

TaylorWessing bcmed⁺

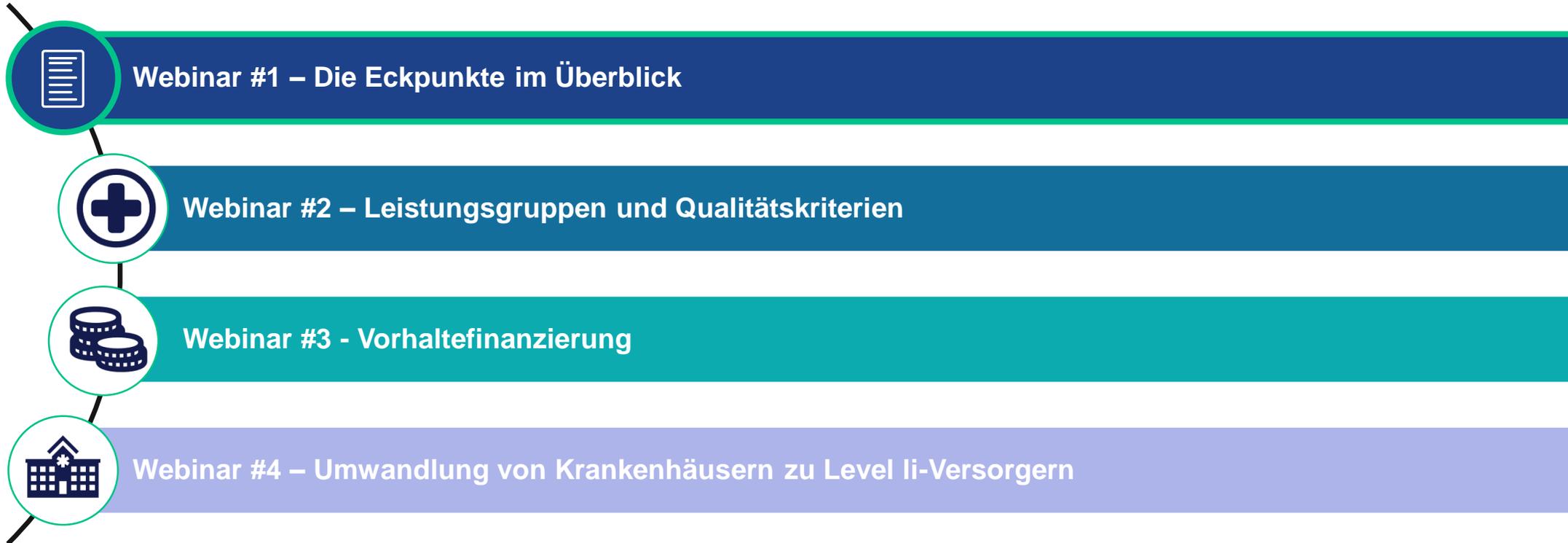
Krankenhausreform 2024: Sprungbrett oder Stolperstein?

Die Webinarreihe von Taylor Wessing und bcmed

5. September 2023



Inhaltlicher Überblick – Wo stehen wir gerade?



Agenda

1	Politische Motivation	4
2	Strategische Grundkonstruktion	7
3	Einzelne Reformelemente im Überblick	12
4	Zeitlicher Umsetzungsplan	36
5	Chancen und Risiken aus Krankenhausperspektive	40
6	Strategische Handlungsempfehlungen	42



1 | Politische Motivation

Gründe für einen nachhaltigen Reformbedarf im Krankenhaussektor

Kein konsequenter
Abbau von
Überkapazitäten

Mangel an
qualitätsbezogenen
Mindeststandards

Krankenhausplanung
ohne differenzierten
Leistungsbezug

Fachkräftemangel im
Gesundheitswesen

Stagnierende/
rückläufige
Fallzahlentwicklung

Finanzierungslogik
des DRG-Systems
stößt an seine
Grenzen

Krankenhausreform bereits im Koalitionsvertrag adressiert

Krankenhausplanung und -finanzierung

Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte **Regierungskommission** wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf **Leistungsgruppen** und **Versorgungsstufen** basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten.

Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach **Versorgungsstufen** (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System **erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen** ergänzt.

(Auszug aus dem Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung vom 07.12.2021, S. 67)



A modern hospital room with a hospital bed, a desk, and a window with curtains. The room is clean and well-lit, with a white floor and light-colored walls. The bed is in the center, with a white sheet and a folded blanket. A desk with a chair is on the right, and a window with curtains is in the background.

2

Strategische Grundkonstruktion

Die Reformvorschläge der Regierungskommission



Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

Grundgedanke und Kernbestandteile des neuen Reformvorschlags

Grundgedanke

- Der Reformvorschlag zielt darauf ab, eine **bedarfsgerechte Krankenhausplanung der Länder** mit einer **neuen Vergütungssystematik** zu verknüpfen.
- Diese neue Vergütungsreform soll dabei zu einem deutlich reduzierten Anteil leistungs- und mengenabhängig sein.
- Damit soll ein wichtiger Beitrag zur Entökonomisierung des Krankenhaussektors in Form einer belegungsunabhängigen Vorhaltevergütung geleistet werden.

Kernbestandteile des neuen Reformvorschlags

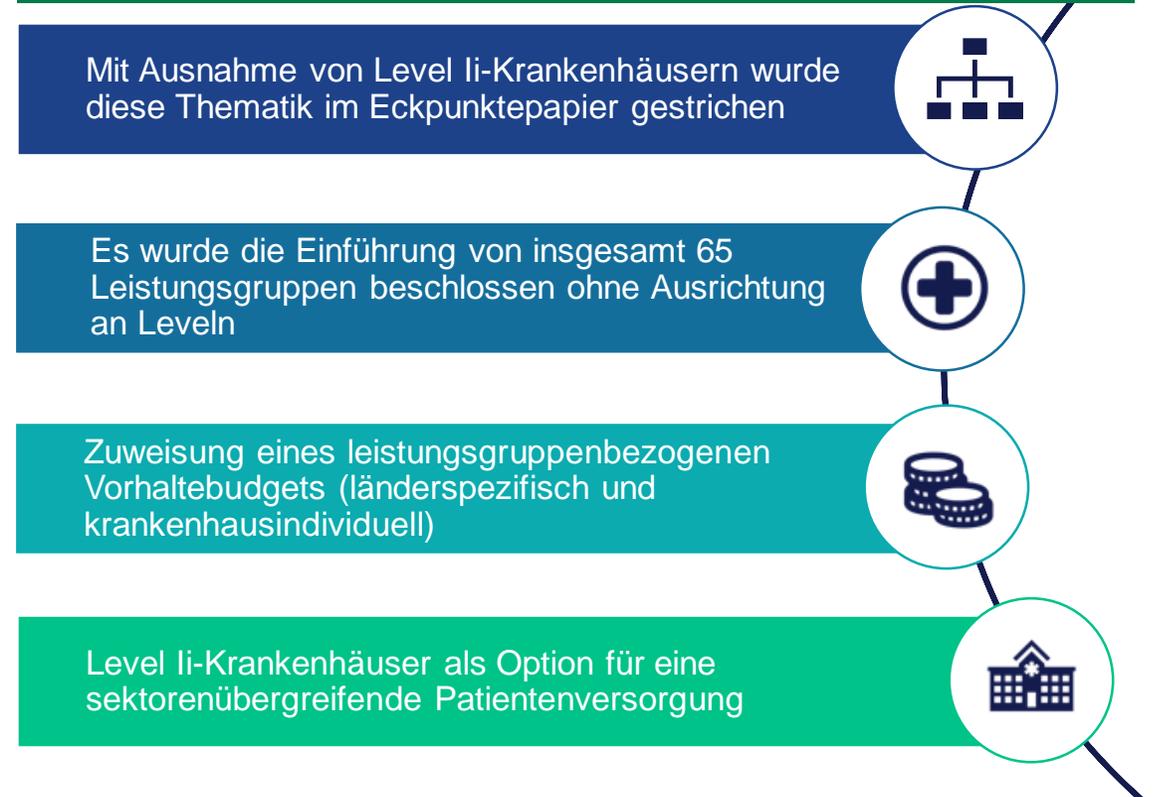
- Bundesweit einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln)
- Einführung eines Systems von Leistungsgruppen, die den einzelnen Versorgungsstufen zugeordnet und künftig dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können
- Reduktion der mengenbezogenen Komponente zu Gunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung

Entwicklung der vereinbarten Eckpunkte

Vorstellungen der Regierungskommission



Die vereinbarten Inhalte im Bund-Länder Eckpunktepapier



Keine bundesweite Krankenhausplanung

- Die Einführung von Krankenhaus-Leveln wurde aus dem Eckpunktepapier wieder entfernt mit Ausnahme der Definition von Level II-Krankenhäusern
- Der Bund hat dabei nur eine Rahmengesetzgebungskompetenz inne; über die Anerkennung von Level II-Krankenhäusern entscheiden die Länder in eigener Zuständigkeit
- Als weitere Konsequenz erfolgt die Zuweisung der einzelnen Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhausstandorte durch die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde
- Die mit der Krankenhausreform einhergehende Einführung einer Vorhaltefinanzierung orientiert sich an den zugewiesenen Leistungsgruppen eines Krankenhauses
- Basis des zuzuweisenden Vorhaltebudgets bildet ein zuvor festgelegtes und bundeslandbezogenes Leistungsgruppenbudget



3

Einzelne Reformelemente im Überblick

Reformelemente im Überblick



Wie kam es dazu?

1. Einrichtung der Regierungskommission (Mai 2022)

- Einrichtung der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Regierungskommission im Mai 2022, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen
- Regierungskommission ist angetreten, um Empfehlungen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung zu entwickeln
- Maßgebliche Grundlage für aktuelles Eckpunktepapier ist **dritte Empfehlung der Regierungskommission** vom 6. Dezember 2022

2. Tagung der Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform (Januar 2023)

- Tagung der Bund-Länder-Gruppe zur dritten Empfehlung der Regierungskommission am 5. Januar 2023
- Lange und intensive Diskussionen zum Reformvorschlag zwischen Bund und Ländern
- Uneinigkeit insbesondere mit Blick auf die Einteilung von Krankenhäusern in **verschiedene Versorgungslevel**

3. Geeinigtes Eckpunktepapier von Bund und Ländern (Juli 2023)

- Einigung von Bund und Ländern auf gemeinsames Eckpunktepapier am 10. Juli 2023
- Von den 16 Bundesländern stimmten 14 dem Eckpunktepapier zu (Baden-Württemberg enthielt sich, Bayern stimmte dagegen)
- Eckpunktepapier stellt **Basis für** den sich aktuell in Ausarbeitung befindlichen **Gesetzesentwurf** dar.

Warum das Ganze?



**Gewährleistung der
Versorgungssicherheit
(Daseinsvorsorge)**



**Sicherung und Steigerung
der Behandlungsqualität**



**Entbürokratisierung des
Systems**



Entökonomisierung

Wer ist betroffen?

Zugelassene Krankenhäuser i.S.d. § 108 SGB V

§ 108 Nr. 1 SGB V
Hochschulkliniken

§ 108 Nr. 2 SGB V
Plankrankenhäuser

§ 108 Nr. 3 SGB V
Vertragskrankenhäuser

Reformelemente im Einzelnen

Neue
Vergütungssystematik



Bisherige Finanzierungssystematik (1)

Duale Krankenhausfinanzierung seit 1972



Betriebskosten

- Kosten, die für die Behandlung der Patienten entstehen
- Finanziert durch die Gesetzlichen Krankenkassen
- Vergütungsgrundlage: DRG-Fallpauschalensystem



Investitionskosten

- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung

Bisherige Finanzierungssystematik (2)

Duale Krankenhausfinanzierung seit 2020

Betriebskosten



DRG-Fallpauschalen



Pflegebudget

Investitionskosten



- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung

Künftige Finanzierungssystematik (1)

Duale Krankenhausfinanzierung ab 2024?

Betriebskosten



DRG-Fallpauschalen



Pflegebudget



Vorhaltevergütung
(neu)

Investitionskosten



- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung

Künftige Finanzierungssystematik (2)

Duale Kr... ab 2024?

Betriebskosten



DRG-Fallpauschalen



Pflegebudgete

Investitionskosten



...kosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
... durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
... Grundlage: Einzel- und Pauschalförderung

Entbürokratisierung des
Systems



Hintergründe für Finanzierungswechsel

- Seit Jahrzehnten **rückläufige / unzureichende Investitionskostenförderung** durch die Länder
- Investitionsquote der Länder im Jahr 1972 noch bei 25%, inzwischen (2020) bei nur noch ca. 3%
- Erhöhter **wirtschaftlicher Druck** der Krankenhäuser, aus Betriebseinnahmen eigene Rücklagen für Investitionen zu bilden
- Problem: DRG-Fallpauschalen sind grundsätzlich kostendeckend kalkuliert
- **Fehlanreize** entstehen: Mengenausweitungen, Erbringung medizinisch nicht immer zwingend notwendiger Leistungen, Kosteneinsparungen, Verkürzung der Verweildauer etc.



Gefährdung der Versorgungsqualität durch ökonomischen Druck



Reformelemente im Einzelnen

Leistungsgruppen mit
Qualitätsanforderungen



Auf einen Blick – Leistungsgruppen

Session #2
19. September

Was ist das?	Wozu ist das gut?	Was steht drin?	Wer macht's?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbildung medizinischer Leistungen in fachlichen Gruppen ▪ Zuordnung sämtlicher OPS- und ICD-Codes zu den einzelnen Leistungsgruppen ▪ Verknüpfung der Leistungsgruppen mit bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Festlegung bundeseinheitlicher leistungsbezogener Planungsparameter für die Krankenhausplanung (Abkehr von der bettenorientierten Planung nach Fachgebieten) ▪ Maßgeblicher Bezugspunkt für die Bestimmung der Vorhaltevergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur somatische Leistungsgruppen ▪ Integration von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen erfolgt später in gesondertem Gesetzgebungsverfahren ▪ Erstmalige Festlegung der Leistungsgruppen orientiert sich an den in NRW im Rahmen der Krankenhausplanung eingeführten Leistungsgruppen (rund 65 Leistungsgruppen) ▪ Hinzu kommen ergänzend: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infektiologie ▪ Notfallmedizin ▪ Spezielle Traumatologie ▪ Spezielle Kinder- und Jugendmedizin ▪ Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bund und Länder gemeinsam ▪ Für Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung haben Bund und Länder Initiativrecht (Stufe 1) ▪ Wissenschaftliche Vorarbeit durch AWMF, InEK und BfArM (Stufe 2) ▪ Befassung des noch zu gründenden Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschusses (Stufe 3) ▪ Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates (Stufe 4)

Nächste Schritte

- **Zuweisung der Leistungsgruppen** an die Krankenhäuser durch die Länder frühestens ab 2024
- Zuweisung erfolgt **im Rahmen der Krankenhausplanung durch Bescheid** und bestimmt künftig den Versorgungsauftrag (Rechtsstreitigkeiten, auch Konkurrentenstreitigkeiten absehbar)
- Zuweisung einer Leistungsgruppe nur möglich, wenn die zugehörigen **Qualitätskriterien** erfüllt werden
- Etwaige erforderliche **landesgesetzliche Anpassungen bis spätestens 2025** (insbesondere in den Krankenhausgesetzen der Länder zu erwarten)



Beispiele aus NRW

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen												
LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben ⁶		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
						Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin	Kreis	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst)	FA aus dem Gebiet für Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	
						LB Frauenheilkunde und Geburtshilfe LG Geriatrie		MRT				

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen												
LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben ⁶		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
						Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
15	Thoraxchirurgie	15.1	Thoraxchirurgie	RB	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie ² LG Allgemeine Innere Medizin ² LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LB Hämatologie und Onkologie ¹ LG Komplexe Pneumologie ¹ LG Palliativmedizin ¹ Angebot Strahlentherapie ¹	Röntgen 24/7, CT 24/7 oder MRT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Sofern die LG Herzchirurgie am Standort vorhanden ist: mind. 2 FA Thoraxchirurgie (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Pathologie (mind. in Kooperation)
						LB Hämatologie und Onkologie ¹ LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie ¹ LG Palliativmedizin ¹ Angebot Strahlentherapie ¹	LB Gefäßmedizin LB Orthopädie und Unfallchirurgie LB Viszeralchirurgie LG Neurochirurgie		FA Radiologie			Physiotherapie (mind. in Kooperation)

Reformelemente im Einzelnen

Vorhaltevergütung



Zur Erinnerung

Duale Krankenhausfinanzierung ab 2024?

Betriebskosten



DRG-Fallpauschalen
(künftig zu 40%)



Pflegebudget
(bleibt unberührt)



Vorhaltevergütung
(neu)



Investitionskosten



- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung

Einführung einer Vorhaltevergütung

Hintergrund:

- Gefährdung der flächendeckenden Versorgung und Versorgungsqualität durch ökonomischen Druck (s.o.)

Lösung:

- **Vergütung für die Vorhaltung von Strukturen** in Krankenhäusern, und zwar (weitgehend) unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme
- Orientierung an den einem Krankenhaus zugewiesenen **Leistungsgruppen**
- Bei Nichterfüllung der leistungsgruppenbezogenen Qualitätskriterien grundsätzlich keine Vorhaltevergütung

Ziel:

- Schaffung einer auskömmlichen Finanzierung auch bei niedrigen Fallzahlen



Auf einen Blick - Vorhaltevergütung

Session #3
26. September

Vorhaltevergütung

Anwendungsbereich

- Bundesweit einheitlich gestaltete Systematik
- Nur für Leistungen somatischer Krankenhäuser

Erlösvolumen

- Keine Auswirkungen auf das Erlösvolumen
- Vorhaltekosten sind aktuell Bestandteil der Fallpauschalen
- Künftig Ausgliederung und Absenkung der Fallpauschalen
- Übergangsphase: Absenkung der Fallpauschalen um 60% (pauschaler Vorhalteanteil)
- Künftig: echte Kalkulation

Kalkulation / Festlegung

1. Ermittlung eines Vorhaltebudgets je Land und Leistungsgruppe
2. Einstufung der Krankenhäuser je Leistungsgruppe anhand bisheriger Fallzahl und -schwere (in regelm. Abständen)
3. Verteilung des Vorhaltebudgets je Land und Leistungsgruppe anhand voriger Einstufung der Krankenhäuser

Konvergenzphase

- Mehrjährige Konvergenzphase geplant
- Inkrafttreten der Reform für Januar 2024 vorgesehen
- In 2026 budgetneutrale Auszahlung des krankenhausesindividuellen Vorhaltebudgets
- Evaluation spätestens nach vier Jahren

Reformelemente im Einzelnen

Level II
Krankenhäuser



Aufweichung der Sektorentrennung?

Traditionelle Sektorentrennung

Ambulante Behandlung

- Grundsatz ambulant vor stationär
- Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte und MVZ
- Vergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- EBM, GOÄ

Stationäre Behandlung

- Nachrangig
- Leistungserbringung durch Krankenhäuser
- Vergütung durch die Gesetzlichen Krankenkassen
- DRG-Fallpauschalen

Verzahnung durch Level II Krankenhäuser?

Einführung von Level II Krankenhäusern

Neue Versorgungsform, die ambulante und stationäre Versorgung vereinen soll

- **Ziel:**
Sicherung der wohnortnahen medizinischen Versorgung durch Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen
- **Definition:**
Spezielle Plankrankenhäuser i.S.d. § 108 Nr. 2 SGB V, denen eine zentrale Rolle bei der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommt („*Brücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung*“)
- **Leistungsspektrum:**
 - Stationäre Leistungen der (interdisziplinären) Grundversorgung
 - Ambulante fachärztliche und hausärztliche Leistungen
 - Medizinisch-pflegerische Leistungen



Zuweisungsvoraussetzungen

- Leistungserbringung als Level II Krankenhaus **nicht ohne weiteres möglich**
- Länder entscheiden im Rahmen der **Krankenhausplanung**, welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen eines Level II Krankenhauses zugewiesen werden (**Versorgungsauftrag**)
- Entstehung insbesondere beabsichtigt durch **Umwandlung bisheriger Krankenhäuser**
- Möglich ist aber auch Entwicklung aus ambulanten Versorgungsmodellen
- Als **Beispiele** werden genannt:
 - Bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ)
 - Regionale Gesundheitszentren (RGZ)
 - Integrierte Gesundheitszentren
 - Andere ambulant-stationäre Zentren
- Grundsätzlich erforderlich ist die Erfüllung der Definitionsmerkmale eines **Krankenhauses** i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V



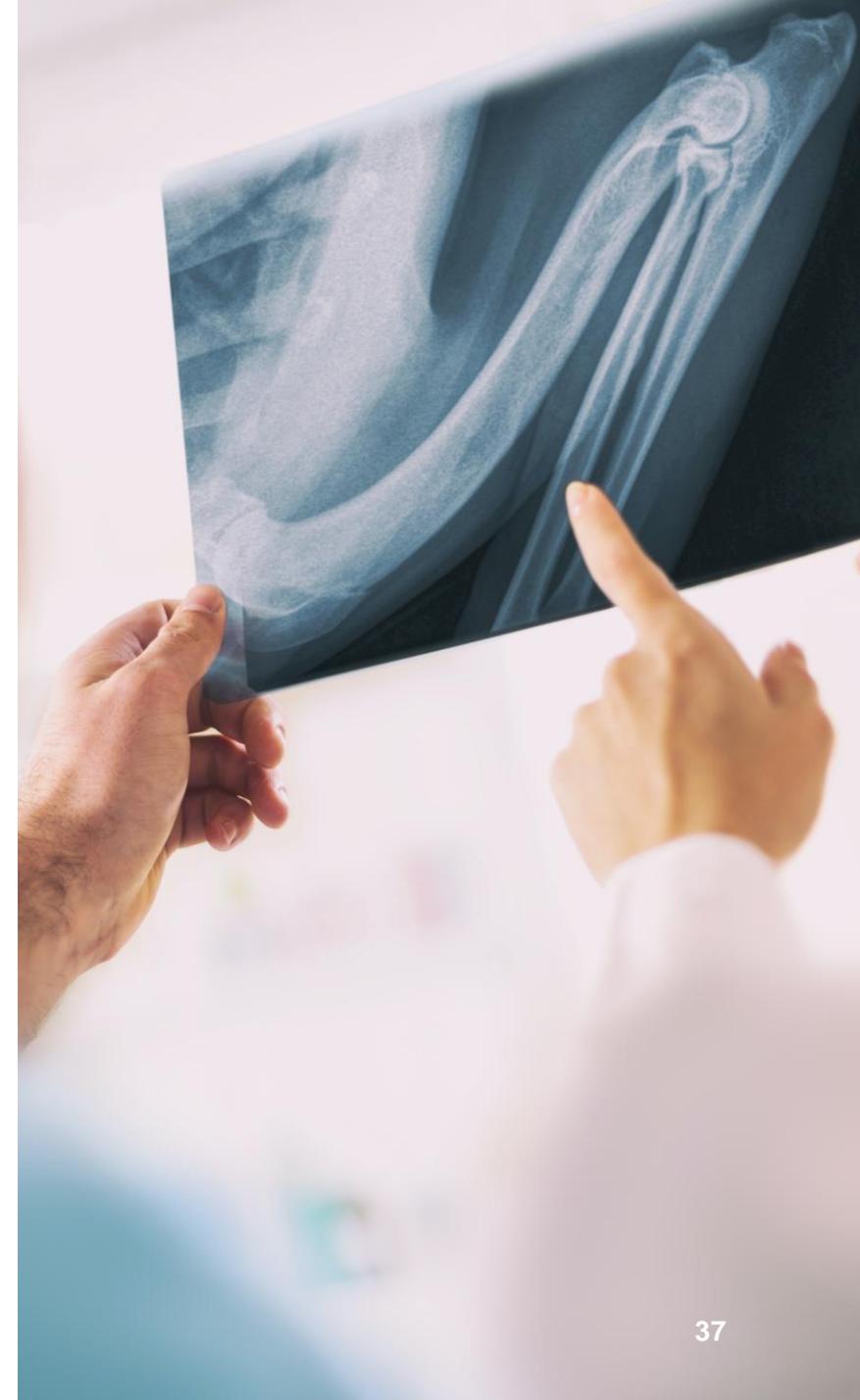
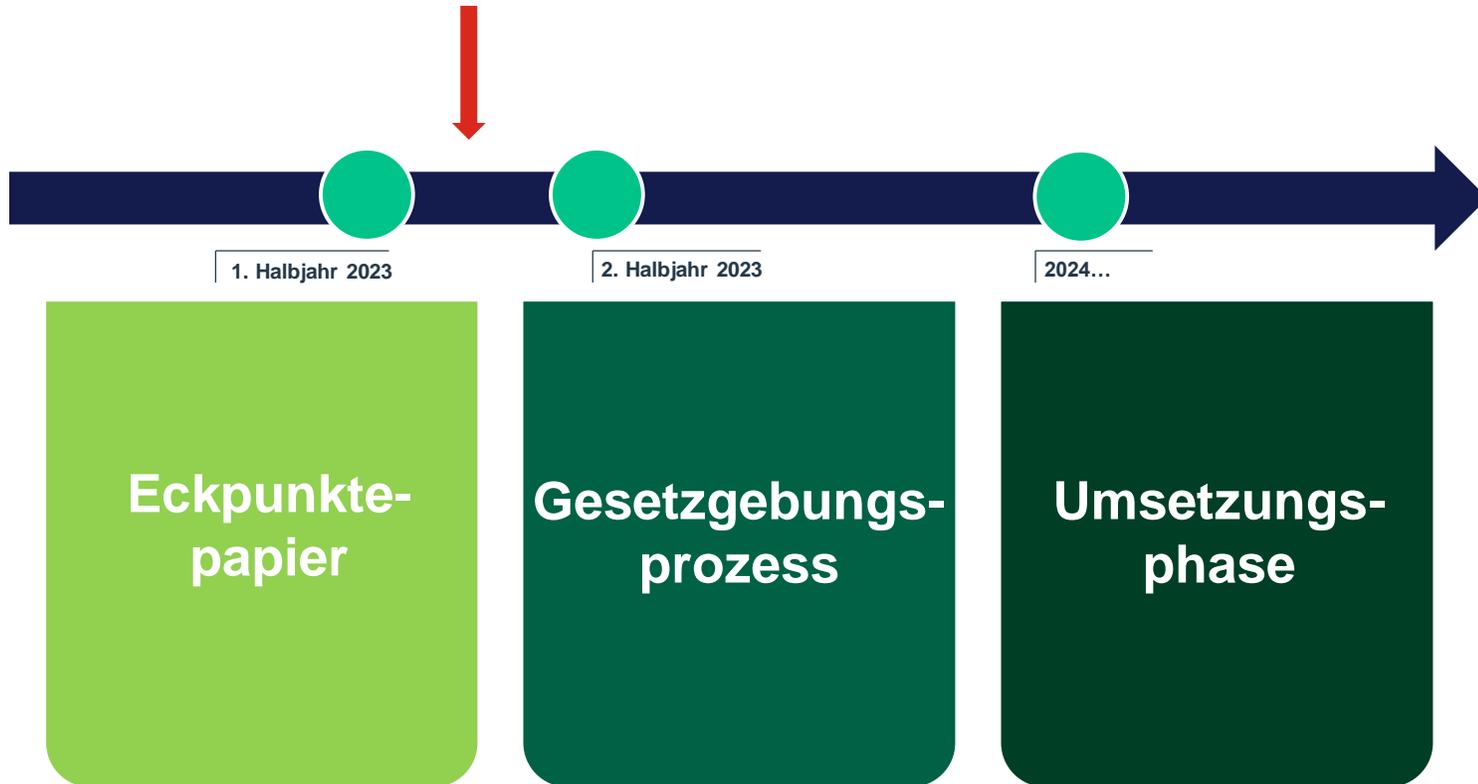
Eigene Vergütungssystematik

Session #4
10. Oktober



4 | Zeitlicher Umsetzungsplan

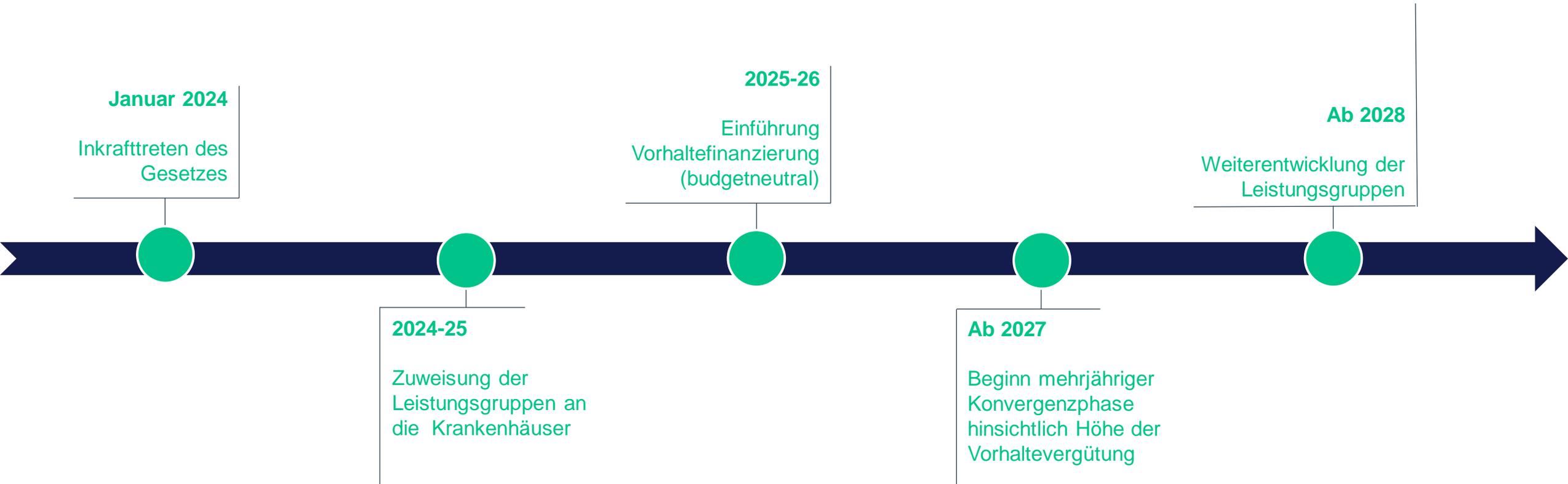
Der Reformprozess im Überblick



Der zeitliche Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens



Zeitlicher Umsetzungsplan auf Grundlage der vereinbarten Eckpunkte



5

Chancen und Risiken aus Krankenhausperspektive

Bewertung der Reform aus Krankenhausperspektive

Welche Chancen und Risiken gehen mit den beschlossenen Eckpunkten einher?



- Einführung einer Vorhaltefinanzierung
- Der Wechsel von einer Betten- zu einer Leistungsplanung
- Mehr Versorgungsqualität durch leistungsgruppenbezogene Qualitätskriterien



- Deutlich gesteigener Handlungsbedarf seitens der Länder
- Reform befördert den Trend zur weiteren Regionalisierung der stationären Versorgung
- Keine Auswirkungen auf die staatliche Investitionskostenfinanzierung durch die Länder
- Die Reform rüttelt nicht am Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung



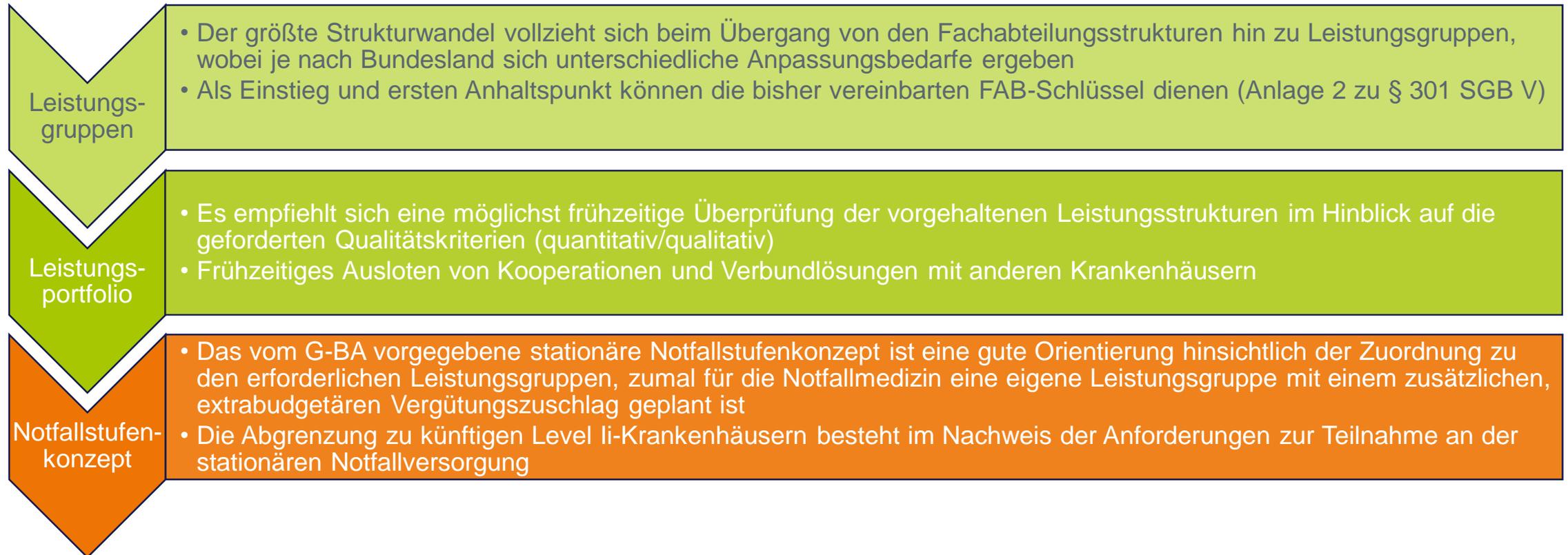
- Kein Finanzierungsprogramm zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen
- Wechsel von Fachabteilungen hin zu Leistungsgruppen
- Die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den zugewiesenen Leistungsgruppen führt zu einem deutlich höheren bürokratischen Aufwand
- Einführung von Vorhaltebudgets folgt dem Grundsatz der Ausgabenneutralität
- Länderbezogene Leistungsplanung verhindert grenzüberschreitende Kooperationsformen

6

Strategische Handlungsempfehlungen

Zu beachtende Punkte

Potenzielle Game Changer



Handlungsempfehlungen



Analyse Ihres eigenen Portfolios anhand künftiger Leistungsgruppen

Identifizierung strategisch und wirtschaftlich bedeutsamer Leistungen, auf die Sie nicht verzichten möchten

Analyse der Wettbewerbssituation im Versorgungsgebiet

Prüfung der Erfüllung und des Ausmaßes der Erfüllung der Qualitätskriterien je Leistungsgruppe
(nur Mindestvoraussetzungen oder auch Auswahlkriterien erfüllt?)

Ermittlung der eigenen Chancen zur Durchsetzung bei der Zuweisung von Versorgungsaufträgen gegenüber Wettbewerbern

Eruiierung von Kooperationsmöglichkeiten mit Wettbewerbern zur gegenseitigen Abstimmung des Leistungsangebots

Unsere weiteren Webinare im Überblick

More to come...



Webinar #2 – Leistungsgruppen und Qualitätskriterien am 19.09.2023 von 10-12 Uhr



Webinar #3 – Vorhaltefinanzierung am 26.09.2023 von 10-12 Uhr



Webinar #4 – Umwandlung von Krankenhäusern zu Level II-Versorgern am 10.10.2023 von 10-12 Uhr

Ihre Kontakte



Dr. Vanessa Christin Vollmar
Taylor Wessing

Salary Partner, Düsseldorf
+49 211 8387-199
v.vollmar@taylorwessing.com

Vanessa Christin Vollmar ist Fachanwältin für Medizinrecht bei der Kanzlei Taylor Wessing. Sie ist seit vielen Jahren auf die Beratung stationärer Leistungserbringer im Gesundheitswesen spezialisiert. Als Expertin im Krankenhausrecht berät sie deutschlandweit Krankenhäuser und Krankenhausverbände u.a. zu Fragen der Krankenhausplanung und -finanzierung.



Prof. Roger Jaeckel
bcmed GmbH

Honorarprofessor - Hochschule Neu-Ulm,
Senior Berater - bcmed GmbH, Ulm
+49 151-70595741
jaeckel@bcmed.de

Prof. Roger Jaeckel ist Dipl. Verwaltungswissenschaftler sowie European Master in Social Security und viele Jahre in leitenden Positionen in der gesetzlichen Krankenversicherung und Gesundheitsindustrie (Pharmaindustrie/Medizintechnik) tätig gewesen. Sein Fokus liegt in der Gesundheitspolitik sowie im Market und Patient Access.

TaylorWessing bcmed⁺

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!