

Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission

»Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung«

Kurzbewertung

Die Kommission macht nicht nur Vorschläge zur Krankenhausfinanzierung, sondern auch zur »Restrukturierung der Krankenhauslandschaft« (S. 10):

► **Restrukturierung**

■ **Versorgungsstufen und Leistungsgruppen**

Die Krankenhäuser werden 3 Versorgungsstufen zugeteilt: Level I, Level II und Level III. Das ist nichts wirklich Neues und entspricht den altbekannten Versorgungsstufen: Grundversorgung, Zentralversorgung und Maximalversorgung.

Das Level I wird nochmals unterschieden in Level Ii und Level In. Jedem Level sollen bundeseinheitliche Strukturqualitätsanforderungen und Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Es soll 128 Leistungsgruppen geben, die sich aus den Diagnosen und den dazugehörigen Operationen und Behandlungsprozeduren ergeben. »Dabei sind die Leistungsgruppen so gegliedert, dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt.« (S. 17) Die Leistungsgruppen werden jeweils einem der drei Level zugeordnet. Beispiele sind etwa »Basisbehandlung Innere Medizin« (Level 1), »Angiologie« (Level 2) und »Minimale Herzklappenintervention« (Level 3). Fachkrankenhäuser werden dem Level II oder III zugeordnet

Die Leistungsgruppen definieren also das, was die Krankenhäuser eines Levels behandeln dürfen und die Kassen vergüten müssen. Wer die Bedingungen für einzelne Leistungsgruppen nicht erfüllt, soll diese mit anderen Krankenhäusern tauschen können oder sie ggf. im Verbund erbringen. Der Medizinische Dienst soll die Einhaltung der Mindeststrukturvoraussetzungen überprüfen.

■ **Level In (»n« für Notfallversorgung)**

Das sind die Krankenhäuser die die Bedingungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) erfüllen. Sie sollen eine nicht näher beschriebene »Basisversorgung« übernehmen und als Notfallversorger dort bestehen bleiben, wo ein Krankenhaus des Levels II oder III mehr als 30 Minuten PKW-Fahrtzeit entfernt ist. Zahlen der betroffenen Krankenhäuser werden nicht genannt.

■ Level li (»i« für integriert)

Diese Untergruppe wird als »integrierte ambulant/stationäre Versorgung« bezeichnet: »Level-li-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können. Die Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung, (...) erfolgen.« (S. 13) Ärzte müssen nur tags anwesend sein (nachts Rufdienst). Die Planung dieser Einrichtungen soll in »regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder erfolgen.« (S. 14) Zahlen der betroffenen Krankenhäuser werden nicht genannt.

Diese Einrichtungen sollen komplett aus der DRG-Fallpauschalenfinanzierung und dem Pflegebudget herausgenommen und stattdessen mit Tagespauschalen finanziert werden, die mit längerem Aufenthalt geringer werden. Ärztliche Leistungen sollen nach dem Gebührensystem für niedergelassene Ärzte abgerechnet werden, falls angestellte Ärzt*innen tätig werden, soll sich die Tagespauschale erhöhen.

► Finanzierung

Für alle Krankenhäuser der Level In, II und III gelten die DRGs weiter, ihr Finanzierungsanteil soll um 20% gesenkt werden, in der Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie um 40%. Diese Anteile sollen als Vorhaltebudget vergeben werden. Die Gesamtvergütung soll aber gleich bleiben. Das bundesweite Vorhaltebudget (20% bzw. 40% der DRG-Vergütungen) wird auf die einzelnen Leistungsgruppen entsprechend ihrem Anteil an den DRG-Vergütungen verteilt. Die Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für die jeweiligen Leistungsgruppen und Level erfüllen (Genehmigung durch die Länder), bekommen einen Anteil am gesamten Leistungsgruppenvorhaltebudget. Der Anteil soll sich anfänglich nach der bisherigen Leistungsmenge des Krankenhauses in der jeweiligen Leistungsgruppe richten. Die Einführung soll sich über 5 Jahre mit steigenden Prozentsätzen der DRG-Umwandlung (anfangs 0%, am Ende 20% bzw. 40%) erstrecken. Am Ende dieser Konvergenzphase sollen die Höhe des Vorhaltebudgets für das einzelne Krankenhaus nach 3 Kriterien errechnet werden: **Bevölkerungsbezug, Prozess- und Ergebnisqualität und Fallmenge**. In welchem Maß die 3 Komponenten in das Vorhaltebudget einfließen wird nicht näher erläutert.

In den **Bevölkerungsbezug** soll die Zahl der zu versorgenden und versorgten Patienten eingehen. Dabei soll eine Mindestfallzahl definiert werden, damit man überhaupt ein Vorhaltebudget für die jeweilige Leistungsgruppe erhält. Die Höhe des Vorhaltebudgets soll sich auch nach dem Zielerreichungsgrad bei der **Prozess- und Ergebnisqualität** richten. Schließlich soll aber auch die Zahl der versorgten Patienten (**Fallmenge**) direkt die Höhe des Vorhaltebudgets beeinflussen.

► Bewertung der Kommissionsvorschläge

■ Versorgungsstufen und Leistungsgruppen

Eine genauere Definition des Versorgungsauftrags durch Versorgungsstufen und Leistungsgruppen ist grundsätzlich sinnvoll, weil damit verhindert wird, dass komplexe aber eher seltene Krankheitsbilder in Krankenhäusern ohne die notwendigen strukturellen und fachlichen Voraussetzungen behandelt werden. Ein Problem ist, dass solche detaillierten Definitionen hohe Hürden darstellen und missbraucht werden können, um Krankenhäuser zu schließen. Naiv ist, wer glaubt, dass solche Überlegungen in der Kommission und im Gesundheitsministerium nicht angestellt würden. Dennoch bleibt der Ansatz richtig und wir müssen den politischen Kampf gegen einen Missbrauch solcher Festlegungen führen.

Bezeichnenderweise werden keine Zahlen genannt, wie viele Krankenhäuser/Standorte damit in ihrer Existenz gefährdet sind. Geht man von der Beispielrechnung (S. 28) aus, handelt es sich um 37,5%. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geht von 40% aus.¹ Prof. Karagiannidis, Mitglied der Regierungskommission, kündigt zwischenzeitlich an, »dass wir am Ende so etwa 500 bis 600 Krankenhäuser haben, die wirklich viel anbieten können ...« (Tagesschau 24, 02.02.23). Das sind extrem beunruhigende Zahlen.

Beunruhigend ist auch, dass die Definition des Levels II so gefasst ist, dass Krankenhäuser nur dann interventionelle Kardiologie, Schlaganfallbehandlung oder Krebsbehandlung in zertifizierten onkologischen Zentren durchführen oder geburtshilfliche Leistungen erbringen dürfen, wenn ihnen die Notfallstufe 2 oder 3 zugewiesen wurde und wenn sie diese 4 Schwerpunkte gleichzeitig anbieten. In den letzten Jahren haben sich aber in vielen Gebieten Deutschlands Netzwerke von kleineren und größeren Kliniken zur arbeitsteilig verbesserten Behandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen gebildet, die sehr gut arbeiten und die damit zerstört würden.

Auch für die Geburtshilfe würde die Definition des Levels II bedeuten, dass mindestens 190 der 622 geburtshilflichen Abteilungen nur deswegen schließen müssten. Auch in diese Richtung zielt die mehrfach erhobene Forderung, dass Krankenhäuser Leistungsgruppen tauschen oder aus ökonomischen Überlegungen aufgeben sollten.

Ganz allgemein besteht die Gefahr, dass die Konsequenzen der aus Struktur- und Qualitätsvorgaben nicht die bessere Versorgung, sondern ein rasanter Bettenabbau und Krankenhausschließungen sind.

Wenn klar wäre, dass die Krankenhausplanung Priorität gegenüber ökonomischen Überlegungen hätte – anders ausgedrückt, dass die Krankenhäuser, die notwendig sind im Rahmen einer demokratischen und regionalen Planung als notwendig eingestuft und dann auch vollständig finanziert würden (Selbstkostendeckung) –, wäre es einfacher sich zu einer Planung in Leistungsgruppen und Versorgungsstufen zu bekennen.

■ Level In

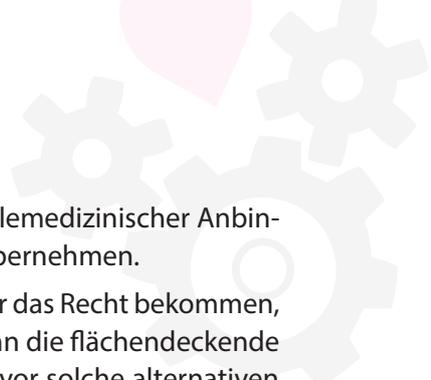
Die Entfernungsgrenze (»mehr als 30-PKW-Minuten) führt dazu, dass insbesondere kleine Krankenhäuser in Ballungsräumen, existenziell bedroht sind bzw. mit größeren Kliniken fusionieren müssen. Laut Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft gibt es jeweils ca. 650 Krankenhaus-Standorte, die dem Level I bzw. II zugeordnet wären. Das wäre ein riesiger Kahlschlag

■ Level II

Was hier vorgeschlagen wird, hat herzlich wenig mit einem Krankenhaus zu tun. Ausscheidende Krankenhäuser sollen – zugespitzt ausgedrückt in bessere (Kurzzeit-) Pflegeheime, umgewandelt werden. Die ärztliche Versorgung wird auf das Niveau von Belegkliniken heruntergefahren. Alternativ sollen MVZ oder Praxiskliniken mit angeschlossenem Pflegebereich entstehen. Insgesamt bedeutet dieser Vorschlag eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit besteht ein hohes Risiko, dass Ökonomisierung und Privatisierung weiter vorangetrieben werden und den Private-Equity-Fonds ein neues Geschäftsfeld eröffnet wird. Der Vorschlag ist weit davon entfernt, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen.

Die Level-II-»Krankenhäuser« sind nicht auf eine echte Notfallversorgung eingerichtet. Sie schließen – gerade in ländlichen Gebieten – die Lücke zwischen dem Hausarztbereich (soweit es diesen überhaupt noch gibt) und dem nächstgelegenen größeren Krankenhaus nicht. Sie sind gerade nicht ambulante Gesund-

¹ Interview mit dem Vorsitzenden der DKG, Gaß, <https://daskrankenhaus.de/aktuelles/news/detail/endlich-planungssicherheit-schaffen/>



heitszentren der Krankenhäuser, die mit dem Personal der Krankenhäuser, mit telemedizinischer Anbindung und mit Überwachungsbetten die Grund- und Notfallversorgung vor Ort übernehmen.

Eine Überwindung der sektoralen Versorgung setzt voraus, dass die Krankenhäuser das Recht bekommen, ambulant zu behandeln und solche Gesundheitszentren zu betreiben. Nur so kann die flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten auf hohem Niveau gewährleistet werden. Bevor solche alternativen Strukturen nicht aufgebaut sind, darf es zu keinen Schließungen kommen, zumal gerade die bisherige ambulante Versorgungsstruktur durch Hausärzte wegbricht.

Die Vergütung dieser Level II-Häuser ist nun der Punkt, bei dem es »revolutionär« wird: Sie werden ganz aus den DRGs herausgenommen. Das ist aber kein Grund zur Freude, weil sie wohl vom Regen in die Traufe kommen werden. Tagespauschalen – auch wenn sie degressiv sind –, sind ebenfalls eine Art der finanziellen Steuerung mit entsprechenden Fehlanreizen und haben nichts mit kostendeckender Finanzierung zu tun. Sie sind nicht zu verwechseln mit den tagesgleichen Pflegesätzen, die in Zeiten der Selbstkostendeckung unterjährig als Abschlag bezahlt wurden und bei denen am Jahresende spitz abgerechnet wurde.

Die betroffenen »ambulant/stationären« Einrichtungen hätten auch im neuen Finanzierungssystem ein starkes Interesse an Kostendumping, also am Abbau von Personal und Löhnen und an einer möglichst billigen Versorgung zum Nachteil der Patient*innen. Außerdem beinhalten die Tagespauschalen den Anreiz, die Verweildauern zu verlängern – zumindest so lange, bis die Kosten den degressiven Tagessatz überschreiten. Dabei fällt wieder eine sachfremde Entscheidung (es lohnt sich nicht mehr) statt einer bedarfsgerechten (kann die Patient*in aus medizinischer und pflegerischer Sicht schon entlassen werden). Alles, weil dann die Verluste geringer, bzw. die Gewinne höher sind. Es werden lediglich die finanziellen Anreizsysteme ausgetauscht und andere Zielrichtungen eingeführt. Zudem ist es angesichts der Notwendigkeit, den Kostendruck aus der Gesamtheit der stationären Gesundheitsberufe herauszunehmen, keinesfalls vertretbar, das Pflegebudget nun auf einem einzelnen Versorgungslevel wieder aufzubrechen.

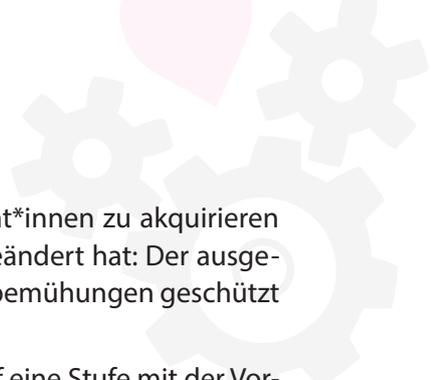
Dass die ärztlichen Kosten bei dort tätigen niedergelassenen Ärzten nach EBM gesondert abgerechnet werden sollen, fügt alldem dann noch den Anreiz hinzu, auf der ärztlichen Ebene möglichst viele Leistungen (egal ob nötig oder nicht) zu erbringen und abzurechnen. Sind die Ärzt*innen Angestellte einer Klinik, soll die Tagespauschale um den ärztlichen Kostenanteil erhöht werden. Auch das beinhaltet wieder einen finanziellen Anreiz jedoch in die umgekehrte Richtung: Ist die Höhe des Kostenanteils festgelegt, lohnt es sich die realen Kosten zu drücken, damit ein Gewinn bzw. kein Verlust entsteht – eingeschlossen die Verweigerung von Leistungen.

► Vorhaltevergütung

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Gesamtvergütung gleichbleibt und die Vergütung nur in anderer Form ausgezahlt wird. Die Unterfinanzierung und der Preisdruck auf stationäre Leistungen sowie der dadurch ausgelöste Konkurrenzdruck sollen also grundsätzlich beibehalten werden. Das hat etwas von »rechte Tasche, linke Tasche«. Wenn er tatsächlich für die Häuser mit hohen Vorhaltekosten, wie Notfall- und Maximalversorger gegenüber vorher abgeschwächt wird, wird er für die anderen Häuser verstärkt.

Sind von der anderen Vergütungsform »Vorhaltefinanzierung« bedarfsgerechte Effekte zu erwarten? Kann man sich wieder mehr medizinischen und pflegerischen Aufgaben widmen? Unsere Erfahrung sagt »nein«, weil auch und gerade von niedrigeren DRGs derselbe Anreiz zu Kostendumping und Mengenausweitung ausgeht. Umgekehrt wird ein Schuh draus: Gerade weil die finanziellen Gestaltungsspielräume eingeschränkt werden, wird der Leistungswettbewerb im »Rest-DRG-Bereich« noch mehr angefacht werden, zumal die Vorhaltefinanzierung ebenfalls einen deutlichen Leistungsbezug durch Fallzahlabhängigkeit hat.

Die Ausgliederung der Pflege am Bett aus den DRGs hatte dasselbe Volumen wie die jetzt vorgeschlagene Vorhaltevergütung (jeweils 20%). Hat sich durch diese Ausgliederung die geringste Veränderung beim



Konkurrenzverhaltens der Krankenhäuser, beim ständigen Versuch, mehr Patient*innen zu akquirieren und beim allgemeinen Kostendumpings eingestellt? Natürlich nicht. Was sich geändert hat: Der ausgegliederte Bereich (Pflege am Bett), aber eben nur dieser, ist nun wirksam vor Sparbemühungen geschützt ist, weil für ihn Kostendeckung gilt.

Dabei ist es nicht korrekt, die Ausgliederung der Pflege am Bett aus den DRGs auf eine Stufe mit der Vorhaltefinanzierung zu stellen. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs ist gerade kein Budget – auch wenn es so genannt wird – sondern Selbstkostendeckung ohne Gewinnmöglichkeit. Der gravierende Unterschied: Bei jeder Art von Budget sind weiterhin durch geschickte Gestaltung und (Personal-) Kostendumping Gewinne möglich, bei Selbstkostendeckung nicht.

Hinzu kommt: Sowohl im Bevölkerungsbezug als auch im Fallmengenbezug steckt wieder ein massiver Anreiz zur Leistungsausdehnung.

Auch bei dem geforderten Qualitätsbezug handelt es sich um finanzielle Steuerung (Belohnung/Bestrafung), anstatt die Qualität an allen bedarfsnotwendigen Standorten zu fördern. Damit wären wir dann bei der Vergütung der Ergebnisqualität (Pay for Performance – P4P), noch ein neoliberales Lieblingsthema, das über diesen Umweg hoffähig gemacht wird. P4P ist sogar noch eine Ausdehnung des Preissystems, weil statt Festpreisen (DRGs) die Kassen die Möglichkeit bekommen, Einfluss auf die Höhe der Preise zu nehmen.

Die Kontrolle und die Förderung der Qualität gehören in die Planung und nicht in die Finanzierung, auch nicht in die angebliche Vorhaltefinanzierung. Der Missbrauch des Qualitätsbezugs zur Selektion von Krankenhäusern muss ausgeschlossen werden.

Aus unserer Sicht ist eine Vorhaltefinanzierung ein Ausgleich für Kosten (Sach- und Personalkosten), der alleine dafür zu zahlen ist, dass die notwendigen Leistungen vorgehalten werden, unabhängig von ihrer schwankenden Inanspruchnahme. Dazu gehören auch, aber nicht nur, die Vorhaltungen für Katastrophen usw. Die Höhe der Finanzierung muss sich an tatsächlich entstehenden Kosten für die bedarfsgerechte Vorhaltung orientieren.

Grundsätzlich wäre die beste Form der Vorhaltefinanzierung die Selbstkostendeckung: Alles, was notwendig ist und dafür vorgehalten werden muss, wird auch finanziert. Der Vorschlag der Kommission ist aber keine Vergütung für reale Vorhaltekosten, sondern ein Budget. Es erlaubt Gewinne und Verluste und ist ebenfalls anfällig für finanzielle Fehlanreize. Außerdem ist es nicht zweckgebunden, so dass die Gelder für alles – incl. Ausschüttung als Dividende – eingesetzt werden können.

Die Mindestforderung ist, alle Personalkosten als Vorhaltekosten zu definieren, sie aus den DRGs auszugliedern und kostendeckend zu finanzieren. Das würde gleichzeitig den Druck der »Rest-DRGs« vom Personal nehmen, weil sich dann Kostendumping auf dem Rücken der Beschäftigten nicht mehr lohnen würde.

Eine der größten Plagen des DRG-Systems ist der aberwitzige Aufwand an Verwaltungstätigkeiten, der dadurch entsteht, dass jede einzelne Handreichung detailliert und nachprüfbar dokumentiert, codiert und kontrolliert werden muss. Auf Kassenseite läuft dann derselbe Prozess nochmal ab, gefolgt von der Austragung von Abrechnungsstreitigkeiten, die ganze Abteilungen, Schiedsstellen und in letzter Konsequenz Gerichte beschäftigen. Damit werden wichtige Ressourcen gebunden, die viel besser für die Versorgung der Patient*innen eingesetzt würden.

Für die Beschäftigten in der unmittelbaren Versorgung bedeuten die überbordenden Verwaltungsaufgaben eine echte Zumutung und eine unnötige massive Mehrbelastung. An diesem Punkt wird sich nichts zum Besseren ändern. Das Gegenteil ist der Fall: Der Aufwand in Bezug auf die DRGs bleibt der Gleiche. Hinzu kommt der Aufwand für die Optimierung der Vorhaltepauschale, bei der wiederum alle möglichen Nachweise erbracht und kontrolliert werden müssen. Dies wäre bei einem Umstieg auf kostendeckende Finanzierung nicht mehr nötig. Natürlich müsste auch hier der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erbracht werden, aber in Bezug auf das Jahresergebnis und nicht in Bezug auf jede einzelne Tätigkeit. Dies würde insbesondere die Beschäftigten in der direkten Patientenversorgung deutlich entlasten.

► Quintessenz aus unserer Sicht:

- Versorgungstufen und Leistungsgruppen sowie Strukturqualitätskriterien sind zur Festlegung des Versorgungsauftrags hilfreich. Missbrauch muss verhindert werden.
- Betrachtet man das Gesamtinstrumentarium, das die Kommission vorschlägt, liegt der starke Verdacht nahe, dass genau dieser Missbrauch das wesentliche Anliegen der Planungsvorschläge ist und damit noch weiterer Bettenabbau und Krankenhausschließungen die Folge sein werden.
- Die vorgeschlagene Reform verstärkt nochmals den bürokratischen Aufwand, anstatt ihn endlich zu reduzieren.
- Die vorgeschlagene Reform hält den Kostendruck auf das Personal aufrecht. Personalkosten sind aber Vorhaltekosten. Sie müssen anhand einer bedarfsgerechten Personalbemessung geplant und zweckgebunden und kostendeckend finanziert werden.
- Betrachtet man die finanziellen Steuerungselemente, die es weiterhin gibt (Mengenbezug) bzw. die neu vorgeschlagen werden (Qualitätsbezug), besteht zusätzlich die Gefahr, dass sie sinnvolle Planungsansätze konterkarieren und zum betriebswirtschaftlich bedingten Ausscheiden weiterer Krankenhäuser führen (kalte Strukturreform).
- Die vorgeschlagenen Vorhaltepauschalen sind weder leistungsunabhängig noch eine Finanzierung der notwendigen Vorhaltekosten. Pauschalen und Budgets schaffen immer finanzielle Anreize, die realen Kosten zu drücken, um Gewinne zu erwirtschaften. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Vorschläge eine »heilige Kuh« auf jeden Fall unangetastet lassen sollen: Die Möglichkeit auch weiterhin mit Krankenhäusern Gewinne machen zu können. Dies wird insbesondere die privaten Klinikkonzerne erfreuen.
- Die groß angekündigte Finanzierungsreform ist also letztlich ein Etikettenschwindel. Eine Aufhebung der negativen Wirkungen der finanziellen Steuerung und insbesondere der DRGs (Mengen- ausweitung und Kostendumping) ist aufgrund des vorgeschlagenen Modells der Vorhaltepauschalen nicht zu erwarten. Weitere Folgeprobleme drohen.
- Notwendig ist eine sektorenübergreifende, detaillierte Bedarfsplanung. Sie muss demokratisch und regional sein. Die Bedarfsplanung ist Landesaufgabe. Den Versorgungsauftrag – ambulant wie stationär – müssen die Gesundheitsregionen haben.
- Ebenfalls notwendig sind sektorenübergreifende Strukturänderungen. Die flächendeckende Versorgung muss gewährleistet werden. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, erfolgt am besten durch die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und durch flächendeckende, wohnortnahe ambulante Gesundheitszentren der Krankenhäuser. Schließungen von kleinen ländlichen Krankenhäusern ohne diese Voraussetzungen darf es nicht geben.
- Daseinsvorsorge braucht Sachsteuerung, keine finanzielle Steuerung. Gewinne in Krankenhäusern sind zu verbieten, die DRGs sind vollständig abzuschaffen und eine kostendeckende Finanzierung (Kostendeckung 2.0) ist einzuführen

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik
V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz
Mobil: 0172 – 185 8023

www.krankenhaus-statt-fabrik.de
Twitter: @KHstattFabrik

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert