



36. Frühjahrskolloquium 2020

Welcome Hotel Meschede/ Hennesee

Neuordnung der Krankenhauslandschaft

Jochen Brink, Präsident der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen



- I. Rahmenbedingungen
- II. Entwicklung der Krankenhäuser
- III. Krankenhausplanung NRW
 - I. Ausgangslage
 - II. Ansatz und Methoden des Gutachten
 - III. Einzelne Bereiche
 - IV. Weiteres Vorgehen
 - V. Exkurs: Kartellrecht
- IV. Digitalisierung

Rahmenbedingungen: Das System „Spahn“

ÄrzteZeitung 28.05.2019

Eröffnung

Ärztetag will den „Turbo-Spahn“ entschleunigen

ÄrzteZeitung 17.07.2019

Turbo-Spahn

Drei Gesetze auf einen Streich

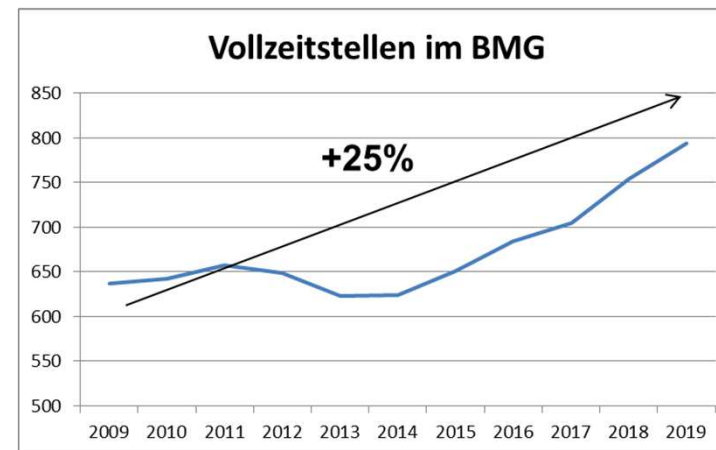
Deutsches
Ärzteblatt 17.07.2019

Minister Fleißig: 16 Gesetze in 16 Monaten



„Er schafft was weg!“

Sommerpressekonferenz 2019



Quelle: Kleine Anfrage der Fraktion „Die Linke“ zur Arbeitsbelastung im BMG, BT-Drs. 19/13231

1. Sachkostenkorrektur DRG-Katalog 2020

- Aktuelle InEK-Systematik entzieht der Versorgung ca. 200 Mio. Euro (60.000 Bewertungsrelationen, DRG-Katalog 2020)
- Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen zum **MDK-Reformgesetz** ist in das Pflegereformgesetz übernommen worden:
„die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“
- **Abgelehnte Forderungen der Krankenhäuser und der Landesgesundheitsminister im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz durch die Bundesregierung nach:**
 - Finanzierungsneutraler Umsetzung im DRG-Katalog 2020
 - Alternativ: nachträgliche Korrektur über DRG-Katalog 2021

2. Pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget

- Berücksichtigung der Kosten von pflegeentlastenden Maßnahmen anfänglich nur bis zu **3 %** des Pflegebudgets möglich
- **Forderung der Krankenhäuser: mindestens 5 %**
 - Länder hatten die Forderung in ihrer Stellungnahme zum MDK-Reformgesetzentwurf übernommen
 - Der Bundestag hat den Betrag im MDK-Reformgesetz auf 4% erhöht.

Die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten können neben den tatsächlichen Pflegepersonalkosten zusätzlich im Pflegebudget berücksichtigt werden.

3. Tarifbedingte Pflegepersonalkostensteigerungen 2018/2019

- Begrenzung auf TVöD (und damit Nicht-Berücksichtigung z. B. des TdL) sowie Vermischung mit Tarifsteigerungen anderer Berufsgruppen führt zu einer **Refinanzierungslücke i. H. v. 600 Mio. Euro**
- **Forderung der Krankenhäuser und Länder im Rahmen des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes:** Erhöhung des im Gesetzentwurf vorgesehenen Rechnungszuschlags von 0,3% auf 0,9 % zur vollständigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen und Ausweitung auf den BPfIV-Bereich
- **Jetzt im Fairer- Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)**
 - Rechnungszuschlag in Höhe von 0,42% für Krankenhauspatienten in der Zeit 01.05.2020 bis 31.12.2020
 - Ausweitung auf psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser

Damit ist das zentrale Versprechen der Politik zur vollen Refinanzierung der Tarifikostensteigerungen nicht eingelöst.

4. Vorläufiges, pauschales vollstationäres Pflegeentgelt

- Aktuelle vorgesehene Höhe (130 vollstationär, 65 teilstationär je Fall) birgt Gefahr erheblicher Liquiditätsengpässe
- Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen zum **MDK-Reformgesetz** wurde angenommen:

Höhe des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltes (bei noch ausstehender Pflegebudgetvereinbarung) ist in 2020 abzuleiten aus Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog multipliziert mit 146,55 Euro

5. Leiharbeit in der Pflege/Kostenausgliederung aus dem DRG-System

- Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen zum **MDK-Reformgesetz**, der nicht berücksichtigt wurde:
- Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit im Pflegebudget
„Teil der Vergütungen, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen hinausgeht, und die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“
- **Aufrechterhaltung der Forderung der Krankenhäuser im Rahmen des Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)**
 - Umsetzung muss finanzierungsneutral erfolgen, sonst Verluste im dreistelligen Millionenbereich
- **Ablehnung der Forderung sowie des Antrags der Bundesländer zum (GKV-FKG):**
 - Refinanzierung der Kosten der Leiharbeit im Bereich der Pflege zumindest für die Jahre 2020 und 2021 bis zu einer Höhe von 30 % über Tarifvertrag über das Pflegebudget

CAVE: Weiterer Einschnitt in 2020: Wegfall des Pflegezuschlags um 250 Mio. €

KHSG: Mit dem Pflegezuschlag sollten den Kliniken die Mittel aus dem Versorgungszuschlag passgenauer mit Blick auf Pflegepersonalkosten dauerhaft erhalten.

6. MDK-Reformgesetz /Bestandsaufnahme

- 2,8 Mrd. Euro gekürzte Rechnungen – in hohem Umfang keine Bezahlung für erbrachte Leistungen
- Missbrauch der Prüfungen im Kassenwettbewerb um Überschüsse und Beiträge
- Quote von MDK-Prüfungen nicht gerechtfertigt
- Großteil der Prüfungen bei UGV und OGV / Übernahme sozialer Verantwortung

Jetzt:

- Strafzahlungen für Krankenhäuser in Höhe von 300 Euro bei Rechnungsüberprüfungen, die eine Minderung des Rechnungsbetrages zur Folge hat
- Erhöhung der Prüfquote von 10 Prozent auf 12,5 Prozent; Folge: etwa 1,25 Millionen Fällen mit Strafzahlungen von 300 Euro
- Folge:
- Möglichst Kürzung jeder Rechnungsprüfung mit allen verfügbaren Mitteln
- Prüfgeschehen noch stärker streitbehaftet und Gerichte noch mehr belastet werden.
- Kürzungsbeitrag deutschlandweit mindestens 380 Mio. Euro / 140 Mio. Euro NRW

Intervention im Rahmen der abschließenden Beratung des Medizinprodukte Anpassungsgesetzes (MPAnpG-EU) im März zur Streichung oder Begrenzung des Aufschlags

7. Pflegepersonaluntergrenzen

KRANKENHAUS BAROMETER des DKI (Umfrage 2019) ausgewählte Ergebnisse zu den „Pflegepersonaluntergrenzen“

- Bettensperrungen in pflegesensitiven Intensivbereichen: **37 %**
- temporäre Abmeldung einzelner KH-Bereiche von der Notfallversorgung: **29 %**
- Bettensperrungen auf pflegesensitiven Allgemeinstationen: **23 %**
- tagesaktuelle Steuerung der Personalbesetzung (intensiv/allgemein): **61 %/68 %**
- kurzfristige Änderungen von Dienstplänen (intensiv/allgemein): **53 %/57 %**
- Aufbau von Mehrarbeitsstunden (intensiv/allgemein): **36 %/38 %**
- mehr Abrufe aus dem Frei (intensiv/allgemein): **33 %/38 %**
- Probleme bei der Besetzung offener Stellen im Pflegedienst
(je nach pflegesensitivem Bereich zwischen **65,3 %** und **69,3 %**)

Entwicklung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes (modernisierte Pflegepersonalregelung - mPPR) durch Pflegewissenschaftler des Deutschen Pflegerates (DPR) in Abstimmung mit der DKG und ver.di als Interims-Instrument

- I. Rahmenbedingungen
- II. **Entwicklung der Krankenhäuser**
- III. Gutachten zur Krankenhausplanung NRW
 - I. Ausgangslage
 - II. Ansatz des Gutachtens
 - III. Herausforderungen
- IV. Digitalisierung

Zahlen, Daten Fakten zu den Auswirkungen der Gesetzesflut und der Bereitschaft der Krankenhäuser zu Veränderungen

- Mit 21,3 % weniger Krankenhäusern (von 437 auf 344 = -93) in den letzten 11 Jahren (2006-2017) wurden in NRW deutlich mehr Krankenhäuser abgebaut als im Bundesdurchschnitt (-7,7 %)
- Z. B. **stieg** in Bayern die Zahl der Krankenhäuser im gleichen Zeitraum um 5,5 % reduziert (von 348 auf 368 = +20).
Bayern hat mittlerweile mehr Krankenhäuser als NRW!
- In den Jahren 1996 bis 2016 reduzierte sich Zahl der Krankenhäuser in NRW von 474 auf 344 (-27,4 %); ebenfalls deutlich stärker als im Bundesdurchschnitt (- 14,4 %)

Krankenhausdichte (Krankenhäuser je 100.000 Einwohner)

- NRW liegt mit einer Krankenhausdichte von 1,9 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (2,4) und damit bundesweit gemeinsam mit Sachsen auf dem letzten Platz!
- Spitzenreiter ist Schleswig-Holstein (3,8)
- In Bayern beträgt die Krankenhausdichte 2,8
- NRW hat mittlerweile durchschnittlich größere Einheiten als im Bundesdurchschnitt

Entwicklung der Krankenhäuser

		2003	2017
~ -21,7 %	Verweildauer in Tagen	9,2	7,2 [2014: 7,4]
~ -10,8 %	Betten	132.834	118.506 [2014: 120.268]
~ -25,1 %	Krankenhäuser	459	344 [2014: 364]
	Beschäftigte	237.594	265.103 [2014: 253.660]
	Fälle in Mio.	4,06	4,62 [201: 4,42]

Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in NRW, IT.NRW, Eigene Erhebungen, Stand September 2019)

Seit 2002 wurden in NRW insgesamt 45 Krankenhausstandorte (davon 16 Betriebsstätten, fünf als Standortverlagerung) mit ca. 4.450 Betten geschlossen. Acht dieser Häuser (~ 15,5%) mussten durch Insolvenz des Krankenhausträgers ihren Krankenhausbetrieb einstellen.

Agenda



- I. Rahmenbedingungen
- II. Entwicklung der Krankenhäuser
- III. Krankenhausplanung NRW
 - I. Ausgangslage
 - II. Ansatz des Gutachtens
 - III. Herausforderungen
- IV. Digitalisierung

Auswirkungen der Flut an gesetzlichen Regelungen und Vorgaben

- Unstrukturierter und planloser Strukturwandel im stationären Bereich
- Steigende Insolvenzen durch unrealistische Personal- und Strukturvorgaben, unzureichende Finanzierung und ungezügelter Kontrollwut der Krankenkassen

Von der Politik angekündigte und angestrebte Weiterentwicklung des Krankenhauswesens findet nicht statt, stattdessen „kalter Strukturwandel“

Beispiele negativer Auswirkungen nicht nur Bundesweit: Fast täglich Meldungen über Krankenhausschließungen, Schließungen von Geburtsabteilungen, Aufnahmebegrenzungen auf Intensivstationen

Aktive Krankenhausplanung und offene Debatte über die bedarfsnotwendigen sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen notwendig

Krankenhäuser sind zu dieser Diskussion bereit.

Grundsätze

- Aktive Beteiligung an der Strukturdebatte und an der Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft
- Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich in einem **gemeinsamen Pakt** von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen
- Vereinigung der unterschiedlichen Interessen bei Veränderungen durch
 - konsequente Orientierung an den Versorgungsbedarfen **in den Regionen**,
 - transparente Ausgestaltung,
 - schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen

Ausgangslage: Positionen der DKG und KGNW

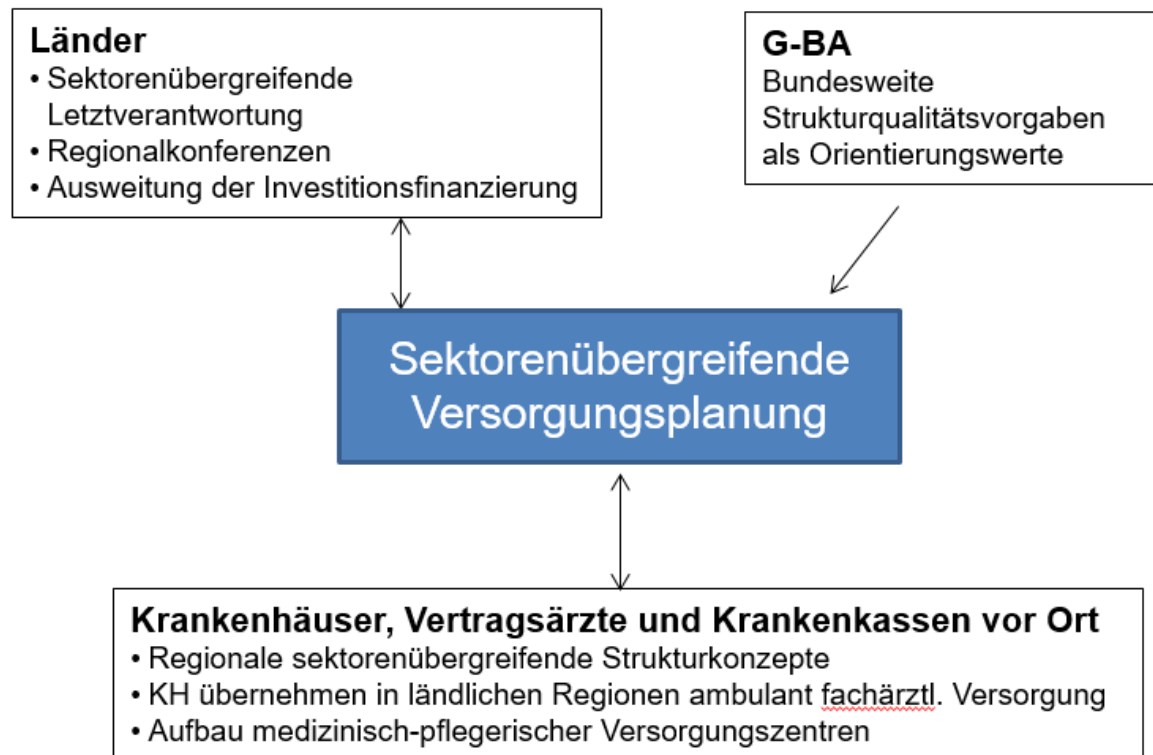


Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Status quo „Säulenprinzip“



Versorgungsplanung der Zukunft



- Krankenhausversorgung verlässlich ausgestalten
- Erreichbarkeit innerhalb von 15-20 Minuten
- Aktive Krankenhausplanung als Gestaltungsinstrument der Zukunft nutzen
- Daseinsvorsorge über konkrete Versorgungskonzepte sichern
- Krankenhausplanung verstärkt dezentral ausrichten
- Abstimmungsprozesse lokal und regional anlegen
- Krankenhausplanung zukunftsicher weiterentwickeln
- Impulse für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung setzen

Agenda



- I. Rahmenbedingungen
- II. Entwicklung der Krankenhäuser
- III. Krankenhausplanung NRW
 - I. Ausgangslage
 - II. Ansatz des Gutachtens
 - III. Herausforderungen
- IV. Digitalisierung

B. Ergebnisse

- I. Grundsätzlich kann das Land aufgrund seiner Gesetzgebungskompetenz auch Qualitätsvorgaben zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen. Dies gilt auch für Mindestmengen, soweit diese nicht den Regelungen des G-BA widersprechen.
- II. Ferner unterliegt es der Planungshoheit des Landes, statt Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung (WBO) Leistungsbereiche und -gruppen in Anlehnung an das DRG-Vergütungssystem zu planen.
- III. Ein Verzicht auf die Bettenplanung ist mit dem geltenden Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) nicht vereinbar und auch im Hinblick auf die Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts zur Bedarfsanalyse rechtlich umstritten.
- IV. Die empfohlenen Regelungen zur Krankenhausaufsicht sind grundsätzlich rechtskonform. Jedoch müssen sich die Sanktionen, insbesondere der Ausschluss von einzelnen Leistungen, nach den Vorgaben des Bundesrechts (§ 8 Abs. 1b KHG) richten.

- Limitierende Leistungsplanung mit Aufgabe der (direkten) Bettenplanung
→ Versorgungsauftrag (Ein Ziel: Weg vom Bett)
- Somatik: 25 **Leistungsbereiche** mit 70 **Leistungsgruppen** (G-DRG-Katalog (Fallpauschalenkatalog)
- Psychiatrie/KJP: 10 Leistungsgruppen (ICD-Katalog)
- Erreichbarkeit Grundversorgung: 30 min
- Demografie, Ambulantisierung, Anpassung bzw. Optimierung der derzeitigen Strukturen
- Qualitätsdimensionen (**Struktur-**, **Prozess-** und Ergebnisqualität, **Mindestmengen**, Servicequalität)
- Versorgungsregion: **fünf Regierungsbezirke** versus 16 Versorgungsgebiete
- Umsetzungshorizont 2022 bis 2032

- I. Rahmenbedingungen
- II. Entwicklung der Krankenhäuser
- III. Gutachten zur Krankenhausplanung NRW
 - I. Ausgangslage
 - II. Ansatz des Gutachtens
 - III. Herausforderungen
- IV. Digitalisierung

Herausforderungen:

- Methodische Zuordnung von Leistungen zu Leistungsbereichen und Leistungsgruppen, die ein Krankenhaus erbringen darf, auf Grundlage
 - von DRGs (Diagnosis Related Groups) = Abrechnungseinheit stationärer Krankenhausleistungen

Erste Einschätzung: Das DRG-System ist für eine eindeutige Zuordnung von medizinisch-pflegerischen Leistungen nicht geeignet.
 - von ICD auf (International Classification of Diseases)
 - von OPS-Ziffern (Prozedurenschlüssel).
- Notwendige Klärung eines geeigneten Klassifikationssystems

Herausforderungen



Weitere Herausforderungen und Klärungsbedarf

- Inhaltlich-fachlich aufeinander abgestimmtes / mit Bezug zueinander stehendes Leistungsspektrum eines Krankenhauses sowie der medizinisch-pflegerischen Bereiche
- Ein Orientierungsansatz = Gebiete der Weiterbildungsordnung / die klinisch relevanten Gebiete der WBOen.
- Bildung, Strukturierung und Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen
 - hinsichtlich Anzahl und Umfang (z.B. die zentralen Bereiche Chirurgie und Innere Medizin, aber auch Schwerpunktabteilungen wie Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie usw.)
 - unter Berücksichtigung zentraler Aspekte wie
 - strukturelle Qualitätsvorgaben (z.B. Räumlichkeiten, Anzahl und Qualifikation von Personal),
 - weitergehende Qualitätsvorgaben (Mindestmengen, Strukturrichtlinien)
 - medizinisch und medizin-technischer Fortschritt (Herzkatheter = allgemeiner Standard)

Schaffung zentraler Rahmenbedingungen

- Die Leistungen müssen in der Gesamtheit so bewertet sein, dass ein Krankenhaus nach Umsetzung der Pläne auch weiterhin wirtschaftlich geführt werden kann.
- Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen darf nicht der Kapazitätsabbau im Vordergrund stehen.
- Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur strukturellen Weiterentwicklung / Umgestaltung der Krankenhausversorgung vor Ort und in den Regionen (z.B. über Erhöhung der Investitionsförderung und / oder Strukturfonds usw.), **aber**
- Unzureichende Investitionsfinanzierung
 - Deutliche Überzeichnung der in den NRW- Haushalten 2018 und 2019 zur Verfügung gestellten Mittel für die Einzelförderung (2018: 33 Millionen Euro, 2019: 66 Millionen Euro)
 - Keine Berücksichtigung von Einzelfördermittelanträge im Jahr 2019 in Höhe von rund 190 Millionen Euro aufgrund fehlender Fördermittel trotz begrenzter Förderbereiche
 - Dokumentiert einmal mehr und eindrucksvoll die nach wie vor bestehende Unterfinanzierung im Bereich der Krankenhausförderung

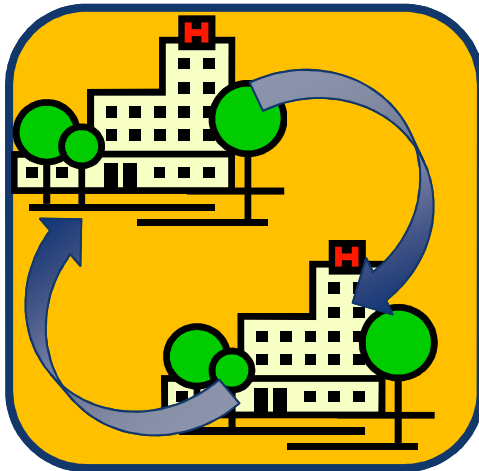
Schaffung zentraler Rahmenbedingungen

- Langfristig ausgelegte Krankenhausplanung: Es dürfen keine Kapazitäten / Leistungsstrukturen abgebaut werden, die später wieder aufbenötigt und aufgebaut werden müssen.
- Erhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse in ländlichen und städtischen Regionen
- Politische und investive Unterstützung aktueller Projekte und Trägerinitiativen zur strukturellen Weiterentwicklung
- Öffentliches Bekenntnis zur Übernahme von Verantwortung bei Schließung von Abteilungen oder Standorten durch Politik und Krankenkassenvertreter gemeinsam mit den Krankenhausträgern
- Notwendige positive kartellrechtliche Begleitung örtlich und regional abgestimmter Strukturveränderungen
 - Nicht nachvollziehbar: Freiwillig geplante (trägerübergreifende) Strukturveränderungen / Zusammenschlüsse z.B. in Köln, Gütersloh und Soest vom Bundeskartellamt negativ beschieden

Herausforderungen – Rahmenbedingungen

Kartellrechtliche Vorgaben für Krankenhauskooperationen

**Unabhängig vom
Krankenhaus-
planungsverfahren**



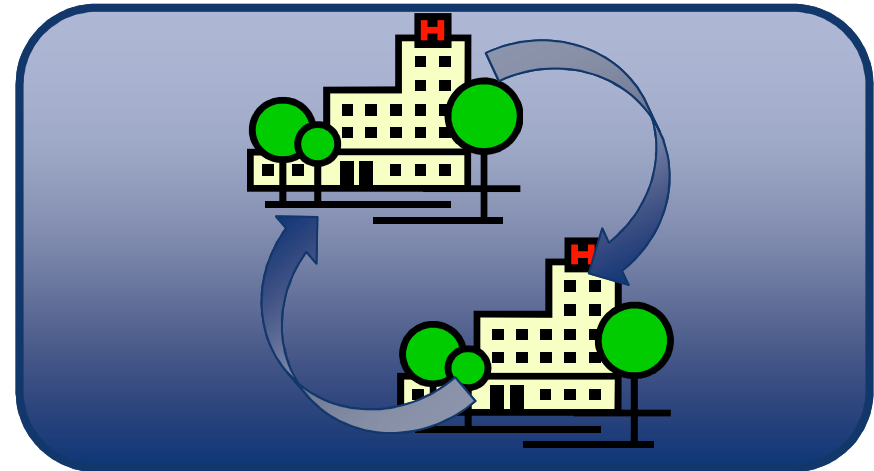
**Vereinbarung der
Zusammenarbeit muss
den Vorgaben des
Kartellrechts gerecht
werden**

**Vereinbarung im
Vorfeld des Kranken-
hausplanungsverfahrens**



**Kartellrecht
anwendbar,
unabhängig von der
anschließenden
Entscheidung der
Planungsbehörde**

**Durch öffentliche Hand
geleitetes Krankenhaus-
planungsverfahren**



- Kooperation als Teil der hoheitlich-planerischen Entscheidung
- Bundeskartellamt behält sich Bewertung solcher Kooperationen vor
- Bislang keine höchstrichterliche Entscheidung

Inhaltliche Quelle: Baker McKenzie, Memorandum November 2018

- I. Rahmenbedingungen
- II. Entwicklung der Krankenhäuser
- III. Gutachten zur Krankenhausplanung NRW
 - I. Ausgangslage
 - II. Ansatz des Gutachtens
 - III. Herausforderungen
- IV. Digitalisierung

Digitalisierung / Projekt „Virtuelles Krankenhaus“ in NRW



- Digitalisierung in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ist eine der Herausforderungen für eine zukunftsorientierte und nachhaltige medizinische Versorgung in allen Regionen.
- NRW-Kliniken wollen den Weg in die digitale Zukunft aktiv mitgestalten, digitale Gesundheitsanwendungen einsetzen und ihre Informationssicherheit auf dem neuesten Stand halten

Zur Gestaltung der digitalen Zukunft Digitalpakt Krankenhaus notwendig:
Bund und Land müssen angelehnt an das gleichnamige
Milliardenprogramm für die Schulen auch Fördermittel für die
Digitalisierung der Krankenhäuser zur Verfügung stellen.

Vorschlag des RWI in einem BMG - Gutachten und Forderung der KGNW:

- **ein Investitionsprogramm „Digital Boost“ über acht Jahre = für NRW ein Sonderinvestitionsprogramm in Höhe von jährlich 250 Mio. Euro**
- Zusätzlich im Betriebskostenbereich ein Digitalisierungszuschlags in Höhe von zwei Prozent auf jede Krankenhausabrechnung zu Lasten der Kassen
- Unterstützung der Landesregierung durch eine Bundesratsinitiative

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

