

EXPERTENFORUM GERIATRIE DES KC GERIATRIE AM 17. MÄRZ 2026

Von der DRG-Sackgasse zur Bedarfsorientierung:  
Die Transformation der Geriatrie aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

---

Johannes Wolff

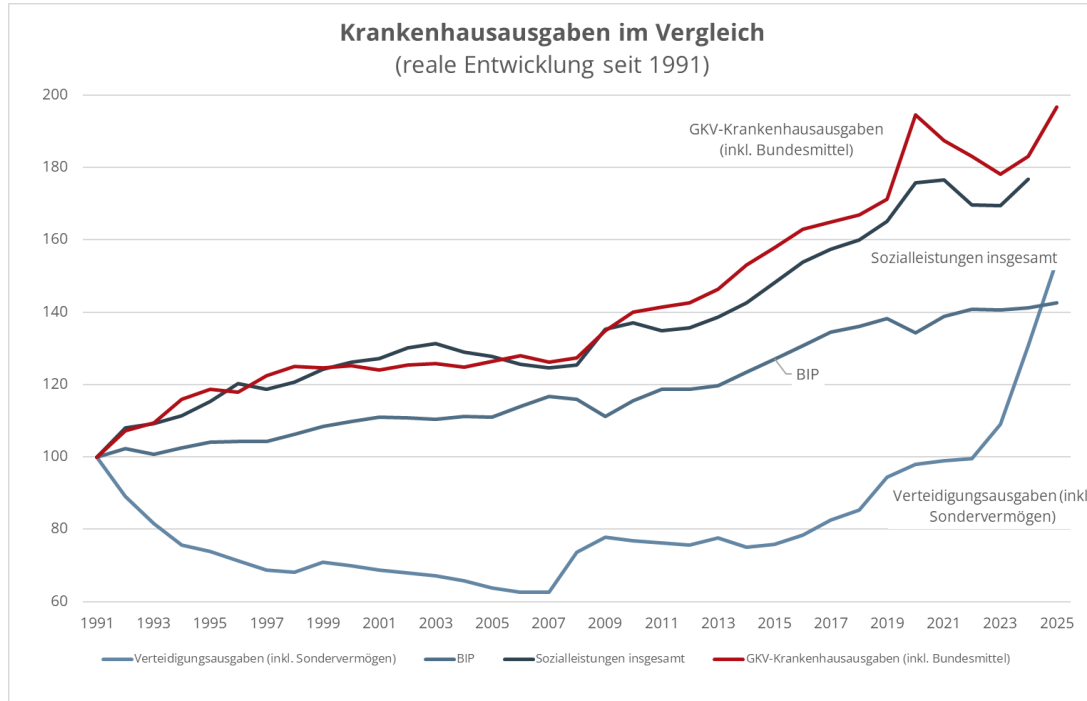
Abteilungsleiter Krankenhäuser

GKV-Spitzenverband



# Die wirtschaftliche Zeitenwende

## Volkswirtschaftlicher Einstieg

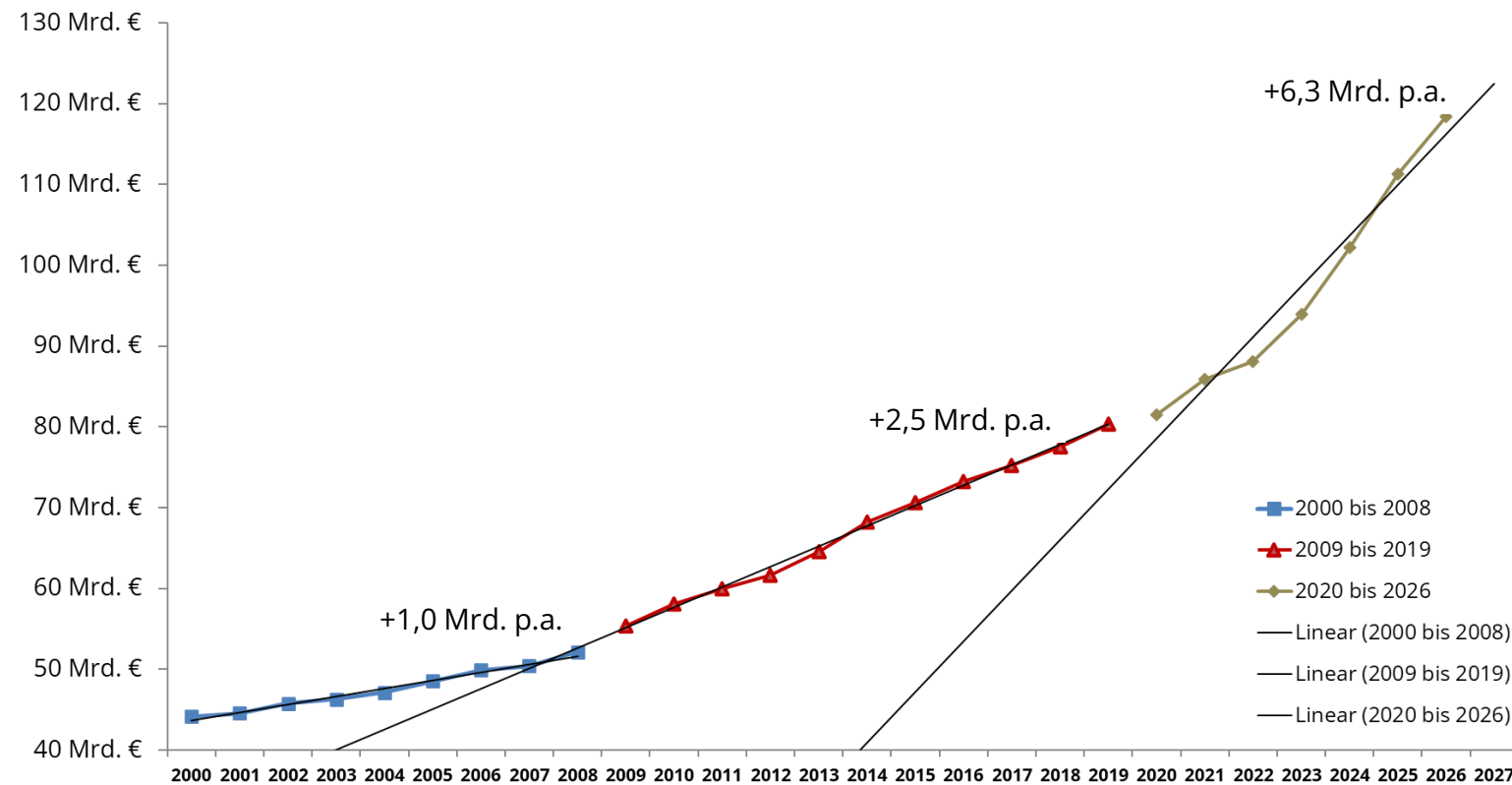


Quelle: BIP (stat. Bundesamt), Verteidigungsausgaben (BMVg), Sozialleistungen (BMAS), GKV-Ausgaben (KJ1 und Prognose für 2025), Verbraucherpreisindex (stat. Bundesamt)

- Auseinanderdriften von Gesundheitsausgaben und Wirtschaftswachstum (Sozialabgabenquote dauerhaft über 40 %)
- Mini-Wachstum trotz einer Billion Euro Investitionspaket
- Historische Trendwende bei den Verteidigungsausgaben
- Demografischer Wandel ist Wirklichkeit! (Agenda 2004 vs. Agenda 2026)
- Zunehmende Konkurrenz um staatliche Ressourcen
- Grundlegende ökonomische Wahrheiten lassen sich nicht durch politische Rhetorik ersetzen „Entökonomisierung“.

# GKV-Ausgaben

2000 bis 2026 - Nominal

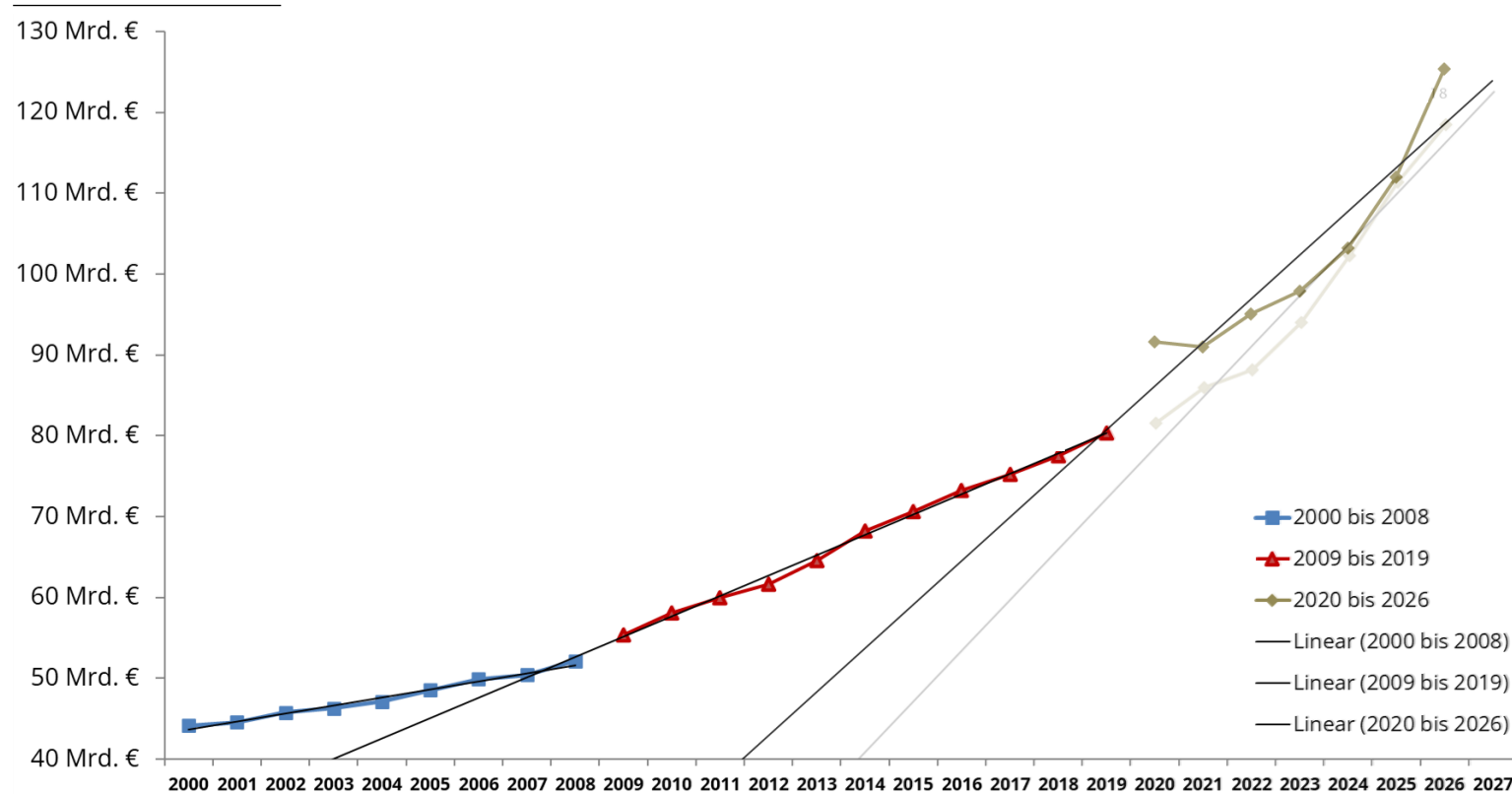


- Linearer Trend der Ausgabenzuwächse im Krankenhaus 2020 bis 2026: ca. 7 Mrd. Euro
- Ausgabenentwicklung KV45 2025:
  - DRG: 8,15%
  - Pflege: 11,90%
  - Psychiatrie: 11,72%

Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (Ausgaben), Schätzung für 2025 und 2026; Darstellung: GKV-Spitzenverband

# GKV-Ausgaben inkl. Bundesmittel

2000 bis 2026 - Nominal



Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (Ausgaben), Schätzung für 2025 und 2026; Bundesmittel (BAS); Darstellung: GKV-Spitzenverband

## Zusätzliche Bundesmittel:

### 2020-2022:

21,5 Mrd. €  
Freihaltepauschalen und  
Versorgungsaufschläge

### 2023-2024:

6 Mrd. € Energiehilfen

### 2025-2026:

4 Mrd. € Sofort-  
Transformationsmittel

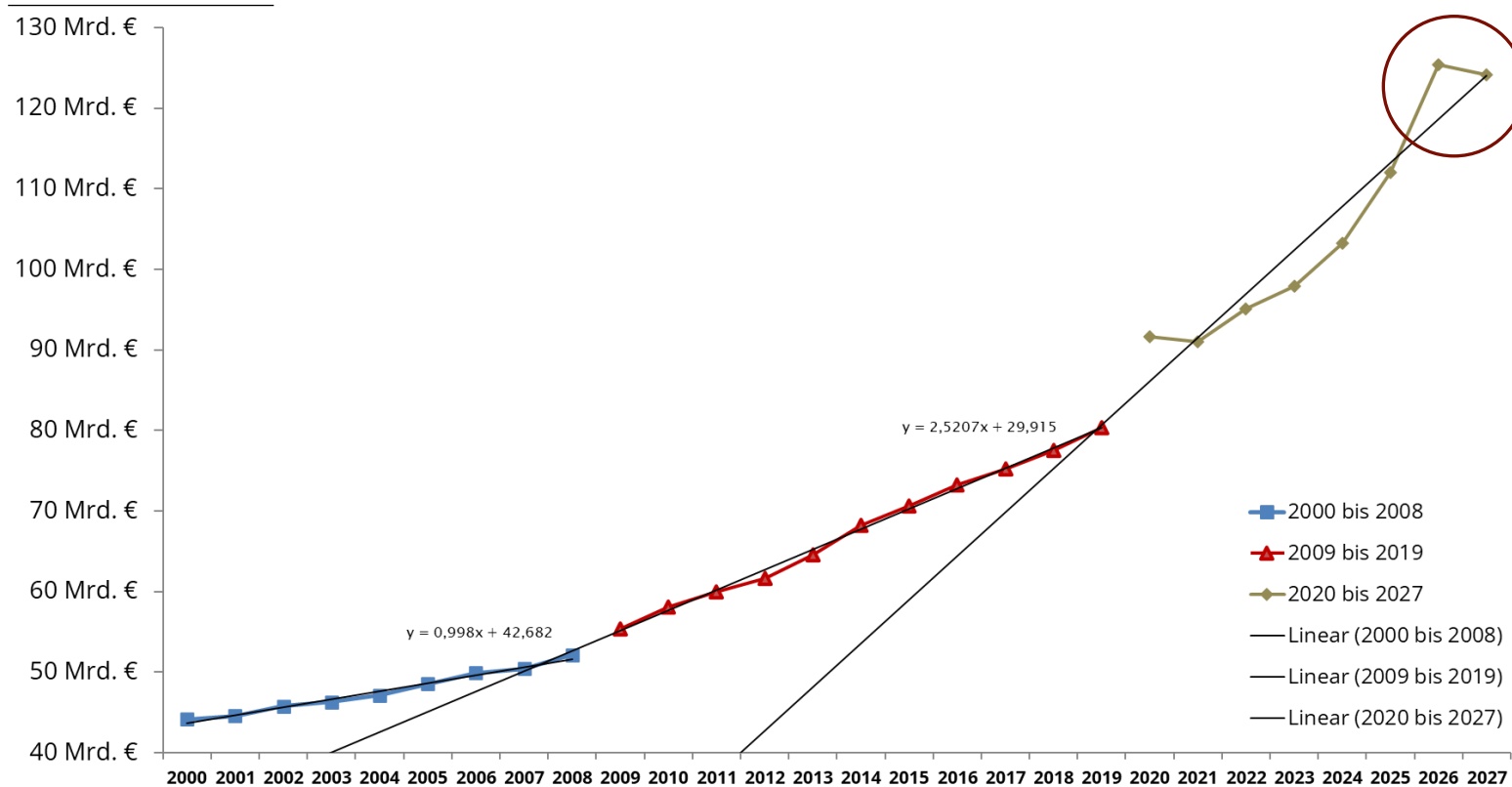
### 2026:

TraFo: 3,5 Mrd. €

Cybersicherheit: 190 Mio. €

# GKV-Ausgaben inkl. Bundesmittel bis 2027

2000 bis 2027 - Nominal



- Entfall der „Soforttransformation“ i.H.v. 3,5 Mrd. €
- + „Sparpaket“ der Finanzkommission

Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (Ausgaben), Schätzung für 2025 und 2026; Bundesmittel (BAS);  
Schätzung 2027 +2,5 Mrd., Entfall Rechnungszuschlag, Sparpaket i.H.v. 5 Mrd. Euro, Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Reformvorschläge des GKV-SV an die Finanzkommission

## Die großen vier Punkte!

### **Effizienzreserven über die DRG-Normierung heben: – 1 Mrd. € stationär aus der Basis**

- Effizienzreserven heben
- „Effizienzgewinne“ bislang ohne gesetzlichen Effekt Finanzen

### **Krankenhauspreise begrenzen „price cap“ – 2 Mrd. € stationärer Zuwachs**

- Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel
- Streichung der vollen Tarifraten

### **Ende des Pflegebudgets in Selbstkosten, keine „Arztbemessung“: – 2 Mrd. € stationärer Zuwachs**

- Leistungsorientierung wieder einführen
- Pflegeerlöse = Pflegekosten

### **Abrechnungsprüfung und Ambulantisierung nutzen: – 1 Mrd. € stationär aus der Basis**

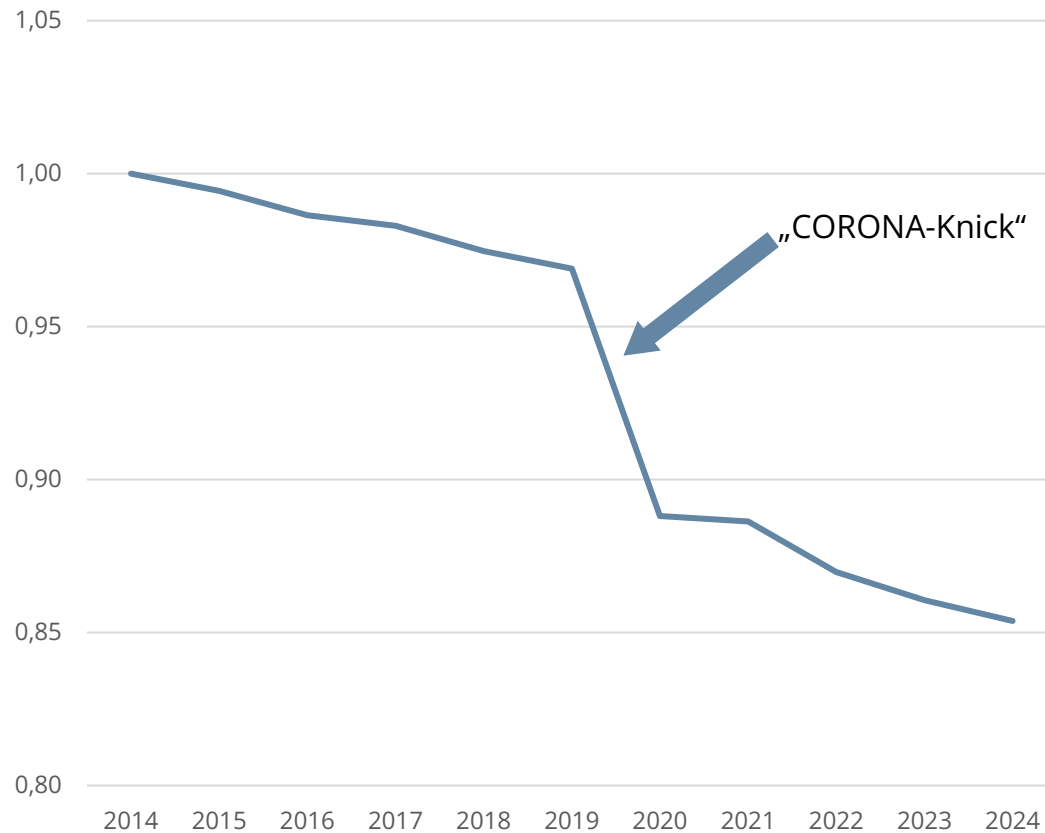
- Streichung der Prüfquote und der Aufwandspauschale
- Hybrid-DRG, Kurzzeitfallpauschalen

stationär den  
Druck  
aufbauen  
(– 5 Mrd. Euro)

Ambulant den  
Druck entweichen  
lassen

# Krankenhauspreise begrenzen, Effizienzreserven heben

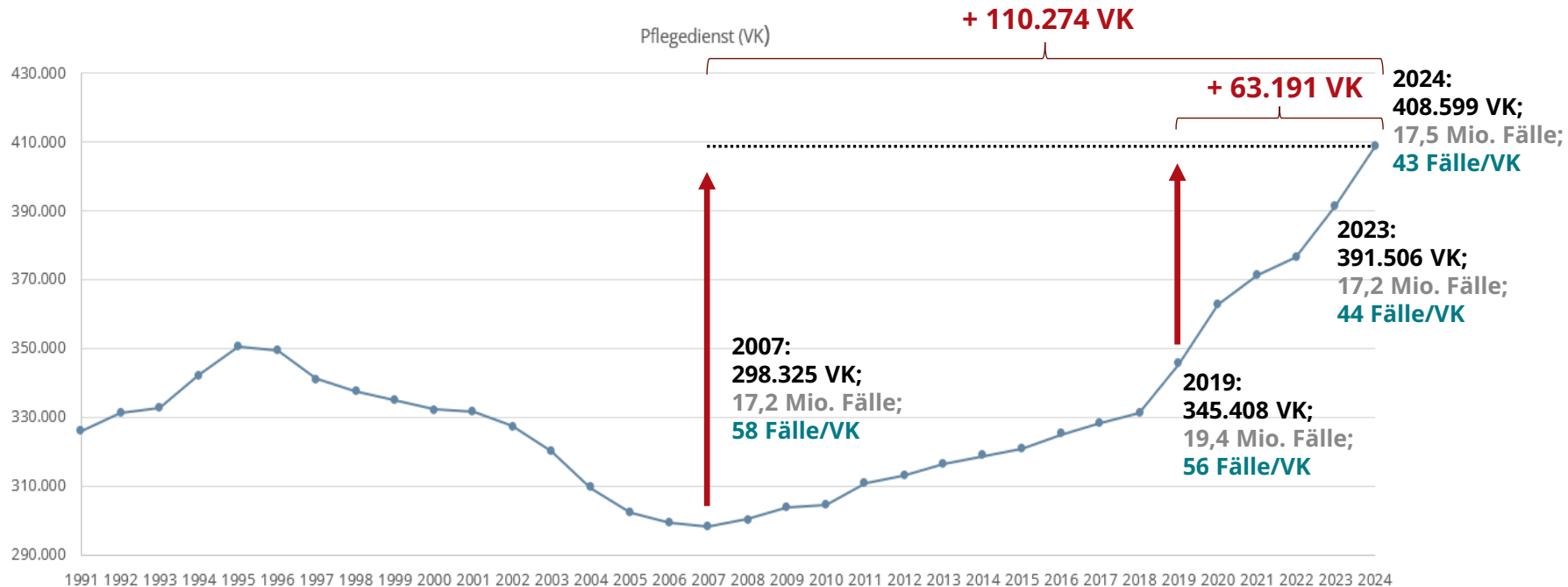
Weitere Variante: Reale Produktivität sinkt – Problem: mehr rein, weniger raus...



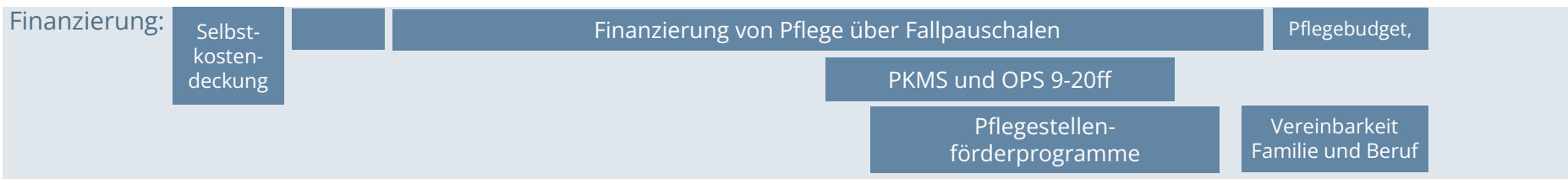
Casemixsumme (bei rechnerisch konstantem CMI ab 2019 – Korrektur Pflegeausgliederung/Hybrid-DRG) im Verhältnis zu den mit dem Orientierungswert deflationierten Krankenhausausgaben, Daten gem. § 21 KEntgG, KJ1, KV45, Kostenorientierungswert DESTATIS

- **Dänische 2%-Regel** (2002 bis 2017):  
Pro Jahr 2% mehr Menge bei gleichen Kosten
  - Wirtschaftlichkeit als Maximalprinzip:  
Produktion von maximaler Menge bei gegebenen Kosten
  - **Ausgangslage:** Wartelisten, System sehr erfolgreich (Zeitraum)
- **KHVVG/KHAG-Logik:** fixierte Menge je LG je Land
  - Korridorregel (Mengenanreiz unterbunden)
  - Leistungsgruppenvolumina je Land (Konzentrationseffekt)
- **Vorschlag: Deutsche 2%-Regel** (2027 bis 20XX):
  - Wirtschaftlichkeit als Minimalprinzip:  
Produktion bestimmter Menge bei minimalen Kosten
  - **Ausgangslage:** Überangebot und Personalrekorde
- **Beides fixieren geht nicht!**
- **Ambulantisierung großzügig anrechnen!**
  - Rationierung verhindern
  - Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen

# Ende des Pflegebudgets in Selbstkosten, keine neue „Arztbemessung“



- Im Zeitverlauf zeigt sich ein starker Anstieg an Pflegepersonal (VK), bei gleichzeitiger Fallzahlreduktion.
- Der Personaleinsatz pro Behandlungsfall steigt deutlich.
- Ausgabentreiber Nr. 1
- Keine weiteren Bemessungsvorgaben von Bundesebene!



Quellen: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, verschiedene Jahrgänge

# Abrechnungsprüfung und Ambulantisierung nutzen

---

- **Abrechnungsprüfung** als Garant für Ambulantisierung  
(ohne Prüfung und Rechnungsaufschlag keine Ambulantisierung)
- **Steuerung des Zugangs der Patienten:**
  - **Krankenhausreform** (Leistungsmengenvolumina und Konzentration planbarer Leistungen)
  - **Notfall- Rettungsdienstreform** (Medizinische Notfallrettung, Ersteinschätzung und INZ)
  - **Primärarztssystem** (Zugang zu spezialisierter Versorgung)
- **Ziel:** Vermeidung von Rationierung durch Steuerung und Ambulantisierung.  
Trotz **demografischer Entwicklung:** Ambulant versorgt, nicht stationär!
- **Hybrid** als disruptive Brückentechnologie; Konvergenz auf den EBM als Endpunkt (regelmäßig Ambulant = EBM)  
(von stationär zu ambulant anstatt vom Krankenhaus zu Vertragsarzt)
- **Kurzzeitfallpauschalen** mit Mengendeckel („observation care“ = Kurzzeitfallpauschale)  
(ambulant und stationär zum gleichen Preis am Krankenhaus)

# Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) das neue „Landkrankenhaus“ (I)



## Leistungsspektrum, Struktur Mindest- und Kann-Katalog:

- **Baukastensystem:** Fokus auf Innere Medizin, Geriatrie und Palliativmedizin. Geriatrisches Assessment für Patienten ab 70 Jahren
- **Ambulante Öffnung:** Erbringung von AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen auch ohne stationären Auftrag möglich.
- **Pflege-Fokus:** Integration von Übergangs- und Kurzzeitpflege (§ 39c/e SGB V) sowie Angeboten nach SGB XI.
- **Telemedizin:** Unterstützung durch Telekonsile und Teleradiologie, keine Erschließung neuer Leistungsgruppen.

# Geriatrische Leistungen

## Umsetzung im Mindestkatalog der SüV

---

### Herausforderung

- LG Geriatrie ist über **OPS-Kode 8-550** definiert:
  - OPS 8-550 erfordert hohe Struktur- und Personalanforderungen  
→ nicht überall umsetzbar
- Hohe Transformationshürde im Mindestkatalog
- Überschneidung mit Allgemeiner Inneren Medizin  
→ Abgrenzung schwierig
- Keine zusätzliche Transformationshürde schaffen

### Ziele und Umsetzung

- Systematische Erfassung der geriatrischen Behandlungsbedürftigkeit in jeder SüV
- Durchführung eines geriatrischen Screenings bei Aufnahme ab 70 Jahren



# Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) das neue „Landkrankenhaus“ (II)



## Qualität & Vergütung:

- Präsenzpfllichten: 8 Stunden ärztliche Präsenz (werktags) sowie 24h Präsenz einer Pflegefachkraft.
- Infrastruktur: Kooperationen für Labor und Röntgen (Radius 2 km) zulässig.
- Vergütungsvertrag in Arbeit: „Einfach und planbar“

## Meilenstein der Krankenhausreform:

- Durch die Öffnung für AOP und Hybrid-DRGs wird die Ambulantisierung gestärkt um ab 2027 eine wohnortnahe, patientenorientierte Grundversorgung sicherzustellen.

# NRW: Zuweisung an Häusern mit der höchsten Routine

## Bestenauslese

			Besondere Leistungsgruppen					
Nummer Leistungsgruppe	Leistungsgruppe	Planungsebene	Anzahl der beantragenden Standorte	Anzahl der zugewiesenen Standorte	Abweichung absolut	Abweichung prozentual	Leistungsgruppe	Patienten-Verdrängung (Switch zu neuer Klinik nötig)
08.2	8.2 Interventionelle Kardiologie	Versorgungsgebiet	165	141	-24	-15%	8.2 Interv. Kardiologie	~5 %
14.1	14.1 Endoprothetik Hüfte	Versorgungsgebiet	236	137	-99	-42%	14.1 Endoprothetik Hüfte	~14 %
14.2	14.2 Endoprothetik Knie	Versorgungsgebiet	214	136	-78	-36%	14.2 Endoprothetik Knie	~15 %
14.3	14.3 Revision Hüftendoprothese	Regierungsbezirk	201	79	-122	-61%	14.3 Revision Hüfte	29,00 %
14.4	14.4 Revision Knieendoprothese	Regierungsbezirk	191	75	-116	-61%	14.4 Revision Knie	31,49 %
16.2	16.2 Lebereingriffe	Regierungsbezirk	113	29	-84	-74%	16.2 Lebereingriffe	30,71 %
16.3	16.3 Ösophaguseingriffe	Regierungsbezirk	71	26	-45	-63%	16.3 Ösophaguseingriffe	~10 %
16.4	16.4 Pankreaseingriffe	Regierungsbezirk	111	44	-67	-60%	16.4 Pankreaseingriffe	35,23 %
21.2	21.2 Ovarial-CA	Regierungsbezirk	111	35	-76	-68%	21.2 Ovarial-CA	36,43 %
21.4	21.4 Geburten	Versorgungsgebiet	133	126	-7	-5%	21.4 Geburten	~2 %
22.2	22.2 Perinatalzentrum Level 1	Regierungsbezirk	46	34	-12	-26%	22.2 Perinatalzentrum Lvl 1	~13 %
26.2	26.2 Stroke Unit	Versorgungsgebiet	96	79	-17	-18%	26.2 Stroke Unit	~4 %

<https://www.mags.nrw/startseite/gesundheits/krankenhausplanung-nrw/planungsergebnisse/zahlen-daten-fakten-zur-neuen-vs.-auswertungen-des-gkv-spitzenverbandes>

# Geriatric-Planung in NRW

---

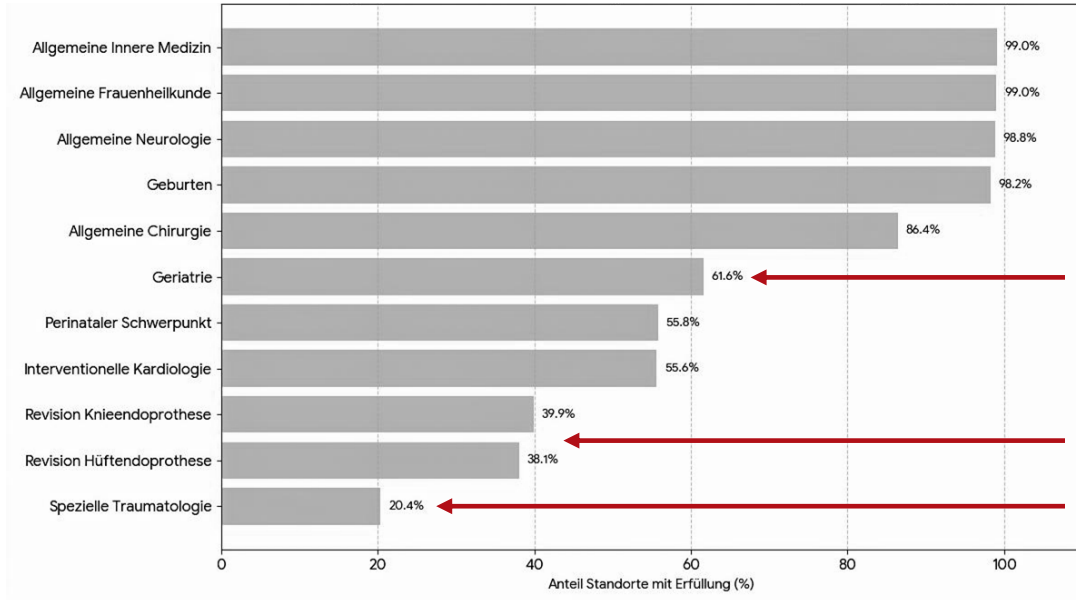
- Höchste Versorgungsstabilität
  - Abdeckung von 96,53 % der Ist-Fälle. Geriatrie mit einem der höchsten Werte aller Leistungsgruppen.
  - Nahezu alle Patienten können somit an ihrem bisherigen Standort behandelt werden.
- Strategische Kapazitätserweiterung: Das Ministerium hat den Bedarf in der Geriatrie – auch aufgrund der demografischen Entwicklung – als steigend bewertet.
- Dies führte dazu, dass im finalen Feststellungsbescheid deutlich mehr Leistungen bewilligt wurden als im ersten Votum der Planungsbeteiligten.
  
- Geringe Verdrängungseffekte: Nur etwa 5,4 % der im Jahr 2024 erbrachten geriatrischen Leistungen entfallen auf Standorte, die künftig keine Zuweisung mehr erhalten (3,09 %) oder die bis 2026 vollständig schließen (2,33 %).

# NRW-Reform: Ja, aber...

---

- Die „Ist-Erfolgsquote“: „Ist zu bewilligt“
  - 7,8 % der tatsächlichen Behandlungen (ca. 70.000 Fälle) müssen künftig an anderen Standorten stattfinden.
  - die Zuweisungsquote der Fälle (92,2 %) liegt oft sehr nah an der Bewilligungsquote der Anträge (ca. 90 %)  
Fazit: Gelegenheitsversorgung (in spezialisierten LG) wird eingeschränkt.
  - die NRW-Reform ist kein Kahlschlag (92 % Stabilität), aber dennoch eine Zentralisierung.
  - Steuerung durch den Entzug von Leistungsgruppen bei gleichzeitiger Standorterhaltung – im Konsens im Land!
- Allerdings: Es ist nicht die Dosis der Krankenhausreform nach 10 Jahren Transformation:
  - Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Krankenkassenausgaben messbar?
  - Politischer Revanchismus und Lex-NRW schwächen die Reform im Bund  
(Unsicherheit und fehlende, bundeseinheitliche Planungssprache)
- Wie wirken die 61 Leistungsgruppen im Bund?

# Bundesweite Personalvorgaben – Folgenabschätzung



Erfüllungsquote der Personalanforderungen (Kappung 92,5%)

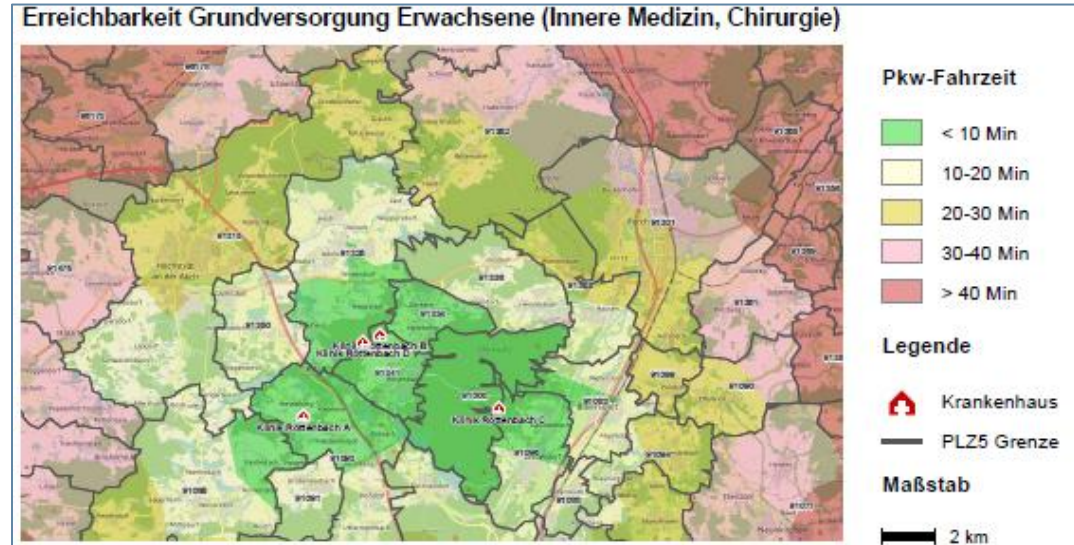
- Ruf nach Folgenabschätzung unerhört...
- Weil niemand weiß was rauskommt, folgen Ausnahmen.
- Ärzte-Daten mittels Algorithmus auf Leistungsgruppen am Standort verteilt:
  - Konservativer Ansatz: gesamtes somatisches Personal (inkl. Verwaltung und ambulanter Versorgung)
  - Ideale Teilbarkeit der Arbeitszeit angenommen.

zwei Schlüsse:

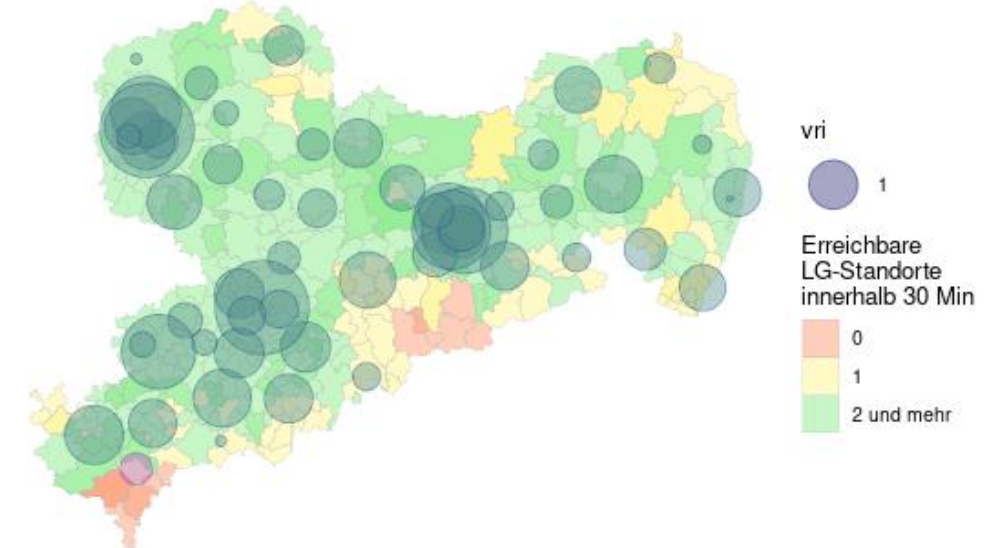
- die Ärzte sind falsch verteilt (was auf der Hand liegt)  
ODER
- die Anforderungen sind teilweise hart, es braucht bisweilen Ausnahmen.
- Ausnahmen gibt es leider reichlich (letztes Jahr vorgetragen)

# Krankenhauslandschaft und Versorgungsrelevanzmodell (KH-MoVeR)

## Der notwendige Paradigmenwechsel – Benehmen und Einvernehmen



LG 1 Sachsen (perc\_925, 2062 Fälle)

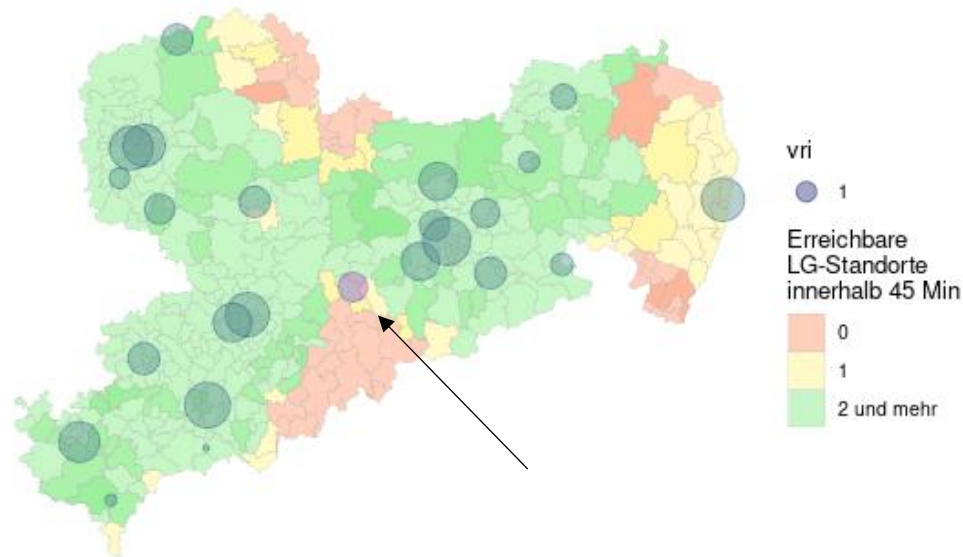


- GKV-Spitzenverband Reform zum Erfolg: Zielbild-Diskussion
- Weg von der Anbieterperspektive, hin zu Versicherteninteressen.

- LG-Standorte mit Fallzahl < Cutoff, welche mangels Alternativen für die Erreichbarkeit der Bevölkerung von Bedeutung sind. Bei deren Wegfall könnten 5% der Bevölkerung im Einzugsgebiet kein LG-Angebot mehr binnen 30 Min erreichen (Singularitätskriterium von 95%).

# LG 56 im MoVeR (Sachsen)

LG 56 Sachsen (perc\_925, 279 Fälle)



● LG-Standorte mit Fallzahl < Cutoff, welche mangels Alternativen für die Erreichbarkeit der Bevölkerung von Bedeutung sind. Bei deren Wegfall könnten 5% der Bevölkerung im Einzugsgebiet kein LG-Angebot mehr binnen 30 Min erreichen (Singularitätskriterium von 95%).

- Allgemeine Erfüllungsquote: Bei einem Kappungswert von 92,5 % erfüllen bundesweit etwa 61,6 % der Standorte die personellen Anforderungen.
- Stadt-Land-Gefälle: Es zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Regionen.
  - Während in städtischen Gebieten die Erfüllungsquote bei 73 % liegt,
  - sinkt sie in ländlichen Regionen auf 48 % ab.
- Die Geriatrie steht vor allem in ländlichen Räumen vor großen Herausforderungen (obwohl die methodischen Hürden in der Berechnung bereits etwas gesenkt wurden – LG-Vorgaben).

# Gesetze begleiten nur noch, was die Wirtschaft erzwingen wird

## Volkswirtschaftlicher Ausklang

---

### **Glaubenssatz zu diesem Vortrag:**

- Das KHVVG/KHAG sind nicht mehr der Auslöser der Veränderung, sondern lediglich das Instrumentarium zu deren Begleitung!
- Aus dem "kalten Strukturwandel" wird durch KHVVG/KHAG immerhin der "begleitete Strukturwandel".

### **Politischer Ausnahmezustand:**

- **Wissensproblem:** 61 statt 65 statt 125 LG – „Plan-Fallzahlen“
- **Public Choice Theory:** Lex NRW - Landtagswahlen statt Reformen
- **Rent Seeking:** Fördergeld statt Qualität – „Workshopthemen“
- **Zombifizierung:** „Bailout“ statt Transformation(sfonds)
- **Innovationsblockade:** Mikromanagement anstelle von Subsidiaritätsprinzip
- **Interventionsspirale:** Eingriff auf Eingriff z.B. beim Pflegepersonal

Vielen Dank

