

24.05.2023

**Erste Bewertung des
BMG-Entwurfs des Eckpunktepapiers zur Krankenhausreform:
Reformvorschläge werden die Probleme der Krankenhäuser nicht lösen**

Mit den aktuellen Reformplänen des Bundesgesundheitsministeriums werden die von der Politik selbst gesteckten Ziele nicht erreicht, deshalb ist eine Kurskorrektur unbedingt erforderlich.

Aus Sicht des BDPK ist zu kritisieren, dass die vom BMG vorgesehene Zentralisierung von Krankenhaus-Standorten keinerlei Unterschied zwischen urbanen und ländlichen sowie über- und unterversorgten Lebensräumen macht. Diese schablonenhafte Strategie führt zu großen Krankenhaus-Gebilden in Ballungsräumen, während zahlreiche kleinere, bedarfsnotwendige und leistungsfähige Kliniken geschlossen werden müssten. Das widerspricht dem Leitgedanken der Gleichwertigkeit von Lebensverhältnissen und ist zudem praktisch kaum zu realisieren, da das BMG für eine solche Umstrukturierung weder Finanzierungs- noch Umsetzungspläne hat. Diese sind jedoch erforderlich, da es zu einer massiven Verlagerung von Behandlungs- und Personalkapazitäten an die verbleibenden zentralisierten Krankenhäuser kommen würde. Der BDPK fordert deshalb, die Krankenhausreform im Zusammenwirken mit den Bundesländern am Versorgungsbedarf in den Regionen auszurichten und bewährte Strukturen zu stärken statt sie zu zerschlagen.

Die Einführung einer Vorhaltefinanzierung wird die Kliniken nicht aus ökonomischen Zwängen befreien. Da bisher keine zusätzlichen finanziellen Mittel vorgesehen sind und neben der Vorhaltepauschale weiterhin ein erheblicher Fallzahlbezug bleibt, bezweifelt der BDPK, dass dieses Instrument in der derzeit vorgesehenen Form die gewünschte Wirkung haben wird. Zweifel bestehen auch daran, ob viele Krankenhäuser die Reform noch erleben, wenn diese bis Ende dieses Jahres wegen der galoppierenden Inflation und der Defizitentwicklung schließen müssen. Diesen ungesteuerten Strukturwandel mit zahlreichen Insolvenzen und Krankenhausschließungen zu verhindern, ist vordringlichste Aufgabe der Politik.

Hinweise im Einzelnen:

Krankenhauslevel und Fachkliniken

Vorgesehen ist, Krankenhäuser in Level (Ii, In, F, II, III, IIIU) einzuteilen. Zusammen mit einer verbindlichen Leistungsgruppenzuordnung sollte der Effekt sein, dass die Versorgung der Patient:innen überwiegend in größeren Krankenhäusern der Level II und III erfolgt. Diese Krankenhäuser sind vor allem in Ballungsräumen und nicht in ländlichen Regionen zu finden. Die Verbindung von Leveln und Leistungsgruppen wurde inzwischen aufgrund massiven politischen Drucks der Bundesländer wegen der dann entstehenden Versorgungslücken aufgegeben. Nun sollen die Krankenhauslevel den Patient:innen Transparenz verschaffen.

Eine verbindliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu Krankenhausleveln kann aus Sicht des BDPK nur in der Theorie, nicht aber in der Versorgungspraxis funktionieren. Entscheidender Nachteil von Leveln ist, dass sie die regionalen Versorgungsbedürfnisse nicht abbilden können. Krankenhauslevel sind für die Planung der Versorgung nicht erforderlich. Das zeigt sich daran, dass die regionale Abweichung von der bundeseinheitlichen Vorgabe zur Regel gemacht werden muss, um die regionale Versorgung sicherzustellen. Die Zuordnung der Level erfolgt zudem letztlich aus einem Zählen von Fachabteilungen, das ist kein Qualitätsmerkmal.

Level Ii Krankenhäuser befinden sich nach Vorstellungen des BMG regelhaft nicht mehr im Krankenhausplan. Sie haben dann keinen Anspruch auf Investitionskostenfinanzierung. Auch hier sind wiederum großzügige Ausnahmeregelungen notwendig. Den Bundesländern wird das Recht eingeräumt, diese Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufzunehmen. Level Ii Krankenhäuser haben keinen Anspruch auf Vorhaltefinanzierung. Sie sollen sich vor Ort einen Versorgungsauftrag zwischen Krankenhausversorgung, ambulanter Versorgung und Übergangspflege suchen, für den die Finanzierung ungeklärt ist. Eine wirtschaftliche Perspektive besteht aus unserer Sicht für diese Kliniken nicht. Die Verhandlungen auf Ortsebene mit den Krankenkassen werden nicht zu überlebensfähigen Preisen führen.

Fachkrankenhäuser sind auf ausgewählte medizinische Fachgebiete spezialisiert und zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Patient:innen der jeweiligen Krankheitsbilder aus. Häufig haben sie einen überregionalen Versorgungsauftrag in wenigen ausgewählten Fachdisziplinen. Fachkrankenhäuser stehen im Mittelpunkt der spezialisierten Behandlung für die jeweiligen Fachdisziplinen und behandeln auch die schweren und schwersten Krankheitsbilder ihres Disziplinenpektrums. Fachkrankenhäuser zeichnen sich je nach Indikation und medizinischem Konzept durch sektorübergreifende Behandlungskonzepte aus. Diese Form der Arbeitsteilung zwischen Fachkrankenhäusern und Krankenhäusern ist qualitativ und wirtschaftlich ein Gewinn und dient dem Wohl der Patient:innen.

Die ursprünglich geplante Verlagerung der Fachkrankenhäuser an Krankenhäuser der Level II und III wäre eine teure Fehlentscheidung ohne Patientennutzen gewesen. Die bestehende Struktur muss dringend erhalten bleiben. Die jetzige Definition von Fachkliniken ist grundsätzlich sinnvoll, gestrichen werden muss allerdings die Vorgabe, dass Fachkrankenhäuser in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesen sein müssen. Auch Fachkrankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V müssen berücksichtigt werden. Die definitorische

Einschränkung auf „relevanten Umfang zur Behandlung“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und sollte gestrichen werden.

Leistungsgruppen

Mit Leistungsgruppen soll eine leistungsdifferenzierte Krankenhausplanung ermöglicht werden. Weiterhin sollen bundeseinheitliche Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen festgelegt werden und die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt werden. Die Definition und Weiterentwicklung soll durch das InEK, das BfArM, die AWMF und Mitglieder der Regierungskommission erfolgen. Die konkrete Entscheidung und Festlegung soll durch den Gesetz-/Verordnungsgeber mit Mitentscheidungsrecht der Länder stattfinden. Die Einhaltung von Qualitätsvorgaben ist Voraussetzung für die Vorhaltefinanzierung. Der MD soll die Einhaltung der Qualitätskriterien überprüfen.

Die Idee, alle Krankenhausleistungen in bundeseinheitliche Leistungsgruppen zu ordnen, kollidiert mit bestehenden Planungsinstrumenten in den Bundesländern (z. B. Versorgungsbereiche oder Versorgungsstufen versus Leistungsgruppen). In den Ländern bestehen überwiegend andere Planungsinstrumente. Die Bundesländer müssen die Frage beantworten, ob die Umstellung auf eine bundeseinheitliche Planung nach Leistungsgruppen sinnvoll ist. Aus Sicht des BDPK sind Leistungsgruppen gut geeignet, um detaillierte Anforderungen an eine gute Patientenversorgung zu definieren. Das bedingt aber, dass die Festlegung der Qualitätskriterien in einem nachvollziehbaren und transparenten Verfahren erfolgt. Die Erfahrung zeigt, dass Fachgesellschaften dazu neigen, überzogene Anforderungen zu definieren, die nicht zu einer besseren Patientenversorgung führen.

Wir unterstützen deshalb den Vorschlag der DKG, die Selbstverwaltung (GKV-SV, DKG) mit der Verhandlung der Vorgaben von Leistungsgruppen zu beauftragen und diese durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in Kraft zu setzen. Wo möglich, sollten aufwandsarme Vorgaben über Mindestmengen und Ergebnisqualität genutzt werden.

Die Qualitätsvorgaben dürfen nicht zusätzlich zu den bereits bestehenden Vorgaben gelten. Aus Gründen der Entbürokratisierung müssen redundante bestehende Vorgaben gestrichen werden (RL des G-BA, PpUGV, StrOPS usw.).

Vorhaltefinanzierung

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung soll die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Krankenhäuser sollen temporär unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung erhalten. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung soll eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens bewirken, ohne dass sich eine Erhöhung des Erlösvolumens insgesamt ergibt.

Aus Sicht des BDPK werden die Krankenhäuser so nicht von ökonomischen Zwängen der Fallzahlabhängigkeit befreit, weil ja nur ein Teil der Erlöse fallzahlunabhängig bereitgestellt wird. In diesem Zusammenhang stellen sich uns einige Fragen: Ist eine generelle Absenkung der DRGs um Vorhaltekosten für alle Krankenhäuser die richtige und bedarfsnotwendige Lösung? Es stellen sich nämlich zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Größe, unterschiedlicher Versorgungsaufträge und unterschiedlicher Lage auch unterschiedliche Vorhaltebedarfe. Vor allem bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Regionen sollten durch das Instrument der Vorhaltefinanzierung gesichert werden.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die Kliniken keine zusätzlichen finanziellen Mittel erhalten sollen. Über eine reine Umverteilung lassen sich die wirtschaftlichen Probleme der Krankenhäuser nicht lindern. Das bestehende Vergütungssystem wird deutlich komplizierter. Unabhängig von der Frage der zunehmenden Komplexität der Budgetverhandlungen werden zukünftig für jeden Fall (1) Pflegebewertungsrelationen, (2) residuale Fallkosten sowie (3) Vorhaltebewertungsrelationen abgerechnet werden müssen. Statt die Anwendung von Vorhaltefinanzierung auf alle DRGs zu beziehen, sollte das Instrument zur Absicherung bedarfsnotwendiger Abteilungen oder Krankenhäuser genutzt werden, die sich ansonsten nicht refinanzieren könnten.

Vorschaltgesetz zur Stabilisierung der Krankenhäuser

Ein Vorschaltgesetz mit kurzfristig wirksamem Inflationsausgleich ist zwingend notwendig. Krankenhäuser sind von massiven Preissteigerungen betroffen, die sich im System der Krankenhausfinanzierung nicht ausgleichen lassen. Ohne ein Vorschaltgesetz werden viele Krankenhäuser die Reform nicht erleben.

Notwendige Investitionen und Strukturfonds

Wenn man Krankenhäuser schließen und an anderer Stelle Kapazitäten aufbauen will, dann benötigt dies massive Investitionen in Höhe von mindestens 50 Mrd. Euro. Der Strukturfonds muss nicht nur verlängert, sondern auch deutlich besser ausgestaltet werden.

Entlastung der Fachkräfte und Entbürokratisierung

Eines der erklärten Ziele der Krankenhausreform ist eine Überwindung des Fachkräftemangels und eine Entbürokratisierung. Mit den vorliegenden Vorschlägen wird dies nicht erreicht werden. Die Vorschläge beinhalten keine Initiative für neue Fachkräfte. Unterstellt wird, dass Fachkräfte aus geschlossenen Krankenhäusern in andere wechseln. Dringend notwendig sind stattdessen Anreize für die Ausbildung von neuen Fachkräften z. B. durch die Umsetzung des Vorhabens des Koalitionsvertrags, Rehabilitationskliniken als Ausbildungsträgerin zuzulassen. Gleichzeitig ist eine Entbürokratisierung dringend notwendig. Der BDPK hat seine Vorschläge hierzu in einem Positionspapier veröffentlicht, [das auf der Homepage abrufbar ist](#).

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.