

• Krankenhauskahlschlag NRW - Dortmund als Vorreiter?

Dortmund 17. Juni 2024

Nadja Rakowitz



DRG-System wackelt schon lange

- Massive Proteste der Beschäftigten, Kämpfe und Streiks für Tarifverträge Entlastung seit 2015
- Paradigmenwechsel unter Jens Spahn (CDU): Herausnahme der „Pflege am Bett“ aus den DRG und Bezahlung nach Selbstkostendeckungsprinzip

In der **Corona-Pandemie** öffentliche Diskussionen über

- fehlende Finanzierung von Vorhaltekosten im DRG-System (Freihalten von leeren Betten)
- hausgemachten Personalmangel vor allem in der Pflege
- Unterfinanzierung / drohende Insolvenzen

Seit 2020 NRW Vorreiter: Über Leistungsgruppen zur Fallzahlkontrolle und zum Fallzahl-abbau („Ambulantisierung“)

KH-Reform von Gesundheitsminister Lauterbach

- kündigt „dramatische Entökonomisierung“, „Überwindung der DRGs“, „Revolution“ und „Entbürokratisierung“ an

Kabinettsentwurf KHVVG: Leistungsgruppen

- 65 Leistungsgruppen sind **Zusammenfassungen von Diagnosen und Therapien** (anhand von DRG), **Zuweisung** durch die Länder
- Voraussetzung für jede LG: **Erfüllung von notwendigen strukturellen Qualitätskriterien** (bis 2027 lt. Tabelle aus NRW im Gesetz, dann nach RVO)

Festlegung einer Mindestzahl an vom Krankenhausstandort zu erbringenden Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen)

Wenn nicht erfüllt: keine Vorhaltevergütung (Ausnahme durch Land, nur wenn Fahrtzeiten > 30/40 Min.)

Mindestfallzahl in Form eines **Perzentils** der

Kabinettsentwurf KHVVG: Leistungsgruppen

- **bei Nichterfüllung keine Zuweisung** der LG durch Land (Prüfung durch MD)
- **Ausnahmegenehmigung** durch die Länder möglich, wenn Qualitätskriterien nicht erfüllt, aber KH bedarfsnotwendig sind
- **Keine** Behandlung von Patienten außerhalb der zugewiesenen LG (außer Notfälle)
- In NRW: Obergrenze für Fallzahlen (Gefahr der Rationierung)

Gefahr, dass solche Kriterien zum Bettenabbau und zu Krankenhausschließungen missbraucht werden

- Umbau von Grundversorgern auf dem Land in Sektorenübergreifende Versorger (ehemals Level II):

Kabinettsenwurf KHVVG: Vorhaltevergütung

- Gesamtausgaben sollen „grundsätzlich“ gleichbleiben
- Vorhaltevergütung in Höhe von 40% (60% incl. Pflegebudget) der Gelder, die bisher über DRG ausgezahlt wurden
 - Absenkung des Relativgewichts jeder DRG um 40%
 - Zuordnung der „eingesparten“ Relativgewichtanteile zu den Leistungsgruppen
 - Verteilung auf die Länder (jeweiliger Anteil der dort anfallenden DRGs) & Multiplikation mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert
 - Verteilung der jeweiligen Gesamtsumme pro LG auf die Krankenhäuser nach ihrer **Fallzahl und Fallschwere**
 - Besondere Zuschläge werden gesondert (on top) finanziert

Kabinettsentwurf KHVVG: Vorhaltevergütung

- DRG werden nicht überwunden; weiterhin 40%! Anreiz zur Mengenausdehnung bleibt bzw. wird noch größer
- Vorhaltevergütung ist keine, da nicht konkrete Vorhaltekosten zugrunde liegen, sondern wieder Fallzahlen
- Vorhaltevergütung ist nicht zweckgebunden (Dividende an Kapital-eigner ist möglich)
- Vorhaltevergütung selbst ist nicht mengenunabhängig
- „Upcoding“ (Patienten kränker machen, als sie sind) wird in jedem Fall belohnt
- Personalkostendumping ist weiterhin lukrativ (Kostensenkung erhöht bei Budget die Gewinne)

Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser wird unvermindert weiter-gehen, mit allen negativen Folgen für die Patienten und die Beschäftigten

Keine „Entökonomisierung“ und keine „Entbürokratisierung“, sondern ein Etikettenschwindel

Ziel: Zentralisierung und Schließungen

- Leistungen werden in 60 Leistungsgruppen eingeteilt
- Bedarf: KH-Häufigkeit, Demografie, Verweildauerverkürzung, Grad der „Bettennutzung“
- Qualität: Vorgabe von „Strukturmerkmalen“ (technisch und personell) zur Rechtfertigung der Planungsentscheidungen
- Obergrenze für Fallzahlen / LG (Gefahr der Rationierung)
- 18.400 Betten (17,9 %) der 102.800 Betten in NRW sollen zum Jahr 2032 abgebaut werden:
 - ❖ 13.600 über eine Steigerung der Auslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung (Arbeitsintensivierung für Beschäftigte)
 - ❖ 4.800 über eine Leistungsverschiebung in den ambulantesten

Aktuelle Situation in NRW

- 80% der Krankenhäuser in NRW schreiben rote Zahlen
- jüngste Insolvenzen: in Emmerich, Haan, Ratingen
- NRW-Gesundheitsministerium teilt ab dieser Woche den rund 330 Krankenhäusern mit, wie es sich die künftige Versorgungsstruktur vorstellt (Vorgaben für Behandlungsqualität, Spezialisierung, Fallzahlen).
- Einsprüche sind bis 11. August möglich
- Endgültiger Versorgungsauftrag bis Jahresende 2024

(NRW-Krankenhausreform: Kliniken mahnen Augenmaß an, WAZ 15.06.2024)

- Für die Umsetzung des neuen Krankenhausplans sollen bis 2027 rund 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden

Folgen der Reform in NRW

Am Samstag in der WAZ: "Da kommen jetzt Einschnitte, die richtig weh tun", prophezeit Ingo Morell, Präsident der Krankenhaus-gesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW):

Im Regierungsbezirk Düsseldorf hätten zum Beispiel 33 KH Lebereingriffe beantragt, es sollen aber nur noch neun berücksichtigt werden. Bei Operationen der Bauspeicheldrüse würden nur noch 15 Kliniken zum Zuge kommen, obwohl sich 33 dafür beworben haben. Beim Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) sollen nur noch acht von 33 KH, die solche Eingriffe vornehmen wollen, berücksichtigt werden.

(NRW-Krankenhausreform: Kliniken mahnen Augenmaß an, WAZ 15.06.2024)

Lauterbach im April 2024: Klinikum Dortmund werde profitieren von der Reform, andere kleinere KH würden schließen müssen

Große KH werden gegen kleine ausgespielt, unabhängig von der konkret geleisteten Qualität - unter den Kleinen wird es ein Hauen und Stechen geben

Klinikum Dortmund plant höheren Case Mix zur Steigerung der Einnahmen, ist unzufrieden mit den Steigerungen des Personal-aufwands (+1,4% VK), befürchtet weitere Ambulantisierung, weil das die Preise drückt, und will alternative

Eine andere Krankenhausreform ist möglich

Angesichts der Behauptungen über kleine KH, „die alles machen“ und dies angeblich oft schlecht, braucht es eine **quantitative und qualitative Bestandsaufnahme mit dem** Wissen vor Ort, nicht nur zentral vom Bund. Es braucht also Kooperation zwischen Bund, Ländern und Regionen und keine (parteipolitisch motivierte) Konkurrenz

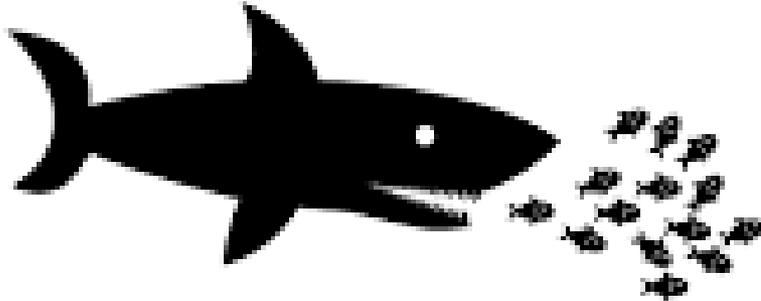
Es braucht eine **demokratische Bedarfsermittlung**: Die aktuellen empirischen Fallzahlen, Patient*innenzahlen können nur Ausgangspunkt sein; sie muss sektorenübergreifend stattfinden und idealerweise frei von sachfremden Interessen stattfinden.

Eine andere Krankenhausreform ist möglich

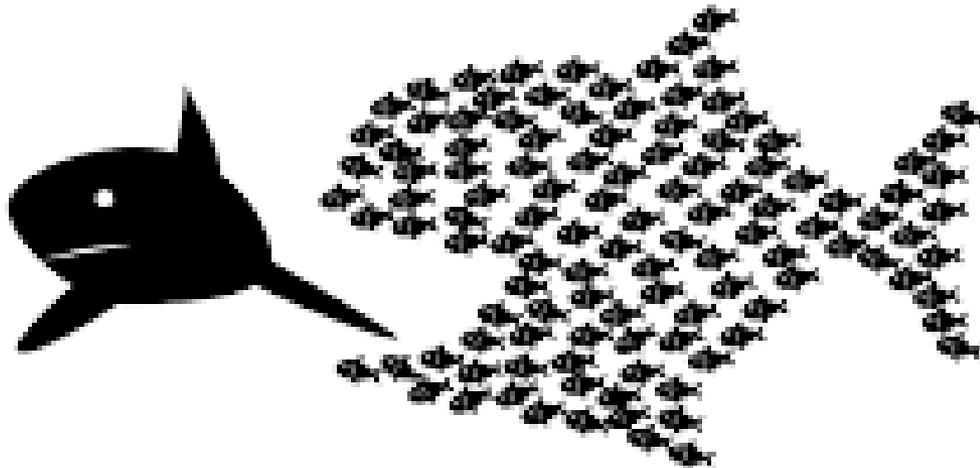
- **Demokratische Planung** in den Versorgungsregionen mit Planvorgaben des Landes, die wissenschaftlich durch med. Experten und Praxis-Experten (Beschäftigte) ermittelt werden
- landkreisübergreifende Versorgungsregionen: entscheidendes Kriterium ist gleichmäßige und zeitnahe Erreichbarkeit (tatsächliche Wegezeiten) aller notwendigen Einrichtungen
- unter Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung, soziale Determinanten, Demografie, soziale Struktur, Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung
- **Kooperation** von KH miteinander
- von KH und Primärversorgungszentren und anderen ambulanten Strukturen
- von verschiedenen Berufsgruppen „auf Augenhöhe“ und mit eigenständigen Kompetenzen
- unter Abschaffung von Konkurrenz

bedarfsgerechte Finanzierung

- Solidarische **Bürger*innenversicherung** ohne BBG und mit Verbeitragung aller Einkommen(sarten)
- Abschaffung der DRG als Preissystem
- Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung der Leistungserbringer*innen
- Refinanzierung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Kosten wie heute schon im KH bei der Pflege am Bett (**Selbstkostendeckung**)
- gleiche Regeln für die verschiedenen Berufsgruppen
- bedarfsgerechte **Personalschlüssel** für alle Berufsgruppen
- garantierte Finanzierung der **Investitionskosten** durch die öffentliche Hand
- Kontrollmechanismen



ORGANIZE!



**Es gibt noch viel
zu tun!**

**Vielen Dank für
die
Aufmerksamkeit**