

Dr. Gerald Gaß

Reform mit Augenmaß

Ein Vorschlag der DKG zur geplanten Krankenhausreform für starke Krankenhäuser, leistungsfähige Patientenversorgung, attraktive Arbeitsplätze

Der demografische Wandel macht mutige, zukunftsorientierte Schritte zur Umgestaltung unseres Gesundheitswesens zwingend notwendig. Dies gilt nicht nur, aber auch für die Krankenhausversorgung. Die Auswirkungen des zunehmenden Fachkräftemangels bei steigender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch eine älter werdende Bevölkerung sind schon heute zu spüren. Es wird nicht möglich sein, in den heutigen Versorgungsstrukturen die notwendigen Gesundheitsleistungen von morgen zu erbringen.

Unstrittig ist auch, dass die Anpassung der heutigen Krankenhauslandschaft an die zukünftigen Herausforderungen vielerorts einen zunächst schmerzhaften Prozess des Strukturwandels auslösen wird. Nicht jeder Krankenhausstandort wird erhalten bleiben. Viele Standorte werden ihr Leistungsspektrum neu aufstellen müssen. Der zwingend erforderliche Wandel bietet für die Krankenhäuser, ihre Beschäftigten und vor allem für die Patientinnen und Patienten aber auch zahlreiche Chancen. Eine kluge Strukturreform muss die ambulanten und stationären Versorgungsangebote sektorenübergreifend enger miteinander vernetzen, die Personalausstattung der Krankenhäuser verbessern, überflüssige Bürokratie abbauen und den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser auf ein vernünftiges Maß reduzieren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihre Mitgliedsverbände haben mit ihrem Positionspapier zur 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages bereits im April 2021 ein umfassendes Konzept zur Modernisierung der medizinischen Versorgung in die politische Debatte eingebracht. Mit ihrem Positionspapier unterstreichen die Krankenhäuser zum wiederholten Male ihre Bereitschaft zu grundlegenden Reformen und fordern die Politik auf, die schon lange überfälligen Reformen zeitnah auf den Weg zu bringen. Die Krankenhäuser begrüßen deshalb ausdrücklich, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die große Krankenhausreform an die Spitze seiner Reformagenda gesetzt hat. Aufbauend auf den Empfehlungen der Regierungskommission haben die DKG und ihre Mitgliedsverbände einen eigenständigen Vorschlag zur zukünftigen Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft und -finanzierung erarbeitet und diesen am 13. Februar 2023 der Öffentlichkeit im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt.

Empfehlungen der Regierungskommission

Die am 6. Dezember 2022 veröffentlichten Kommissionsempfehlungen haben in der Krankenhausszene ein heterogenes Echo ausgelöst. Die Stimmen reichen bei einigen von großem Lob für den mutigen Entwurf bis hin zu Stimmen, die den völ-

ligen Zusammenbruch der flächendeckenden wohnortnahen Krankenhausversorgung vorhersagen. Unisono kein Verständnis konnten die Krankenhäuser für den wiederholten Vorwurf der Kommission aufbringen, dass jedes Krankenhaus unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen „alles mache“ und die vermeintliche Kostenexplosion maßgeblich auf die Entwicklungen im Krankenhausbereich zurückzuführen sei. Diese Vorwürfe entbehren jeglicher Faktenlage und werden daher auch von der DKG strikt zurückgewiesen. Tatsächlich hat der Krankenhausbereich mit seinen seit Jahren gedeckelten Erlössteigerungen die Ausgabenentwicklung der GKV sogar entlastet und die sich vielfach überlagernden Qualitätssicherungsvorgaben reglementieren das Leistungsgeschehen schon heute sehr tiefgreifend.

Als Dachverband der deutschen Krankenhausträger ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowohl Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung als auch wichtigstes Sprachrohr der Krankenhäuser gegenüber der Bundespolitik. Die DKG verbindet diese Aufgaben mit dem Anspruch der Verantwortung für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung und hat vor diesem Hintergrund ein ureigenes Interesse an einem für alle Beteiligten erfolgreichen Gelingen der Reform. Die Empfehlungen der Regierungskommission sind somit ein erster Aufschlag, der nun gemeinsam mit der vom Bundesgesundheitsminister einberufenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe in konstruktivem Austausch weiterentwickelt und mit Leben gefüllt werden muss.

Auswirkungsanalyse I: Kommissionsempfehlungen

Eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung ist ein elementarer Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge und genießt bei den Bürgerinnen und Bürgern höchste Priorität. Sowohl die Empfehlungen der Regierungskommission als auch sämtliche Vorschläge zu deren Weiterentwicklung müssen daher *vor* ihrer gesetzlichen Umsetzung umfassend auf ihre Auswirkungen auf die Versorgung analysiert werden. Für die DKG und ihre Mitgliedsverbände ist dies die Grundvoraussetzung für den Erfolg und die Akzeptanz der Reform.

Die von der DKG beauftragte Folgenabschätzung der Kommissionsempfehlungen durch hcb und vebeto kommt zu dem Ergebnis, dass eine 1:1-Umsetzung der Reformvorschläge der Regierungskommission tief in die bestehende Krankenhauslandschaft eingreifen würde (zu den Details siehe den Beitrag von Professor Augurzky in dieser Ausgabe). Von den aktuell



1 697 Krankenhausstandorten würden 150 dem Level III und 82 dem Level II zugeordnet. Von den 834 Standorten, die zunächst dem Level I zugeordnet würden, müssten bei strenger Anwendung der in den Kommissionsempfehlungen vorgesehenen 30-Minuten-Regel 562 Standorte dem Level II zugeordnet werden. Insgesamt beliefe sich die Zahl der Level II-Einrichtungen damit auf bis zu 978 (davon 416 „originäre“ II-Einrichtungen). Da es sich bei den Level II-Einrichtungen bei objektiver Betrachtung nicht um Krankenhäuser, sondern um lokale Gesundheitszentren mit pflegerischem Schwerpunkt handelt, lässt sich konstatieren, dass eine vollständige Umsetzung der Kommissionsempfehlungen zu einer massiven Ausdünnung der Krankenhauslandschaft und damit einhergehend auch zu regionalen Versorgungslücken führen würde. Rund 1 000 bisherige Krankenhausstandorte stünden für die zukünftige akutstationäre Versorgung nicht mehr zur Verfügung. Selbst eine weniger strenge Auslegung der Vorgaben und die Nutzung der im Konzeptionskonzept angelegten Öffnungsmöglichkeiten (insbesondere mit

Blick auf die Anwendung der 30-Minuten-Regel) würde an diesem Fazit nichts grundlegend ändern.

Investitionsbedarf und Realisierbarkeit der Kommissionsempfehlungen

Die Regierungskommission trifft in ihren Empfehlungen keine konkreten Aussagen zum Umfang der Investitionen, die eine konsequente Umsetzung ihrer Vorschläge erforderlich machen würde. Im DKG-Podcast „Krankenhäuser im Dialog“ bezifferte mit Prof. Reinhard Busse jedoch jüngst ein prominentes Mitglied der Regierungskommission das erforderliche Investitionsvolumen auf rund 100 Mrd. €. Auch der Chef der DAK Andreas Storm sieht einen entsprechenden Investitionsbedarf zur Umsetzung der beabsichtigten Krankenhausreform. Allerdings haben bislang weder der Bundesgesundheitsminister („es hängt kein Preisschild an der Reform“) noch der Bundesfinanzminister Mittel zur Finanzierung der Reform eingeplant. Es ist deshalb völlig unklar, ob die Bundesregierung die Kommissionsempfehlungen überhaupt umsetzen will.

Reformkonzept der DKG

Das Reformkonzept der DKG zielt darauf ab, einer gesicherten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung in allen Regionen Deutschlands gerecht zu werden. Der Vorschlag der DKG greift dazu den Kommissionsansatz einer an Leistungsgruppen orientierten Krankenhausplanung auf und sieht – ebenfalls in Anlehnung an die Vorschläge der Kommission – die Etablierung einer das DRG-System ergänzenden Vorhaltefinanzierung vor:

Das Stufenmodell der Notfallversorgung

Anstelle des von der Regierungskommission definierten Level-Konzepts tritt zur Organisation einer gestuften Krankenhausstruktur das definierte und bundesweit eingeführte Stufenmodell der Notfallversorgung. Die Häuser der unterschiedlichen Notfallstufen stehen im Konzept für die Krankentypen Maximalversorger, Schwerpunktversorger und Grundversorger. Daneben gibt es im DKG-Vorschlag weiterhin Fachkliniken ohne Notfallstufe. Als Bindeglied zwischen der akutstationären Krankenhausversorgung und der ambulanten Versorgung in

Arztpraxen ergänzen „Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren“ (MPVZ) die Versorgungslandschaft.

Leistungsgruppen

Leistungsgruppen werden zum bundesweiten Instrument der Krankenhausplanung. Sie sollen auch der Zuordnung von Vorhaltefinanzierung dienen. Bei der Definition der Leistungsgruppen wird grundsätzlich auf die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zurückge-

Abbildung 1: Bundesweite Einordnung der Krankenhäuser



griffen. Insofern reduziert sich auch der Umfang der Leistungsgruppen im Vorschlag der Regierungskommission von 128 auf etwa 60. Anpassungen für die bundesweite Anwendung sind möglich und sollen geprüft werden.

Mindeststrukturvorgaben

Mit den einzelnen Leistungsgruppen werden bundesweit einheitliche Mindeststrukturvorgaben verbunden. Diese Strukturvorgaben müssen in einem zwischen den Bundesländern geeinten, transparenten Prozess entwickelt und festgelegt werden. Die Bundesländer sind dabei als Verantwortliche der Krankenhausplanung die entscheidenden „Institutionen“.

Zuordnung von Leistungsgruppenkombinationen

Die Verknüpfung von Leistungsgruppen und Krankenhausstufen (Leveln) lehnen wir ab, da eine solche Verknüpfung die Krankenhausplanung extrem erschwert und die Erreichbarkeit verschlechtert, ohne einen nachweisbaren Beitrag für eine gute Patientenversorgung zu leisten. Die Entscheidung über die Zuordnung von Leistungsgruppenkombinationen zu den Krankenhausstandorten obliegt der Landesplanung. Die bewährte und qualitätsvolle Arbeitsteilung in vielen Regionen kann damit erhalten bleiben.

Fachkliniken

Fachkliniken werden in der Regel nicht in Standorte der allgemeinen Versorgung integriert. Entscheidend ist deren Perspektive zur Sicherstellung und Verbesserung der Patientenversorgung.

Qualitätssicherung entbürokratisieren

Die Mindeststrukturvorgaben der einzelnen Leistungsgruppen werden zum zentralen Element der Qualitätssicherung. Heute vielfach bestehende andere Strukturvorgaben in den historisch gewachsenen Regularien der Qualitätssicherung müssen entfallen. Dies ist eine einmalige Chance zur sachgerechten Entbürokratisierung und Deregulierung.

Vorhaltefinanzierung

Die Vorhaltefinanzierung erfolgt in zwei Elementen: zum einen als fixer Notfallversorgungszuschlag in Anknüpfung an die jewei-

Abbildung 2: Leistungsgruppen als bundeseinheitliches Instrument der Krankenhausplanung



Abbildung 3: Qualitätssicherung fokussieren – deregulieren, entbürokratisieren – Personal entlasten



lige Krankenhausnotfallstufe und zum zweiten als Vorhaltefinanzierung mit einer relativen Fallzahlunabhängigkeit, die an die Leistungsgruppen andocken (Fallzahlkorridore) soll. Die Vorhaltefinanzierung wird im vorhandenen System vom InEK entwickelt und den Krankenhäusern als Abschlagszahlungen zugeordnet.

„Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren (MPVZ)“

Anstelle der „Level-II-Krankenhäuser“ im Vorschlag der Regierungskommission werden „Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren (MPVZ)“ vorgeschlagen, die als Optionsmodell jenseits der üblichen Krankenhausversorgung etabliert werden. Sie sind in erster Linie eine Perspektive für einzelne kleine Grundversorger ohne Notfallstufe. Das Leistungsangebot der MPVZ unterscheidet sich deutlich vom Krankenhaus.

Klinisch-ambulante Versorgung ausfinanzieren

Um die Krankenhäuser nach internationalem Vorbild in die Lage zu versetzen, einen Teil der bisher akutstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig klinisch-ambulant zu versorgen, muss die Finanzierungsreform bereits zum Start des Transformationsprozesses eine dafür notwendige und angemessene Finanzierung der Krankenhäuser einführen. ►

Abbildung 4: Vorhaltefinanzierung nach Notfallstufe



ben muss deshalb durch einen Systemzuschlag von 15 Mrd. € jährlich, finanziert von Bund, Ländern und GKV, geleistet werden. Im Verlauf der Konvergenzphase werden die Finanzmittel des Bundes und der Länder zum Aufbau eines Strukturfonds umgeschichtet.

Weiterentwicklung der Krankenhauserlöse

Zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Krankenhauserlöse muss die jährliche Fortschreibung des Finanzierungsvolumens (Vorhaltefinanzierung und DRG Finanzierung) zukünftig anhand der tatsächlichen durchschnittlichen Kostensteigerungen im Krankenhaussektor vorgenommen werden, um keine erneute Abwärtsspirale in Gang zu setzen.

Das vollständige Reformkonzept steht auf der Website der DKG unter www.dkgev.de zum Download bereit.

Abbildung 5: Vorhaltefinanzierung nach Leistungsgruppen

Vorhaltefinanzierung je Leistungsgruppe wird auf die Standorte verteilt



Auswirkungsanalyse II: DKG-Reformkonzept

Das Reformkonzept der DKG zielt nicht darauf ab, jeden der heute 1.697 Krankenhausstandorte dauerhaft zu erhalten. Mit 198 Krankenhäusern, die als „Grundversorger ohne Notfallstufe“ eingeordnet werden, stellt auch das DKG-Konzept weit über 10 % der heutigen Standorte grundsätzlich zur Disposition (▶ s. **Abbildung 8**). Im Gegensatz zu den Kommissionsempfehlungen sieht der DKG-Vorschlag für diese Krankenhäuser

Abbildung 6: Medizinisch-pflegerische Versorgungszentren (MPVZ)

Medizinisch-pflegerische Versorgungszentren jetzt als Option schaffen

Rechtlicher Rahmen:
Zulassung durch die Länder
Definition des Leistungsspektrums im Gesetz

Finanzierung:
Vorhaltung und leistungsbezogene Komponenten



Pflegefinanzierung

Die Pflegefinanzierung bleibt zunächst unangetastet, kann aber perspektivisch in Verbindung mit der zukünftigen Pflegepersonalbemessung als Pflegebudget weiterentwickelt werden.

Systemzuschlag und Strukturfonds

Ohne zusätzliche Finanzmittel können der von der Politik propagierte Vorrang von Medizin und Pflege und der bevorstehende Strukturwandel nicht umgesetzt werden. Das Gesamtvorha-

jedoch keine Zwangsumwandlung in ein lokales Gesundheitszentrum vor. Ob das betroffene Krankenhaus geschlossen, in ein MPVZ umgewandelt wird oder als klassischer Grundversorger mit klar definiertem Leistungsangebot erhalten bleibt, ist im DKG-Konzept vielmehr nach Maßgabe des regionalen Versorgungsbedarfs durch die zuständige Landesplanungsbehörde zu entscheiden.

Hinzu kommt, dass die von der DKG vorgeschlagene, an Leistungsgruppen orientierte Krankenhausplanung insbesondere

mit Blick auf die 648 „Grundversorger mit Notfallstufe“ spürbare Anreize zur Konzentration der Versorgung (etwa durch die Fusion von Standorten) setzen wird. Zudem ist absehbar, dass sich die Etablierung einer gesonderten Vorhaltefinanzierung auch auf die Versorgungslandschaft der rund 400 Fachkliniken auswirken könnte. Ein generelles Aufgehen der Fachkliniken in Krankenhäusern der unterschiedenen Stufen sieht das DKG-Konzept allerdings nicht vor.

Fazit

Der Reformvorschlag der DKG greift die Überlegungen der Regierungskommission auf und entwickelt diese pragmatisch weiter. Mit dem Stufenmodell der Notfallversorgung, den in Nordrhein-Westfalen erarbeiteten Leistungsgruppen und der Systematik der heutigen Notfallzuschläge nutzt das Konzept bereits etablierte Instrumente und schafft somit die Voraussetzung für dessen zeitnahe Umsetzbarkeit. Der Vorschlag der DKG respektiert die verfassungsrechtliche Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung und dürfte damit auch die Verhandlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe spürbar erleichtern.

Die Vorzüge des Vorschlags dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die Umsetzung des DKG-Konzeptes alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellen wird. Dies gilt nicht nur für die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten, sondern auch für die Politik im Bund und in den Ländern. Der angestrebte Wandel der Krankenhauslandschaft wird Fusionen, die Umwandlung von Standorten und Kapazitätsanpassungen erforderlich machen, die die Krankenhäuser nicht zum Nulltarif

Abbildung 7: Klinisch-ambulante Leistungen

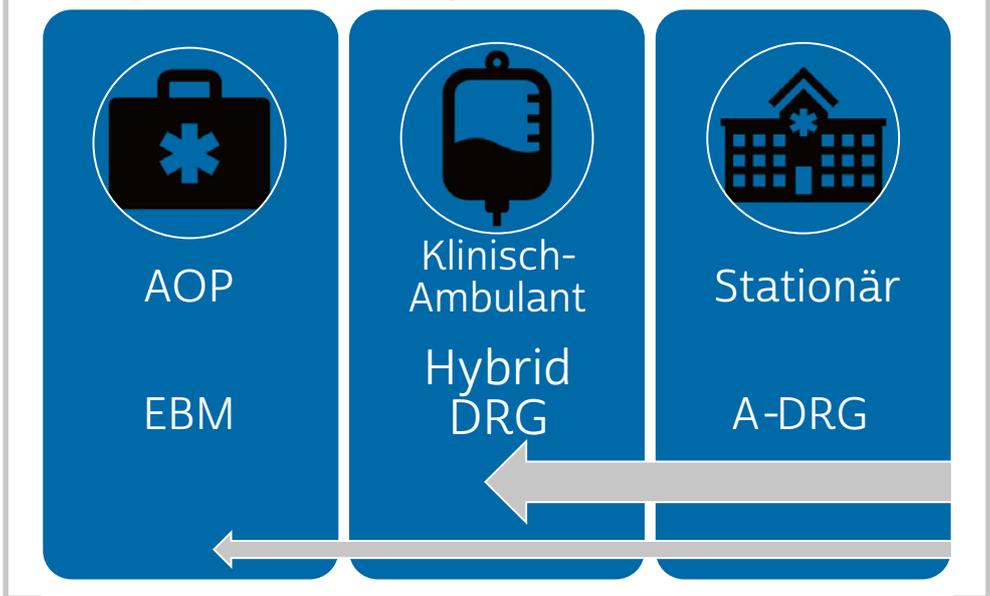


Abbildung 8: Auswirkungen Kommission vs. DKG

	Regierungskommission	DKG Konzept	
Level III	150	164	Maximalversorger
Level II	82	261	Schwerpunktversorger
Level In	272*-834	648 (Fusionen möglich)	Grundversorger mit Notfallversorgung
Level Ii	416-978* (keine akutstationäre Versorgung)	198 (teilweise Umwandlung in MPVZ möglich)	Grundversorger ohne Notfallversorgung
Nicht zugeordnet/ Fachkliniken	215 (Bestandsschutz noch unklar)	426	Fachkliniken

* bei konsequenter Anwendung der 30 Minuten Begrenzung für Grundversorger Level In

realisieren können. Es werden Infrastrukturinvestitionen von sicher über 50 Mrd. € auch beim Vorschlag der DKG erforderlich sein. Gleiches gilt für den Abbau der bestehenden Unterfinanzierung zum Start der Reform. Das DKG-Konzept berücksichtigt dies und macht auch dazu konkrete Lösungsvorschläge.

Anschrift des Verfassers

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

www.daskrankenhaus.de
(Online-Volltext-Version)