



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.



Krankenhausreform 2023

# Positionen und Auswirkungsanalyse

**Positionen des  
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken  
zu den Empfehlungen der Regierungs-  
kommission für eine moderne und  
bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

Die Regierungskommission der Bundesregierung empfiehlt drei miteinander verzahnte Reformelemente bestehend aus

- der verbindlichen Einordnung aller Krankenhäuser in die Versorgung Level I-III,
- einer Gliederung aller Krankenhausleistungen in sogenannte Leistungsgruppen, die wiederum verbindlich einem jeweiligen Krankenhaus Level zugeordnet sind sowie
- der Einführung einer von der Zahl der behandelten Patienten unabhängigen Vorhaltevergütung, die die Fallzahlabhängigkeit der Krankenhäuser minimieren soll.

Zu diesen Vorschlägen und weiteren Handlungsnotwendigkeiten positioniert sich der Bundesverband Deutscher Privatkliniken.

## **Inhalt /Übersicht**

### Vorbemerkungen

Schwerpunkte nachjustieren	3
Finanzielle Situation der Krankenhäuser	4
Bessere Versorgungsqualität der Patienten	5
Wartezeiten drohen	6

### Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Instrumenten

Versorgungslevel	7
Leistungsgruppen	8
Vorhaltepauschalen	9

Auswirkungsanalyse	10
--------------------	----

## Schwerpunkte der Vorschläge nachjustieren: Weniger Bürokratie, mehr Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit

Bei den Vorschlägen der Regierungskommission fällt auf, dass sie sich ausschließlich auf die Struktur und Größe der Krankenhäuser konzentriert. Handlungsbedarf gibt es aber vor allem im Bereich des Bürokratieabbaus, der zwingend für mehr Zufriedenheit der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern und der Patient:innen ist. Die Mitarbeitenden in den Bereichen ärztlicher Dienst und Pflege beklagen, dass sie fast 40 % ihrer Arbeitszeit für Bürokratie und Dokumentation aufwenden müssen. Zur Lösung dieses Problems unterbreitet die Regierungskommission keine Vorschläge. Weiterhin fehlt in den Vorschlägen ein Ansatz, wie die starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchbrochen werden können.

### Vorschlag

Es wird eine Projektgruppe zum Abbau der Bürokratie und unnötiger Dokumentationspflichten eingerichtet. An dieser Arbeitsgruppe nehmen vor allem Praktiker aus den Krankenhäusern teil.

Dringend notwendig ist weiterhin eine Fokussierung auf die Qualitätsmessung der erbrachten Leistungen. Die Anpassung von Strukturvorgaben sollte nur erfolgen, wenn sich dies aus den Qualitätsergebnissen eindeutig ableiten lässt. Vermutungen nach dem Prinzip je größer das Krankenhaus, desto besser, sind nicht überzeugend.

## Finanzielle Situation der Krankenhäuser

Die Reform ist aus Sicht der Bundesregierung notwendig, weil ansonsten eine unkoordinierte Krankenhaus-Schließungswelle durch Insolvenzen droht. Hierzu ist anzumerken, dass die Bundes- und Landesregierungen selbst eine hohe Mitverantwortung an der desolaten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser tragen: Trotz einer zehnpromzentigen Inflationsrate im Jahr 2022 wurden die DRG-Vergütungen für Krankenhausleistungen nicht angepasst. Die Bundesregierung hat vor einem Jahr einen Inflationsausgleich in Aussicht gestellt, ihn aber nicht umgesetzt. Auch weitere politische Entscheidungen haben zu einer Verschärfung der finanziellen Lage der Kliniken geführt. Hier zu gehören beispielsweise die Absenkung des DRG-Katalogs um insgesamt 575 Mio. Euro in 2022/23 zur Korrektur vermeintlicher Doppelfinanzierung beim Pflegebudget sowie die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder.

### Vorschlag

Die Bundesregierung und die Landesregierungen haben die Möglichkeit, sich zu ihrer Verantwortung zu bekennen und eine sachgerechte Finanzierung zu gewährleisten. Die Regierungen der Bundesländer können sich endlich zu einer sachgerechten Investitionskostenfinanzierung bekennen und diese auch an die Krankenhäuser auszahlen. Damit wäre die Gefahr einer unkontrollierten Insolvenzwelle gebannt.

## Bessere Versorgungsqualität der Patienten

Bei den Reformüberlegungen fällt auf, dass sehr stark auf die Größe des Krankenhauses fokussiert wird. Es wird unterstellt, dass allein die Größe des Krankenhauses für sich ein Indikator für eine bessere Versorgungsqualität der Patienten sei. Dies ist aber nirgendwo bewiesen und wird leider auch nicht in diesen Überlegungen berücksichtigt, obwohl wir in Deutschland über vielfältige und objektive Messinstrumente für die tatsächlich bei Patienten erreichte Versorgungsqualität verfügen (QSR, IQM usw.).

Weiterhin wird die Notwendigkeit der Reform damit begründet, dass heute zu viele kleine und nicht hinreichend ausgestattete Kliniken Leistungen erbringen, für die sie weder ausgestattet noch qualifiziert sind. In ihrem Krankenhaus Report kommt das Wissenschaftliche Institut der AOK jedoch zu einem ganz anderen Ergebnis: von den im Jahr 2020 behandelten 203.000 Herzinfarkten wurden 7 % der Patienten nicht in einem adäquat ausgestatteten Krankenhaus mit Katheterlabor behandelt. D. h. im Umkehrschluss, dass aber 93 % der Herzinfarktpatienten im Jahr 2020 in einer Klinik mit der richtigen Ausstattung

behandelt wurden (vgl. [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm\\_wido\\_221213\\_start\\_qualitaetsmonitor.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm_wido_221213_start_qualitaetsmonitor.pdf)).

Dies ist unseres Erachtens ein Indikator für eine gute Versorgungsrealität. Insofern relativiert sich der Handlungsbedarf für eine derart radikale Krankenhausreform. Es wäre konsequent und richtig, Standorte auf die von ihnen erbrachte Versorgungsqualität hin zu untersuchen und dann über deren Fortbestand zu entscheiden. Gute Angebote müssen erhalten bleiben, schlechte Qualität muss vom Markt verschwinden. Dies wäre über die Krankenhausplanung gut möglich.

### Vorschlag

Diese ausschließlich strukturelle Herangehensweise ist nicht auf eine verbesserte Patientenversorgung ausgelegt. In die Reformüberlegungen müssen auch die Qualität der erbrachten Leistungen einbezogen werden. Am Ende muss eine verbesserte Patientenversorgung stehen.

## Wartezeiten auf medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung drohen

Die Vorschläge der Reformkommission sollen die Zahl der bestehenden Krankenhäuser deutlich reduzieren. Die Notwendigkeit für eine schrittweise Reduktion der Zahl der Krankenhäuser teilen wir. Die Reformkommission schlägt dazu allerdings ein schematisches Vorgehen nach einem Algorithmus bestehend aus Ausstattung und Größe vor, das den Versorgungserfordernissen aber nicht gerecht wird.

Im Ergebnis führt das dazu, dass faktisch nur noch Krankenhäuser der Stufe II und III in nennenswertem Umfang Patientenversorgung übernehmen können. Insbesondere die Kliniken der Stufe I würden nach den Vorschlägen auf Leistungen der Grundversorgung und stationäre Akutpflege beschränkt und würden sich nicht mehr kostendeckend betreiben lassen.

Die vorhandenen Behandlungskapazitäten zum Beispiel für die Behandlung onkologischer Patienten ist schon heute mit Wartezeiten vor allem an Uni-Kliniken verbunden. Ein Ausschluss der Leistungserbringung für diese Behandlung an anderen sachgerecht ausgestatteten Krankenhäusern würde mit der Reform dann de facto verboten. So entstehen Wartezeiten auf die Behandlung auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen.

Unberücksichtigt bleibt die Tatsache, dass eine solche Reform der Krankenhausstruktur zu einer massiven Verlagerung von Behandlungs- und Personalkapazitäten an die verbleibenden zentralisierten Krankenhäuser führen müsste. Dies würde erhebliche Investitionen in die Schließung von regionalen Krankenhäusern

und deren Neuaufbau an bestehenden Großkrankenhäusern im zweistelligen Milliardenbereich erfordern. Legt man die Erfahrungen aus Dänemark vor annähernd acht Jahren zugrunde, müssten in Deutschland dann rund 80 Milliarden Euro für die Erweiterung und den Neubau von Krankenhäusern investiert werden. Die Schließung von kleineren Kliniken allein ist keine Lösung.

Es wird argumentiert, dass sich die bestehenden Personalengpässe durch die Verlagerung und Reduktion der Krankenhausstandorte erreichen ließe. Daran haben wir erhebliche Zweifel: Es würde nämlich erfordern, dass die in Betracht kommenden Mitarbeitenden in den zu schließenden Kliniken tatsächlich auch bereit sind, deutlich weitere Entfernungen zur Arbeit in einem Großkrankenhaus in den Ballungsräumen zurückzulegen. Gerade in den Ballungszentren ist kein bezahlbarer Wohnraum vorhanden.

Dies würde für unser Gesundheitssystem eine Trendwende weg von einem niedrighwelligen Zugang zu Gesundheitsversorgungsangeboten für alle Versicherten hin zu einer Wartelistenmedizin bedeuten. Dadurch entstehen sogenannte „graue Märkte“ und neue Versorgungsangebote für zahlungskräftige Selbstzahler. Diese Entwicklung einer echten „Zweiklassen-Medizin“ lässt sich sehr eindrucksvoll in stark reglementierten staatlichen Gesundheitssystemen wie in Dänemark oder in England beobachten. Dort verzeichnen Selbstzahlerangebote in Privatkliniken eine wahre Renaissance.

## Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Instrumenten im Einzelnen

### Einordnung aller Krankenhäuser in Versorgungslevel

Die vorgeschlagene Einordnung in Versorgungslevel ist für die Krankenhausreform nicht zwingend. Letztlich zeigt sich die Qualität der Krankenhausversorgung nicht durch das Versorgungslevel und die Größe des Krankenhauses, sondern durch die Qualität der Patientenversorgung und die ist nur bedingt abhängig von der Größe des Krankenhauses. Dafür ist eine Einteilung aller Krankenhäuser in derart restriktive Versorgungslevel nicht notwendig.

Kritisch anzumerken ist auch die Tatsache, dass die jetzige Definition der Kriterien für die Level In und Ii aber auch zum Krankenhaus Level II zu weit auseinanderliegen. Dadurch entstehen zu große Sprünge, die eine Vielzahl von Krankenhäusern von relevanten Teilen der Patientenversorgung ausschließt. In der Folge kommt für die Kliniken das wirtschaftliche Aus.

Nach den Vorschlägen der Regierungskommission sollen die Krankenhäuser im Versorgungslevel Ii primär auf die stationäre Akutpflege beschränkt werden. In der Folge sind sie auch keine Krankenhäuser im heutigen Sinne mehr. Es ist mehr als zweifelhaft, ob in den ländlichen Regionen die im Konzept vorgeschlagenen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten überhaupt funktionieren können, weil es oftmals die niedergelassenen Ärzte dort gar

nicht gibt oder sie für Kooperationen mit den Krankenhäusern keine Zeit haben. Übrig blieben möglicherweise Akutpflegebetten, deren Finanzierung dann wohl mit den Pflegekassen zu verhandeln wäre. Es wird bezweifelt, dass dies eine Perspektive für eine bessere Patientenversorgung ist.

Zu bemängeln ist weiterhin, dass die vorgeschlagenen Strukturvorgaben zu starr sind. So werden beispielsweise für Krankenhäuser im Level In immer sechs rund um die Uhr betreibbare Intensivbetten gefordert. Wir kritisieren, dass keinerlei Anpassungen dieser Kriterien unter Berücksichtigung der Größe des Krankenhauses und des Umfeldes vorgesehen sind.

Mit ihrem hochspezialisierten Leistungsangebot stellen die sogenannten Fachkliniken in vielen Regionen Deutschlands die Krankenhausversorgung sicher. Die von der Regierungskommission angeregte prospektive Verlagerung dieser spezialisierten Krankenhäuser an die Kliniken der Stufe II bzw. III ist aus Sicht der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit ganz klar abzulehnen. Warum sollte man die Fachkliniken schließen, um sie an einem anderen Krankenhaus neu aufzubauen?

**Vorschlag Versorgungslevel**

Wenn man der Auffassung ist, dass es einer Einteilung in Versorgungslevel bedarf, wird eine weitere Stufe des „Grundversorgers ohne Notfallversorgung“ benötigt. Diesem Versorger sind ebenfalls Leistungsgruppen der internistischen und chirurgischen Versorgung gemäß ihrem bisherigen Versorgungsauftrag zuzuordnen.

Die vorgeschlagenen Strukturmerkmale in den jeweiligen Leveln müssen hin-

sichtlich ihrer Ausgestaltung auf ein wirklich sinnvolles Maß angepasst werden.

Die verbindliche Zuordnung von Leistungsgruppen muss unterbleiben, sie kann allenfalls von den Planungsbehörden der Bundesländer vorgenommen werden.

Die vorgeschlagene Verlagerung von Fachkliniken an andere Krankenhausstandorte macht weder qualitativ noch wirtschaftlich Sinn und muss unterbleiben.

**Leistungsgruppen**

Leistungsgruppen sind eine sinnvolle Idee der Reformkommission. Leistungsgruppen sind gut geeignet, um die Anforderungen an eine gute Patientenversorgung zu definieren. Leistungsgruppen können auch im Rahmen der Krankenhausplanung angewendet werden. Ihr Vorteil ist, dass auf der einen Seite qualitative Anforderungen an die Leistungserbringung (Personal, Klinikausstattung und Prozesse) formuliert werden können. Sie sind auf der anderen Seite gut von den klassischen Abteilungsbezeichnungen abgrenzbar und ermöglichen Kooperationen und Absprachen der Krankenhäuser untereinander.

Nicht funktionieren hingegen kann die vorgesehene zwingende Zuordnung von Leistungsgruppen zu einzelnen Versorgungsleveln. Die Qualität der Leistungserbringung ergibt sich nicht aus dem Versorgungslevel des Kranken-

hauses, sondern aus den formulierten und definierten Qualitätsanforderungen selbst. Natürlich spielen auch Aspekte der Patientensicherheit eine wesentliche Rolle (z. B. TAVI und Herzchirurgie oder Stroke Unit und Neurochirurgie, auch in Kooperation).

**Vorschlag**

Die vorgesehene verbindliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu einzelnen Versorgungsleveln kann nicht funktionieren. Sie wird abgelehnt und darf nicht umgesetzt werden. Die Leistungsgruppen selbst sollten detaillierte Vorgaben zu Ausstattung, Prozessen und Qualifikation enthalten. Dafür müssen alle anderen Qualitätsvorgaben, wie zum Beispiel Pflegepersonaluntergrenzen, abgeschafft werden.



## Vorhaltepauschalen

Vorhaltepauschalen werden als ein Instrument zur Überwindung der ökonomischen Zwänge im Krankenhaus beschrieben. Dies kann nur bedingt bejaht werden. Richtig ist, dass Vorhaltepauschalen in Höhe von 40 Prozent die Notwendigkeit, mehr Patienten behandeln zu müssen, dämpft. Allerdings ist dies bei weitem keine Befreiung der Kliniken aus den ökonomischen Zwängen, weil sie weitere 60 Prozent der Kosten über DRG-Erlöse erwirtschaften müssen. Insofern bleiben Zweifel, ob dieses gut gemeinte Instrument am Ende gut wirken wird.

### Vorschlag

**Variante 1:** Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von bedarfsnotwendigen Versorgungseinheiten, die die Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Dies könnten zum Beispiel die Notaufnahme, die Notfallambulanz (INZ), die Geburtshilfeabteilung und die Intensivstation sein.

**Variante 2:** Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von (ländlichen, kleinen) Krankenhäusern des Levels In 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.

Insofern könnte auch die komplizierte Vereinbarung von Pflegebudgets entfallen.

# Auswirkungsanalyse

## Krankenhausreform 2023



### Methodenvorstellung

Erste Einschätzung des BDPK zu den Vorschlägen der Regierungskommission.

Datenbasis:

Basierend auf den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (2020), aufbereitet von Datenanalyse Anbieter BinDoc

Besonderheit Fachkliniken:

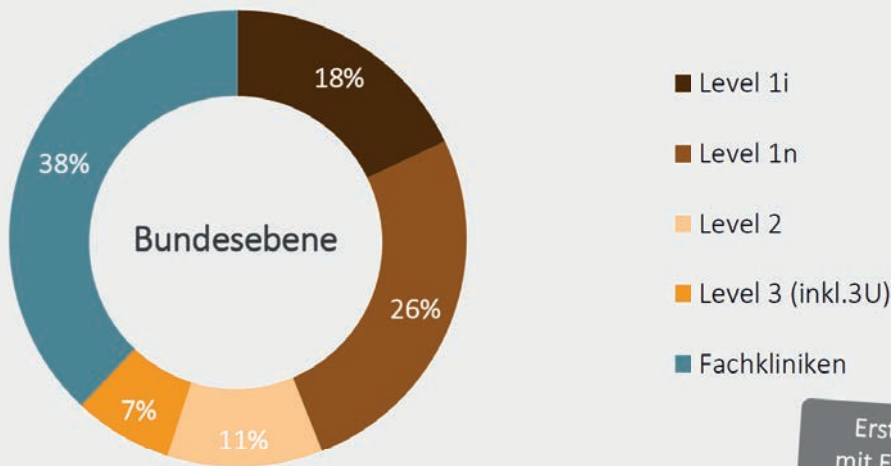
Einordnung über einen Algorithmus aufgrund fehlender bundeseinheitlicher Definition (anhand der Anzahl der Fachbereiche & Grad der Spezialisierung)

Level-Einordnung:

Notfallstufen nach G BA als wesentliches Einordnungskriterium.

Hinweis: Es können aufgrund fehlender Daten nicht alle von der Regierungskommission genannten Einordnungskriterien berücksichtigt werden. Die von BinDoc geschätzte Anzahl von Level I und II Kliniken stellt eine gewisse Über- und die Anzahl von Level Ii Kliniken eine Unterschätzung dar

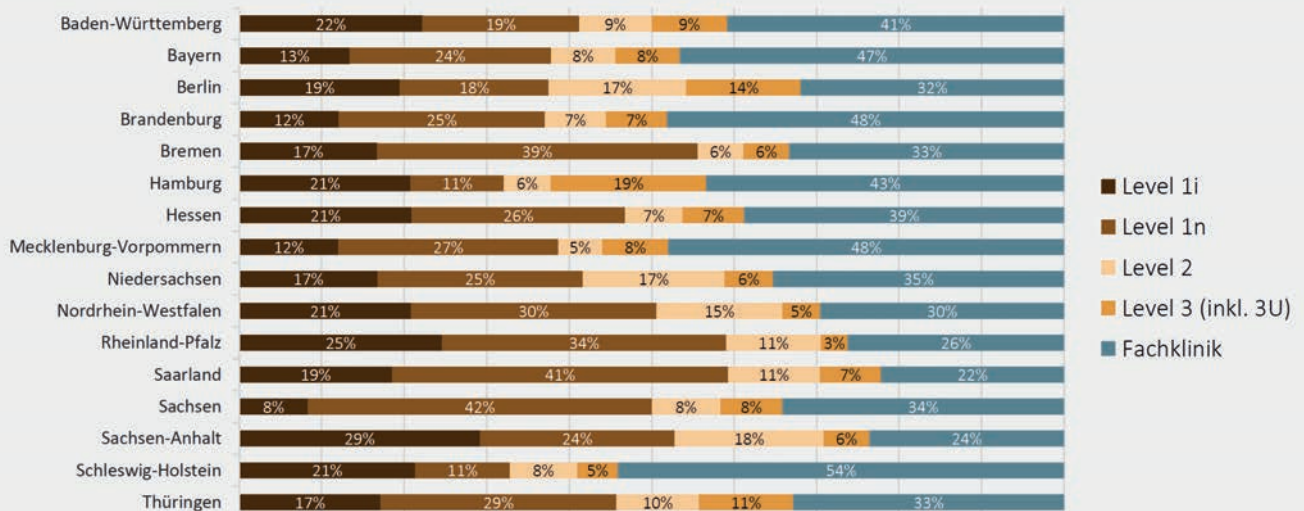
**Auf Bundesebene:** Versorgungslandschaft bei einer 1:1 Umsetzung (prozentuale Verteilung)



Erste Einschätzung mit Einschränkungen<sup>1</sup> (optimistisches Szenario)

1) Hinweis: Es können aufgrund fehlender Daten nicht alle von der Regierungskommission genannten Einordnungskriterien berücksichtigt werden. Die vorliegende Anzahl von Level 1n & 2 Kliniken stellt eine gewisse Über- und die Anzahl von Level 1i Kliniken eine Unterschätzung dar.

**Auf Länderebene:** Versorgungslandschaft bei einer 1:1 Umsetzung (prozentuale Verteilung)



Erste Einschätzung mit Einschränkungen<sup>1</sup> (optimistisches Szenario)

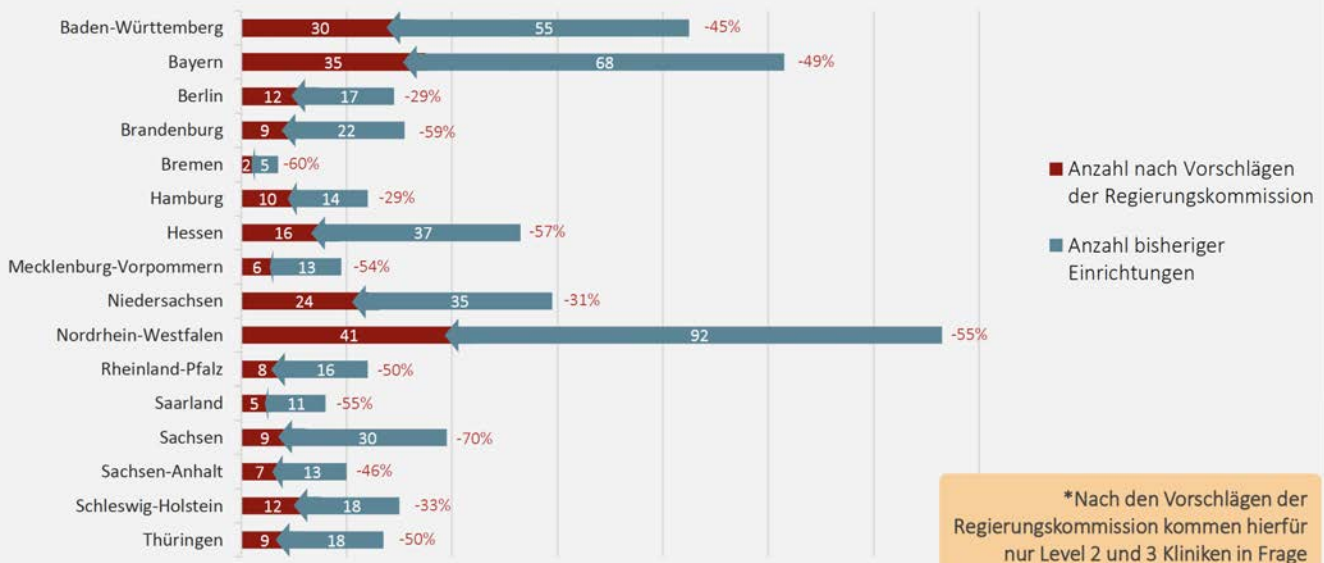
Die feste Zuordnung von Leistungsgruppen zu bestimmten Versorgungstufen (Leveln) hätte eine signifikante Auswirkung auf die Versorgungslandschaft. Im Folgenden wird beispielhaft die Auswirkung auf die Bereiche:

- Allgemeine Neurologie,
- Unfallchirurgie,
- Allgemeine Frauenheilkunde und Geburtshilfe

näher dargelegt. Diese Bereiche sollen nach Vorschlägen der Regierungskommission nur noch von Level II und Level III (U) Einrichtungen angeboten werden.

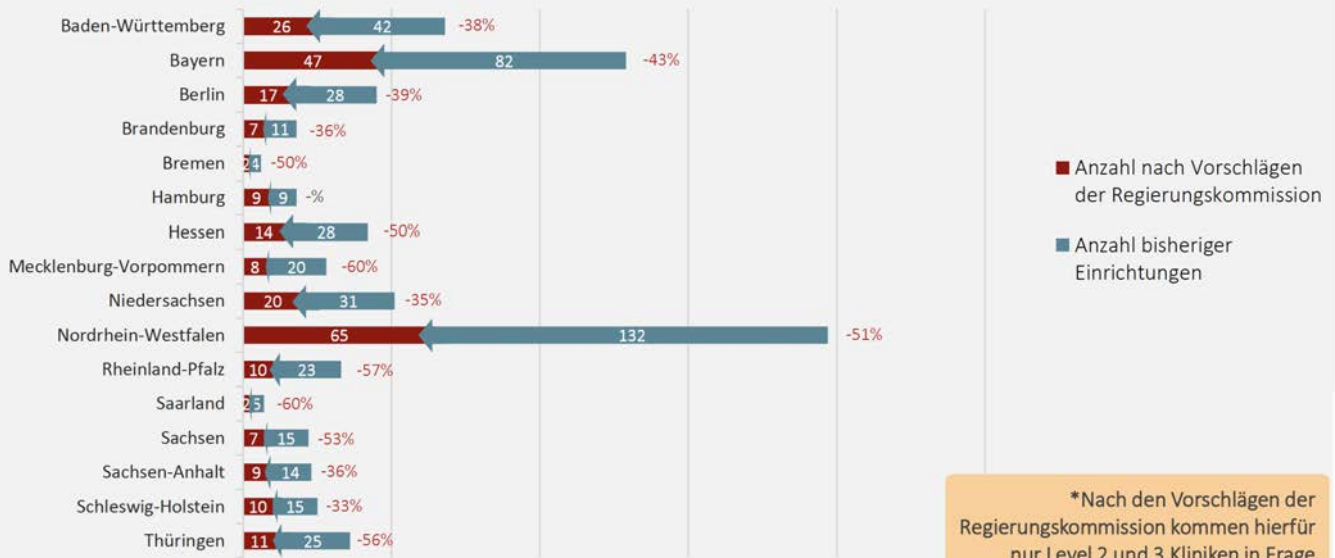
Erste Einschätzung mit Einschränkungen (optimistisches Szenario)

**Allgemeine Neurologie:** Versorgungslandschaft bei einer 1:1 Umsetzung



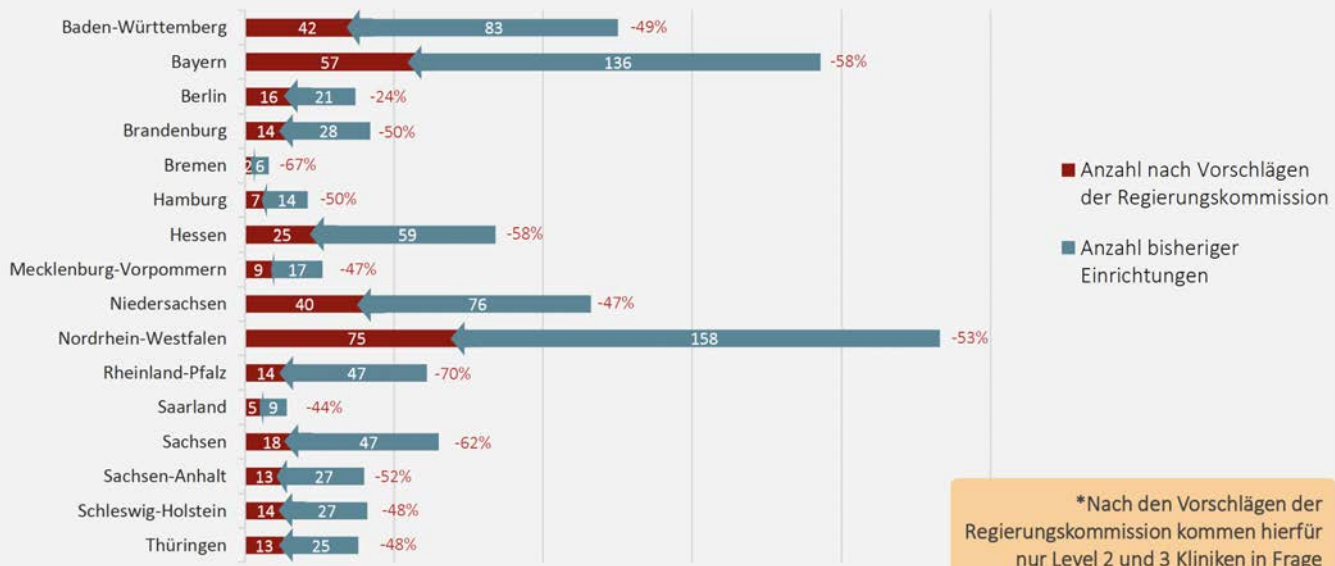
Erste Einschätzung mit Einschränkungen (optimistisches Szenario)

**Unfallchirurgie:** Versorgungslandschaft bei einer 1:1 Umsetzung



Erste Einschätzung mit Einschränkungen (optimistisches Szenario)

**Allgemeine Frauenheilkunde & Geburten:** Versorgungslandschaft bei einer 1:1 Umsetzung



## Weitere Informationen, Analysen und Berichte

Der BDPK veröffentlicht auf seiner Homepage ([www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)) laufend aktualisierte Beiträge zur Krankenhausreform 2023.

Dazu gehört auch ein „Level-Check“, mit dem Krankenhäuser über einen online-Fragebogen feststellen können, welchem Level sie angehören würden, wenn die Vorschläge der Regierungskommission unverändert gesetzgeberisch umgesetzt würden.

Der BDPK vertritt seit 1955 die Interessen der deutschen Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft



 **723** Krankenhäuser

 **613** Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

in privater Trägerschaft

**8 Mio.**



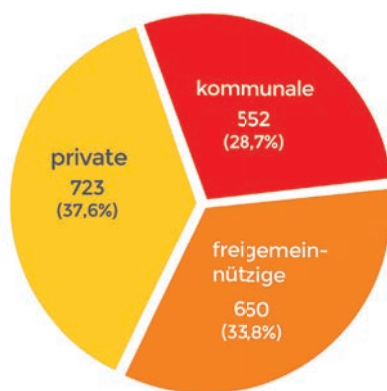
Patient:innen  
jährlich

**250.000**

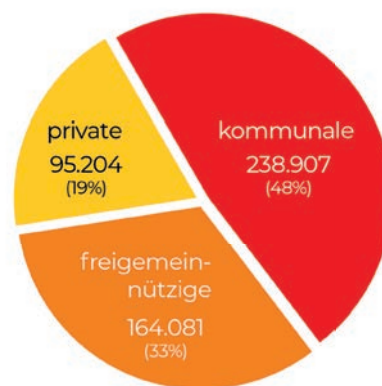


Mitarbeiter:innen

Krankenhäuser

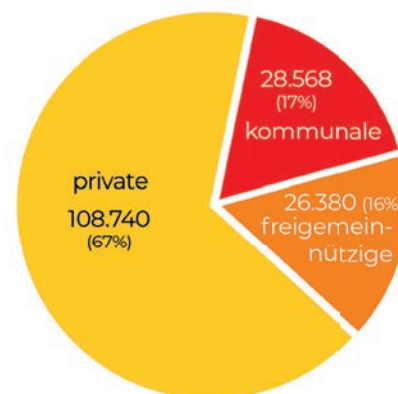
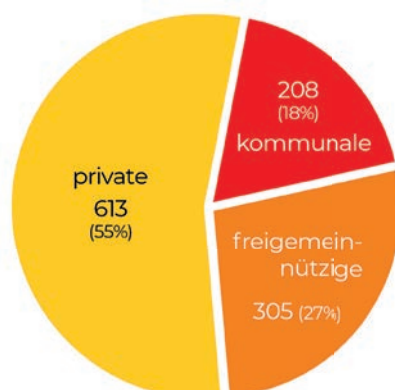


Anzahl



Betten

Reha-/Vorsorgeeinrichtungen





**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

BDPK

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Friedrichstraße 60 | 10117 Berlin

post@bdpk.de

Telefon +49 30 / 2400899-0

Fax + 49 30 / 2400899-30

www.bdpk.de

Folgen Sie dem BDPK  
auch auf Facebook und Twitter.



Foto Titelseite und Seite 10:  
Adobestock