



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Impulse für die Krankenhausreform

Analysen und Vorschläge
zu den wesentlichen Elementen der
bisher bekannten Reformvorstellungen

Stand: 15.02.2024

Denkanstöße für eine Krankenhausreform

Der BDPK teilt die Einschätzung, dass eine Krankenhausreform dringend erforderlich ist. Eine solche Reform muss jedoch Verbesserungen für die Patientenversorgung und die Krankenhäuser bringen, die sich derzeit in einer akuten wirtschaftlichen Notsituation befinden. Weiterhin muss sich die Arbeitssituation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbessern, die von unbeherrschbarer und zermürender Bürokratie geprägt ist. Für eine echte Krankenhausreform ist es erforderlich, dass die bestehenden Probleme präzise analysiert und sachgerechte Lösungen gefunden werden.

Zunächst ist feststellbar, dass sich fast jedes Krankenhaus in einer wirtschaftlichen Notlage befindet. Es ist unsicher, welche Krankenhäuser diese Situation ohne mutiges politisches Eingreifen überhaupt überleben werden. Insofern ist eine Krankenhausreform waghalsig, die die wirtschaftliche Notlage der bestehenden Krankenhäuser außer Acht lässt. Schlimmstenfalls werden die Krankenhäuser, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dringend gebraucht werden, insolvent und drohen vom Markt zu verschwinden. Dazu ist anzumerken, dass die jeweiligen Bundesregierungen über die Jahrzehnte mit immerwährenden Eingriffen in die Refinanzierungssystematik des DRG-Systems dafür gesorgt haben, dass die heutige Kombination aus Preissteigerungen und Fallzahlrückgängen nicht mehr ausgeglichen wird und nun fast alle Krankenhäuser in ihrer Existenz bedroht sind.

Deshalb ist es dringend erforderlich, dass die Bundesregierung die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser sofort stabilisiert!

Hierzu macht der BDPK die folgenden Vorschläge:

- 1. Wiedereinführung der Möglichkeit der Landesbasisfallwertkorrektur bei sinkenden Fallzahlen** (§ 10 Abs. 4 KHEntgG)
- 2. Aufhebung der Kappung des Veränderungswertes** (§ 9 Abs. 1 b KHEntgG, § 10 Abs. 6 KHEntgG und § 9 Abs. 1 BPfIV)

3. Streichung der Kappungsgrenze (aktuell 50 Prozent) bei Refinanzierung der Tarifsteigerungen (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)

Dies wären zielgerichtete Maßnahmen, die sich leicht umsetzen ließen. Sie würden von den Krankenkassen finanziert und hätten somit auch keine Auswirkung auf den Bundeshaushalt.

Die wissenschaftlich besetzte Regierungskommission hat nachvollziehbar beschrieben, wie durch den Wegfall kleinerer Krankenhäuser mit weniger Fachabteilungen eine Leistungskonzentration auf große Kliniken entstehen soll. Die kleineren Krankenhäuser stehen aber häufig in dünner besiedelten ländlichen Regionen, deshalb wird es hier zu Versorgungsengpässen kommen, wenn die Kliniken verschwinden. Für eine Strukturreform der Krankenhäuser ist es aus unserer Sicht von Bedeutung, die Ausgangslage und die zukünftige Aufgabenstellung für Krankenhäuser präzise zu definieren. Davon hängt nämlich ab, ob die gefundenen Regulierungsmechanismen dazu führen, dass eine gute Patientenversorgung gewährleistet wird.

Im Reformprozess muss gewährleistet sein, dass die Krankenhaus-träger selbst und ihre Verbände an der Diskussion beteiligt werden. Dies ist bisher in keiner Form geschehen. Zudem vermissen wir den Blick aufs Ganze: Eine Reform, die allein auf den Krankenhaus-Sektor beschränkt ist, greift zu kurz und schafft keine Versorgungssicherheit. Um stabile Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung zu schaffen, müssen alle Anbieter medizinischer Leistungen einbezogen werden (vgl. unsere »[Impulse für eine Krankenhausreform, Punkte 2 und 3](#)).

Der festgefahrenen Reform möchten wir mit diesem Papier neue Impulse geben. Unsere Analysen und Vorschläge basieren auf dem Ende des Jahres 2023 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Arbeitsentwurf für das Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) sowie auf dem vom Bundestag verabschiedeten Krankenhaustransparenzgesetz.

Impulse für eine Krankenhausreform

Ein wesentliches Ziel der Reform scheint darin zu bestehen, Überversorgung abzubauen. Das ist zu wenig! Denn die vorgesehenen Instrumente sind nicht geeignet, um Unterversorgung zu vermeiden bzw. zu beseitigen. Deshalb brauchen wir neue Rahmenbedingungen, mit denen Strukturen geschaffen werden, die eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung heute und morgen sicherstellen. Die wesentlichen Elemente dieser Rahmenbedingungen haben wir in den nachstehenden Überlegungen skizziert und stellen dies unseren Bewertungen der einzelnen Reform-Instrumente voran.

1. Praktikable Ausgestaltung der ambulanten Leistungserbringung in Krankenhäusern

Die Einführung einer sektorengleichen Vergütung mit Hybrid-DRG und AOP-Katalog ist grundsätzlich der richtige Weg. Allerdings wird die politisch gewollte und sinnvolle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen mit der gegenwärtigen Form der Vergütungsregelungen gehemmt. So ist beispielsweise mit den Hybrid-DRG die Leistungsvergütung für ambulante Leistungen um 35 Prozent niedriger als die Vergütung für die gleiche stationäre Leistung. Solche erheblichen Einnahmerückgänge verhindern die notwendigen Investitionen, die für Personalanpassungen sowie für die Umgestaltung von Strukturen, Ausstattung und Prozessen erbracht werden müssen. Der Wille zur ambulanten Öffnung ist bei den Krankenhäusern zwar vorhanden, die finanziellen Mittel dafür fehlen aber. Der niedergelassene Bereich wird allein nicht in der Lage sein, den erwarteten Anstieg ambulanter Behandlungen zu erbringen, deshalb ist es wichtig, dass die „Ambulantisierung“ der Krankenhäuser mit folgenden Anreizen gefördert wird:

- Für einen Übergangszeitraum von drei Jahren sollten alle Krankenhausfälle mit bis zu drei Belegungstagen auch ambulant erbracht werden können. Die bisherige Vergütung bleibt im Übergangszeitraum unverändert, um Anreize zur Prozessoptimierung zu schaffen.

- Temporärer Verzicht auf primäre und sekundäre Fehlbelegungsprüfung.
- Während des Übergangszeitraum werden die Maßnahmen wissenschaftlich begleitet, um die Auswirkungen auf die Qualität der erbrachten Leistungen und die Versorgungsabläufe sowie wirtschaftliche Effekte zu evaluieren.

2. Entwicklung eines Systems zur regionalen Versorgungsplanung

Für eine wirksame Reform greift der isolierte Blick auf Krankenhäuser zu kurz. Deshalb sollte – wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung vereinbart – eine regionale Versorgungsplanung entwickelt werden. Dazu sollten Bund und Bundesländer gemeinsam ein Planungsinstrument schaffen, das auf die relevanten Versorgungsangebote ausgerichtet ist:

- Hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung unabhängig davon, ob die Leistungen in freiberuflicher Niederlassung oder ambulant am Krankenhaus erbracht werden
- Ambulante Notfallversorgung (im ambulanten Notdienst der Arztpraxen oder ambulante Notfallversorgung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser) vor einer stationären Krankenhausbehandlung
- Stationäre Versorgung nach Versorgungsbereichen/Leistungsgruppen (zwingend in 30 Minuten Notfallversorgung für Herzinfarkte, Schlaganfälle internistische und chirurgische/unfallchirurgische Notfälle. Versorgung chronisch kranker Patienten in spezialisierten Krankenhäusern bzw. Fachkrankenhäusern)
- Ausgestaltung und Optimierung des Rettungsdienstes unter Berücksichtigung zumutbarer Erreichbarkeit für die Notfallversorgung

- Verfügbare Angebote zur Übergangs- und Langzeitpflege

Dazu gehört auch: Um die nahtlose Versorgung im Anschluss an die Krankenhausentlassung zu regeln, muss der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für medizinische Reha-Leistungen entfallen.

3. Entwicklung/Einführung von regionalen Gesundheitsbudgets

Die Entwicklung, Erprobung und Einführung von regionalen Gesundheitsbudgets müsste mit der unter 2. beschriebenen regionalen Versorgungsplanung einhergehen. **»Konkrete Umsetzungsvorschläge hierzu hat der BDPK mehrfach der Politik vorgestellt und auf seiner Homepage veröffentlicht.**

4. Streichung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA)

Der FDA ist spezialisierungsfeindlich und eine Bestrafung von Kliniken, die eine politisch gewollte und medizinisch sinnvolle Versorgung umsetzen.

5. Radikale Entbürokratisierung

Streichung aller Kontrollvorschriften in den relevanten Gesetzen als temporäre Maßnahme, die wissenschaftlich und repräsentativ evaluiert wird. Danach wird entschieden, welche Vorschriften wie wieder eingesetzt werden müssen. **»Eine ausführliche Zusammenfassung unserer konkreten Vorschläge zum Bürokratieabbau haben wir auf der BDPK-Homepage veröffentlicht.**

6. Deutliche Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze

In jedem Bundesland wird die Zahl der Medizinstudienplätze zunächst um 20 Prozent erhöht, in einem zweiten Schritt dann um 30 Prozent oder mehr. Die Finanzierung erfolgt zentral aus Bundesmitteln. Eventuell sind auch pauschale Ausgleichszahlungen durch die Bundesländer denkbar, wenn Mediziner in einem anderen Bundesland tätig werden als das, in dem sie ausgebildet wurden.

7. Dringend gebraucht: Neuer ordnungspolitischer Rahmen für Krankenhäuser

Die Gestaltung der Krankenhauspolitik der letzten 20 Jahre seit Einführung der DRG ist von einer kleinteiligen Regulierung im Detail bestimmt. Diese Regulierungen – wie zum Beispiel die Abwertung sachkostenintensiver DRG, die Einführung des Fixkostendegressionsabschlags, die Einführung dezidierter Personalvorgaben durch einen Pflegequotienten und Pflegepersonaluntergrenzen sowie die Einführung der Pflegebudgets und diverse Korrekturen am Landesbasisfallwert – lassen sich ganz sicher nicht als wegweisende Krankenhauspolitik typisieren, die die Produktivität und Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Krankenhausversorgung vorangebracht haben. Sie sind vielmehr strenge bürokratische Regulierungen, die vor allem die Kosten der Krankenhäuser, die von den Krankenversicherungen zu tragen sind, deutlich nach oben getrieben haben. Messbare Qualitätsfortschritte für die Patienten oder bürokratische Entlastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben diese Gesetzesinitiativen nicht gebracht. Bereits erreichte Produktivitätsfortschritte, wie die kostensenkende Entlastung des pflegerischen Dienstes durch Pflegeassistenten, wurden im Zuge der Berechnungssystematik der Pflegebudgets wieder rückgängig gemacht.

Insofern ist es bei absehbar knapper werdenden finanziellen Mitteln für unser Gesundheitssystem notwendig, wieder eine Krankenhauspolitik zu machen, die Anreize setzt, sich wirtschaftlich zu verhalten und die Versorgungsqualität für die Patienten zu verbessern. Hierzu wird der BDPK im Sommer 2024 Vorschläge unterbreiten.

Bewertung der bisher bekannten Reformvorstellungen

Level / Krankenhausverzeichnis

Sachstand „Krankenhaustransparenzgesetz“

Das Krankenhaustransparenzgesetz (Neufassung § 135d SGB V) sieht vor, dass das BMG Informationen zu einzelnen Standorten von Krankenhäusern in einem sogenannten Transparenzverzeichnis veröffentlicht. Dazu gehören Daten über das Leistungsangebot, Fallzahlen und das Vorliegen von Zertifikaten. Krankenhäuser sollen in Versorgungsstufen (Level) eingeteilt werden, die Level-Zuordnung erfolgt durch das InEK nach folgenden Kriterien:

- Level 3U Standort einer Hochschulklinik mit Leistungsgruppe (LG) Intensivmedizin und LG Notfallmedizin, sowie mind. fünf internistische LG, mind. fünf chirurgische LG, zusätzlich acht weitere LG.
- Level 3 Gleiche Kriterien wie Level 3U, aber kein Standort einer Hochschulklinik.
- Level 2 Standort mit LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, mind. zwei internistische LG, mind. zwei chirurgische LG, zusätzlich drei weitere LG.
- Level F Zuordnung über die Landesplanungsbehörde: Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten.
- Level In Standort mit mind. LG Allgemeine Innere Medizin, LG Allgemeine Chirurgie, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin bzw. Standorte, die die Kriterien für Level
- Level Ii Zuordnung über die Landesplanungsbehörde: Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung erbringen und in der Regel keine Notfallmedizin vorhalten.

Nach aktuellem Stand soll der Vermittlungsausschuss von Bund und Ländern am 21. Februar 2024 zum Krankenhaustransparenzgesetz zusammenkommen, nachdem der Bundesrat das Gesetz Ende November 2023 abgelehnt hatte. Die nächste Bundesratssitzung, in der über das Ergebnis der Vermittlung beraten werden könnte, ist am 22. März 2024.

Analyse

Initiativen zur Verbesserung von Qualitätstransparenz sind sinnvoll. Private Klinikträger setzen sich hierfür u.a. mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Portal Qualitätskliniken.de ein. Allerdings bringt die Zuordnung von Krankenhäusern zu Leveln keine qualitative Erkenntnis für die Patienten. Es wird suggeriert, dass eine Klinik des Levels 3 besser ist als eine Klinik im Level 1n oder 2. Im Wesentlichen wird die Zuordnung zu den Leveln durch die Anzahl der Fachabteilungen der Klinik bestimmt. Dies ist nicht zwingend ein Qualitätsmerkmal. Der Effekt ist, dass ein Sog von Patienten in Richtung Kliniken im Level 3 entstehen kann, den diese Kliniken gar nicht bewältigen können. Dies führt zu Wartezeiten-Medizin.

Dass die vorgesehene Veröffentlichung von Leveln für Transparenz nicht geeignet ist, belegt auch die siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.

Vorschlag

Statt eines neuen Portals, das zusätzlichen Arbeitsaufwand und Kosten verursacht, sollten im Transparenz-Register die vorhandenen Portale und Transparenz-Initiativen zusammenfassend dargestellt werden.

Dazu gehören das Deutsche Krankenhausverzeichnis der DKG, die Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung, die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und die Krankenhaus-Navigatoren mit Qualitätsergebnissen aus den Daten der Krankenkassen sowie die sogenannten klinischen Register, wie Krebs- oder Endoprothesen-Register. Dies wäre eine sinnvolle, konsequente und laienverständliche Darstellung der Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser.

Der Fokus sollte dabei auf Behandlungsergebnissen liegen, die sich zum Beispiel mit Komplikations- und Mortalitätsraten aus Routinedaten messen lassen.

Leistungsgruppen (LG)

Sachstand

Laut dem Arbeitsentwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zu § 135e SGB V (neu), § 275a SGB V (neu) und § 6a KHG (neu) sollen 60 somatische Leistungsgruppen aus NRW eingeführt werden, zuzüglich fünf ergänzende Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie).

Eine Weiterentwicklung soll anhand einer Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen. Empfehlungen werden von einem Ausschuss vorbereitet (Leitung Bund/Länder, BÄK, Pflege, DKG, GKV-SV). Der Ausschuss wird vom InEK und BfArM unterstützt. Bund und Länder können unter Einbeziehung der AWMF Initiativvorschläge vorlegen. Für die Zuweisung der Leistungsgruppen müssen Krankenhäuser auf Bundesebene festgelegte Strukturvorgaben einhalten. Die Prüfung erfolgt über den Medizinischen Dienst. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch die Landesplanungsbehörden. Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen kann die Landesplanungsbehörde von den Strukturvorgaben auf Bundesebene abweichen. Die Zuweisung erfolgt dann mit einer Auflage, die innerhalb einer Frist von höchstens einem Jahr zu erfüllen ist.

Analyse

In NRW dienen die Leistungsgruppen zur Krankenhausplanung. Laut Arbeitsentwurf sollen diese jetzt zur **Finanzierung** der Krankenhausleistungen bundesweit verwendet werden. Hierfür ist ihre grobe Systematik jedoch unpassend. Deshalb wurde auch bereits von der Regierungskommission für die Krankenhausreform eine Ausweitung auf 128 Leistungsgruppen für die Finanzierung vorgeschlagen.

Grundsätzlich sind Leistungsgruppen durchaus geeignet, um die Anforderungen an eine gute Patientenversorgung zu definieren. Das geschieht aber auch bisher bereits im DRG-Katalog und den zugehörigen OPS-Ziffern. Hier drohen Kollisionen und der Arbeitsentwurf legt einen zu starken Fokus auf Strukturvorgaben.

Zudem gibt es gerade in der Aufteilung zwischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und Fachkliniken landesspezifische Besonderheiten. Diese können durch bundeseinheitliche Definitionen nicht hinreichend abgebildet werden. Die Folge wäre, dass es in den Bundesländern zu Versorgungslücken (z.B. neurologische Frührehabilitation) kommt.

Vorschlag

Wenn die Gliederung in Leistungsgruppen politisch gewollt ist, sollte damit das Leistungsgeschehen auch realistisch abgebildet werden. Dafür ist das NRW-System nicht differenziert genug, weil Planungsvorgaben als Qualitätskriterien zu oberflächlich sind. Beschrieben werden muss, was medizinisch Sinn macht und den Patienten dient. Bei der Festlegung von Qualitätsanforderungen sollte bürokratiearmen Kriterien wie Mindestmengen und Ergebnisqualitätsindikatoren Vorrang gegenüber Strukturvorgaben gegeben werden.

Wenn Leistungsgruppen eingeführt werden, müssen zeitgleich redundant gewordene Qualitätsvorgaben gestrichen werden (z.B. Qualitätsrichtlinien des G-BA, PpUGV, StrOPS, etc.).

Zwingend erforderlich ist die Berücksichtigung regionaler Versorgungsunterschiede. So setzt die NRW-Systematik z.B. in der Neuro-

logischen Früh-Reha die Leistungsgruppe Intensivmedizin voraus, die in anderen Bundesländern in anderer Form vorgehalten wird. Würde die NRW-Systematik bundesweit greifen, müssten zahlreiche leistungsfähige Spezialversorger ihren Betrieb einstellen – mit verheerenden Folgen für die Patientenversorgung!

Fachkrankenhäuser

Sachstand

Laut Arbeitsentwurf für das KHVVG (§ 135e SGB V -neu-) sollen für die Leistungsgruppen auf Bundesebene Strukturvorgaben eingeführt werden. Diese sind von allen zugelassenen Krankenhäusern verpflichtend einzuhalten, wenn sie Leistungen erbringen wollen, dies gilt auch für spezialisierte Fachkrankenhäuser.

Analyse und Vorschlag

Die Leistungsgruppensystematik aus NRW ist für Fachkrankenhäuser in der zuletzt diskutierten Form nicht umsetzbar, da sie als Anbieter spezialisierter Krankenhausversorgung grundsätzlich keine Grundversorgung in den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und „Intensivmedizin“ vorhalten. Dies würde aus medizinischen Gründen auch keinen Sinn machen, da damit die Versorgung der Patienten nicht verbessert würde. Anwendbar wäre die Leistungsgruppensystematik für Fachkrankenhäuser nur dann, wenn die Vorhaltung einzelner Leistungsgruppen für das Indikationsspektrum zwingend erforderlich ist (Beispiele: konservative Orthopädie, Diabetologie, Rheumatologie, neurologische Frührehabilitation). Sofern medizinisch notwendig, kann die Grundversorgung in Kooperation sichergestellt werden.

Die Leistungsgruppen aus NRW wurden für die Krankenhausplanung und nicht für die Leistungserbringung erstellt und sind allgemeine Beschreibungen von Mindestvoraussetzungen. Deshalb haben sie keinen sinnvollen qualitativen Bezug zu Leistungsvorgaben. Geeigneter sind die Qualitätsvorgaben der OPS-Komplexcodes, die deshalb Anwendung finden sollten.

» Konkrete Vorschläge zur Definition und zu den strukturellen Qualitätsanforderungen an die Fachkrankenhäuser hat der BDPK auf seiner Homepage veröffentlicht.

Sektorübergreifende Versorgung (Level 1i)

Sachstand

Laut Arbeitsentwurf für das KHVVG (§ 115g SGB V -neu-, § 6b KHG -neu- und § 6c KHEntgG -neu-) sollen die Landesplanungsbehörden im Benehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen bestimmen, welche Plankrankenhäuser als Level 1i Einrichtungen betrieben werden.

DKG und GKV-SV vereinbaren im Benehmen mit der PKV:

- 1) Verpflichtend vorzuhaltende stationäre Leistungen aus den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Geriatric“,
- 2) Katalog von stationären Leistungen, die darüber hinaus erbracht werden dürfen,
- 3) Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen für die Leistungserbringung. Überprüfung erfolgt alle zwei Jahre.

Zu den erbringbaren Leistungen gehören zudem: Ambulante Leistungen aufgrund Ermächtigung, Leistungen des AOP-Katalogs (§ 115b SGB V), medizinisch-pflegerische Versorgung (§ 115h SGB V -neu-), belegärztliche Leistungen (soweit vom Versorgungsauftrag erfasst), Übergangspflege (§ 39e SGB V), Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V), Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).

Die Leistungserbringung wird durch krankenhausesindividuelle, degressive Tagessätze vergütet.

Analyse

Das Leistungsspektrum für Level-1i-Einrichtungen wird unabhängig von der Versorgungssituation in der Region bundeseinheitlich auf wenige Leistungsgruppen limitiert.

Der Ausschluss von Vorhaltevergütung und regelhafter Finanzierung von Investitionen schränkt die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Level-1i-Einrichtungen massiv ein.

Die Umwandlung von Krankenhäusern in Level-1i-Einrichtungen wird erheblichen Sonderinvestitionsbedarf erfordern – ohne den die Häuser keine Chance für eine gesicherte Existenz haben und vom Markt verschwinden werden.

Vorschlag

Level-1i-Einrichtungen sind zwingend in die Investitionsplanung der Länder einzubinden. Level-1i-Einrichtungen müssen dauerhaft zur Erbringung ambulant medizinischer Leistungen ermächtigt werden. Landesbehörden muss ermöglicht werden, sie hierzu ohne Zustimmung der KV zu ermächtigen. Der für die Umwandlung von Krankenhäusern in Level-1i-Einrichtungen erforderliche Sonderinvestitionsbedarf muss im angekündigten Transformationsfonds berücksichtigt sein.

Level-1i-Einrichtungen müssen sich im bestehenden System refinanzieren können. In der Phase der Umsetzung ist die Fortschreibung der Budgets sinnvoll.

Vorhaltefinanzierung

Sachstand

Der Arbeitsentwurf für das KHVVG: § 17b KHG (angepasst), § 37 KHG (neu), § 6b KHEntgG (neu) sieht vor:

- Pauschaler, gesetzlich vorgegebener Vorhalteanteil von 40 Prozent. Weitere Bestandteile der Vergütung sind das Pflegebudget (20 Prozent) und abgesenkte Residual-DRG (40 Prozent).
- Ausweisung des aus den Fallpauschalen ausgegliederten Volumens nach Land und Leistungsgruppen.
- Jedes Krankenhaus wird vom InEK in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach bisheriger Fallzahl und Fallschwere eingestuft; Neueinstufung ist zunächst nach zwei Jahren, danach alle drei Jahre vorgesehen.
- Fallzahlveränderungen innerhalb eines Korridors von +/-20 Prozent sollen keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl haben.
- Zuschläge für koordinierende und vernetzende Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger sowie zusätzlich Zuschläge in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe sowie Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin.

Analyse

Die Einführung einer Vorhaltefinanzierung wird vor allem damit begründet, dass die Krankenhaus-Fallzahlen aufgrund von Fehlanreizen des DRG-Systems unnötig gestiegen seien. Tatsache ist, dass es lediglich bis 2019 einen kontinuierlichen Anstieg der Fallzahlen gab, seit dem sind die Zahlen rückläufig. Der Fallzahlrückgang von 2019 zu 2023 in Höhe von 13 Prozent ist nicht allein mit der Corona-Pandemie zu erklären und die Wissenschaft ist sich einig, dass sich die Tendenz rückläufiger Krankenhausbehandlungen auch ohne Krankenhausreform zukünftig fortsetzen wird. Zur Verhinderung steigender Fallzahlen braucht es also keine Vorhaltefinanzierung.

Auch die Annahme, dass mit der Vorhaltefinanzierung die Existenz von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern gesichert würde, erweist sich als Trugschluss. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beauftragte und Mitte Januar 2024 vorgestellte **»Auswirkungsanalyse der Vebeto GmbH** zeigt das Gegenteil: Mit der

Vorhaltepauschale bliebe die Erlössituation einer Klinik unverändert, wenn sich die Zahl ihrer Patienten nicht verändert. Wenn die Zahl der Patienten sinkt, profitiert die Klinik anteilig von einer Vorhaltefinanzierung für Leistungen, die sie gar nicht erbracht hat. Steigt die Fallzahl, erhält die Klinik weiterhin die auf einer niedrigeren Fallzahl festgelegten Beträge für die Vorhaltung – unabhängig von der steigenden Zahl der Patienten. Neben der zu niedrigen Vorhaltepauschale werden nämlich für die Leistungen nur noch die gekürzten Residual-DRG gezahlt. Aus ökonomischer Sicht wird so der Anreiz für das einzelne Krankenhaus geschaffen, innerhalb eines Korridors möglichst weniger Patienten als vorgesehen zu behandeln.

In der vorgesehenen Form funktioniert die Vorhaltepauschale also wie eine Weghaltepauschale – und sie würde die Versorgung verschlechtern.

Hinzu kommt, dass das Ziel der Krankenhausreform die Schließung beziehungsweise Umwandlung möglichst vieler kleiner Kliniken ist. Das bedeutet, dass die Patienten in den verbleibenden größeren Kliniken versorgt werden müssten, woran diese aus oben genannten Gründen nur geringes Interesse haben dürften. Die Folgen wären sehr wahrscheinlich Wartezeiten für die Patienten und eine deutlich verschlechterte Versorgungslage der Bevölkerung in ländlichen Regionen.

Auch aus ordnungspolitischer Sicht ist die Vorhaltefinanzierung fragwürdig, da der Bund durch die Verknüpfung der auf Bundesebene vorgegebenen Mindestanforderungen von Leistungsgruppen und der Vorhaltefinanzierung in die Krankenhausplanung der Länder eingreift.

Zudem ist eine ökonomische Entlastung der Kliniken durch die Vorhaltefinanzierung auch deshalb zweifelhaft, weil sie in der vorgesehenen Form den Krankenhäusern neue kostenverursachende Struktur- anforderungen und bürokratischen Mehraufwand auferlegt.

Vorschlag

Wenn die Einführung einer Vorhaltefinanzierung politisch gewollt ist, dann sollte sie mit der Sicherstellung notwendiger Behandlungsangebote verknüpft werden: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten entweder

- von bedarfsnotwendigen Leistungsgruppen (z. B. Notaufnahme, Notfallambulanz (INZ), Geburtshilfeabteilung, Intensivstation) oder
- von Krankenhäusern in ländlichen Regionen (entsprechend dem System des Sicherstellungszuschlags).

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.



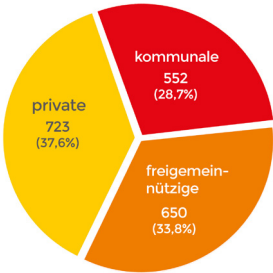
Patient:innen
jährlich

250.000

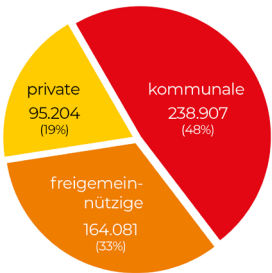


Mitarbeiter:innen

Krankenhäuser

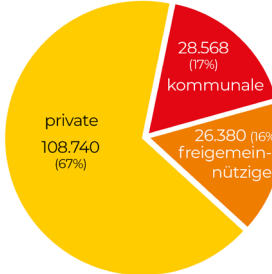
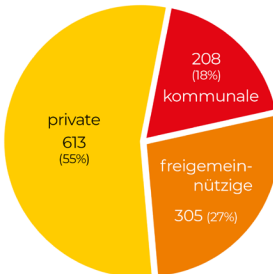


Anzahl



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 LinkedIn und X (vormals Twitter).

