



Diskutieren, entscheiden, handeln.

**Starke Krankenhäuser,
leistungsfähige
Patientenversorgung,
attraktive Arbeitsplätze**

Reformvorschlag der DKG zu den Themen
Krankenhausstrukturen und Finanzierungsreform

Inhaltsverzeichnis

Reformvorschlag der DKG zu den Themen Krankenhausstrukturen und Finanzierungsreform

1) Zusammenfassung	4-5
2) Notwendiger Handlungsbedarf	6
3) Stufenmodell, Krankenhaustypen und Leistungsgruppen	7
4) Klinisch-ambulante Versorgung	13
5) Finanzierung der Reform - Systemzuschlag, Hybrid-DRGs, Strukturfonds	15

Zusammenfassung

1.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft legt mit diesem Reformkonzept eine Alternative zum Vorschlag der Regierungskommission für eine Krankenhausreform vor, die dem zentralen Ziel einer gesicherten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung in allen Regionen Deutschlands gerecht wird.

2.

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 Krankenhaustypen Maximalversorger, Schwerpunktversorger und Grundversorger. Daneben gibt es in unserem Vorschlag weiterhin Fachkliniken ohne Notfallstufe. Als Bindeglied zwischen der akutstationären Krankenhausversorgung und der ambulanten Versorgung in Arztpraxen ergänzen „Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren“ (MPVZ) die Versorgungslandschaft.

3.

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

4.

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“.

5.

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.

6.

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

7.

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.

8.

Die Vorhaltefinanzierung erfolgt in zwei Elementen: Zum einen als fixer Notfallversorgungszuschlag in Anknüpfung an die jeweilige 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.

Zusammenfassung

9.

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.

durchschnittlichen Kostensteigerungen im Krankenhaussektor vorgenommen werden, um keine erneute Abwertungsspirale in Gang zu setzen.

10.

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.

11.

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

12.

Ohne zusätzliche Finanzmittel können der von der Politik propagierte Vorrang von Medizin und Pflege und der bevorstehende Strukturwandel nicht umgesetzt werden. Das Gesamtvorhaben muss deshalb durch einen Systemzuschlag 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.

13.

Zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Krankenhauserlöse muss die jährliche Fortschreibung des Finanzierungsvolumens (Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung) zukünftig anhand der tatsächlichen

Notwendiger Handlungsbedarf

Das Reformkonzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft setzt an den tatsächlichen Herausforderungen des Gesundheitswesens an und bietet Vorschläge, die dazu führen, diese Herausforderungen im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten in den Krankenhäusern bestmöglich zu meistern.

Es muss darum gehen,

- die Versorgungsstrukturen effizienter zu gestalten, um angesichts des demografischen Wandels auch mit weniger Fachkräften zukünftig alle erforderlichen Gesundheitsleistungen erbringen zu können.
- durch regional besser abgestimmte Versorgungsangebote den Patientinnen und Patienten flächendeckend Zugang zum medizinischen Fortschritt zu eröffnen.
- die Fähigkeiten der Krankenhäuser auch für die klinisch-ambulante Versorgung zu nutzen und damit eine Antwort darauf zu geben, wie die immer größeren Lücken im Bereich der niedergelassenen Arztpraxen kompensiert und die stationären Versorgungskapazitäten entlastet werden können.
- die Krankenhäuser durch einen Investitionsschub in die Lage zu versetzen, mit moderner Infrastruktur ressourcenschonend ihre Gesundheitsleistungen für die Patientinnen und Patienten anzubieten.
- den historischen Wildwuchs von unzähligen Regularien und bürokratischen Vorgaben konsequent auf das für eine gute Patientenversorgung notwendige Maß zurückzuführen, um damit Medizin und Pflege zu entlasten und den Unternehmen wieder mehr Gestaltungsfreiraum und Innovationskraft zu geben.
- die Trägervielfalt zu erhalten und auch die positiven Elemente eines Innovations-, Effizienz- und Qualitätswettbewerbs nicht auszuschalten.

Eine große Krankenhausreform muss schon zu Beginn an den tatsächlichen Problemlagen ansetzen, um die richtigen Antworten zu geben. In der aktuellen politischen Debatte werden die falschen Prämissen gesetzt.

Es gibt keine Kostenexplosion im Bereich der Krankenhausversorgung. Tatsächlich sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten zwölf Jahren im Krankenhausbereich deutlich langsamer gestiegen als in allen anderen Leistungsbereichen.

Die Krankenhäuser ersparen der gesetzlichen Krankenversicherung allein im Jahr 2022 durch diesen unterproportionalen Ausgabenzuwachs 12 Milliarden Euro. Der dadurch ausgelöste wirtschaftliche Druck lastet seit Jahren schwer auf den Beschäftigten in den Krankenhäusern und beeinträchtigt letztlich auch die Patientenversorgung. Eine völlig unzureichende Investitionsförderung der Länder zwingt die Krankenhäuser zu weiteren Einsparungen und bedingt einen gravierenden Modernisierungstau in der Infrastruktur.

Es gibt keine flächendeckenden Qualitätsmängel in deutschen Krankenhäusern und auch die ständig wiederholte Botschaft „jedes Krankenhaus mache alles“ ist falsch. Stattdessen gibt es einen nachweisbar signifikanten Zusammenhang zwischen der Größe eines Krankenhauses und dem über die DRGs abgerechneten Leistungsspektrum. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, das zentral für die Beurteilung der Qualität in deutschen Krankenhäusern zuständig ist, bestätigt Jahr für Jahr einen Zuwachs an Qualität in der Krankenhausversorgung und keine flächendeckenden Defizite. Kein Gesundheitsbereich in Deutschland unterliegt so strengen und kontinuierlichen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie der der Krankenhäuser.

Es gibt auch keinen renditegetriebenen Leistungszuwachs bei den Krankenhausbehandlungen. Der moderate Fallzahlenanstieg bis zum Jahr 2017 war, das haben zahlreiche Studien u.a. auch von Mitgliedern der Regierungskommission bewiesen, durch die steigende Anzahl älterer Menschen und den medizinischen Fortschritt begründet. Bereits in den letzten Jahren vor der Pandemie war sogar eine Stagnation der Fallzahlen feststellbar.

Die Politik gibt bisher keine Antwort auf die Frage, wie der von ihr vorgeschlagene radikale Strukturwandel im Krankenhaus finanziert werden soll. Bestätigt durch Kommissionsmitglieder, rechnet man mit einem Investitionsaufwand von 100 Milliarden Euro, für den es aber keinerlei politische Rückendeckung gibt¹.

¹ So zum Beispiel Prof. Busse in einem Podcast der DKG vom 1. Februar 2023 (www.dkgev.de).

Stufenmodell, Krankenhaustypen und Leistungsgruppen

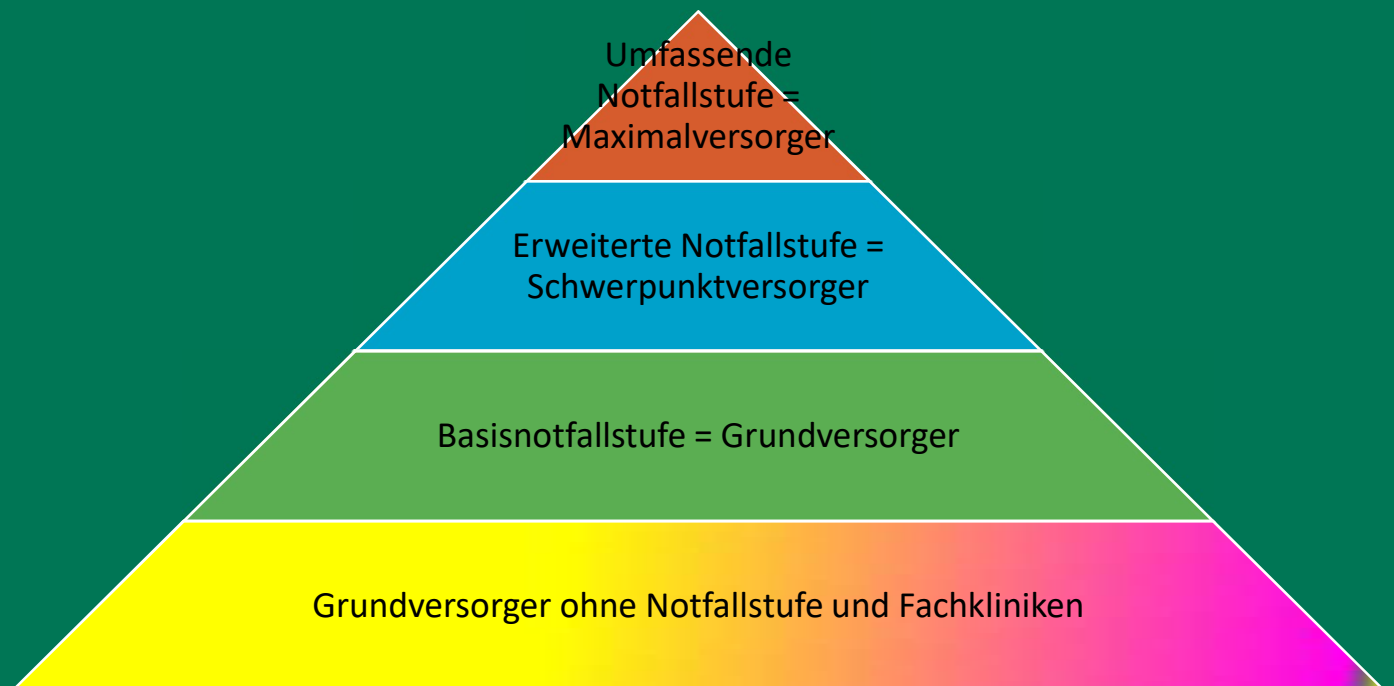
Notfallstufenkonzept als Basis für die Definition von Krankenhausstufen

Für die Definition eines Stufenmodells soll auf das bestehende Notfallstufenklassifikationssystem nach dem vorhandenen G-BA Modell zurückgegriffen werden. Anders als von der Regierungskommission vorgeschlagen, ist es nicht notwendig, zusätzliche Vorgaben für die einzelnen Krankenhausstufen zu ergänzen, denn bereits das Notfallstufenkonzept definiert über die reine Notfallversorgung hinaus eine ganze Reihe an komplexen Anforderungen, auch das Leistungsspektrum betreffend, für die Krankenhäuser der verschiedenen Stufen. Häuser mit Basisnotfallstufen sind tendenziell Grundversorgungsstandorte, Häuser mit umfassender Notfallstufe tendieren zum Typ des Maximalversorgers. Standorte ohne Notfallstufe sind überwiegend Fachkliniken oder kleine Grundversorgungsstandorte.

Die Bundesländer sollten die vorhandenen Vorgaben² des Notfallstufenkonzeptes in eigener Verantwortung (jenseits des G-BA) gemeinsam weiterentwickeln und sind zukünftig gemeinsam für dieses bundeseinheitliche Stufenkonzept verantwortlich.

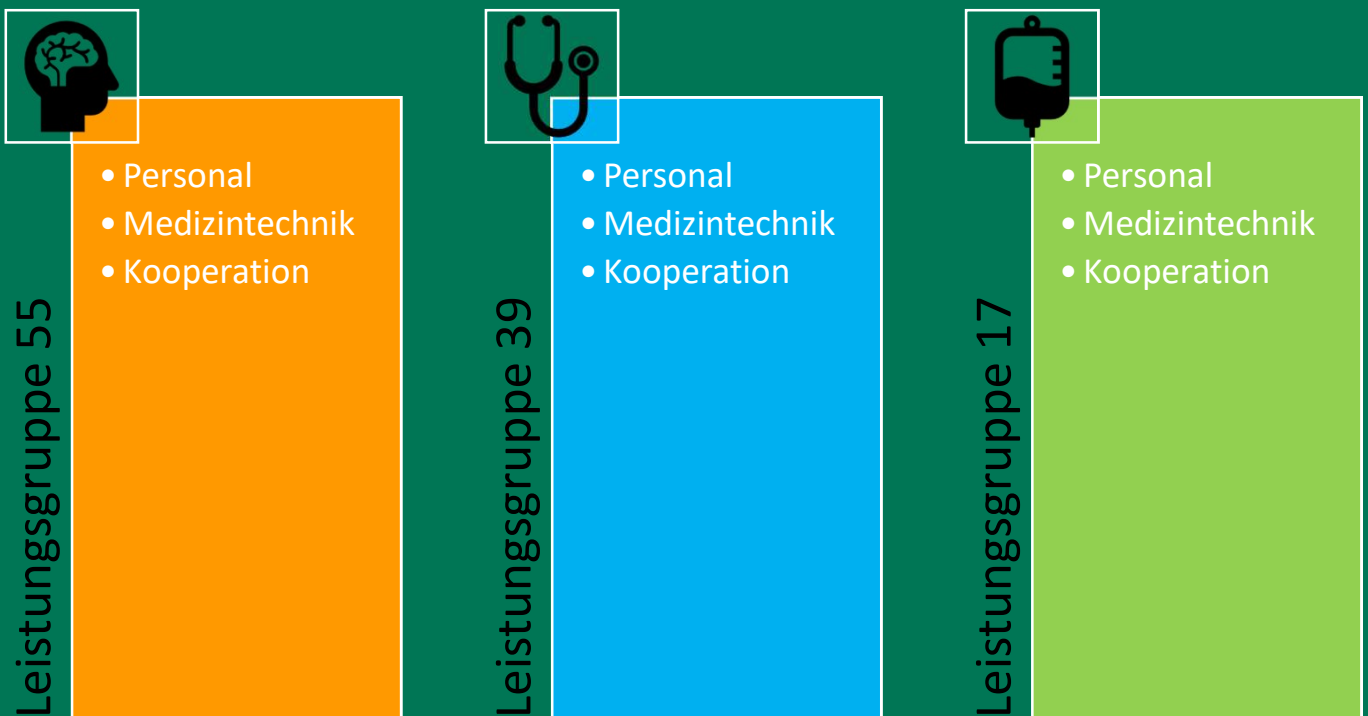
² Vielfach kritisch betrachtet wird zum Beispiel die starre Festlegung zur fachärztlichen Rufbereitschaft in den G-BA Richtlinien.

Bundesweite Einordnung der Krankenhäuser auf Basis der Notfallstufeneinordnung



Auch die DKG spricht sich dafür aus, Leistungsgruppen (LG) als bundeseinheitliches Ordnungsprinzip der Krankenhausplanung zu nutzen. Zur Beschreibung der LG soll dem Grunde nach auf das NRW-Modell aufgesetzt werden, das rund 60 LG, differenziert nach Behandlungskomplexität, enthält. Gegebenenfalls sind hier Anpassungen für den bundesweiten Einsatz erforderlich. Mit den LG sind spezifische Mindeststrukturvorgaben verknüpft, wie auch im NRW-Konzept und von der Regierungskommission vorgesehen. Entscheidend dabei ist, dass diese Vorgaben auf das wirklich zur Qualitätssicherung relevante Mindestmaß begrenzt bleiben und nicht, wie vielfach heute bei den unterschiedlichsten Qualitätsvorgaben, zur Strukturbereinigung missbraucht werden. 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.

Leistungsgruppen erhalten relevante spezifische Mindeststrukturvorgaben



Die Mindeststrukturvorgaben müssen erfüllt werden, um Behandlungen einer LG erbringen und abrechnen zu können.

Entbürokratisierung durch Konzentration der QS-Vorgaben

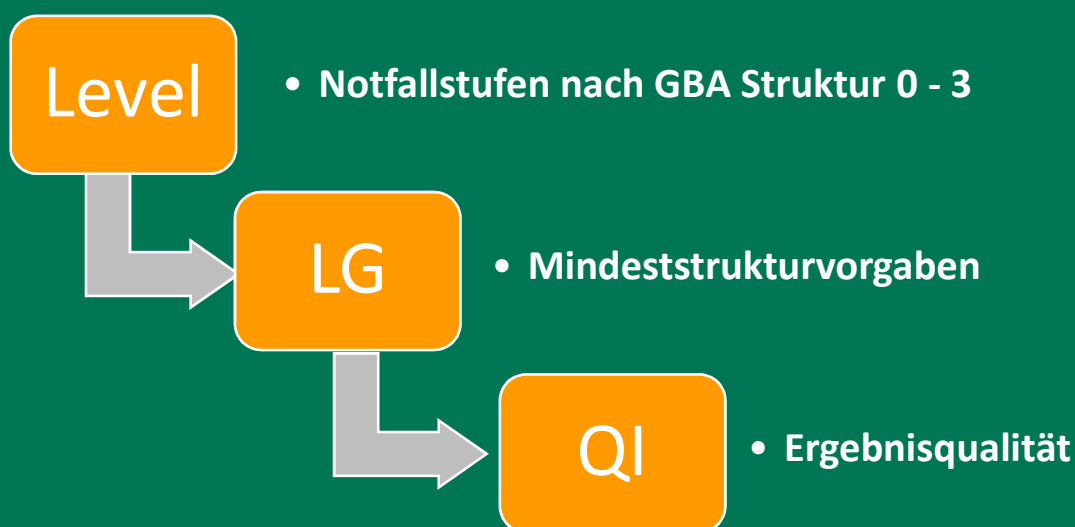
Die Mindeststrukturvorgaben der einzelnen Leistungsgruppen werden zum zentralen Element der Qualitätssicherung. Heute vielfach bestehende, andere Strukturvorgaben in den historisch gewachsenen Regularien der Qualitätssicherung müssen entfallen. Dies ist eine einmalige Chance zur sachgerechten Entbürokratisierung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

Leistungsgruppenzuordnung (LG und Level)

Die Verknüpfung von Leistungsgruppen (LG) und Krankenhausstufen (Level) 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.

Anders als in der Regierungskommission vorgeschlagen, gibt es in diesem Modell auch keine fixen Kombinationen von Leistungsgruppen, die zwingend vorgehalten und erbracht werden müssen. Es gibt keinen Zwang, dort eine Schlaganfallversorgung anzubieten, wo auch Geburten stattfinden und Ähnliches. Nicht jeder Standort der Schwerpunktversorgung muss zwingend ein zertifiziertes onkologisches Zentrum sein. Entscheidend bleibt der Blick auf das regionale Versorgungsgeschehen. Die Leistungserbringung wird damit flexibler als im Konzept der Regierungskommission, und die Zusammenstellung der verschiedenen Leistungsgruppen orientiert sich primär am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten der jeweiligen Planungsregion.

Deregulierung, Entbürokratisierung- Qualitätssicherung fokussieren



Vorhaltefinanzierung

Die Vorhaltefinanzierung wird in unserem Vorschlag in einer fixen und variablen Vorhaltefinanzierung differenziert abgebildet. Die fixe Vorhaltefinanzierung knüpft an die vorgeschlagene Stufeneinteilung an.

Fixer Versorgungszuschlag

Für Krankenhausstandorte mit anerkannter Notfallstufe wird der heute bereits bestehende Notfallstufenzuschlag ausgeweitet. Die bisherigen Beträge werden um den Faktor vier erhöht. Diese ergänzende Finanzierung (eine Mrd. Euro) erfolgt über den Systemzuschlag. Dieses Finanzierungselement ist durch die bisherigen Defizite in der Notfallversorgung begründet. In diesem Modell liegen die Notfallversorgungszuschläge deutlich höher als bisher und leisten einen signifikanten Finanzierungsbeitrag für die Vorhaltung in der Notfallversorgung. Die konkreten Notfallstufenzuschläge sollen in ihrer Höhe und Differenzierung perspektivisch überprüft werden.

Stufenzuordnung bestimmt das Volumen der fixen Notfallzuschlag als Vorhaltefinanzierung



Leistungsgruppen-bezogene Vorhaltefinanzierung

Die LG-bezogene Vorhaltung soll in unserem Vorschlag sachgerecht vom InEK kalkuliert und dann auf die einzelnen LG heruntergebrochen werden. Dadurch entsteht ein differenziertes Bild der Vorhaltefinanzierung. LG mit einem hohen variablen Kostenanteil werden weniger Vorhaltefinanzierung zugeordnet als LG mit einem sehr niedrigen variablen Kostenanteil. Die Kalkulation basiert auf den beim InEK vorhandenen Kostendaten und baut sich schrittweise auf:

1. die für die Vorhaltung relevanten Kostenarten werden festgelegt
2. das gesamte Kostenvolumen dieser Kostenarten über alle LG und Fallzahlen wird ermittelt
3. der Anteil dieses mit den Kostenarten verbundenen Gesamtvolumens, das als Vorhaltung finanziert werden soll, wird normativ festgelegt
4. zuletzt werden in jeder LG die festgelegten Kostenarten mit dem gleichen Prozentsatz als LG-spezifische Vorhaltefinanzierung festgestellt.

Im Ergebnis wird dann eine Vorhaltefinanzierungslogik entstehen, die die tatsächlichen Vorhaltekosten der einzelnen Krankenhausstandorte viel sachgerechter abbildet als dies im Vorschlag der Regierungskommission der Fall ist. LG mit hohen variablen Kostenbestandteilen erhalten weniger Vorhaltefinanzierung als LG mit geringen variablen Kosten.

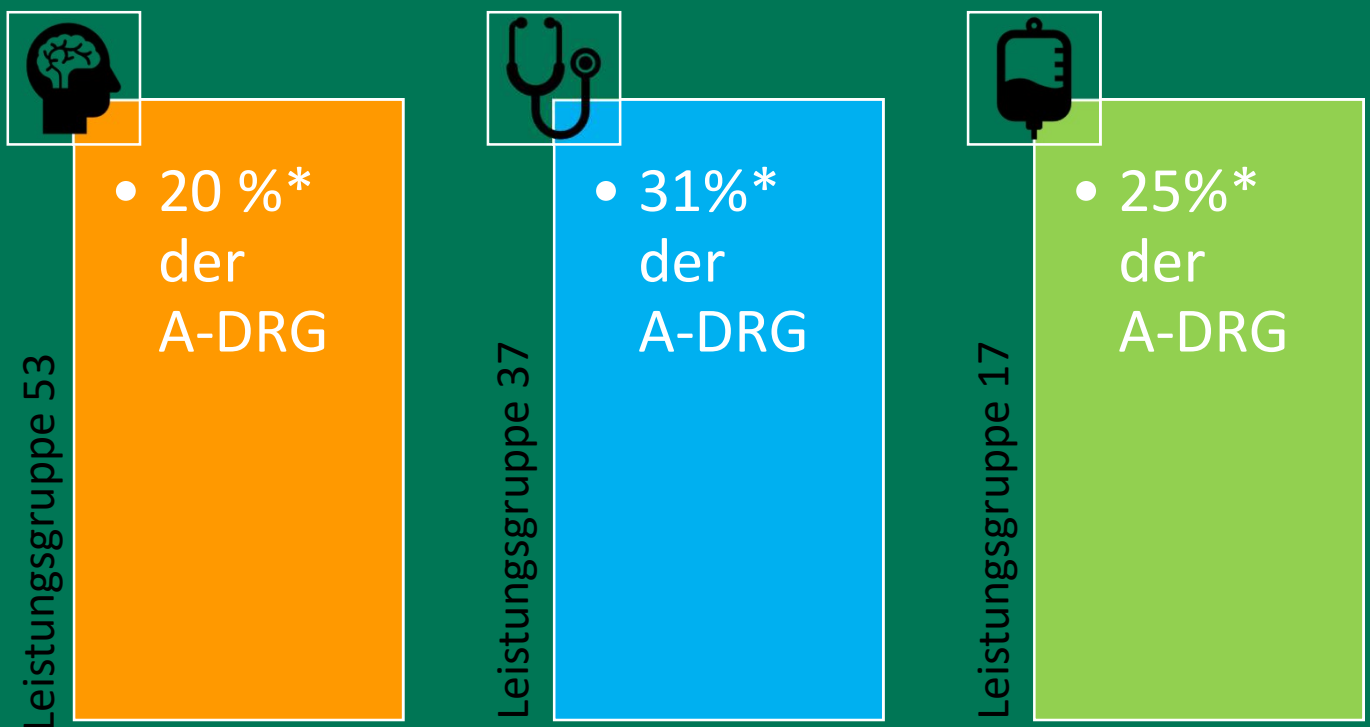
Relative Fallzahlunabhängigkeit durch Korridore

Den einzelnen Leistungsgruppen werden Fallzahlkorridore zugeordnet, bei denen die Vorhaltefinanzierung bis zu einer gewissen Leistungsmenge konstant bleibt. Grundsätzlich entsteht so der Anreiz, die in der jeweiligen LG erbrachten Fallzahlen nahe an der unteren Korridorlinie zu justieren, weil dann der Deckungsbeitrag des einzelnen Falles am höchsten ist. In jedem Fall führt die vorgeschlagene Systematik dazu, dass in allen Konstellationen jeder zusätzliche Fall auch oberhalb der mittleren Korridorlinie einen positiven Deckungsbeitrag erbringt. Es gibt damit zwar einen sinkenden, aber keinen negativen Anreiz zur Leistungserbringung. Es gibt aber vor allem keinen wirtschaftlichen Anreiz zu einer Leistungsausweitung.

Vorhaltefinanzierung je Leistungsgruppe wird auf die Standorte verteilt



Sachgerechte Kalkulation der Vorhaltefinanzierung je Leistungsgruppe



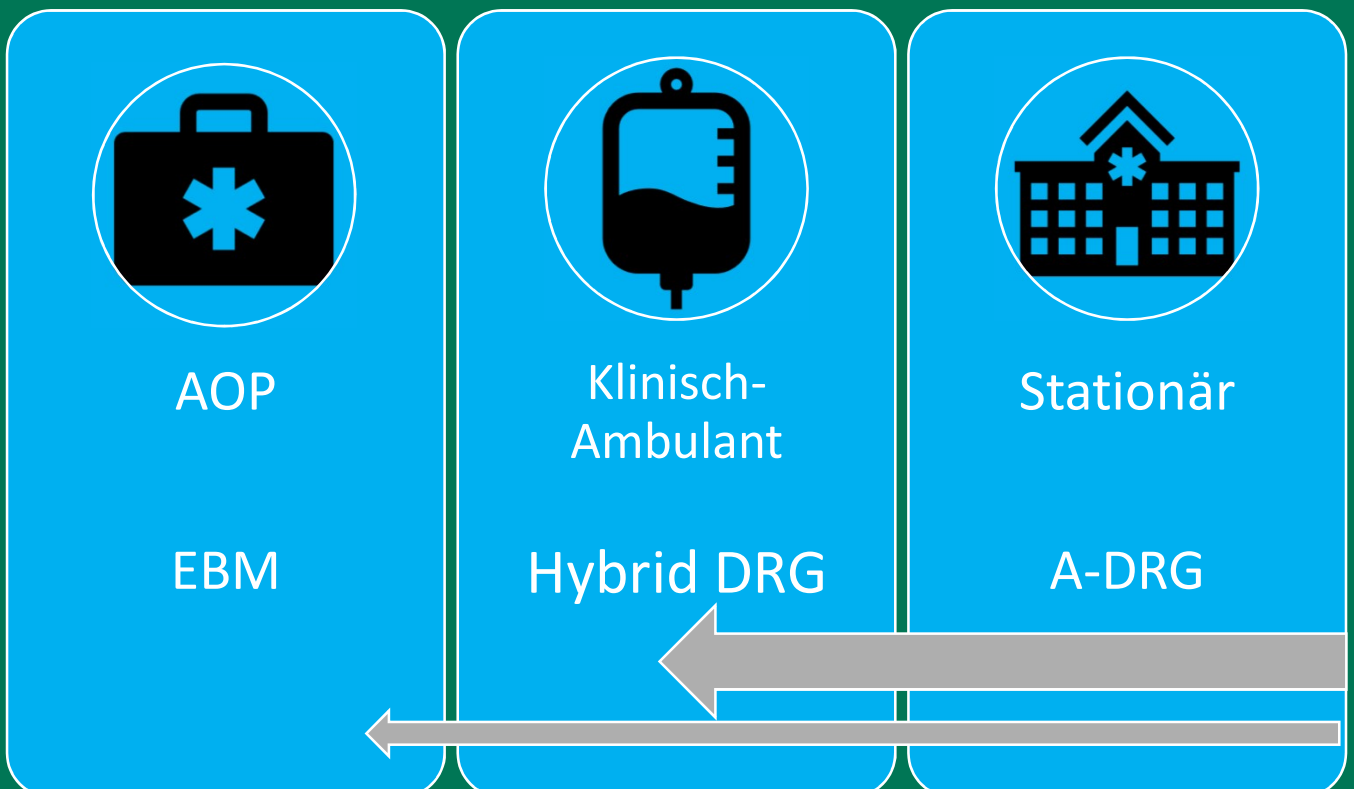
*die Prozentangaben sind nur exemplarisch gewählt, der genaue Vorhalteanteil muss aus den Kalkulationsdaten berechnet werden

Klinisch-ambulante Versorgung

Es besteht wissenschaftlicher Konsens darüber, dass die Krankenhäuser in Deutschland vielfach Patientinnen und Patienten akutstationär behandeln müssen, weil die bisherigen Rahmenbedingungen, anders als international üblich, den Krankenhäusern keine regelhafte klinisch-ambulante Versorgung ermöglichen. Die Regierungskommission hat es dennoch versäumt, das für den beabsichtigten Strukturwandel so wichtige Feld der klinisch-ambulanten Versorgung zu beschreiben. Die angestrebte Reduzierung stationärer Behandlungskapazitäten wird nur möglich sein, wenn man gleichzeitig an den Krankenhausstandorten die klinisch-ambulante Versorgung konsequent aufbaut und fördert. Der Gesetzentwurf von Bund und Ländern muss die komplexe klinisch-ambulante Behandlung deshalb als attraktives Behandlungsfeld und Finanzierungsmöglichkeit für die Krankenhäuser beinhalten. Hier sollte auf Basis eines Behandlungskataloges in Anknüpfung an das aktuelle IGES-Gutachten ein Leistungsspektrum beschrieben werden, das der klinisch-ambulanten

Behandlung am Krankenhaus vorbehalten ist und damit auch nicht in Konkurrenz mit niedergelassenen Fachärzten oder ambulanten OP-Zentren steht. Diese Behandlungen, die bisher vollstationär mit einer Fallpauschale finanziert werden, können in den nächsten Jahren entwickelt werden. Krankenhäuser hätten damit die Möglichkeit, patientenindividuell zu entscheiden, ob sie eine bestimmte Behandlung aus dem entsprechenden Katalog weiterhin vollstationär oder klinisch-ambulant erbringen. Durch die im Konvergenzprozess tendenziell abgesenkte Finanzierung der jeweiligen Fallpauschalen in Anknüpfung an den kalkulierten Behandlungsaufwand im Hybridgeschehen entsteht der Anreiz, diese Leistungen zunehmend klinisch-ambulant zu erbringen und damit die stationären Kapazitäten zu entlasten.

Klinisch – Ambulante Versorgung ermöglichen



Die Politik sollte deshalb die zuletzt überstürzt im Rahmen des Pflegepersonalentlastungsgesetzes verordnete Einführung von Hybrid-DRG im § 115f SGB V stoppen und im bevorstehenden Gesetzentwurf neu verorten.

Der Anreiz zur Umsteuerung von bisher vollstationären Leistungen in diesen Hybrid-Bereich kann dadurch erhöht werden, dass diese Hybrid-DRGs keine Absenkung im Rahmen der Vorhaltefinanzierung erfahren. Aus dieser kombinierten Mechanik der fixen und variablen Vorhaltung in Verbindung mit einer angemessenen Finanzierung klinisch-ambulanter Leistungen werden Fehlanreize im System korrigiert.

Fachkliniken

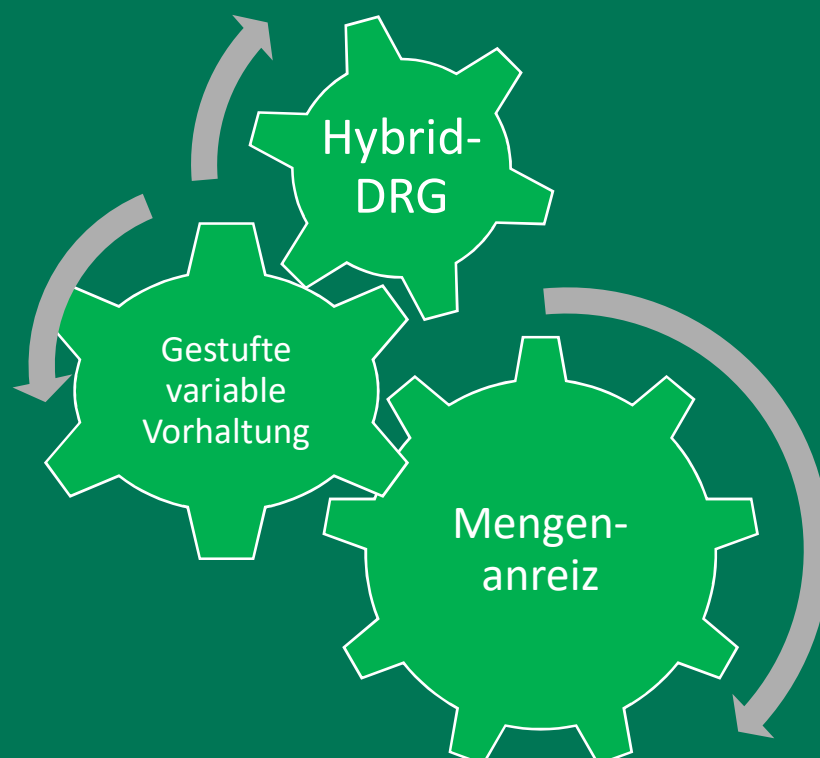
Anders als die Regierungskommission verfolgt das Konzept der DKG nicht das Ziel, Fachkliniken zwangsweise in Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren und deren Leistungserbringung dort aufgehen zu lassen. Fachkliniken leisten in vielen Regionen eine qualitativ hervorragende Versorgung, die von den Patientinnen und Patienten hochgeschätzt wird. Für diese Fachkliniken muss aber eine, wie auch für die anderen Krankenhaustypen, angemessene Vorhaltefinanzierung gefunden werden, die

beispielsweise auch berücksichtigt, dass Fachkliniken in der Regel keine 24/7-Notfallversorgung betreiben und insofern tatsächlich auch andere Vorhaltekosten jenseits der konkreten Leistungsmenge haben, als dies bei anderen Krankenhaustypen der Fall ist.

Medizinisch-pflegerische Versorgungszentren

Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren (MPVZ), die im Konzept der Regierungskommission *als Level-II-Einrichtungen* und auch als Krankenhäuser bezeichnet werden, sind im Konzept der DKG ausdrücklich keine Krankenhäuser. Der inhaltliche, medizinisch-ambulant und akut-pflegerische Versorgungsansatz aus dem Konzept der Regierungskommission oder auch des Sachverständigenrates (regionale Gesundheitszentren) sollte übernommen werden. Die MPVZ sind eine Perspektive für sich verändernde Krankenhausstandorte, an denen es absehbar Lücken in der ambulanten und pflegerischen Versorgung gibt. Das Zulassungsverfahren für solche Gesundheitszentren muss jenseits der KV-Kompetenzen in der sektorübergreifenden Versorgungsplanung der Länder geregelt werden.

Intelligenter Finanzierungsmix korrigiert Fehlanreize im System



Für die MPVZ muss schon zu Beginn des Strukturprozesses ein Finanzierungsmodell entwickelt werden, um bisherigen Krankenhausstandorten eine konkrete Option zur Transformation in ein MPVZ zu bieten. Diese Finanzierung muss, anders als von der Regierungskommission vorgeschlagen, auch in Teilen eine Grundfinanzierung als leistungsunabhängiges Budget beinhalten und darüber hinausgehend die konkret erbrachte Leistung ergänzend refinanzieren. Darüber hinaus müssen diese Einrichtungen, soweit sie aus der Umwandlung bisheriger Krankenhausstandorte hervorgehen, auch in einem gewissen Umfang aus dem neuen Strukturfonds investiv gefördert werden. Eine dauerhafte Investitionsförderung im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung halten wir nicht für sachgerecht. Ebenso müssen die dafür erforderlichen Mittel der Betriebskostenfinanzierung anknüpfend an die inhaltlichen Versorgungsaufgaben aus anderen Finanzierungsquellen stammen und dürfen nicht als Bereinigungsmasse der Krankenhausfinanzierung entzogen werden.

Finanzierung der Reform Systemzuschlag, Hybrid-DRGs, Strukturfonds

Es ist unredlich, der Öffentlichkeit, den Patientinnen und Patienten und Beschäftigten zu suggerieren, eine solche umfassende Strukturreform könne ohne zusätzliche Finanzmittel auf den Weg gebracht und umgesetzt werden. Die eklatante Unterfinanzierung bei den laufenden Betriebskosten und die seit Jahrzehnten klaffenden Lücken bei der Investitionsförderung haben dazu geführt, dass die Krankenhäuser vielfach personell am Limit und in einer überalterten Infrastruktur arbeiten müssen³.

Zum Start einer mehrjährigen Konvergenzphase müssen die erhöhten Notfallstufenzuschläge und die LG-bezogene Vorhaltefinanzierung als zusätzliches Finanzvolumen ins System gegeben werden. Dies begründet sich aus der inflationsbedingten, strukturellen Unterfinanzierung und den bisher nicht kompensierten Erlösverlusten infolge der Fallzahlrückgänge seit 2019. Ohne einen solchen Systemzuschlag kann der ökonomische Druck nicht gemindert werden und keine positive Eigendynamik im

³ Der Substanzverfall kann über die Jahre hinweg eindrucksvoll aus den Bilanzen der Krankenhausträger abgelesen werden.

Finanzierungsmodell zur Reform – Beiträge von Bund / Länder / GKV

1. Abbau der strukturellen Unterfinanzierung
2. Anshub zur Umstellung auf die Vorhaltefinanzierung
3. Aufbau Investitionsfonds zur Finanzierung des Strukturwandels
4. Finanzierung klinisch-ambulanter Leistungen über Hybrid DRGs



System entstehen. Im Gegenteil, eine strukturelle Unterfinanzierung zum Start der Konvergenzphase würde den Hamsterradeffekt bei der Mengenentwicklung massiv anfachen, bei gleichzeitig ungeplanten Standortverlusten durch Insolvenzen.

Wir gehen von einem jährlichen Zuschlagsvolumen von 15 Milliarden Euro aus, das zu Beginn des Konvergenzprozesses zusätzlich zum heutigen Finanzierungsvolumen dem System zur Verfügung gestellt wird. Diese 15 Milliarden Euro werden jeweils zu einem Drittel vom Bund, den Ländern und den Krankenkassen jährlich ins System gegeben und im Verlauf der Konvergenzphase korrespondierend zu den inhaltlichen Zielsetzungen der Reform umgeschichtet.

Konvergenzprozess

Durch die zusätzlichen Finanzmittel kann der Konvergenzprozess so starten, dass die Krankenhaustypen und damit alle Krankenhausstandorte die kalkulierte Vorhaltefinanzierung für ihre Vorhaltebereiche in festgelegtem Umfang erhalten, ohne dass im Startjahr der Konvergenz die Fallpauschalen bereits um die Vorhaltefinanzierung reduziert werden. In den Folgejahren werden die aG-DRGs stufenweise auf den um die LG-bezogene Vorhaltung abgesenkt.

Der Konvergenzprozess führt grundsätzlich dazu, dass das Finanzierungsvolumen aus der Leistungsmenge sinkt, weil die LG-bezogenen Abzüge der Vorhaltefinanzierung jährlich zunehmen. Diese absehbaren Entwicklungen sollten dazu führen, dass die Krankenhäuser bereits frühzeitig in diesem Konvergenzprozess ihre Initiativen darauf ausrichten, ein zu ihrem Krankhaustyp passendes Portfolio an Behandlungsspektren auch tatsächlich zu realisieren und ihre Leistungsmengen an die unteren Korridor Grenzen anzupassen. Damit können die Häuser ihre individuelle Kostenstruktur an die zukünftige Erlössituation angleichen. Gerade für Häuser der Grundversorgung entsteht der wirtschaftliche Anreiz, im Bereich der stationären Leistungsmenge keinen Hamsterradeffekt zu entwickeln.

Finanzierungsvolumen im Konvergenzprozess

Durch die schrittweise Absenkung der leistungsbezogenen Fallpauschalen reduziert sich das leistungsbezogene Erlösvolumen der Krankenhäuser. Diese Finanzmittel

können umgeschichtet werden, um parallel zum Konvergenzprozess einen Investitionsstrukturfonds aufzufüllen, der zunächst genutzt wird, um die notwendigen Strukturanpassungen investiv zu finanzieren und auf Dauer und nachhaltig dann der regelhaften Investitionsfinanzierung zur Verfügung zu stehen. Hier ist denkbar, dass perspektivisch eine Investitionsfinanzierung mithilfe der Investitionsbewertungsrelationen erfolgt. Bei diesem Umschichtungsprozess ist darauf zu achten, dass nicht erneut strukturelle Unterfinanzierungssituationen entstehen, die zu Beginn des Konversionsprozesses ausgeglichen wurden.

Die Finanzierungsanteile von GKV, Bund und Ländern werden konsequent ordnungspolitisch zugeordnet:

- GKV – teilweiser Ausgleich der strukturellen Unterfinanzierung
- Bund – Transformationsprozess und Strukturfonds
- Länder – Strukturfonds

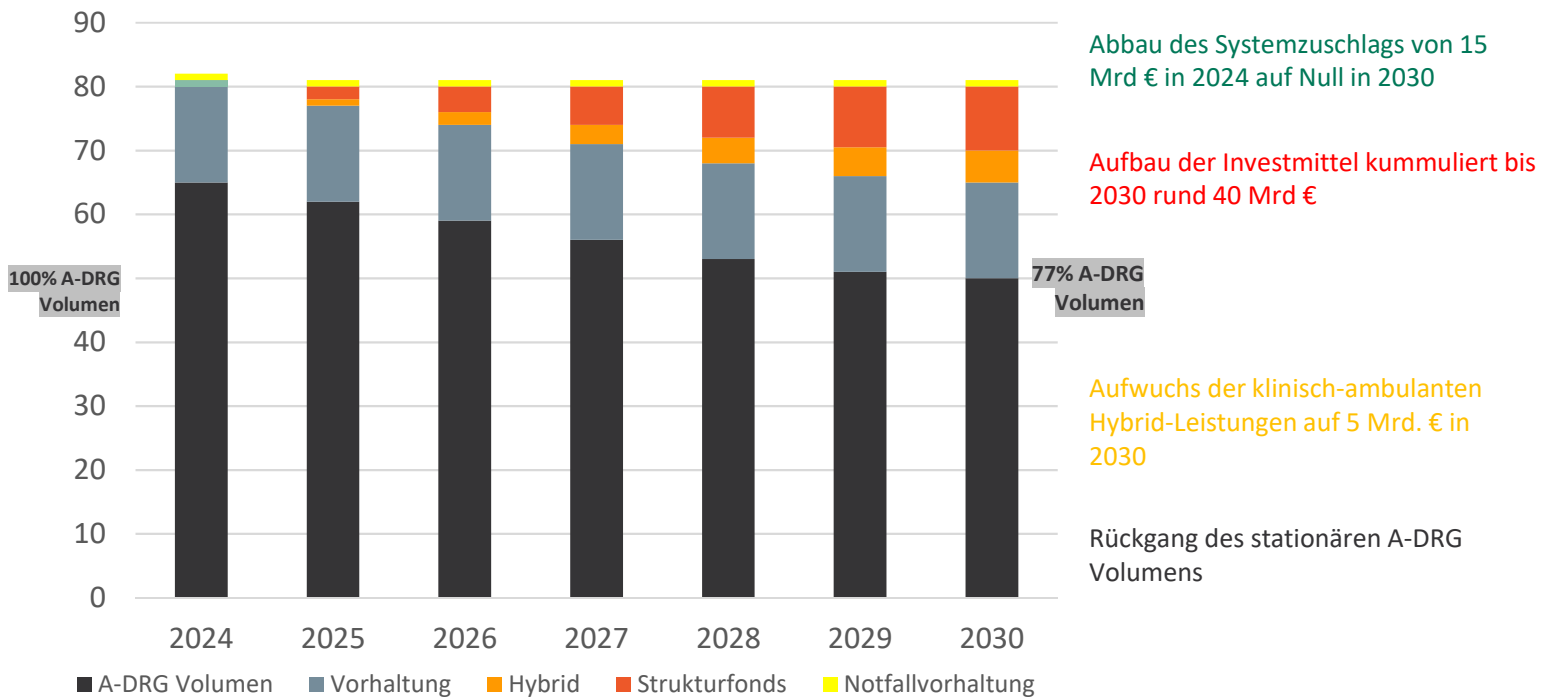
Aufbau Struktur- und Klimaschutzfonds

Ohne einen gut ausgestatteten Strukturfonds zur Investitionsfinanzierung der erforderlichen Strukturanpassungen ist eine so umfassende Krankenhausreform völlig undenkbar. Nicht nur erforderliche Standortfusionen und Standorterweiterungen müssen verlässlich finanziert werden, auch die Schließung von Krankenhausstandorten wird erhebliche Kosten, zum Beispiel für die Entschädigung trügereigener Investitionen, erfordern. Der Vorschlag führt zu einem Strukturfondsvolumen von kumuliert rund 40 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030 und zu weiteren je zehn Milliarden Euro in den Folgejahren. Mit diesem Finanzvolumen können auch die dringend erforderlichen Klimaschutzmaßnahmen in den Krankenhäusern perspektivisch finanziert werden.

Nachhaltige Anpassung des Finanzierungsvolumens

Die jährliche Fortschreibung des Finanzierungsvolumens (Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung) muss zukünftig anhand der durchschnittlichen Kostensteigerungen im Krankenhaussektor vorgenommen werden, um keine erneute Abwertungsspirale in Gang zu setzen. Der vom Statistischen Bundesamt berechnete Orientierungswert muss dazu in seiner Konzeption an die aktuellen Kostenstrukturen der Krankenhäuser angepasst werden.

Abbau Systemzuschlag – Aufbau Investitionsfonds in der Konvergenz



Exkurs: Pflegefinanzierung

Die DKG lehnt die von der Regierungskommission vorgeschlagene Verknüpfung der Pflegefinanzierung mit der Vorhaltefinanzierung ab. Die Pflegepersonalkostenfinanzierung sollte demgegenüber perspektivisch mit der Pflegepersonalbemessung verknüpft werden. Dies könnte im Gesetzentwurf vorgezeichnet werden. Damit entstünde die Perspektive, dass die Pflegepersonalkosten wieder stärker pauschaliert und am konkreten Pflegebedarf eines Krankenhausstandortes ausgerichtet werden. Auch könnte man dann pflegeentlastende Maßnahmen in einer Pauschalkalkulation mitberücksichtigen.

Ein Wegfall der Pflegepersonaluntergrenzen kann mit diesem Vorhaben ebenfalls verknüpft werden, da auf der Ebene des Ganz-Haus-Ansatzes ausreichend Erkenntnisse bestehen, um Patientensicherheit und gute Behandlung beurteilen zu können.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

