

Landeskrankenhausreform aus Sicht der GKV – Erfahrungen aus NRW und Herausforderungen des KHVVG

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung

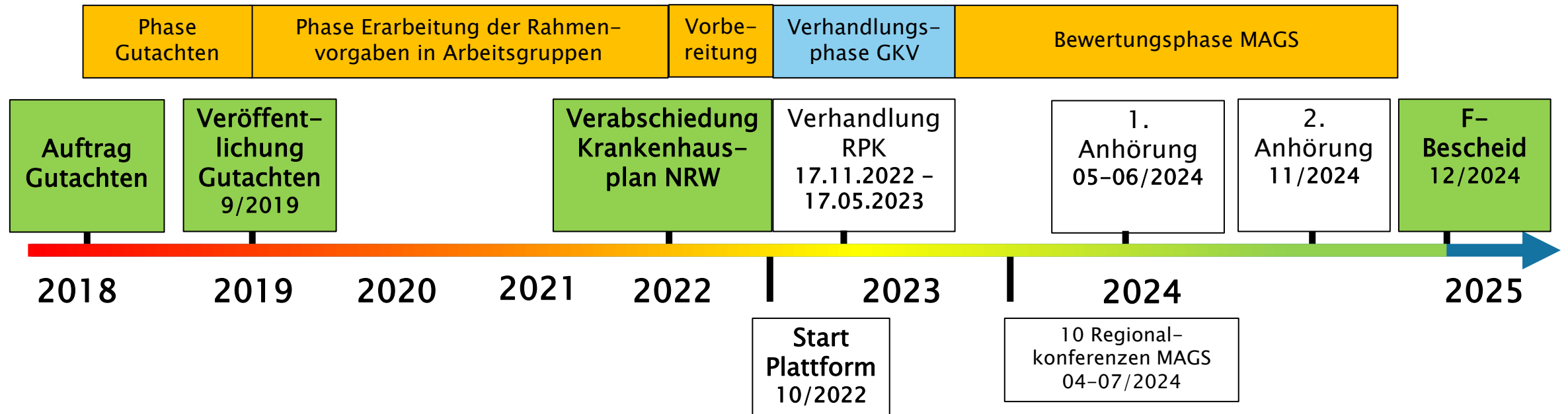
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Nordrhein–Westfalen

Kongress Gesundheitswirtschaft managen
am 07./08.05.2025 in Münster

Inhalt

- **Erfahrungen mit der Krankenhausplanung NRW**
- **Herausforderungen an eine "kluge" Krankenhausplanung**
- **Erforderliche Anpassungen an das KHVVG in NRW**
- **Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft**

Die Krankenhausplanung NRW ist in einem langen gemeinsamen Prozess zum Erfolg gebracht worden



Die Neujustierung der Krankenhausplanung war ein mutiger Schritt

- Leistungskonzentrationen werden umgesetzt, auch gegen Widerstände
- Neu-Anträge, die zur Überversorgung führen, werden abgelehnt
- Wohnortnahe Grundversorgung in 20 Minuten für 90 % der Bevölkerung
- Verbindliche Vorgabe personeller/struktureller Qualitätsvorgaben in den LGn
- Ansiedlung der neurologischen Frührehabilitation Phase B erfolgt überwiegend an Akutkrankenhäusern, statt an Rehabilitationseinrichtungen
- Flucht in Fachkliniken unterbunden
- Beibehaltung der Trägervielfalt, trotz diverser Fusionen
- Förderung mit 2,51 Mrd. Euro + Steigerung jährliches Investitionsprogramm
- Krankenhausinsolvenzen werden bei mangelndem Bedarf trotz Widerständen akzeptiert

Der Planungsprozess war komplett vorbesprochen und durchstrukturiert

- Gutachten Bedarfsschätzung als Grundlage für die Zuweisung von Fallzahlen in den Regionen
- Festlegung des gemeinsamen Ziels:
Konzentration von Leistungen bei gleichzeitigem Erhalt der Grundversorgung und Steigerung der Versorgungsqualität
- Nutzung einer gemeinsamen Datenplattform für Antragsunterlagen und für Aktualisierungen, auf die alle Beteiligten Zugriff haben
- Definition der Antragsunterlagen und Vorgabe einheitlicher Formate
- Festlegung der Zuständigkeiten für jede Planungsphase
- Bekanntgabe eines dezidierten Zeitplans, wer bis wann was zu erledigen hat
- Bereitstellung von Landesmitteln zur Finanzierung des Transformationsprozesses in den Krankenhäusern

Umsetzungsprozess mit vielen operativen Hausaufgaben...

- Entscheidung der oberen Planungsbehörden, ob die Zuweisung der Leistungsgruppen von Amts wegen erfolgt oder die Krankenhäuser diese beantragen können
- Bei einem Antragsverfahren sind die Prozesse, vorzulegende Unterlagen, Zuständigkeiten, Übermittlungswege, usw. genau zu definieren
- Antragsverfahren sind rechtzeitig anzustoßen
- Regelmäßige Anpassungen bezüglich Bedarfsschätzung, Fallzahlenentwicklungen, Definition von Leistungsgruppen sind vorzunehmen
- Beauftragung des Medizinischen Dienstes mit der erstmaligen Prüfung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen mit Wiederholungsprüfungen

Auch Krankenhäuser sollten sich auf den Planungsprozess vorbereiten!

- Bereits vor offiziellem Start sollten sich die Häuser einer Region zusammensetzen und über die Struktur der Versorgung in ihrer Region austauschen.
- Der Planungsprozess ist in NRW in den Regionen reibungslos verlaufen, in denen sich die Beteiligten regelmäßig lösungsorientiert abgestimmt haben.
- Ein Beharren auf Einzelinteressen führt zu unerwünschten Planungsentscheidungen durch das Land. Die Möglichkeit, im eigenen Interesse zu steuern, wird vertan.
- Ob die Interessen gerichtlich durchgesetzt werden können, ist fraglich.
- Bereits jetzt zeichnet sich die Tendenz ab, dass die Gerichte für Aufnahmen neuer Leistungen zumindest keine Eilbedürftigkeit sehen. Möglicherweise sehen diese auch keinen Bedarf zur Berücksichtigung eines weiteren Leistungserbringers.

Überblick Bundesländer – Status quo

- Beauftragung Gutachten zum zukünftigen Bedarf durch das Land



Die meisten Bundesländer haben Gutachten in Auftrag gegeben, größtenteils jedoch noch vor Veröffentlichung des InEK-Groupers. Somit sind diese tendenziell nicht auf dem aktuellen Stand.

- Anpassung Landeskrankenhausgesetz



In einigen Ländern ist bereits eine Leistungsgruppenplanung vorgesehen, die übrigen schaffen noch die rechtlichen Voraussetzungen.

Ausnahme Bayern: dort soll die Planung nur vergütungsrechtlich umgesetzt werden. Planung nach Fachabteilung/Betten bleibt.

- Antragsverfahren



Es läuft sehr unterschiedlich. Viele Bundesländer entwickeln eigene Vorschläge, zu denen die Krankenhäuser Stellung beziehen können. Einige führen auch ein Antragsverfahren durch.

Nach Abschluss der Planung ist mit Anpassungen zu rechnen

- Konzept aus NRW ist ein Instrument der Planung, nicht der Finanzierung; muss ergänzt werden, um die Häuser für die Vorhaltefinanzierung gut aufzustellen.
- Grundsätzlich besteht für die Planungsergebnisse in NRW bis Ende 2030 Bestandsschutz, dennoch wird der Krankenhausplan NRW Anpassungsbedarf haben, u. a. bezüglich der
 - Höhe der Fallzahlzuweisungen anhand neu ermittelter Bedarfe und Mindestvorhaltezahlen
 - Erweiterung des Katalogs der Leistungsgruppen um Traumatologie
 - Anpassungen der Definition der LGn an die Rahmenvorgabe des KHVVG und in der Folge an den weiteren medizinischen Fortschritt
 - Anpassung an erweiterte Anforderungen zur Qualität der Leistungserbringung
- Prüfung des Zusammenspiels der LGn mit dem Abrechnungsgrouper des InEK.
- Prüfung der Qualitätsvorgaben erfolgt zukünftig durch den Medizinischen Dienst. Hierfür sind Umfang, Inhalt und Beauftragungszeiträume noch zu definieren.

Für die Umsetzung ist die Verabschiedung unterschiedlicher Rechtsverordnungen erforderlich

1. Ausgestaltung des Transformationsfonds:
am 21.03.2025 durch den Bundestag verabschiedet
2. Definition der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung gemäß § 135e SGB V
erstmals zu erlassen bis zum 31.03.2025 mit Wirkung ab dem 01.01.2027
3. Definition von Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V für die Leistungsgruppen
erstmals zu erlassen bis zum 12.12.2025 mit Wirkung ab dem 01.01.2027

Wichtig! Mögliche Auswirkungen Koalitionsvertrag auf KHVVG

- Einführung einer NRW-Sonderregelung bis Ende 2030
- Reduzierung des Stundenumfangs für 1 VK
- Aufhebung der Begrenzung, dass ein Facharzt/eine Fachärztin nur in drei Leistungsgruppen tätig sein darf
- Anpassung des Zeitplans, Verschiebung des Inkrafttretens der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr
- Anpassung der Vorgaben für Belegärzte
- Überarbeitung der Definition von Fachkliniken („Bestandswunsch“)
- Zeitliche Verschiebung der Umsetzung des Transformationsfonds um ein Jahr bis zum 01.01.2028

Krankenhausplanung ist ein stetiger Prozess

- Sowohl Grundversorgung als auch spezialisierte Leistungen werden in NRW bedarfsgerecht angeboten.
- Jedoch finden darüber hinaus bei den Krankenhäusern Umstrukturierungen und Zusammenlegungen von Standorten statt.
- Augenmerk ist darauf zu richten, ob insbesondere strukturschwache ländliche Regionen Versorgung verlieren.
- Level 1i-Krankenhäuser (SüV) könnten ein Ansatz sein, auch hier dauerhaft die Versorgung sicherzustellen.
- Zumal auch im ambulanten Sektor in diesen Regionen Versorgungsdefizite drohen/bestehen.



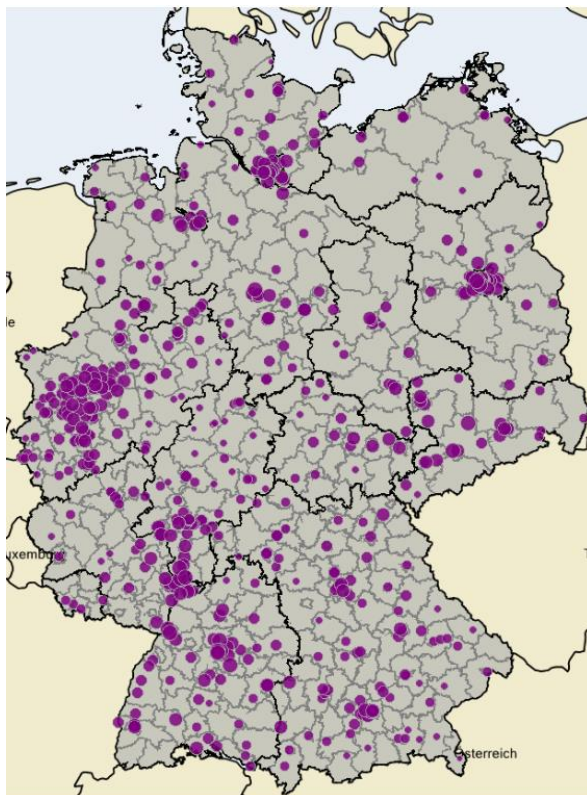
Level-1i können der Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen dienen

- Level-1i-Standorte sollten primär im ländlichen Raum angesiedelt werden.
- Zugleich sollte eine gewisse Versorgungsrelevanz bestehen.
- GKV-SV und vdek entwickeln gerade ein passendes Auswertungstool, das webbasiert zur Verfügung gestellt wird.
- Personalknappheit kann auch ein limitierender Faktor sein; klarer Versorgungsrahmen und Umsteuerung aus Ballungsgebieten nötig

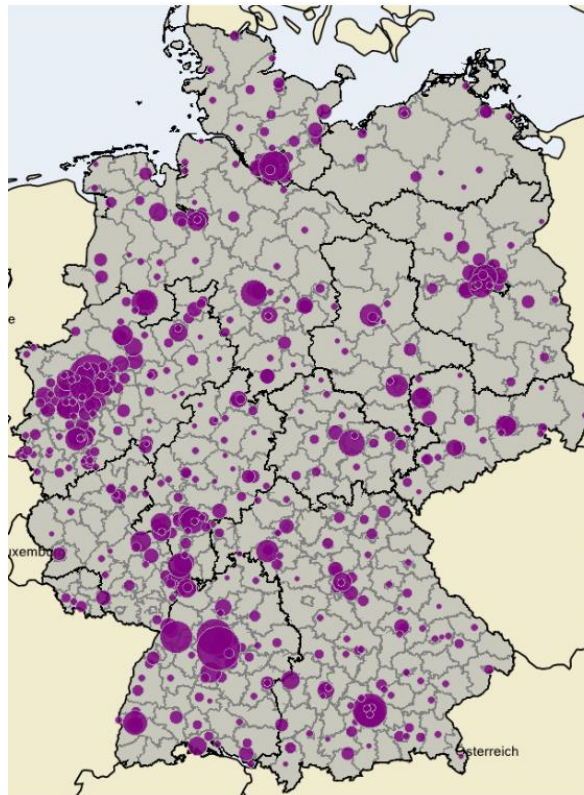
Der GKV-SV hat ein Modell zur Prüfung der Versorgungs-Relevanz von Krankenhäusern entwickelt

Zur Simulation der Versorgungsbedeutung von Standorten in den einzelnen Leistungsgruppen werden vier Einflussgrößen betrachtet:

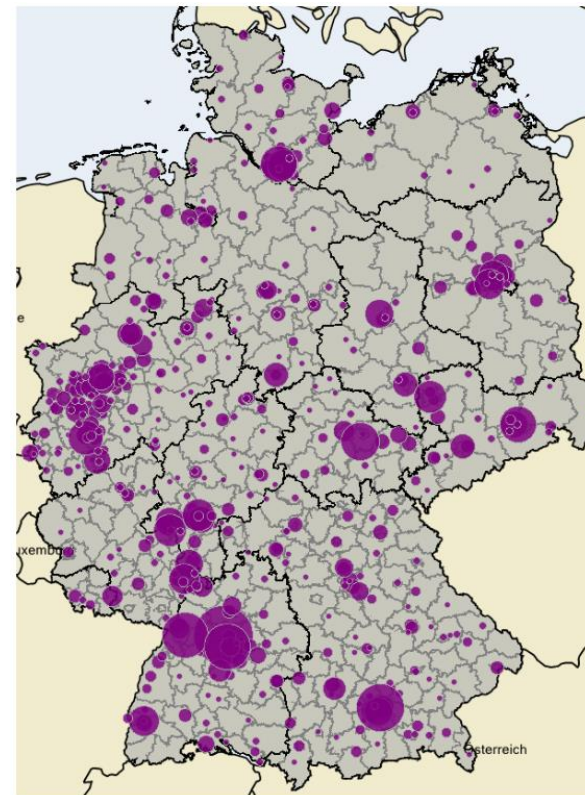
Erreichbarkeit des Standortes (Population)



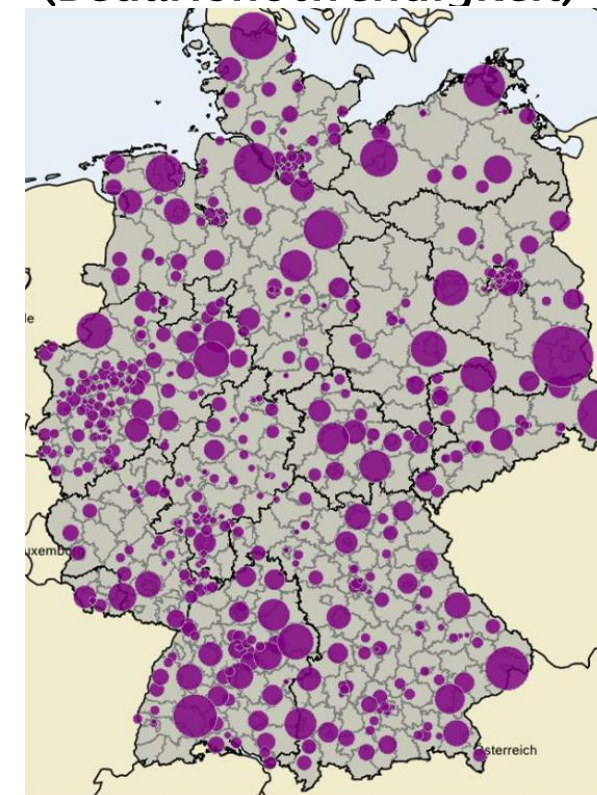
Historische Fallzahl



Historische Fallschwere



Fahrzeit bei Wegfall (Bedarfsnotwendigkeit)



Anhand des vdek-Scoring-Modells werden potentielle Level 1i-Häuser identifiziert

Bewertung potenzieller Level 1i-Häuser erfolgt anhand:

Ambulantes Versorgungsangebot

- Haus- und Facharztichte sowie Durchschnittsalter der Ärzte

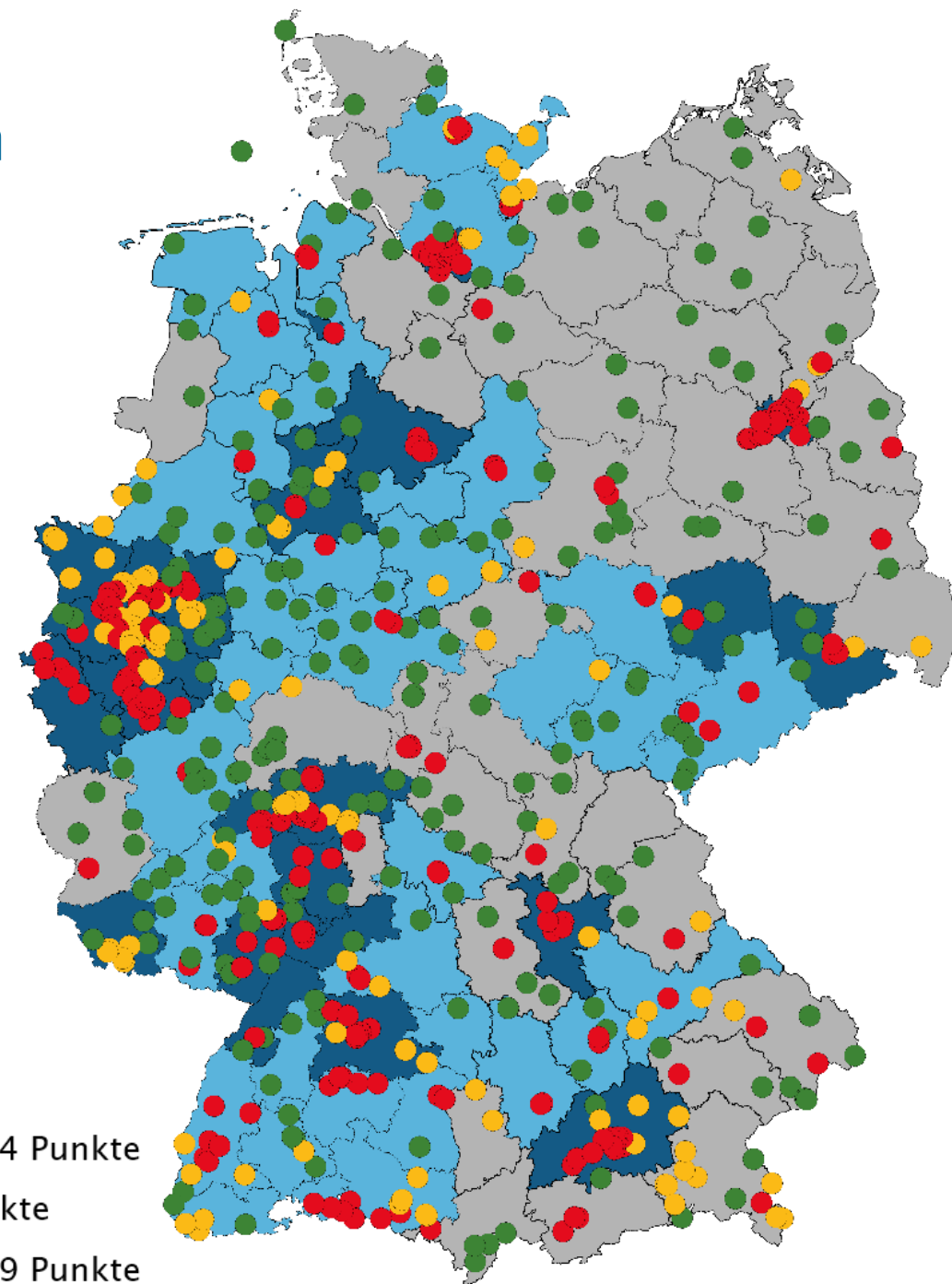
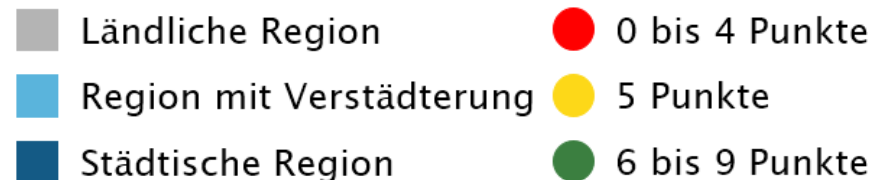
Stationäres Versorgungsangebot

- Betten, Veränderung der Bettendichte bei Wegfall, Anzahl der Standorte in 10km Umkreis

Soziodemographische Faktoren

- Durchschnittsalter der Bevölkerung, Bevölkerungsdichte und -entwicklung

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung auf Basis vom Bundesarztregister, Raumbeobachtung des BBSR, Qualitätsberichte 2022 und (Abrechnungs-)Daten der Ersatzkassen 2023



Das Kümern um Versorgungsstrukturen ist ein fortlaufender Prozess

- Die Beteiligten der Krankenhausplanung NRW und dortigen Krankenhäuser sind gut auf den Einstieg der Vorhaltefinanzierung vorbereitet.
- Aktuell folgt eine Phase der Nachjustierung, zudem gibt es weiterhin Veränderungsprozesse in der Krankenhausstruktur.
- Eine Konsolidierung der Strukturen ist wichtig, bevor die neue Finanzierung greift
- Sektorübergreifende Versorgungsansätze helfen, Risiken für die Versorgung im ländlichen Raum zu begrenzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40277 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 3 84 10 – 11, Fax: 02 11 / 3 84 10 – 20, dirk.ruiss@vdek.com