DRG-FORUM 2023 KOMPAKT

TEIL I

WWW.BINDOC.DE

INHALTE

03

KRANKENHAUSPOLITIK 2023

04

BUND-LÄNDER-PAKT

05

ZEITENWENDE IM KRANKENHAUS

07

VORHALTE-FINANZIERUNG

08

KRANKENHAUS-FINANZIERUNG

Krankenhauspolitik 2023
Die Agenda des Bundesgesundheitsministers

WARUM WIR DIE REFORM BRAUCHEN, WAS SIE BEINHALTET UND WAS NICHT

GESUNDHEITSMINISTER KARL LAUTERBACH, ERÖFFNUNGSREDE

Gesundheitsminister **Karl Lauterbach** führte mit einer Eröffnungsrede in das diesjährige DRG Forum 2023 ein. **Schwerpunkt** seiner Rede war die aktuell laufende **Krankenhausreform**. Diese sei dringend notwendig, um die Qualität und Finanzierung der Kliniken sicherzustellen. Sowohl das DRG-System als auch die ausgebliebene ausreichende Investitionsfinanzierung der Bundesländer hätten die Kliniken in diese schwierige Situation gebracht, in der sie sich jetzt befinden.

Darüber hinaus warb Lauterbach für die Reform auch aufgrund der **prekären Situation im Personalbereich**. Es wurde in den letzten 20 Jahren zu wenig qualifiziertes Personal ausgebildet, das uns langfristig fehlen wird. Auch deshalb **müsse sich das Gesundheitswesen transformieren.**

Die **Ambulantisierung**, wie sie in den USA bereits gängige Praxis ist, werde auch hier vermehrt Einzug halten. Bei vielen aktuell noch stationär behandelten Patienten gebe es oftmals keinen medizinischen Grund, dass diese Patienten nicht ambulant behandelt würden. Der **stationäre Anreiz,** der durch die DRGs getriggert wird, **muss durch ein Reform verändert werden**. Wichtig ist ebenfalls die Sicherstellung einer überregional standardisierten **Qualität**. Es wäre teilweise der Fall, dass aufwendige und komplexe Eingriffe in Kliniken durchgeführt werden, die strukturell gar nicht dafür ausgelegt sind. Diese Qualitätsstandards sollen durch die Einführung von Mindeststrukturvoraussetzungen im Rahmen von Krankenhausleveln verbunden mit Leistungsgruppen erreicht werden.

Lauterbach **warnt davor**, dass **Klinikschließungen** durch **Insolvenzen in großem Stil unbedingt vermieden werden müssen**, was aus seiner Sicht nur durch eine umfangreiche Reformierung des Gesundheitswesens möglich ist. Die Reform ist dafür da, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, sodass es in der Stadt nicht zu einer noch größeren Überversorgung von Krankenhäusern kommt und auf dem Land zu noch mehr Abbau. Ziel ist es, diesen Sommer ein tragfähiges Konzept zu haben. Es soll eine Grundlage geschaffen werden, um alle weiteren Fragen zu klären.

Bund-Länder-Pakt
Die Position der Länder

DR. ANDREAS PHILIPPI:
Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Andreas Philippi ist neu im Amt als Gesundheitsminister in Niedersachsen und berichtet über die aktuelle Krankenhausplanung und seine Gedanken zur Reform. **Qualitätsverbesserung durch Mindestmengen** sieht er als wichtigen Grundpfeiler für standardisierte und flächendeckende Qualität. Darüber hinaus sind nach Philippi die **Konzentrationen von Leistungen und Leistungsgruppen** bei bestimmten Erkrankungen notwendig, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Es existieren einige **Verschiedenheiten in den einzelnen Bundesländern**, die in der Reform Berücksichtigung finden müssen. In Niedersachsen und Berlin zum Beispiel sind aufgrund der **unterschiedlichen Populationsdichte** ganz unterschiedliche Konzentrationen der medizinischen Versorgung vorzufinden. Auch dieser Punkt sollte bei einer Reform berücksichtigt werden.

Die **Notfallversorgung** stellt einen der **zentralen Punkte dieser Reform** dar, da die korrekte Verteilung der Patienten in Notfallsituationen von der Fahrzeit priorisiert werden muss. Nehmen wir an, ein Patient hätte nach einem leichten Schlaganfall zwei Optionen: In ein Krankenhaus ohne Stroke Unit zu kommen, das in 5 Minuten erreichbar ist, oder in eines mit einer Stroke Unit, das in 10 Minuten erreichbar ist. Das Krankenhaus mit der Stroke Unit wird evidenzbasiert wahrscheinlich zu einem besseren Verlauf des Patienten führen. Genau diese Themen werden im Kontext der Notfallversorgung thematisiert und sind ein enorm wichtiger Bestandteil dieser Reform.

Das **dänische zentralisierte Konzept wird hier in Deutschland nicht angestrebt** und ist aufgrund der stark unterschiedlichen Bevölkerungsdichte oft auch nicht möglich. In Niedersachsen sieht die Situation jedoch anders aus und hier wurde diese Idee in drei Landkreisen umgesetzt. **Niedersachsen** war bisher immer in vier Bezirke aufgeteilt. Diese **Aufteilung wurde nun auf acht Sektoren** erweitert, als Folge von demographischen Analysen, welche ergaben, dass weit über **90% der Patienten in diesen Sektoren auch tatsächlich versorgt** werden können. Die Krankenhäuser wurden hierfür neu eingeteilt und entsprechend der Level umbenannt in: Grund- und Regelversorger, Maximalversorger und Schwerpunktversorger.

Bund-Länder-Pakt
Die Position der Länder

Die Idee in Niedersachsen ist, analog zu den Leveln 1-3, die Regionen zu versorgen und in den Regionen soll jeweils mindestens ein Schwerpunkt- und mindestens ein Maximalversorger sein.

Es gibt eine Initiative im Gesundheitswesen, die sich auf die Schaffung von regionalen Gesundheitszentren konzentriert. Diese Gesundheitszentren sollen in der Nähe von Krankenhäusern errichtet werden und eine Grund- und Regelversorgung für Patienten anbieten, indem kleine Einheiten mit bis zu 25 Betten angeschlossen werden. Die Idee ist, dass diese Einrichtungen nicht rund um die Uhr einen Arzt vor Ort haben werden, sondern dass sie durch sogenannte Community Health Nurses unterstützt werden, die im Koalitionsvertrag in Niedersachsen verankert sind.

Philippi betont, dass die Schaffung dieser **regionalen Gesundheitszentren eine neue Initiative ist, die sich von der Idee eines Level-1-Krankenhauses unterscheidet** und in erster Linie darauf abzielt, eine Grundversorgung für Patienten in ländlichen Gebieten sicherzustellen. Gerade Patienten mit einem PCCL 1/2, also niedrigen Schweregraden und in Anführungszeichen "relativ gesunde" Patienten, werden aktuell noch viel zu oft stationär aufgenommen. Die **ambulante Lösungsstrategie** ist hier auf jeden Fall zu bevorzugen.

Zeitenwende im Krankenhaus
Den Umbruch mutig gestalten

TEILNEHMENDE AN DER DISKUSSION:

DR. GERALD GASS
Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft

STEFANIE STOFF-AHNIS:
Vorständin des GKV-Spitzenverbandes

PROF. DR. CHRISTIAN KARAGIANNIDIS:
Mitglied des ExpertInnenrats

DR. ANDREAS PHILIPPI:
Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Die Diskussionsrunde befasste sich zu Beginn mit relevanten Themenstellungen, die das Gesundheitssystem aktuell prägen. Herr Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hob vor allem die Ambulantisierung hervor und Frau Stoff-Ahnis verwies auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung. Aktuelle Probleme, mit denen sich Krankenhäuser konfrontiert sehen, können in zwei Schwerpunkte differenziert werden:

1. Wirtschaftliche Situation der Kliniken: Seit Beginn des Jahres 2022 besteht bereits ein kumuliertes Defizit von 10 Milliarden Euro. Zudem sind auch für 2023 keine schwarzen Zahlen für Krankenhäuser zu erwarten
2. Personalsituation der Kliniken: Reduktion der Bettenkapazität um 20-30% aufgrund des Personalmangels
   a. Demographischer Wandel wirkt sich auch auf die Personalstruktur aus und führt zu einer Verknappung dieser Ressourcen.
   b. Wandel der Arbeitswelt mit Trend zur Teilzeit
   ➜ Die Krankenhausreform sollte dazu beitragen, die knappe Ressource Personal auf versorgungsrelevante Kliniken zu verteilen.

Im Folgenden soll auf verschiedene Bestandteile der Krankenhausreform eingegangen werden und die unterschiedlichen Ideen der Interessenvertretungen aus Kliniken, Krankenkassen und Politik dargestellt werden.

Zeitenwende im Krankenhaus
Den Umbruch mutig gestalten

Versorgungslevel:
Aus Sicht von Prof. Karagiannidis ist das Levelsystem an vielen Stellen essenziell. Kliniken sind länderübergreifend vergleichbar und die Mindeststruktur-voraussetzungen auf Levelebene sind notwendig, um eine Mindeststrukturqualität gewährleisten zu können. Jedoch sollte die strikte Verknüpfung der Leistungsgruppen an die Versorgungslevel stellenweise aufgeweicht werden bspw. für die Geburtshilfe oder Schlaganfallversorgung. Hier stimmt auch Dr. Philippi zu und weist darauf hin, dass in bestimmten ländlichen Regionen für bestimmte Leistungsgruppen ein Beschneiden des Leistungsspektrums der Kliniken auf Grundlage des Versorgungslevels so nicht immer möglich ist und das Ausnahmen definiert werden müssen. Die Rolle der Fachkliniken ist laut Frau Stoff-Ahnis zudem noch zu definieren, da diese in den bisherigen Vorschlägen nicht klar definiert werden.

Leistungsgruppen:
In Bezug auf die Leistungsgruppen herrscht Konsens darüber, dass die Anzahl der Leistungsgruppen im ersten Schritt nicht relevant ist, sondern dass diese vor allem klar beschrieben und definiert sein müssen, um Qualitätskriterien auch hieran ausrichten zu können. Zudem kann die Anzahl der Leistungsgruppen im Laufe der Entwicklung angepasst werden. Relevant ist, dass die finanziellen Mittel richtig verteilt werden und das zur Verfügung stehende Geld bei den Kliniken ankommt und dort richtig verteilt ist.

Finanzierung:
Vorhaltefinanzierung: Bei der Wahl der Höhe des Vorhalteanteils ist vor allem die Anreizsetzung, die damit verbunden ist, relevant. Prof. Karagiannidis stellt hierbei zwei Szenarien in den Raum. Ist der Anteil der Vorhaltekosten zu niedrig angesetzt, wird keine Veränderung stattfinden. Ist der Anteil zu hoch angesetzt, kommt es zu keiner Innovation.

Zeitenwende im Krankenhaus
Den Umbruch mutig gestalten

Investitionsfinanzierung:

Aufgrund der aktuellen Versorgungsstruktur und der oben dargestellten Probleme, denen sich Kliniken gegenüber sehen, sollten Fusionen von Kliniken auch Trägerübergreifend geprüft werden. Frau Stoff-Ahnis ließ anklingen, dass sich Kliniken, die für eine flächendeckende Versorgung nicht notwendig sind, im Umkreis eines größeren Klinikums liegen und die Personal binden, sich transformieren müssen. Sowohl Dr. Gaß als auch Prof. Karagiannidis sehen hierfür die Notwendigkeit einer Investitionsklärung. Möglichkeiten wären beispielsweise ein Strukturfonds und eine Finanzierungsreform für Grund- und Regelversorger

Zudem wird diskutiert, inwiefern der NRW-Krankenhausplan als Grundlage für die Krankenhausreform dienen kann. Dr. Gaß hebt hierbei vor allem das konstruktive Miteinander in der Ausarbeitung der Strukturen in NRW hervor und weist darauf hin, dass NRW, besser noch als das Schweizer Modell, als Beispiel herangezogen werden kann. Frau Stoff-Ahnis gibt zu bedenken, dass die NRW-Leistungsgruppen nicht verknüpft und nicht stark mit OPS definiert, sodass hier eine Konkretisierung notwendig wäre. Ein Großteil der stat. Fälle in NRW (ca. 40%) werden aktuell den Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin zugeordnet, wobei hier die Spezialisierung in großen Krankenhäusern nicht dargestellt wird. Im Rahmen von möglichen Klinikschließungen wird auch die Bevölkerungs-kommunikation thematisiert und das ein Bevölkerungskommunikationsmodell notwendig sein wird, um die Toleranz und das Verständnis von Strukturveränderungen zu schaffen und die Kommunalpolitiker zu unterstützen.

Die Rolle der Politik und Interessenvertreter spielt während der gesamten Diskussion eine Rolle. Hierbei herrscht insofern Konsens, dass das vorgeschlagene System nicht zu stark politisiert werden darf und die Politik die Rahmenbedingungen setzen soll, auf denen die Selbstverwaltung und Interessenvertreter die konkrete Ausarbeitung aufbauen können. Hierbei muss immer das Ziel verfolgt werden eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten und die vorhandenen finanziellen Mittel richtig zu verteilen.

Vorhaltefinanzierung
Begehrte Finanzspritze mit Nebenwirkungen

TEILNEHMENDE AN DER DISKUSSION:

BERNADETTE RÜMMELIN:
Geschäftsführerin des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands

PROF. DR. ANDREAS BEIVERS:
Professor für Volkswirtschaftslehre und Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius

STEFAN WÖHRMANN:
Abteilungsleiter Stationäre Versorgung des Verbandes der Ersatzkassen

DR. CHRISTIANE STEHLE:
Ärztliche Vorständin der Universitätsmedizin Rostock

PROF. DR. ANDREAS SCHMID:
Manager der Oberender AG

Zu Beginn sollen kurz aktuelle Problemstellungen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Zum einen besteht der Engpassfaktor Personal, der auch den Wettbewerb im Gesundheitsmarkt beeinflusst. Zum anderen bietet das aktuelle DRG-System den Anreiz zur Mengenausweitung (auch als Hamsterradeffekt bekannt). Für Universitätsklinika ist die Vorhaltefinanzierung ein sehr relevantes Thema. Aufgrund der Extremkostenfälle kommt es zu einer Unterfinanzierung bei der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen.

Die Verteilung der finanziellen Mittel stellt hierbei ein höchst komplexes Thema dar. Zum einen der Transformationsprozess von den Krankenkassen zum Patienten, zum anderen die Verteilung der finanziellen Mittel zu den Kliniken.
Die Vorhaltefinanzierung ist aktuell vorgesehen als prozentualer Anteil von 40 bzw. 60% von aDRG und Pflegebudget, der zu Beginn in Abhängigkeit des aktuellen Leistungsgeschehens, im Verlaufe der Konvergenzphase dann nach den Komponenten Bevölkerungs- , Qualitäts- und Mengenbezug berechnet werden soll. Aktuell liegt die Verteilung bei 80% aDRG und 20% Pflegebudget. Die Einführung des Vorhaltebudgets würde laut **Frau Rümmelin** den aDRG Erlös einmal um 25% (bei 40%) und um 50% (bei 60%) reduzieren und die Deckungsbeiträge müssten somit aus einem geringeren Erlös heraus finanziert werden.

Vorhaltefinanzierung
Begehrte Finanzspritze mit Nebenwirkungen

Sie weist darauf hin, dass Vorhaltefinanzierung nicht gleich einer Vorhaltekosten-finanzierung entspricht. Sie schlägt vor, dass jeder Grund- und Regelversorger (Level 1n Kliniken) die Basisversorgung durch eine Vorhaltefinanzierung abgedeckt bekommt und zusätzliche Leistungsgruppen separat verhandelt werden. Hierbei können auch Skaleneffekte bei der Vorhaltung durch Ergänzungen der Leistungsgruppen entstehen.

Herr Wöhrmann zeigt noch weitere relevante Punkte auf, die bei der Definition der Vorhaltefinanzierung berücksichtigt werden sollten. Vorhaltekosten entstehen für die Bereitstellung eines Standortes und sind somit unabhängig von der Inanspruchnahme. Sie sollte zweckgebunden und nicht zielgebunden sein. Das Motiv sollte sein, einen Anreiz zur Leistungsausweitung zu vermindern, finanzielle Stabilität bei unbeständiger Nachfrage zu garantieren, die Sollausstattung zu finanzieren, eine Steuerungswirkung bei der Verschiebung finanzieller Mittel aufzuweisen und zur Entökonomisierung oder Überwindung des DRG-Systems beizutragen. Auch er zeigt Unterschiede zwischen Kliniken auf. Beispielsweise haben Kliniken mit einem schmalen Fallspektrum und hohen Falzahlen eher geringe Vorhaltekosten (betrifft v.a. Level 1n und 2 Kliniken im städtischen Raum), wohingegen Kliniken mit einem breiten Fallspektrum und einer geringen Fallzahl hohe Vorhaltekosten aufweisen (betrifft Level 1n und 2 Kliniken im ländlichen Raum). Hier sind regionale Unterschiede zu Bedenken und die Auswirkungen, die mit dem Verlust einer Leistungsgruppe einhergehen, da das Vorhaltebudget an eine Leistungsgruppe geknüpft ist. Besonders im ländlichen Raum tritt dann auf Standortebene auch das Problem der Fixkostendegression auf.

Eine Vorhaltekostenfinanzierung kann also nur als Gesamtpaket funktionieren aus:

1. Ambulantisierung: Leistungsintensität senken und Fehlversorgung abbauen.
2. Bedarfsplanung: Über- und Unterversorgung ausgleichen, Planung nach verfügbaren Fachkräften ausrichten.
3. Vorhaltekostenfinanzierung: Mengenanreiz setzen, Versorgung flächendeckend 24/7 sicherstellen.

Vorhaltefinanzierung
Begehrte Finanzspritze mit Nebenwirkungen

Prof. Schmid stellt weitere Aspekte dar, die in die Diskussion der Vorhaltefinanzierung eingebracht werden sollten:

1. Volumen – und Effizienzanreiz
   a. Aufgrund des massiven Fachkräftemangels sowie der Ausdünnung der Versorgungsstruktur sind Volumenanreize und die technische Effizienz extrem wichtig. Jedoch kann ein zu hoch angesetztes Vorhaltebudget genau den Anreiz setzen, einen Fall nicht zu behandeln.
2. Betriebskosten-Neutralität
   a. Die Krankenhausreform zeigt verschiedene Wirkungen auf die Betriebskosten der Kliniken
      i. Mehraufwand für die GKV, wenn strukturell defizitäre Kliniken auskömmlich finanziert werden sollen und gleichzeitige Entlastung der Träger.
      ii. Unsichere Effizienzgewinne im Bereich der Ausgestaltung der Level 1i Kliniken sowie bei der Umverteilung „freiwerdender" Fälle in Level 2 und 3.
      iii. Ineffizienzen, wenn sinnvolle Spezialisierungen eingeebnet werden (Level 1n Kliniken) führt zu Mehraufwand für die GKV.
3. Margenfreiheit
   a. Bei einer margenfrei gestellten Vergütung (wie beispielsweise das Pflegebudget) kann es zu einer „Ansammlung" der Verluste kommen und somit Verringern sich die Rücklagen über den Zeitverlauf. Bei einer Vergütung mit Chance auf Gewinn, können die Rücklagen schlechtere Zeiten mit Verlusten ausgleichen.
   ➜ Möglichkeit die Pflegebudgets in die Vorhaltefinanzierung einzugliedern

Folgende Themen wurden in der Diskussionsrunde von allen Teilnehmenden behandelt:

Ziele, die eine Absicherung durch eine Vorhaltefinanzierung verfolgen sollten:

1. Wandel von einer Schutz- zu einer Steuerungsfunktion
2. Geldwanderung vom Land in die Stadt und von kleinen zu großen Kliniken
3. ländlichen Regionen mit schrumpfender Bevölkerung und Fachkräftemangel anders betrachten ➜ Absicherung

Vorhaltefinanzierung
Begehrte Finanzspritze mit Nebenwirkungen

Ausgestaltung einer Vorhaltefinanzierung:

1. Fixer Prozentsatz von 20% mit leistungsabhängigem und leistungsunabhängigem Anteil
2. Finanzierung der spezialisierten Vorhaltung
3. Basisversorgung über Vorhaltekosten finanzieren (Daseinsvorsorge der Inneren Medizin, Allgemeinchirurgie, Notaufnahme und Intensivstation) mit darauf aufbauenden regionalen Versorgungsbedarfen
4. Floating System, das Veränderungen in den Versorgungsregionen berücksichtigt
5. Intersektorale Denkweise
6. Bundeseinheitliche Vorgaben, die regionale Anpassungsmöglichkeiten beinhalten, die jedoch klar geregelt sein müssen
7. Mit einem niedrigeren Prozentsatz als ersten Ansatz starten mit Zuschlägen für defizitäre Krankenhäuser
8. Normierung mit Staffelung für Versorgungslevel und Versorgungsregionen

Notwendigkeit zusätzlicher Finanzierungsmittel:

1. Gesundheitssystem auf Dauer nicht über Steuerzahlungen und steigende Beiträge tragbar und daher sollte sich das System durch Re-Allokation der bestehenden Finanzmittel selbst finanzieren
2. Fachkräftemangel bedingt die Reduktion der Fallzahlen und lässt sich nicht mit Geldfluss beheben
3. Ein Strukturwandel ist notwendig

Zeitpunkt für die Einführung der Vorhaltefinanzierung: Jetzt oder nach bereinigten Strukturen?

Eine Einführung sollte jetzt geschehen mit Faktoren, die mit der Zeit veränderbar sind und angepasst werden können.

Krankenhausfinanzierung

DRG-System 2023 - Kalkulieren in unsicheren Zeiten

TEILNEHMENDE AN DER DISKUSSION:

DR. FRANK HEIMIG
Geschäftsführer, InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

FERDINAND RAU
Leiter Referat Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser, Bundesministerium für Gesundheit

DR. WULF-DIETRICH LEBER
Leiter Abteilung Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband

DR. ROLAND LAUFER
Geschäftsführer, Dezernat II Krankenhausfinanzierung und -planung, Deutsche Krankenhausgesellschaft

Das **InEK** (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) prüft derzeit im Auftrag des deutschen Gesundheitsministers Karl Lauterbach die Übertragbarkeit der Schweizer Leistungsgruppen auf Deutschland. Frank Heimig, Leiter des InEK, betonte, dass dies ein komplexer Job sei, da seine Mitarbeiter die dem Schweizer Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept (SPLG) zugrunde liegenden CHOP-Kodes in die deutschen OPS übersetzen und dann Leistungsgruppen bauen müssten, die wiederum die Basis für ein Finanzierungssystem sein können. Dies wird laut Heimig mindestens sechs Wochen dauern, da der CHOP-Katalog 14.000 und der OPS-Katalog 32.000 Kodes enthält.

Heimig brachte mehrere Beispiele, wie komplex der BMG (Bundesministerium für Gesundheit)-Auftrag ist. Ein genereller Unterschied zwischen NRW (Nordrhein-Westfalen) und dem Schweizer Modell sei nicht nur, dass die Abteilungen weiter in Leistungsgruppen aufgefächert sind, sondern dass auch schon konkrete Prozeduren zugeordnet sind. In Deutschland werde eher die entlassende Fachabteilung betrachtet. Das InEK soll zudem die Berechnung von Vorhaltepauschalen auf Basis von Leistungsgruppen vorbereiten. Heimig appellierte jedoch daran, keinen Mischpreis für Leistungsgruppen zuzulassen, da dies ein Schließungsprogramm für komplexe Leistungserbringer wäre. Sein Anspruch ist es, eine differenzierte Vorhaltefinanzierung vorzustellen.

Krankenhausfinanzierung

DRG-System 2023 - Kalkulieren in unsicheren Zeiten

Neben der Klinikreform beschäftigt sich das InEk noch mit wiederkehrenden Themen: Für die DRG (Diagnosis Related Groups)-Kalkulation 2024 muss das Institut mit zwei noch schwer einzuschätzenden Faktoren arbeiten. Das InEK muss Leistung und Geld für die Hybrid-DRGs (§115f) einerseits und Tagesbehandlungen (§115e) andererseits kalkulieren und herausrechnen. Das ist insofern schwierig, da es für die Hybrid-DRGs bis dato noch keine Einigung der Selbstverwaltung gibt und die Tagesbehandlungen zwar möglich sind, aber derzeit noch kaum abgerechnet werden.

Laut Ferdinand Rau, dem Leiter des Referats Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser im Bundesministerium für Gesundheit, gibt es bei der Krankenhausreform in Deutschland eine Reihe von Herausforderungen. Seine Beurteilung der Ausgangslage fällt wie folgt aus: Es existiert bereits eine langjährige Tendenz zur Ambulantisierung und Neupositionierung der Krankenhäuser. Darüber hinaus bestehen nach wie vor hohe Förderungslücken durch die Länder, was unter anderem auch zu einer hohen Anzahl von Krankenhäusern mit Fehlbeträgen führt. Außerdem gibt es eine dynamische Rückentwicklung von Kapazitäten und Verweildauern im DRG-System, was zusätzliche Schwierigkeiten mit sich bringt. All diese Faktoren machen die Reform des Krankenhaussystems zu einer großen Herausforderung.

Zum Thema Vorhaltepauschalen sagt Herr Ferdinand Rau: es wird über den zu bestimmenden Prozentsatz der Vorhaltevergütung hinaus Bewertungsrelationen geben. Eine Konvergenzphase ist dringend erforderlich, um Bevölkerungsbezug und Qualität neben den historischen Fallzahlen mit einzubeziehen.
Sein Fazit: Es gibt im Gesundheitssystem mehrere Herausforderungen, über mangelnde Abstimmung, zu geringe Nutzung des ambulanten Potentials und ein Problem mit finanziellen und als auch naturellen Ressourcen. Die Spielräume im Bundeshaushalt sind nicht gewachsen und auch in der GKV herrscht Einsparungsdruck.

Im Vortrag von **Dr. Leber** weist der Leiter Abteilung Krankenhäuser (GKV-Spitzenverband) darauf hin, dass sich die Interessen der Politik verschoben haben. Die Gesundheitsversorgung scheint nicht mehr an oberer Stelle zu stehen.
Zum Thema Krankenhausplanung sagt Dr. Leber: Wettbewerb und Trägerautonomie hätten die vergangenen Jahrzehnte der Krankenhausplanung bestimmt. Krankenhäuser, welche sich direkt gegenüber liegen seien kein Ergebnis der Krankenhausplanung, sondern auf autonome Trägerentscheidungen zurückzuführen. Es wird eine Rückkehr zur klassischen Planung empfohlen.

Krankenhausfinanzierung

DRG-System 2023 - Kalkulieren in unsicheren Zeiten

Das NRW-Strukturierungspaket wird für die bundesweite Krankenhausreform als nicht geeignet angesehen, denn es wird eine weitere Unterteilung der Leistungsbereiche, insbesondere der Inneren Medizin, als notwendig betrachtet. Der finanzielle Rahmen wird im Allgemeinen enger, was eine Reform sehr wahrscheinlich macht. DRGs bleiben erhalten, werden aber um Vorhaltekomponenten ergänzt.

Die Empfehlung für die Ausgestaltung der Vorhaltepauschalen lautet: 20% Vorhaltevergütung und der Rest Pflegebudget. Eine einheitliche Vorhaltevergütung wird ebenfalls empfohlen, welche auch einen Bezug zur Bevölkerung hat. Eine Reform der Versorgungsstrukturen wird als wichtiger als eine Vergütungsreform angesehen, und es werden bundeseinheitliche Vorgaben für Level und Leistungsgruppen - in jedem Fall - kommen.

Eine Ambulantisierung wird als ebenso notwendig angesehen, aber es wird eine klare Stufung und eine Abgrenzung der Rechtsformen gefordert. Insgesamt betont Hr. Dr. Leber, dass eine Reform kommen wird - mit oder ohne Transformationsmilliarden.

Herr **Dr. Laufer, Geschäftsführer** im Derzernat II Krankenhausfinanzieurng und -planung (Deutsche Krankenhausgesellschaft) betont in seinem Vortrag, dass die Effekte der Krise(n) im Gesundheitswesen noch nicht vollständig bewältigt sind. Es gibt weiterhin Herausforderungen, die angegangen werden müssen. Es wurden zudem bisher nicht genügend Rahmenbedingungen geschaffen, um eine dauerhaft tragfähige Ambulantisierung im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Eine große Finanzierungsreform erfordert Übergangs- und Anpassungsphasen, um erfolgreich zu sein. Es ist wichtig, die Auswirkungen auf die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sorgfältig zu berücksichtigen. Eine umfassende Reform von Planung und Finanzierung stellt eine besonders anspruchsvolle Aufgabe dar und muss nach ihrer Einführung weiterentwickelt werden, um sicherzustellen, dass sie ihre Ziele erreicht. Ein Vorschaltgesetz kann dazu beitragen, Schäden zu vermeiden und den Übergang zu einer umfassenden Reform zu erleichtern.