

DKG-Krankenhausgipfel 2025: „Versorgungsziele verfehlt“

Unter dem Motto „Zukunft stationär und ambulant – Krankenhausreform und Hybrid-DRG im Fokus“ diskutierten Vertreter der Krankenhäuser und der Gesundheitspolitik über drängende Herausforderungen im Gesundheitswesen

Vorhaltefinanzierung aussetzen – Hybrid-DRGs überarbeiten

„Die Politischen Ziele der Reform werden verfehlt“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), **Dr. Gerald Gaß** beim Krankenhausgipfel am 8. September. Er forderte grundlegende Korrekturen an Krankenhausreform. Die Vorhaltefinanzierung müsse ausgesetzt, Hybrid-DRGs überarbeitet werden. Vor allem gelte es, Bürokratie abzubauen. „Die derzeitige Form der Vorhaltefinanzierung löst kein strukturelles Problem. Im Gegenteil: Sie zementiert die Abhängigkeit der Krankenhäuser von ihren Fallzahlen und gefährdet bedarfsnotwendige Kliniken in der Fläche“, „Wir benötigen ein System der Vorhaltefinanzierung, das tatsächlich fallzahlenunabhängig funktioniert und weniger, nicht mehr Bürokratie verursacht.“

Die DKG kritisiert insbesondere, dass die Bundesregierung trotz offensichtlicher Mängel an dem untauglichen Konzept festhalte. Die Verschiebung der Einführungsfristen sei keine Lösung, so Gaß. „Das Modell erzeugt Fehlanreize, erhöht den Bürokratieaufwand und stabilisiert die wirtschaftliche Lage bedarfsnotwendiger Häuser in keiner Weise. Logische Konsequenz ist: vollständige Aussetzung der Vorhaltefinanzierung und Beauftragung der Selbstverwaltung mit einem wirklich fallzahlunabhängigen Alternativkonzept.“

Als Übergangsinstrument schlägt Gaß vor, das System der Sicherstellungszuschläge – etwa für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren – auszubauen. Damit würde zugleich der umstrittene InEK-Abrechnungs-Groupier obsolet und man könnte den Groupier als reines Planungsinstrument nach dem Vorbild von NRW weiterentwickeln. „Auch der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) sollte sofort abgeschafft werden, denn die Krankenhäuser, die die politisch gewollte Konzentration realisieren, dürfen dafür nicht auch noch bestraft werden. Andernfalls werden Strukturreformen verzögert und Qualitätsgewinne verhindert“, so Gaß.

Auf dem jährlichen Krankenhausgipfel der DKG in Berlin betonte Dr. Gerald Gaß in seinem Eröffnungsstatement die Chancen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen für mehr Effizienz in der Versorgung angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels. Dieser bleibe die größte Herausforderung für das Gesundheitswesen: „Es ist eine Kerze, die an beiden Enden brennt“, so Gaß. Bis 2040 werde die Zahl der über 80-Jährigen in Deutschland um von heute 5,8 Millionen auf 7,8 Millionen steigen.



DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß: „Wir brauchen ein System der Vorhaltefinanzierung, das tatsächlich fallzahlenunabhängig funktioniert und weniger, nicht mehr Bürokratie verursacht.“

Gleichzeitig schrumpfe die Zahl der Erwerbstätigen. „Die Erkenntnis ist klar: mehr Patientinnen und Patienten, aber weniger Fachkräfte.“

in Zeiten der Fachkräfteknappheit bedeute Effizienz vor allem den effizienten Ressourceneinsatz beim Personal. „Wir müssen weg kommen von starren Personalvorgaben, die den Kliniken die Luft abschnüren“, forderte Gaß. In zahlreichen OPS Prozeduren Codes, den Qualitätsrichtlinien des G-BA, bei den Leistungsgruppen, den Pflegepersonaluntergrenzen, der Psychiatrie, den Notfallstufen, im Kreissaal, den Zentrumsrichtlinien, ja sogar in manchen Landeskrankengesetzen überall gibt es kleinteilige Vorgaben, die bestimmen wer, wann in welcher Anzahl und mit welchen Aus-, Fort- und Weiterbildungen vor Ort präsent oder in Bereitschaft zu halten ist. „Für welche der unzähligen Personalvorgaben liegen eigentliche evidenzbasierte Nutzenbelege mit Blick auf die Patientenversorgung vor?“

fragte der DKG-Vorstandsvorsitzende: Die Krankenhäuser bräuchten Modelle, die in der Verantwortung der Kollegen und Kolleginnen vor Ort, die den flexiblen Einsatz von Fachkräften ermöglichen, Aufgaben an andere Gesundheitsberufe übertragen und pflegeentlastende Maßnahmen fördern. „Wer mit weniger Personaleinsatz mehr leistet und dennoch gute Qualität schafft, muss belohnt, nicht bestraft werden“ so Gaß.

Bund-Länder-Diskussion zum KHAG

Im Rahmen der Diskussionsrunde „Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG): Aktueller Stand aus Sicht des Bundes und der Länder“ zeigte Thüringens Gesundheitsministerin **Katharina Schenk** (SPD) gegenüber den Vertretern der Bundespolitik von Anfang an klare Kante: Auf das Statement von **Tino Sorge**, Parlamentarischer Staatssekretär bei der Bundesministerin für Gesundheit, mit dem KHAG solle das Reformgesetz der Vorgänger-Regierung „an die Realitäten angepasst werden“, knüpfte Schenk gleich zu Beginn der Runde an: „Wir sind das Gremium, dass Herrn Sorge sagt, was die Realitäten sind“, antwortete die Ministerin auf die Frage der Moderatorin **Lisa Braun** nach der Rolle der Gesundheitsministerkonferenz in Bezug auf die Reform.

Ministerin Schenk und Tino Sorge zeigten weitgehende Einigkeit über die Notwendigkeit von Anpassungen der Krankenhausreform. „Es wird nicht die reine Lehre durchgesetzt bei der Reform“, so der Staatssekretär. Das würde zu Verwerfungen in ländlich geprägten Regionen führen. „Wir wollen die Kliniken aus dem Hamsterrad herausführen – zum Beispiel mit der Vorhaltefinanzierung“, sagte Sorge. Wenn diese weiterhin von Fallzahlen abhängig sei und Fehlanreize verursache, müsse das überprüft werden. Auch über die Möglichkeit von Öffnungsklauseln für die Länder sollte diskutiert werden. „Wir müssen an der einen oder anderen Stelle aufeinander zugehen“, so Sorge.

„Wenn das Finanzierungssystem der Krankenhäuser so grundlegend umgebaut und 20 oder 25 Mrd. € neu verteilt werden sollen, dann muss in einer Wirkungsanalyse überzeugend dargelegt werden, ob die politischen Ziele, die man damit verwirklichen will, auch tatsächlich zu erreichen sind. Das ist nicht geschehen“, kritisierte Gaß. Die Reform soll komplexe Leistungen konzentrieren und die ländliche Versorgung sichern. Die DKG habe früh in einer Untersuchung zeigen können, dass genau dies es eben nicht funktionierte: „Die Zentren werden nicht besser finanziert. Sie bekommen sogar dauerhaft weniger Geld für die komplexe Behandlungen als heute.“ Die Finanzierung läuft politisch ins Leere, so Gaß weiter, verursahe aber „einen gigantischen Mehraufwand an Bürokratie in den Krankenhäusern. Die Vorhaltefinanzierung sei ein „totes Pferd“, von dem man absteigen sollte. Stattdessen sollten die Sicherstellungszuschläge ausgebaut werden. Die Krankenhäuser würden mit der Vorhaltefinanzierung führt noch tiefer in das Hamsterrad hineingetrieben.

Johannes Wagner, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, vertei-

digte die Reform: Die Ampelkoalition mit dem Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach habe einen großen Schritt getan, um die Krankenhäuser aus dem Hamsterrad der Fehlanreize herauszuführen. „Mit dem KHAG erkaufte sich die Regierungskoalition nur Zeit, um die Reformziele aufzuweichen.“ Auch die Länder hätten keine gute KH-Planung gemacht und mit unzureichender Investitionsfinanzierung große Lücken geschaffen, die die Fehlanreize für die Krankenhäuser, die Investitionen aus eigenen Mitteln finanzieren mussten, noch erhöht habe.

Tino Sorge warnte Länder und Kliniken vor allzu apokalyptischen Gedankenspielen. „Wir können die Reform nicht einfach einstampfen. Die Zeit haben wir nicht mehr“, so der Parlamentarische Staatssekretär. „Wir müssen die Reform auf den Weg bringen – dann bei Bedarf nachbessern.“

Derzeit liefen alle Planungen mit den Krankenhäusern in sehr heikler rechtlicher Unsicherheit. „Die Kliniken wollen endlich Klarheit, welche Qualitäts- und Strukturkriterien gelten“, betonte Katharina Schenk. Wenn es Verwerfungen gibt, dann muss zügig nachgesteuert werden: „Aber nach verbindlichen Kriterien.“ Für das geforderte Monitoring der Reform schlug DKG-Chef Gerald Gaß permanentes Begleitgremium aus Bund und Ländern vor.

Katharina Schenk forderte eine Abkehr von der 2 000-Meter-Grenze für Kooperationen und für Flexibilität bei anderen Vorgaben (► **siehe das Interview Seite 764**). Die Kliniken bräuchten den Soforttransformationsfonds, und sie bräuchten eine schnelle Reform der Finanzierung: „Die Kliniken in ländlichen Regionen pfeifen aus dem letzten Loch. Das Warten, wann die Reform endlich greift, ist für strukturschwache Bundesländer wie Thüringen der Todesstoß. Es wird höchste Zeit, dass die Reform mal in die Puschen kommt“, so die thüringische Ministerin.

Nina Warken will Krankenhausreform praxistauglich umsetzen

Bundesgesundheitsministerin **Nina Warken** (CDU) zeigte sich auf dem Krankenhauspapier zuversichtlich, dass der Gesetzentwurf zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) am 10. September vom Bundeskabinett beschlossen werde (dies ist nicht geschehen). Die Ministerin verteidigte noch einmal die geplanten Anpassungen: Die Krankenhausreform solle damit „praxistauglich“ umgesetzt werden – in enger Einbindung der Länder. Am Konzept der Hybrid-DRGs hält die Ministerin fest: Es sei ein guter Einstieg in die Ambulantisierung von Krankenhausfällen.

Aus dem Transformationsfonds aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität sollen innerhalb von zehn Jahren 29 Mrd. € in den Umbau der Krankenhauslandschaft fließen. Weitere 4 Mrd. € aus dem Sondervermögen sollen als „Sofort-Transformationskosten“ den Kliniken 2025 und 2026 also Inflationsausgleich für die vergangenen Jahre bekommen – und zwar „nicht zulasten der Versicherten“, wie Warken betonte. 2 Mrd. € sollen zudem für ein neues Sofortprogramm zur



Die Krankenhausreform solle damit „praxistauglich“ umgesetzt werden, verspricht Bundesgesundheitsministerin Nina Warken.
Fotos: DKG/Lopata

Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen gehen. Damit soll auch in Krankenhäusern eine resiliente Sicherheitsinfrastruktur für die Informationstechnik aufgebaut werden.

Auch mit der überfälligen Notfallreform soll voran gehen: Das BMG arbeite „mit Hochdruck“ daran, sagte Tino Sorge. Noch in diesem Jahr soll es möglicherweise einen ersten Entwurf geben.

Hybrid-DRGs: grundlegende Überarbeitung gefordert

Ein weiterer Schwerpunkt des Krankenhaushauptthemas war die Überwindung der starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Hier drängt die DKG auf eine grundlegende Überarbeitung der Hybrid-DRGs. Gaß warnte vor teuren, investorengetriebenen Doppelstrukturen in Form von Praxiskliniken vor den Toren der Krankenhäuser entstehen.

„Krankenhäuser bieten mit ihrer umfangreichen fachlichen und technischen Ausstattung einen hervorragenden Rahmen, der auch bei komplexen ambulanten Behandlungen die notwendige Sicherheit gewährleistet. Wir müssen darauf achten, dass der Qualitätsstandard der Patientenversorgung auch bei Hybridleistungen erhalten bleibt“, betonte Gaß.

Die kurzfristig erweiterten Hybrid-DRG-Regeln seien kein tragfähiges Fundament für eine sinnvolle Ambulantisierung. Sie unterminierten die Länderplanung, destabilisierten die Krankenhausökonomie und verfehlten das Versorgungsziel. Stattdessen brauche es den Ausbau der ambulanten Versorgungs-

möglichkeiten an den Krankenhäusern, der Qualität und Erreichbarkeit auch in dünn besiedelten Regionen sicherstelle. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, die als Partner der Kliniken bei der Hybridversorgung mitwirken können, sei ausdrückliches Ziel.

Prof. Henriette Neumeyer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG, erinnerte an den Prozessgedanken bei der Ambulantisierung: Beides, ambulante und stationäre Versorgung an einem Standort anzubieten, ermögliche Versorgung aus einer Hand.

Das Kliniken ambulante Leistungen erbringen, sei keine ungewöhnliche Struktur, sondern sei in anderen Ländern die Regel. „Dort werde oft die Behandlung als Prozesskette von der Vorbehandlung bis zur Nachsorge aus einer Hand angeboten und organisiert – zum Wohle der Patienten“, so Neumeyer. Denn manche Patienten können ambulant versorgt werden, andere nicht. Oft sei dies aber nicht klar am Beginn der Behandlung. Diese Prozesse seien mit den Hybrid-DRG nicht abgebildet.

Sind die Hybrid-DRG Fluch oder Segen? **Dr. Andreas Gassen**, Vorstandsvorsitzender des KVB: „Es ist eine Chance, die einer weiteren Ausgestaltung bedarf.“ Prozesse müssten umgestaltet werden. Doppelstrukturen, wie von Dr. Gerald Gaß befürchtet, sieht er nicht für die Zukunft.

Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, **Stefanie Stoff-Ahnis** sieht in der Ambulantisierung eine sinnvolle, überfällige Entwicklung. „Wir ringen schon seit Jahrzehnten um eine Ambulantisierung. Mit den Hybrid-DRG ist ein Anfang gemacht, der deutlich weiterentwickelt werden muss.“ Ein dritter Sektor dürfe nicht entstehen mit den Hybrid-DRG. Aber die Ambulantisierung ist ein dynamischer Prozess, der bestimmte Leistungen schrittweise weiterentwickelt hin zur ambulanten Leistung.

Zur Umsetzung im Klinikalltag braucht es einfach Zeit, sagte **Dr. Bettina Beinhauer**, Fachärztin für Chirurgie, Leiterin Zentraler Dienst Medizinmanagement Agaplesion. In ihrem Konzern habe man im vergangenen Jahr alle Einrichtungen angeschaut, ob sie für das ambulante Setting geeignet sind. Dazu gehörten Prozessanalysen und bauliche Strukturen, wo man auf erhebliche Probleme gestoßen sei: „Wenn sich stationäre und ambulante Prozesse kreuzen, wird es sehr schwierig, etwas effizient umzusetzen“, so Beinhauer.

PD Dr. Michael A. Weber, Präsident des Verbandes leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte, meldete sich aus dem Publikum und gab zu bedenken, dass über die Ambulantisierung beispielsweise in der Kardiologie, auch den Maximalversorgern, 60 bis 80 % ihrer interventionellen Eingriffe verlieren würden. Das betreffe neben den Kardiologen, auch die Urologen und die Gallenblasen- und Leistenhernien-Operationen. Außerdem betonte Weber: „Die Strukturvorgaben für all diese Fächer, die wir minutiös für die stationären Leistungen entwickelt haben, dürfen nun nicht obsolet werden, weil der Eingriff im niedergelassenen Bereich stattfindet.“

Katrin Rüter