

Bewertung und Zielsetzung der geplanten Krankenhausreform der Bundesregierung

Eine Krankenhausreform wird auch von Krankenhäusern in privater Trägerschaft im BDPK befürwortet. Sie ist notwendig und sinnvoll. Ob die Krankenhausreform tatsächlich positive Wirkung entfaltet, zeigt sich an einer tatsächlich verbesserten und wirtschaftlichen Patientenversorgung im Krankenhaus. Indikatoren dafür sind:

- eine verbesserte medizinische Behandlungsqualität,
- ein niedrighschwelliger Zugang zur stationären Versorgung möglichst wohnortnah und möglichst ohne Wartezeiten,
- der Abbau von Sektorengrenzen in Form der verbesserten Durchlässigkeit zwischen fachärztlicher und stationärer Versorgung und die Aufweichung der starren Vorgaben für die stationäre Versorgung, z. B. Untere Grenzverweildauer, AOP, Tagesklinische Versorgung,
- höhere der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit durch Bürokratieabbau
- Abbau des Fachkräftemangels.

Die jetzige oder die zukünftige Anzahl von Krankenhausstandorten oder deren Größe ist allein kein Merkmal für eine sinnvolle Krankenhausreform.

In der jetzigen Form umgesetzt würden die Vorschläge der Reformkommission dazu führen das rund 1/3 aller Krankenhäuser zu sogenannten Level II Einrichtungen umgewandelt würden. Diese Einrichtungen verfügen nach Vorstellung der Reformkommission über keine zwingende ärztliche Leitung und Präsenz und ihnen sind keine Leistungsgruppen der stationären Versorgung zugeordnet. Das bedeutet faktisch ihr Aus. Die Folge wären sehr wahrscheinlich Versorgungsprobleme vor allem im ländlichen Raum. Es besteht die Gefahr von Leistungsrationierung und Wartelisten, weil zeitgleich neue Versorgungskapazitäten (Räumlichkeiten und Personal) an den verbleibenden Standorten bereitstehen müssten.

Die folgende Positionierung orientiert sich in ihrer Reihenfolge an dem von BMG geplanten Ablauf der Beratung mit den Bundesländern (siehe Nr. 5).

Zu den einzelnen Elementen positionieren wir uns wie folgt:

1. Definition von Krankenhaus-Versorgungstufen (Level)

Die vorgesehene bundeseinheitliche und zentralistische Zuordnung von Krankenhäusern zu einzelnen Versorgungs-Leveln mit der fixen Zuordnung von bestimmte Leistungsgruppen führt zu einer schematischen Verlagerung bzw. Schließung von stationären Leistungsangeboten, die im Ergebnis an die sogenannte „Rasenmähermethode“ erinnert. Es gibt keine Auswirkungsanalyse für die Versorgung in den Bundesländern. Gewollte und ungewollte Auswirkungen sind nicht ansatzweise bekannt oder einschätzbar. Die von der Regierungskommission getroffenen inhaltlichen Definitionen der Versorgungslevel müssen inhaltlich bewertet, diskutiert und angepasst werden. Sie wirken nicht immer wissenschaftlich oder medizinisch fundiert, sondern auf die Schaffung von Großkrankenhäusern ausgerichtet. Großkrankenhäuser werden nicht per se zu einer verbesserten Versorgungsqualität der Patienten führen. Deshalb kann diese zentralistische Vorgehensweise keine Zustimmung finden. Zudem fehlt die wirtschaftliche Bewertung der durch den Umbau entstehenden Kosten.

Die zentrale und bundeseinheitliche Definition von Krankenhaus-Leveln darf die Krankenhausplanungskompetenz der Länder nicht beschränken oder präjudizieren. Das jeweilige Bundesland ist im Rahmen der Daseinsvorsorge dafür verantwortlich, die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zu organisieren und zu entscheiden, welche Krankenhäuser mit welchen Versorgungsaufträgen an welchem Standorten stehen sollen.

Bundeseinheitliche Definitionen von Versorgungs-Level können insoweit nur Empfehlungen für die Krankenhausplanung der Länder sein und helfen, ein vergleichbareres Begriffsverständnis zu schaffen. Sie können dazu beitragen, die Krankenhausplanung der Länder zu vereinheitlichen und vergleichbar zu machen.

Um Krankenhausstrukturen im Sinne des Berichtes der Regierungskommission zu verändern, Standorte zu schließen, umzubauen oder zu verlagern sind erhebliche Investitionsmittel notwendig. Um ein solches Vorhaben realisieren zu können müssen nach Experteneinschätzung rund 80 Mrd. EUR bereitstehen.

Fachkliniken liefern bereits heute eine hohe medizinische Qualität. Sie praktizieren die von allen Experten geforderte Spezialisierung in ihren jeweiligen Fachgebieten und sind unverzichtbarer Bestandteil guter Versorgung. Eine Verlagerung von Fachkliniken an Level II oder III Krankenhäuser macht inhaltlich und wirtschaftlich keinen Sinn, weil die Patientenversorgung dadurch nicht verbessert würde.

2. Leistungsgruppen:

Leistungsgruppen sind ein guter Vorschlag der Regierungskommission, um medizinisches „Know-how“ in Form von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu definieren. Wer diese Qualitätsvorgaben erfüllt, muss die Leistung erbringen dürfen. Das Prinzip muss lauten **„Wer kann, der darf“** unabhängig vom Krankenhauslevel.

Beschränkungen dergestalt, dass Leistungsgruppen nur von Krankenhäusern eines bestimmten Krankenhaus-Levels erbracht werden dürfen, werden von uns abgelehnt. Hierdurch entstünden Versorgungsmonopole und -Engpässe, die bei begrenzten Kapazitäten (Räumlichkeiten und Personal) zwangsläufig zu Wartelistenmedizin und Versorgungsengpässen führen würden.

Eine solche Vorgehensweise würde zudem alternative Versorgungsangebote vernichten und den Patienten de facto die freie Wahl zwischen mehreren Krankenhäusern nehmen. Die freie Krankenhauswahl, Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb müssen erhalten bleiben.

Gute und hochqualitative Versorgungsangebote müssen unabhängig vom Krankenhaus-Level erhalten bleiben.

3. Vergütung von Vorhaltung

Durch Vorhaltefinanzierung soll der Mengenbezug in der Krankenhausvergütung reduziert werden. Die Einführung von Vorhaltefinanzierung ist eine gute und sinnvolle Erweiterung des DRG-Systems, wird aber die Krankenhäuser nicht aus den ökonomischen Zwängen befreien. Denn sie müssen den nicht aus der Vorhaltepauschale getragenen Kostenblock von 60 bzw. 40 % weiterhin durch behandelte Patienten finanzieren.

Deshalb sollten Alternativen diskutiert werden:

Variante 1: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von (ländlichen, kleinen) Krankenhäusern des Levels I n über eine Vorhaltepauschale. Ein solches Vorgehen entspricht dem Prinzip des Sicherstellungszuschlags. Bewirkt würde, dass diese Krankenhäuser Patienten nicht zwingend behandeln müssen, um sich finanzieren zu können. Sie können die Patienten nach einer notfallmäßigen Erstversorgung an ein Krankenhaus des nächsthöheren Levels weiterleiten, ohne dabei einen wirtschaftlichen Verlust hinnehmen zu müssen.

Variante 2: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von bedarfsnotwendigen Versorgungseinheiten, die die Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Dies könnten zum Beispiel die Notaufnahme, die Notfallambulanz, die Geburtshilfeabteilung und die Intensivstation sein.

Insoweit könnte auch die komplizierte Vereinbarung von Pflegebudgets entfallen.

4. Level li-KH

Einrichtung des Levels li gemäß der Reformvorschläge sind aus Sicht des BDPK keine Krankenhäuser mehr. Sie sollen Patienten auch versorgen, die nicht zwingend im Krankenhaus mit 24/7 anwesendem ärztlichen Personal versorgt werden müssen. Die ist eine Versorgung unterhalb der Krankenhausbehandlung. Deutlich wird das auch daran, dass diese Kliniken nicht Bestandteil der geplanten System der Vorhaltefinanzierung sind und über degressive Tagespauschalen finanziert werden sollen.

Noch zu diskutieren:

Auch li Krankenhäuser müssen in die Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung einbezogen bleiben.

5. Zeitplan Beratungen

Die Beratungen sollen in vier Themengruppen im Zeitraum von Februar 2023 bis Juni 2023 in monatlichen Gesprächen erfolgen. Ziel sei es vor der Sommerpause im Juli 2023 einen Vorschlag zu entwickeln, der vom BMG über die Sommerpause zu einem Gesetzentwurf weiterentwickelt werden soll. Ein Kabinettsbeschluss ist im September 2023 vorgesehen. Zielsetzung ist ein Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.01.2024.



Zeitachse: Erarbeitung von Eckpunkten für eine umfassende Krankenhausreform

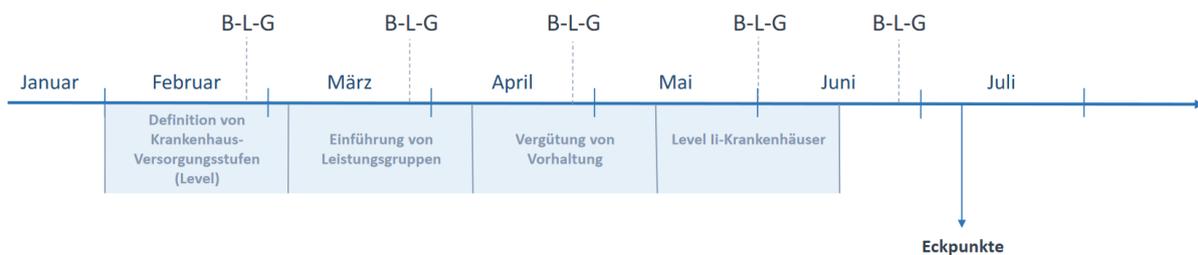


Abbildung 1: Zeitachse Krankenhausreform. BMG 2023.

Die Bund-Länder-Gruppe soll einmal monatlich zusammenkommen. Die Beratungsthemen und avisierten Termine sind:

- Definition von Krankenhausversorgungsstufen (Level): **Ende Februar**
- Einführung von Leistungsgruppen: **Ende März**
- Vergütung von Vorhaltung: **Ende April**
- Level II-Krankenhäuser: **Ende Mai**

Die Beratung erfolgt auf Ebene von Regierungsfractionen im Bund (Stellvertretende Fraktionsvorsitzende, gesundheitspolitische Sprecher sowie zuständige Berichterstatter) und der Landesminister bzw. der Senatoren der Stadtstaaten.

Vorbereitet werden die Treffen durch einen „Koordinierungskreis“ (BMG und Regierungsfractionen sowie Länder) und eine Arbeitsgruppe auf Fachebene (Arbeitsebene der Regierungsfractionen und Fachbeamtinnen und -beamte des BMG und aller Länder). Eine Liste der Teilnehmer liegt vor und kann bei der Geschäftsstelle Teilnehmerliste erfragt werden.

6. Themenspeicher:

- **Ambulante Öffnung:** Eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Versorgung fehlt im Entwurf noch völlig und muss dringend ergänzt werden. Sie ist ein wichtiger Bestandteil zur Sicherung der fachärztlichen Versorgung. Eine aktuelle Studie des Portals jameda (vgl. [hier](#)) kommt zum Ergebnis, dass Patient:innen in Deutschland durchschnittlich 30 Tage auf einen Termin beim Facharzt warten müssen. Krankenhäuser verfügen über das Fachpersonal und die notwendige Ausstattung und sollten an der fachärztlichen Versorgung beteiligt werden.
- **FDA streichen:** Mit der Berücksichtigung von Vorhaltekosten wird das Instrument des Fixkostendegressionsabschlag (FDA) verzichtbar und muss gestrichen werden. Eingriffe ins DRG-System wie die Absenkung/Abstufung von sachkostenintensiven DRGs sind in dem neuen Finanzierungssystem ebenfalls nicht mehr notwendig und sollten gestrichen werden.
- **Bürokratieabbau:** Die Leistungsgruppen sollten bisher parallel und auf ähnliche Sachverhalte gerichtete Nachweise ersetzen. OPS-Qualitätsvorgaben, Pflegepersonaluntergrenzen, und Pflegepersonalquotient können im neuen System entfallen. Auch Doppelstrukturen zu bestehenden G-BA-Richtlinien müssen vermieden werden. Hierdurch gewinnen Mitarbeiter:innen Zeit für Patient:innen. Eine Projektgruppe Entbürokratisierung beim BMG prüft zusätzlich, welche Dokumentationen und Nachweise entfallen können.
- **Gemischte Einrichtungen, Reha- und Vorsorgekliniken und Beleghäuser.** Zuordnung zu Fachkliniken. In Vorhaltefinanzierung einbeziehen.