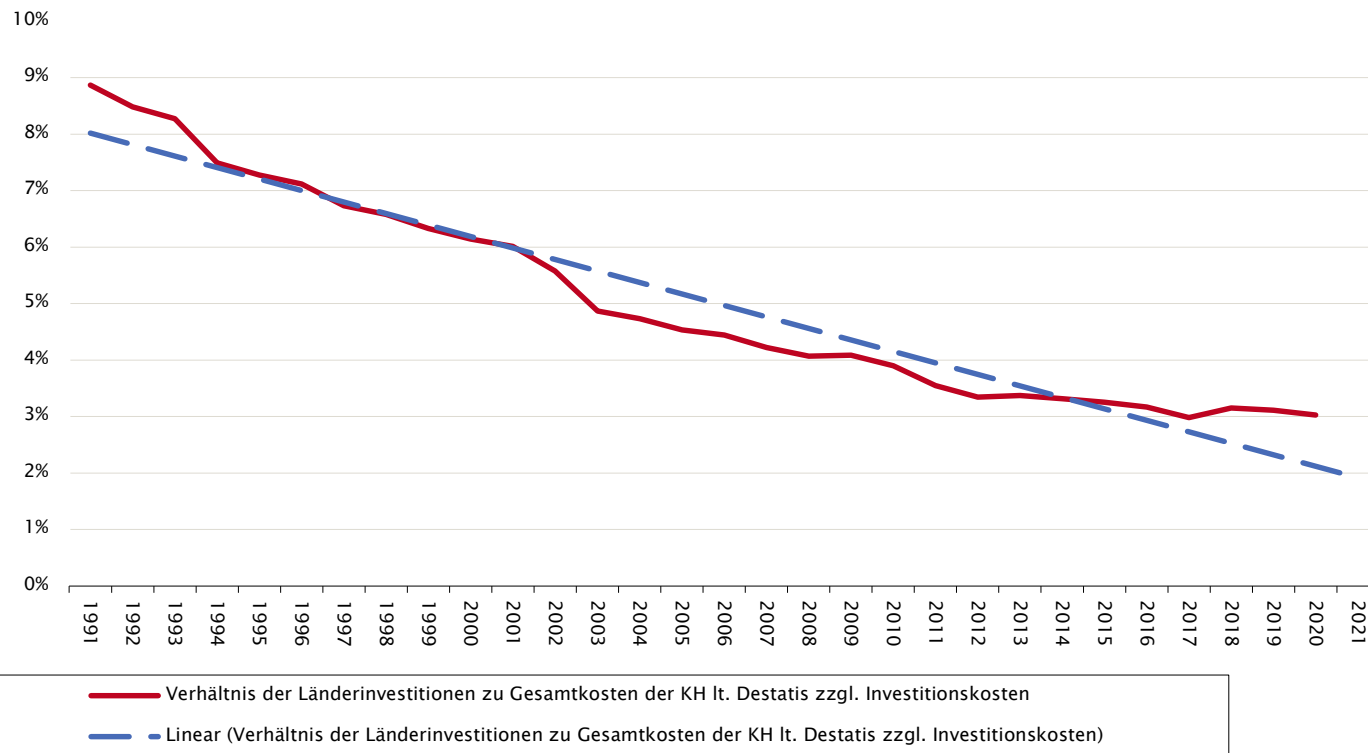
# Neue Welt: Überall kann(!) das BMG, wenn das BMF grünes Licht gibt.

## § 23 KHG Verordnungsermächtigung

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** mit Zustimmung des Bundesrates
1. die in § 21 Absatz 2 Satz 4, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 sowie § 22 Absatz 1 Satz 2 genannten Fristen jeweils um bis zu sechs Monate verlängern,
  2. die Höhe des Betrages nach § 21 Absatz 5 Satz 1 und der Pauschale nach § 21 Absatz 3 und des Zuschlags nach § 21 Absatz 6 abweichend regeln.
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** ohne Zustimmung des Bundesrates
1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a entsprechend der Entwicklung der Zahl von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln,
  2. den in § 21 Absatz 2a Satz 2 genannten Prozentsatz abweichend regeln,
  3. einen von § 21 Absatz 1a Satz 1 abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser und einen von § 21 Absatz 2a Satz 4 abweichenden Zeitraum für die Durchführung der Ermittlungen nach § 21 Absatz 2a Satz 1 vorsehen, der spätestens am 31. März 2022 endet, sowie von § 21 Absatz 9a abweichende Zeitpunkte für die Übermittlung der krankenhausesbezogenen Aufstellungen vorsehen,
  4. von den Vorgaben des § 21 Absatz 10 und 11 abweichende Regelungen für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösrückgängen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen und Vorgaben für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösanstiegen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen, einschließlich der Regelung weiterer Zeiträume für die Durchführung dieser Ausgleichs,
  5. einen von § 22 Absatz 1 Satz 2 abweichenden Zeitraum regeln und
  6. vorsehen, dass die Übermittlung der Daten nach § 24 Absatz 2 Satz 1 auch für das Jahr 2022 erfolgt.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates
1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21a Absatz 1 Satz 1 entsprechend der Entwicklung der Belastung der Krankenhäuser

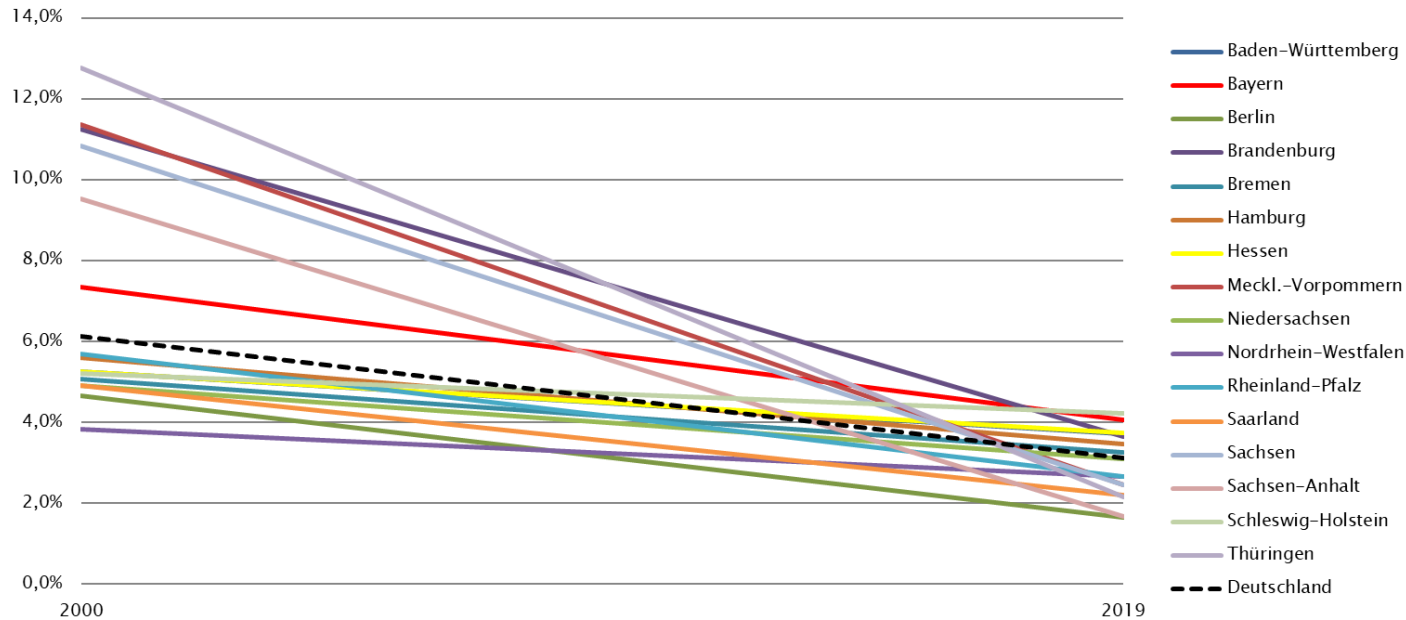


# Rückläufige Investitionen der Bundesländer



# Alle Bundesländer sind gleich!

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der KH lt. Destatis zzgl. Investitionskosten



# Essen–Werden und anderswo

## Zwei autonom agierende Krankenhäuser in 20 m Entfernung



Spitzenverband



Die Balance zwischen Konzentrationsgewinn einerseits und Wahlfreiheit andererseits ist in Deutschland nicht ausdiskutiert.

Abwarten, ob der Regierungskommission Wegweisendes dazu einfällt.

Achtung: Krankenhausplanung ist nicht wie Schulplanung – eher wie Marktregulierung.

# Nachdenken!

- ▶ Drei Klagen aus der Krankenhausszene:
  1. Die Fälle brechen weg.
  2. Das Personal fehlt.
  3. Das Geld fehlt.
  
- ▶ Nachdenken: Warum gibt es das Krankenhaus noch?



# Agenda

1. Zur Situation in der Krankenhauspflege
2. Deutschlands unstrukturierte Krankenhauslandschaft
3. Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform
4. NRW – Vorbild oder Insolvenzverschleppung?
5. Fazit



## Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe  
für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung  
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe



## Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen  
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens



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

## Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

# Finanzierungsmodell „Erlösvolumen“ für Kinder- und Jugendmedizin

## Kurzfristmaßnahmen im KHPfIEG



Spitzenverband

- ▶ Jedes somatische Haus, das im Jahr 2019 pädiatrische Fälle behandelt hat, bekommt garantiert leistungsunabhängig dieses Leistungsvolumen vergütet.
- ▶ Preisanpassung auf die Jahre 2023 und 2024
- ▶ Zusätzliche Förderung in Höhe von 300 Mio. Euro pro Jahr (GKV-Anteil 270 Mio. Euro)

### Bewertung:

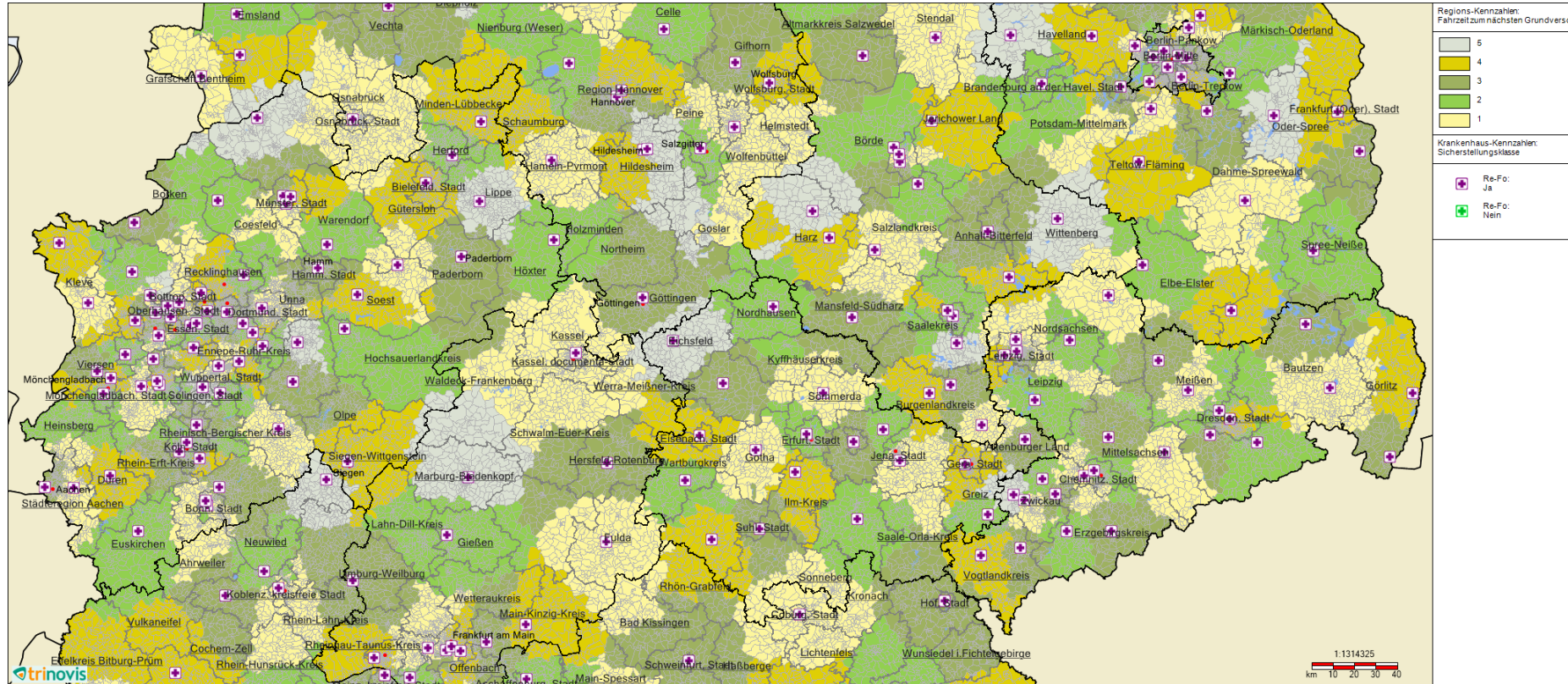
- ▶ Keine nachhaltige Finanzierung aus GKV-Mitteln; Bundeszuschuss wäre angemessen
- ▶ Keine Bindung an Bedarfsnotwendigkeit (Bevölkerungsbezug)
- ▶ Keine Bindung an Fachabteilung für Pädiatrie (Strukturkriterien)
- ▶ Positiv: Grundsätzliches Verbleiben der pädiatrischen Fälle im DRG-System und Begrenzung auf 2 Jahre – in denen aber nichts passiert!

# Pädiatrie – Vorhaltung

## Karte Mitte



Spitzenverband



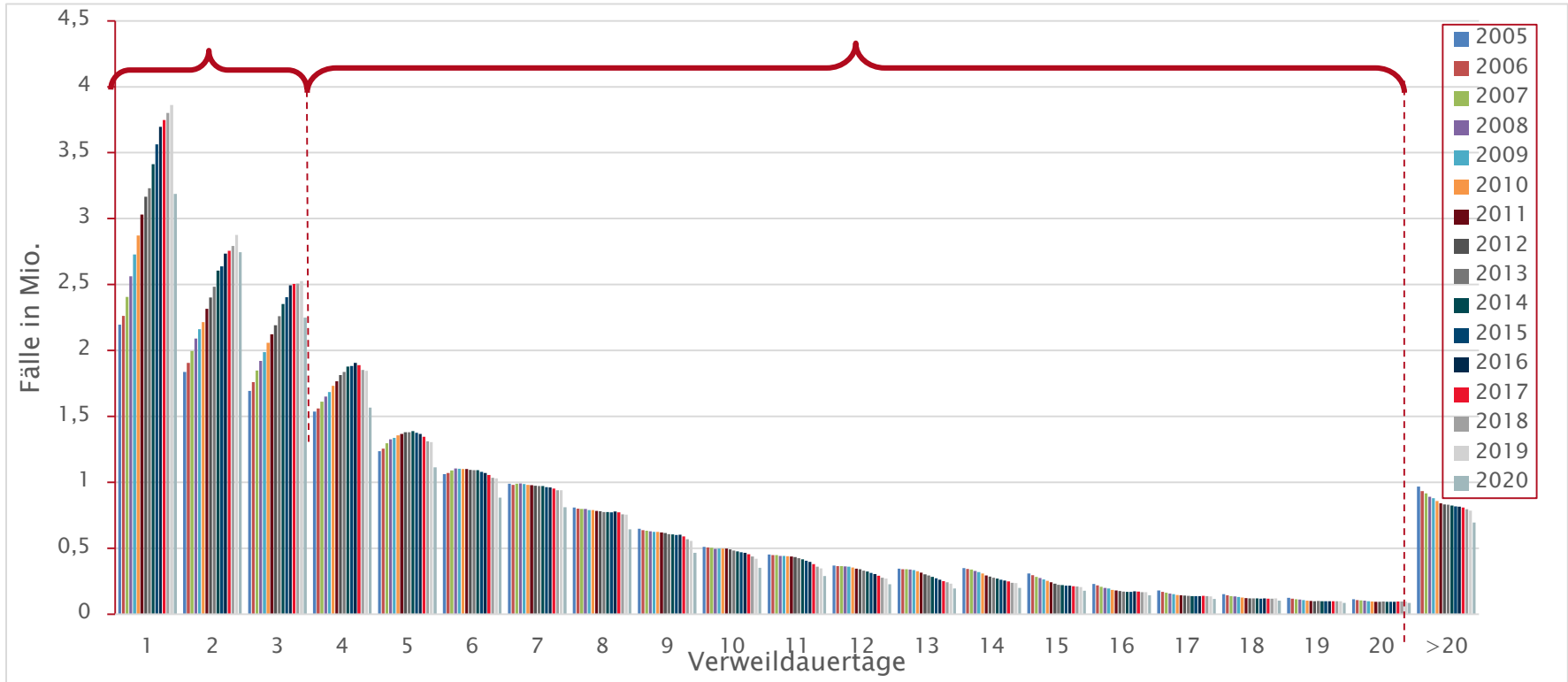


# Enormes Ambulantisierungspotenzial

## Ambulantes Potenzial



Spitzenverband



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

# Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

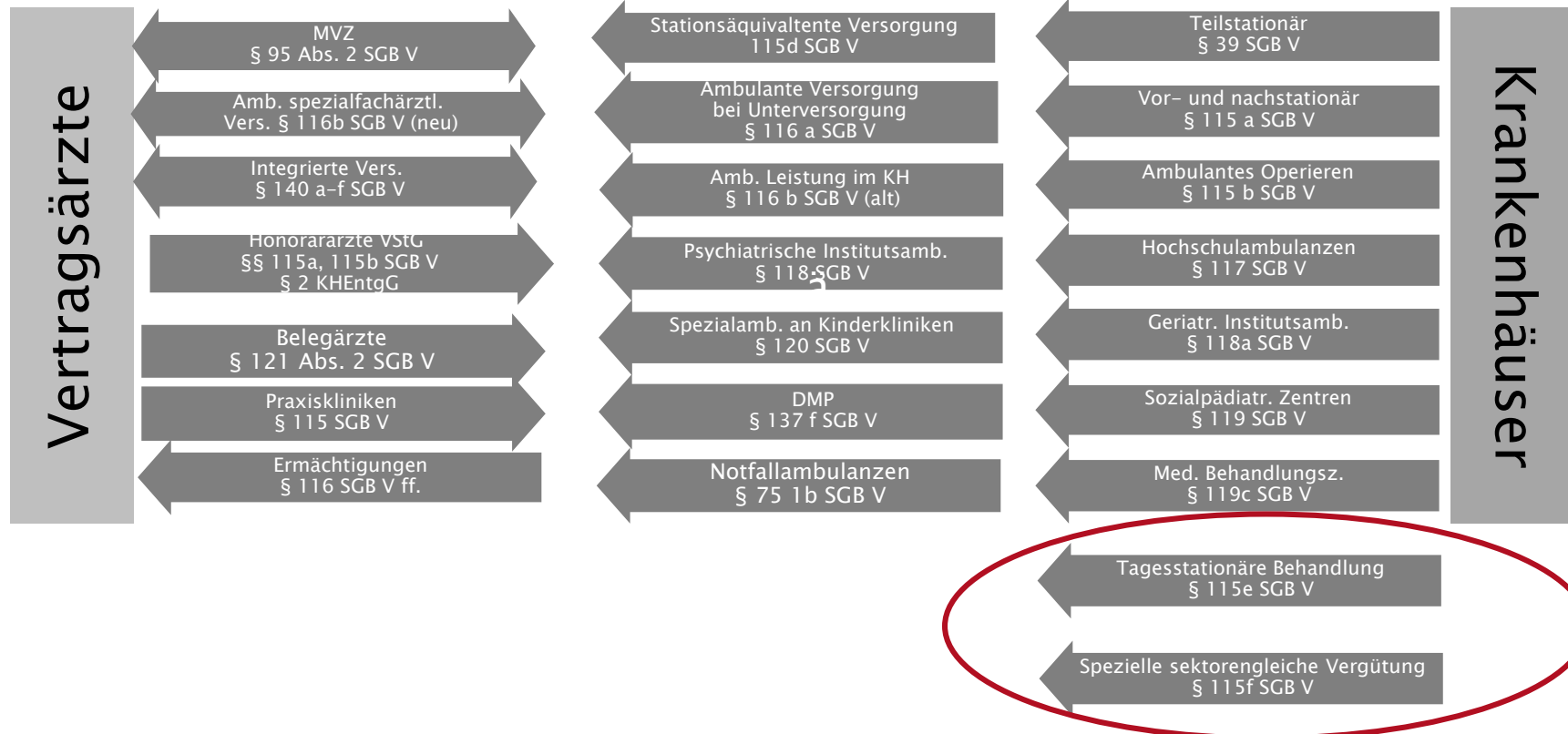
## Auftragnehmer

- ▶ IGES Institut GmbH zusammen mit Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (Bewerbergemeinschaft)
  - externe Kooperationen mit
    - ▶ Prof. Dr. Thomas Mansky (Begleitung des Projekts als Senior Expert)
    - ▶ Prof. Nikolas Matthes (Assistant Professor, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA)

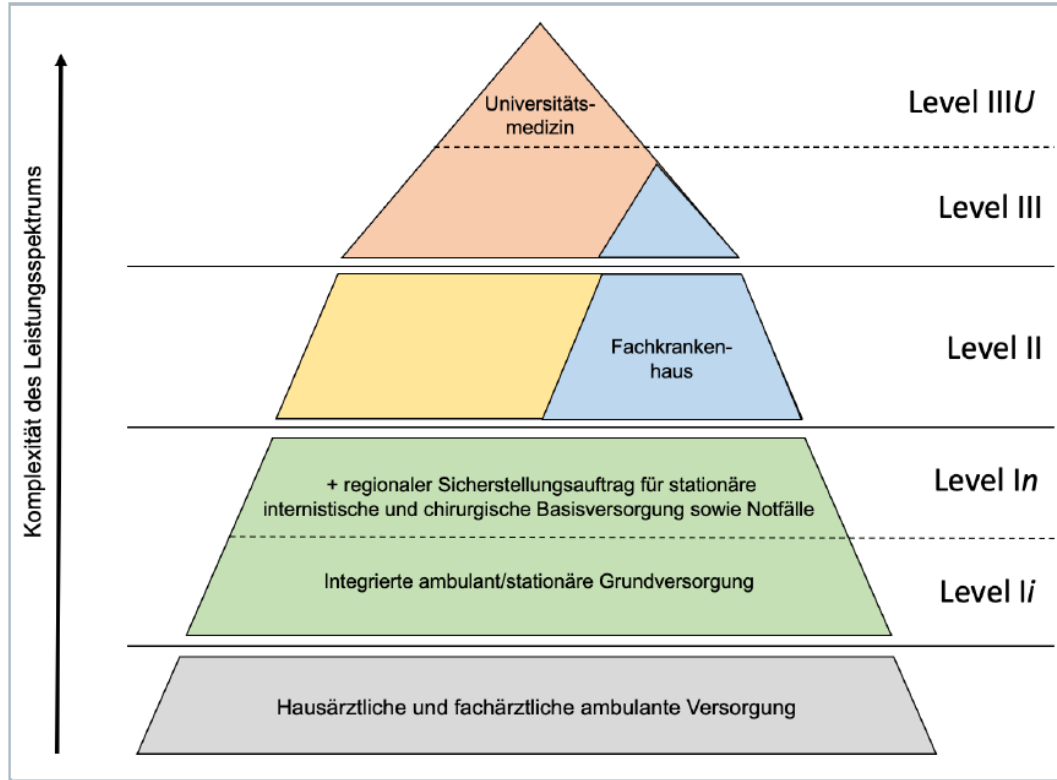
Vorschlag: Erweiterung des AOP-Katalogs im Vergleich zu 2019 um **86 %!**



# Ambulant–stationärer Grenzbereich



› **Abbildung 3:**  
**Das Versorgungsstufenmodell**



Quelle: Eigene Darstellung.

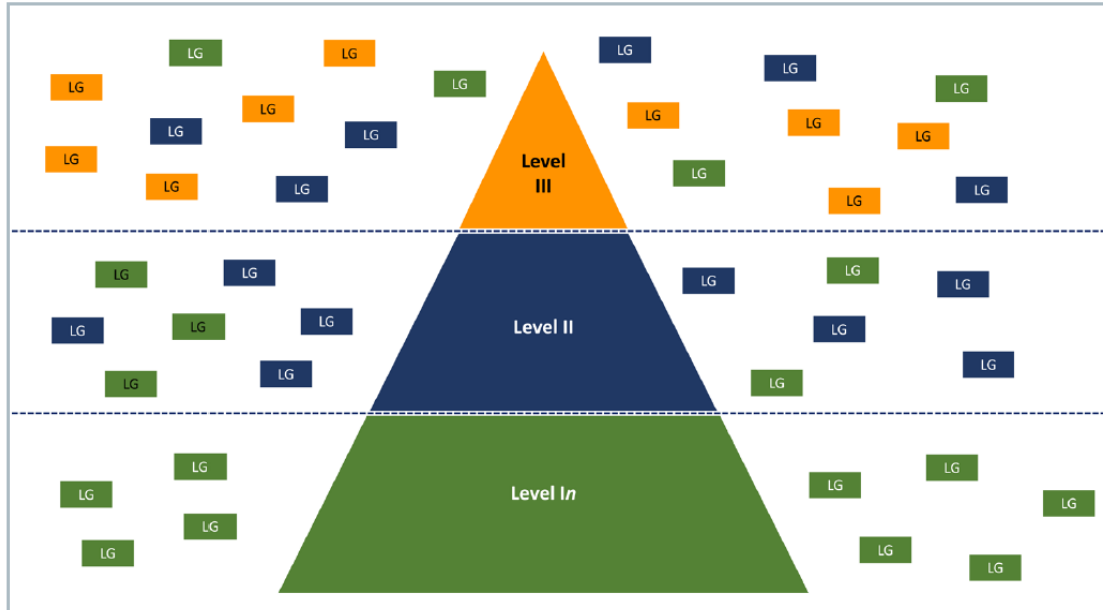
Quelle:  
Regierungskommission,  
3. Stellungnahme  
vom 06.12.2022

# Versorgungselevel



Spitzenverband

➤ **Abbildung 4:**  
**Leistungsgruppen und Krankenhaus-Versorgungselevel**



*Im Rahmen einer deutlich engeren Kooperation der Kliniken sollten insbesondere Level-I- und -III-Kliniken eng miteinander vernetzt sein und regionale Versorgungsmodelle mit bilateraler Patientenverlegung etablieren.*

Quelle:  
Regierungskommission,  
3. Stellungnahme  
vom 06.12.2022

# 128 Leistungsgruppen



Spitzenverband

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte
<b>INNERE MEDIZIN</b>				<b>GYNAKOLOGIE, GEBURTEN, NEUGEBORENE</b>				<b>HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN</b>			
1.0	Basisbehandlung Innere Medizin	1	40	3.0	Basisbehandlung Frauenheilkunde	1	40	6.0	Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	40
1.1	Angiologie	2	40	3.1	Allgemeine Frauenheilkunde	2	40	6.1	Allgemeine Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	40
1.2	Endokrinologie und Diabetologie	2	40	3.1.1	Karzinome außer Mamma-Ca	2	40	6.2	Komplexe Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	40
1.3	Gastroenterologie	2	40	3.1.2	Senologie/Mamma-Ca	2	40	6.3	Dermatoonkologie	3/FA	40
1.4	Hämatologie und Onkologie	2	40	3.2	Geburten	2	60	<b>HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE</b>			
1.4.1	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2	40	3.2.1	Perinataler Schwerpunkt	2	60	7.0	Basisbehandlung HNO	1	40
1.4.2	Leukämie und Lymphome	2	40	3.2.2	Perinatalzentrum Level 1	2	60	7.1	Allgemeine HNO	2	40
1.4.3	Stammzelltransplantation	3	40	3.2.3	Perinatalzentrum Level 2	3	60	7.2	Komplexe HNO	3	40
1.5	Infektiologie	2	40	<b>KINDER- UND JUGENDMEDIZIN</b>				7.2.1	Cochleaimplantate	3	40
1.6	Kardiologie	2/FA	40	4.0	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1	40	<b>MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE</b>			
1.6.1	Interventionelle Kardiologie	2/FA	40	4.1	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	2	40	8.1	MKG	3	40
1.6.2	EPU / Ablation	2/FA	40	4.2	Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	3	40	<b>NEUROCHIRURGIE</b>			
1.6.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.2.1	Kinderonkologie	3	40	9.1	Neurochirurgie	2	40
1.6.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.2.2	Kinder-Hämatologie & -Onkologie -Stammzelltransplantationen	3	40	9.1.1	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
1.7	Nephrologie	2	40	4.2.3	(Kinder- und Jugend-)Hämostasieologie	3	40	9.1.2	Stereotaxie	2	40
1.7.1	Nierenersatztherapie	2	40	4.3.1	Kinder- und Jugendkardiologie	2	40	<b>NEUROLOGIE</b>			
1.8	Pneumologie	2/FA	40	4.3.2	Kinderherzchirurgie	3	40	10.0	Basisbehandlung Neurologie	1	40
1.9	Rheumatologie	2/FA	40	4.4	Kinder- und Jugend-Pneumologie und -Allergologie / Schlafmedizin	2	40	10.1	Allgemeine Neurologie	2	40
<b>CHIRURGIE</b>				4.3	Kinder- und Jugend-Nephrologie	2	40	10.2	Komplexe Neurologie	3	40
2.0	Basisbehandlung Allgemeinchirurgie	1	40	4.3.1	Nierenersatztherapie im Kindesalter	3	40	10.3	Neuro-Früherreha (NNF, Phase B)	2/FA	40
2.1	Gefäßchirurgie	2	40	4.4	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	2	40	<b>UROLOGIE</b>			
2.1.1	Bauartenaneurysma	3	40	4.5	Kinder- und Jugend-Infektiologie	2	40	11.0	Basisbehandlung Urologie	1	40
2.1.2	Carotis operativ/interventionell	2	40	4.6.1	Kinder und Jugendliche Basis-Notfallmedizin Stufe I	1	60	11.1	Allgemeine Urologie	2	40
2.1.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2	40	4.6.2	Kinder und Jugendliche erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60	11.2	Komplexe Urologie	3/FA	40
2.2	Herzchirurgie	3/FA	40	4.6.3	Kinder und Jugendliche umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60	<b>NOTFALLMEDIZIN &gt;18 Jahre</b>			
2.2.1	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	3/FA	40	4.7.1	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe II	2	60	12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin Stufe I	1	60
2.2.2	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.7.2	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe III	3	60	12.1	Erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
2.2.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.8	Neonatologie	2	60	12.2	Umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
2.3	Kinder- und Jugendchirurgie	2	40	4.8.1	Perinatalzentrum Level 1 gem. QFR-RL	3	60	<b>INTENSIVMEDIZIN &gt;18 Jahre</b>			
2.4	Orthopädie und Unfallchirurgie	2	40	4.8.2	Perinatalzentrum Level 2 gem. QFR-RL	2	60	13.0	Basisbehandlung Intensivmedizin Stufe I	1	60
2.4.1	Endoprothetik Hüfte	2/FA	40	4.8.3	Perinataler Schwerpunkt	2	60	13.1	Erweiterte Intensivmedizin Stufe II	2	60
2.4.2	Endoprothetik Knie	2/FA	40	4.9	Neuropädiatrie	2	40	13.2	Umfassende Intensivmedizin Stufe III	3	60
2.4.3	Revision Hüftendoprothese	2/FA	40	4.10	Allgemeine Kinderchirurgie	2	40	13.2.1	Nierenersatztherapie >24 h	3	60
2.4.4	Revision Knieendoprothese	2/FA	40	4.11	Spezielle Kinderchirurgie	2	40	13.2.2	Herzersatztherapie >24 h	3	60
2.4.5	Wirbelsäuleneingriffe	2	40	4.11.1	Kinder- und Jugend-Orthopädie und -Traumatologie	2	40	<b>STROKE UNIT</b>			
2.4.6	Handchirurgie	2	40	4.11.2	Kinder- und Jugend-Urologie	2	40	14.1	Stroke Unit	2	60
2.4.7	Schädel-Hirn-Trauma	2	40	4.11.3	Kinder- und Jugend-Neurochirurgie	3	40	<b>GERIATRIE</b>			
2.4.8	Polytrauma	2	60	4.11.4	Kinder- und Jugend-Handchirurgie	2	40	15.1	Geriatric	1	40
2.5	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA	40	4.12	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2	40	<b>PALLIATIVMEDIZIN</b>			
2.5.1	Schwere Verbrennungen	3/FA	60	4.13	(Kinder- und Jugend-)Palliativmedizin	2	40	16.1	Palliativmedizin	1	40
2.6	Thoraxchirurgie	2/FA	40	4.14	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und -Hepatology	2	40	<b>TRANSPLANTATION</b>			
2.7	Viszeralchirurgie	2	40	4.15	Pädiatrische Stoffwechselfeldmedizin	2	40	17.1	Darmtransplantation	3	40
2.7.1	Bariatrische Chirurgie	2	40	4.17	Sozialpädiatrie	2	40	17.2	Herztransplantation	3	40
2.7.2	Große Lebereingriffe	3	40	4.18	Pädiatrische Psychosomatik	2	40	17.3	Lebertransplantation	3	40
2.7.3	Große Ösophagusringriffe	3	40	<b>AUGENHEILKUNDE</b>				17.4	Lungentransplantation	3	40
2.7.4	Große Pankreasringriffe	3	40	5.0	Basisbehandlung Augenheilkunde	1	40	17.5	Nierentransplantation	3	40
2.7.5	Tiefe Rektumeingriffe	2	40	5.1	Allgemeine Augenheilkunde	2	40	17.6	Pankreustransplantation	3	40
				5.2	Komplexe Augenheilkunde	3	40				

Quelle:  
Regierungskommission,  
3. Stellungnahme  
vom 06.12.2022

# Agenda

1. Zur Situation in der Krankenhauspflege
2. Deutschlands unstrukturierte Krankenhauslandschaft
3. Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform
4. NRW – Vorbild oder Insolvenzverschleppung?
5. Fazit

# Seit zwei Jahrzehnten quasi unverändert!

## Niederlande



16,7 Mio. Einwohner  
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

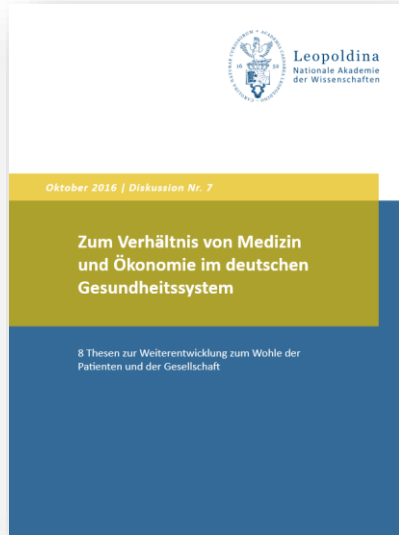
## NRW



17,9 Mio. Einwohner  
Fläche: 34.000 Quadratkilometer



# Gutachten zur Krankenhausstruktur



Leopoldina



Bertelsmann



Lohfert & Lohfert



Sachverständigenrat

# Zur Notwendigkeit bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben

- ▶ Die notwendige Strukturierung der Krankenhauslandschaft wird nicht durch Landesplanung geschehen.
- ▶ Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit und Eigentumsrechte.
- ▶ Das Gebot der Stunde:  
Strukturierung durch bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben (des G-BA)
- ▶ Außerdem: Steuerung durch Vorhaltefinanzierung nach bundeseinheitlichen Kriterien (vgl. nächster Abschnitt)
- ▶ Bestehende Ansätze verstärken:
  - Mindestmengen
  - Notfallstufen
  - Strukturanforderungen

# Wohltemperierte Strukturanpassung



Spitzenverband

## GKV-Reformkonzept Wohltemperierte Strukturbereinigung

Eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft lässt sich nach Meinung unseres Autors Wulf-Dietrich Leber von der GKV nur durch konsequente Qualitätsvorgaben erreichen. Beispiele dafür sind Mindestmengen, Strukturanforderungen für Stroke-Units und Geriatrien Notfallstufen oder Anforderungen an Zentren.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

„Die Krise ist die Mutter aller Reformen“, besagt eine alte Weisheit aus dem Politikbetrieb. Fast ein Jahrzehnt lang gab es dank sprudelnder Beitragsgelder keine nennenswerte Reform der stationären Versorgung. Mit der Corona-Pandemie könnte sich das ändern, da angesichts der finanziellen Belastungen für die Haushalte von Bund, Ländern und Krankenkassen eine Neubewertung unvermeidlich ist.

Das Spektrum notwendiger Reform-

Umbau der Pflegeversicherung und die Personalsituation in der Altenpflege ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass das Wachstum der Krankenversicherung gebremst werden muss, um den unvermeidlichen Anstieg in der Pflegeversicherung kompensieren zu können. Sogar „systemsprengende“ Ansätze, wie eine Bürgerpflegeversicherung, sind auf einmal nicht mehr ausgeschlossen.

Für die Pflege im Krankenhaus hat der Gesetzgeber die Richtung vorgegeben:

Ein unvollendetes Projekt. Die Legislatur ist auch die Aufgabe. Das Reformvorhaben ist bereits im Dezember 2020 in Form von Eckpunkten vorgelegt, te aber recht kümmerlich. Die GVGW wurde gerade nach der Ersteinschätzung der Reformabwägung fallambulant auf den Tisch. Dieser Reformabbruch der Corona-Pandemie ist aber vor allem ein

Landesplanung funktioniert aufgrund der Trägerautonomie in Deutschland nicht – egal wie gut sie ist!

Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit – so die verfassungsrechtliche Sicht der Dinge.

Also funktioniert nur noch die Strukturierung durch Qualitätsvorgaben des G-BA.

Was die DKG als kalte Strukturbereinigung diffamiert, ist in Wahrheit „wohltemperiert“.

Achtung: Corona hat gezeigt, dass es auf wenige gute Krankenhäuser ankommt.

Quelle: Leber, WD: GKV-Reformkonzept: Wohltemperierte Strukturbereinigung, in: f&w 9/2021, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2021, S. 789 – 791

# Versorgungsstufen oder Leistungsgruppen?

- ▶ Anmerkung: Beides lohnt nur, wenn es Konsequenzen hat.
- ▶ Leistungsgruppen sind handwerklich überzeugender. Aber wird auch der Leistungsausschluss geregelt?
- ▶ Bei Stufen müssen Sonderbereiche gesondert geregelt werden (Kinder, Psychiatrie).
- ▶ Vorsicht: Die Aufwandsunterschiede im Leistungsspektrum werden derzeit im DRG-System abgebildet. Man darf sie nicht „doppelt“ vergüten – im DRG-System und als „Stufenzuschlag“. Das ginge auf Kosten der Breitenversorgung.
- ▶ Und NRW? Es könnte sein, dass der ganze Hype ein sozialpädagogisches Ende hat: „Schön, dass wir drüber gesprochen haben.“

# Agenda

1. Zur Situation in der Krankenhauspflege
2. Deutschlands unstrukturierte Krankenhauslandschaft
3. Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform
4. NRW – Vorbild oder Insolvenzverschleppung?
5. Fazit

# Fazit

1. Die PPR 2.0 bleibt ein Ärgernis. Pflegepersonalbemessung sollte sich aus der digitalen Patientenakte ableiten. Wichtig bleibt eine Grundlage mit einheitlicher Pfliegerterminologie.
2. Der finanzielle Rahmen wird enger – wegen notwendiger Ausgaben zur Verteidigung, geringem Wirtschaftswachstum und pandemiebedingter Staatsverschuldung. Aber: Milliarden sind unterwegs.
3. Die DRGs bleiben. Sie werden ergänzt um VorhaltekompONENTEN – nicht zu verwechseln mit Freihaltepauschalen.
4. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Versorgungsstrukturen durch bundeseinheitliche Vorgaben.
5. NRW-Krankenhausplanung? Noch ist der Beweis nicht erbracht, dass man ernsthaft die Krankenhauslandschaft bereinigen will. Nötig wäre es.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

[www.GKV-Spitzenverband.de](http://www.GKV-Spitzenverband.de)

[Wulf-Dietrich-Leber.de](http://Wulf-Dietrich-Leber.de)