

Bewertung finales Eckpunktepapier **(BMG, Gesundheitsminister) vom 10.7.2023**

Am 10.7.2023 kam es zu einer Einigung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Gesundheitsminister:innen der Länder. Bayern (CSU) hat dagegen gestimmt, Schleswig-Holstein (CDU) hat sich enthalten.

Im Folgenden analysieren wir die wesentlichen Punkte der angestrebten Krankenhausreform. So viel vorweg: das Eckpunktepapier von Bund und Ländern stellt zwar eine Verbesserung gegenüber den Vorschlägen der Regierungskommission dar. Die vereinbarten Eckpunkte beinhalten aber weder eine Überwindung des Fallpauschalensystems noch die notwendige Entökonomisierung der Krankenhäuser. Auf was sich hier geeinigt wurde ist keine Revolution, sondern ein Etikettenschwindel.

Trotz aller Ankündigungen wird das Grundproblem der Ökonomisierung nicht angegangen. Die Fallpauschalen bleiben zu 40 % erhalten und auch die Vorhaltefinanzierung erfolgt pauschal statt kostendeckend. Damit bleiben finanzielle Anreize und insbesondere der Kostendruck auf das Personal bestehen. Das Bekenntnis zur Selbstkostendeckung für die »Pflege am Bett« ist gut. Es muss aber konsequent umgesetzt und auf alle Berufsgruppen ausgeweitet werden.

Die Einteilung in Leistungsgruppen sowie die Definition von Qualitätskriterien sind sinnvolle Instrumente bei der Krankenhausplanung. Sie dürfen aber nicht zur finanziellen Steuerung und erst recht nicht zum Schließen bedarfsnotwendiger Krankenhäuser missbraucht werden. Was es braucht, ist eine demokratische Bedarfsplanung und eine Finanzierung des Notwendigen. Hierzu gehört auch die Bereitstellung öffentlicher Gelder für den Erhalt bedarfsnotwendiger Krankenhäuser und den Umbau von Versorgungsstrukturen.

Angesichts der aktuellen finanziellen Notlage vieler Krankenhäuser muss dringend mit einem Vorschaltgesetz diese Finanzierungslücke ausgeglichen werden.

Unsere Bewertung im Detail:

1. Level

Die von der Kommission vorgeschlagene Einteilung aller Krankenhäuser in Level, die Zuweisung von Qualitätskriterien an diese Level und die Verknüpfung mit der geplanten Vorhaltevergütung ist damit vom Tisch. Lauterbach will seine Vorstellungen zur Levelteilung auf dem Umweg über ein »Transparenzgesetz« (ohne Zustimmungspflicht der Länder) verwirklichen. Diese Level haben dann aber keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung durch die Länder und auch nicht auf die Vorhaltevergütung.

Bewertung:

Früher gab es in allen Krankenhausplänen sogenannte Versorgungstufen. Es wurden in aller Regel 3 Stufen unterschieden: örtliche/regionale Grundversorgung, überregionale Zentralversorgung und die Maximalversorgung. Diese Einteilung wurde in vielen Bundesländern im Rahmen der DRG-Einführung abgeschafft. Begründung: sie behindern den (gewollten) Wettbewerb der Krankenhäuser. Eine solche Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungstufen ist grundsätzlich sinnvoll, weil sie eine regionale und überregionale Planung des Versorgungsbedarfs ermöglicht und festlegt, welche Krankenhäuser der einzelnen Stufen welche Abteilungen und Bettenzahlen haben.

Die Lauterbach'sche Regierungskommission verfolgte aber mit ihren Leveln einen ganz anderen Ansatz:

- Missbrauch eigentlich sinnvoller Planungskriterien zur Selektion und Schließung von Krankenhäusern,
- Verknüpfung von Planung und Vergütung und damit finanzielle Steuerung des gewollten Ausscheidens von Krankenhäusern.

Insofern ist es gut, dass diese Art von Leveln zumindest momentan nicht kommt. Da Lauterbach aber unter dem Deckmantel der Transparenzerhöhung und Qualitätssicherung seine Pläne weiterverfolgen will, besteht die Gefahr, dass die Pläne der Regierungskommission (zumindest teilweise) weiterverfolgt und durch die Hintertür eingeführt werden sollen.

Was in den Festlegungen des Eckpunktepapiers keine Rolle spielt ist, dass es eigentlich notwendig ist, Maßnahmen zur Reduzierung der Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander zu ergreifen und die Zusammenarbeit (z.B. in Netzwerken) zu fördern. Haupthindernis ist dabei die finanzielle Steuerung über die DRGs. Dennoch wären krankenhauserplanerische und gesetzliche Vorgaben hierzu notwendig.

2. Leistungsgruppen

Auch hier wurden die Pläne der Kommission deutlich eingeschränkt. Statt der geplanten 128 Leistungsgruppen (LG) soll es nun 65 geben. Es sind die LG, die in NRW schon angewandt werden, plus 5 weitere »fachlich gebotenen« LG (Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin, speziellen Kinder- und Jugendchirurgie). Leistungsgruppen sind Zusammenfassungen von Diagnosen und dazugehörigen Therapien (z.B. Nephrologie, Endokrinologie, Operationen an der Speiseröhre), die detaillierter die Leistungen eines Krankenhauses beschreiben als nur die Fachgebiete (Innere Medizin, Chirurgie usw.). Zukünftig können – mit Zustimmung der Länder – weitere LG definiert werden. Die LG sollen mit den hierfür notwendigen strukturellen Qualitätskriterien (z.B. notwendige Ausstattung mit Einrichtungen und Personal, aber auch Mindestzahlen für Behandlungen) hinterlegt werden und den Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung von den Ländern zugewiesen werden, wenn sie die Qualitätskriterien erfüllen. Die Qualitätskriterien sind noch nicht bekannt. Es soll verwandte Leistungsgruppen geben, die nur gemeinsam vergeben und dann vom Krankenhaus behandelt werden dürfen. Ein Krankenhaus darf dann nur noch die Behandlungen durchführen, die zu den zugewiesenen Leistungsgruppen gehören. Die Länder können Krankenhäusern, die die Qualitätsanforderungen einzelner Leistungsgruppen nicht erfüllen, die aber bedarfsnotwendig (Sicherung der flächendeckenden Versorgung) sind, trotzdem diese Leistungsgruppen zuweisen. Hierfür soll es einen bundeseinheitlichen Ausnahmekatalog geben. Zweck dieser Regelung ist es, den betroffenen Krankenhäusern mit einem zeitlichen Aufschub die Möglichkeit zu geben, mit entsprechenden Anpassungen die strukturellen Qualitätsvoraussetzungen zu erfüllen. Die Vorhaltevergütung (s.u.) wird in diesem Fall nicht gekürzt.

Bewertung:

Versorgungsstufen und LG sind grundsätzlich richtig. Wenn man nicht finanziell steuern will, muss man planen. Zum Planen gehören Kriterien und Bedingungen. Außerdem verhindert eine nähere Definition des Versorgungsauftrages über Leistungsgruppen, dass jedes KH/jede Abteilung alles macht, auch wenn es/sie von den Voraussetzungen her, dazu nicht geeignet ist.

Es besteht aber die Gefahr, dass solche Kriterien zum Bettenabbau und zu Krankenhausschließungen missbraucht werden. Insbesondere weil die Qualitätskriterien bisher eine Blackbox sind und erst nach Verabschiedung des Gesetzes festgelegt werden sollen. Dies gilt insbesondere für die Mindestzahlen. Auch die Festlegung von »verwandten Leistungsgruppen« ist eine solche mögliche Hürde. Leistungsgruppen müssen sachgerecht sein und kein Selektionsinstrument.

Der Medizinische Dienst (MD) soll mit der Prüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien betraut werden. Das ist ein großer Fehler. Der MD bleibt trotz Namensänderung finanziell eine von den Krankenkassen dominierte Organisation und ist damit nicht geeignet für eine unabhängige Prüfung der Krankenhäuser.

Die Reduzierung der Zahl der LG schränkt die Missbrauchsmöglichkeiten ein, weil das System so flexibler bleibt. Die Möglichkeiten für die Länder Ausnahmegenehmigungen zu erteilen, ist sinnvoll, erfordert dann aber auch die nötigen finanziellen Konsequenzen, um die Krankenhäuser tatsächlich in die Lage zu versetzen, die Qualitätskriterien zu erfüllen. Da sieht es schlecht aus, wenn man den Rückzug aller Länder aus der Investitionskostenfinanzierung betrachtet.

Zwar wird in der Präambel angedeutet, dass mit Inkrafttreten der Neuregelungen eine »Verlängerung und Ergänzung des Krankenhausstrukturfonds« »vorgesehen« sei, aber das ist nicht sicher (»vorgesehen«) und außerdem, bei der völlig unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, ein Tropfen auf den heißen Stein.

Es muss aber auch klar sein, dass eine Planung mit Leistungsgruppen die konkrete Planung der notwendigen Bettenzahlen nicht ersetzen kann. In der Zahl der im einzelnen Krankenhaus und in der Versorgungsregion vorhandenen Betten realisiert sich das stationäre Versorgungspotenzial. Ohne Betten keine stationäre Behandlung – also muss auch die Bettenzahl geplant werden.

Bedauerlich ist, dass die Bildung von Trauma-, Herzinfarkt- und Schlaganfallnetzwerken (Neurovaskulären Netzwerken), die von den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften vorangetrieben wird, bisher keinen Eingang in die Prinzipien der Krankenhausplanung fand. Die Netzwerke könnten die Keimzellen einer planvollen regionalen Kooperation der Krankenhäuser sein, die den politisch geförderten Konkurrenzkampf ersetzen sollte, und das Leistungsgruppensystem sinnvoll strukturieren

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Pläne der Regierungskommission zwar deutlich entschärft wurden, aber immer noch ein großes Potenzial zur Schließung von kleinen Krankenhäusern beinhalten, insbesondere weil die Länder in den letzten Jahren dieselben Schließungsziele verfolgten und sie jetzt im Zweifelsfall auf die »bundesgesetzlichen« Zwänge verweisen können. Ein Übriges wird die finanzielle Notlage vieler Krankenhäuser tun. Hier ist es bezeichnend, dass sich Lauterbach und die Bundesregierung weigern, **im Rahmen eines Vorschaltgesetzes, diese finanzielle Notlage zu beseitigen**. Im Gegenteil, das spielt in ihre Karten und Lauterbach plant diese »Insolvenzopfer« ganz unverblümt mit ein.

Wir sind nach wie vor meilenweit davon entfernt, dass der Bedarf einer Versorgungsregion festgestellt, die notwendigen Einrichtungen zur Befriedigung dieses Bedarfs geplant werden und dann die notwendigen Mittel bereitgestellt werden. Auch bei dieser Reform steht alles Kopf: Zuerst das Geld, dann der Bedarf als abhängige Variable. Wir sind auch meilenweit von einer intersektoralen Versorgungsplanung entfernt, die demokratisch (unter Einbeziehung Aller) und in den einzelnen Versorgungsregionen erfolgt. **Voraussetzung**

hierzu wäre, dass der Versorgungsauftrag für die gesamte Versorgung (inkl. der ambulanten Versorgung durch Niedergelassene) wieder bei den Ländern (konkret den Versorgungsregionen) liegt.

3. Vorhaltevergütung

40% der Summe, die bisher über DRGs ausgezahlt wurde, soll nun in eine Vorhaltevergütung fließen. Die Gesamtsumme der ausgezahlten Gelder soll grundsätzlich (Ausnahmen s.u.) gleichbleiben. Die Bundesregierung spricht immer von 60%, da ist aber das sog. Pflegebudget¹ enthalten, das schon 2020 aus den DRGs ausgegliedert wurde und ca. 20% entspricht). Die eingesparte Summe soll entsprechend den in einer Leistungsgruppe enthaltenen DRGs auf diese Leistungsgruppen verteilt werden. Voraussetzung dafür ist, dass alle DRGs eindeutig Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Dazu wird in einer Anfangsphase das Relativgewicht jeder DRG (der relative Wert einer DRG im Vergleich zu den anderen DRGs) um 40% abgesenkt (bezogen auf die ursprünglichen DRGs incl. Pflegekosten) und die »eingesparten« Relativgewichtanteile den Leistungsgruppen zugeordnet. Dann werden sie (entsprechend dem jeweiligen Anteil der in den Ländern anfallenden DRGs) auf die Bundesländer verteilt und mit dem Landesbasisfallwert (LBFW)² multipliziert. Die dadurch auf Landesebene entstehende Gesamtsumme pro LG wird auf die Krankenhäuser nach ihrer Fallzahl und Fallschwere verteilt. Voraussetzung ist natürlich, dass sie die vorgeschriebenen Qualitätskriterien erfüllen. Wenn nicht, wird ihr Anteil auf die restlichen Häuser mit dieser LG verteilt.

Die Verteilung der Gelder an die Krankenhäuser (nach Fallzahl und Fallschwere) wird zunächst nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre überprüft. Sofern sich die Fallzahl in einem Korridor von +/- 20 Prozent verändert, hat dies keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl. Die Entwicklung der Fallschwere wird bei der Neueinteilung direkt berücksichtigt.

Später soll diese pauschale Festlegung des Vorhalteanteils (40%) durch eine wirkliche Kalkulation der Vorhaltekosten ersetzt werden. Bisherige Zuschläge (z.B. Zentrumszuschlag, Sicherstellungszuschlag, Fixkostendegressionsabschlag) sollen in die Vorhaltevergütung integriert werden. Die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin und Notfallversorgung erhalten einen zusätzlichen, nach Leistungsumfang gestaffelten Zuschlag. Wie hoch er ist und wie der Leistungsumfang berücksichtigt werden soll ist nicht festgelegt. Diese Zuschläge sowie einen »Koordinationszuschlag« für Universitätskliniken und große Maximalversorger sollen von den Kassen zusätzlich finanziert werden.

Das Ganze soll 2026 mit einem budgetneutralen Jahr (gleiche Geldsumme für das jeweilige Krankenhaus wie im Vorjahr ist garantiert) anfangen und dann über eine Konvergenzphase (zeitliche Staffelung der finanziellen Auswirkungen) eingeführt werden.

Ausdrücklich festgehalten wird, dass die Finanzierung der Pflege am Bett (»Pflegebudget«) unberührt bleibt und weiterhin nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert wird. Andererseits steht im Absatz vorher, dass die Kosten der Pflege am Bett in den Vorhaltekosten enthalten sind.

1 Das Pflegebudget ist kein Budget, sondern die vollständige Refinanzierung der Kosten der Pflege (Selbstkostendeckung) mit unterjährigen Abschlagszahlungen und Spitzabrechnung am Jahresende. Damit sind keine Gewinne möglich. Bei Budget ist das anders. Budgets sind eine Art der finanziellen Steuerung. Gewinne sind möglich – man macht sie mit (Personal-)Kostendumping und Unterversorgung.

2 Der LBFW ist der Preis für das Relativgewicht mit dem Wert 1. Er wird jährlich auf Landesebene zwischen Kassen und Krankenhäusern nach strengen gesetzlichen Vorgaben (z.B. kein vollständiger Ausgleich von Tarifsteigerungen) ausgehandelt. Momentan liegt er bei ca. 4000 Euro.

Bewertung:

Hier gibt es die größten Abweichungen von den Vorschlägen der Kommission. Statt die Vorhaltevergütung an die Level zu binden und sie mithilfe eines Mixes aus Bevölkerungsbezug mit Anklängen an das Kapitationsmodell³, Qualitätsvergütung (Pay for Performance)⁴ und doch wieder Mengenbezug zu verteilen und in jeder LG Mindestzahlen vorzuschreiben, unterhalb derer es überhaupt keine Vorhaltevergütung gibt, soll jetzt das oben beschriebene Verfahren (Verteilung nach der Fallzahl und Fallschwere und 3-jährige Anpassung) angewendet werden. Die Überwindung der Vorschläge der Kommission ist ein Fortschritt, wenngleich das neue Modell keine wirkliche Vorhaltefinanzierung ist und mit weiteren erheblichen Mängeln behaftet ist:

- Zunächst muss man feststellen, dass es – bis auf wenige Ausnahmen – bei der Gesamtsumme der Vergütung bleibt und damit auch bei der Unterfinanzierung und Finanznot. Gut ist, dass die Zuschläge für einzelne Bereiche jetzt (gegen den Vorschlag der Kommission) gesondert finanziert werden sollen und nicht zu einer Verschlechterung der Finanzlage der anderen Bereiche führen.
- Des Weiteren werden die DRG nicht überwunden. 40% der Vergütung der Krankenhäuser wird weiterhin über sie ausbezahlt. Damit bleibt der Anreiz zur Mengenausdehnung. Er wird vermutlich sogar noch größer, weil dies der Vergütungsanteil ist, der auf jeden Fall noch gestaltbar ist und um das reduzierte Volumen ein noch schärferer Konkurrenzkampf stattfinden wird.
- Die Gelder, die Krankenhäuser als Vorhaltevergütung erhalten, sind nicht zweckgebunden. Statt in die Vorhaltung können sie auch als Dividende an Kapitaleigner oder zum Ausgleich von Defiziten missbraucht werden.
- Aber auch die Vorhaltevergütung ist nicht mengenunabhängig. Wer bisher schon möglichst stark in die Menge gegangen ist, ist bei der Erstverteilung im Vorteil. Wer es schafft, innerhalb von 3 Jahren seine Fallzahlen um jährlich 7% zu steigern, wird ebenfalls belohnt. Wer seine Patienten kränker macht als sie sind (das sogenannte »upcoding« der Fallschwere) wird in jedem Fall belohnt. Und auch Personalkostendumping ist weiterhin auch mit der Vorhaltefinanzierung lukrativ, weil bei einem Budget, derjenige die höchsten Gewinne (oder niedrigsten Verluste) macht, der am meisten beim Personal spart.
- Die Formulierungen zum »Pflegebudget« sind widersprüchlich. Entweder für die Pflegekosten gilt die Selbstkostendeckung oder sie sind Bestandteil eines Budgets. Im ersten Fall gibt es eine 1:1 Refinanzierung, eine Zweckbindung und keine Gewinnmöglichkeiten. Wird es ein Bestandteil des Vorhaltebudgets, fällt das alles weg. Das muss verhindert werden!
- Was ist an all dem mengenunabhängig, was Vorhaltefinanzierung? Wie sollen Vorhaltekosten nach der Anfangsphase kalkuliert werden, wenn nicht einmal klar ist, was zu den Vorhaltekosten gehört? **Besser wäre es die gesamten Personalkosten aus den DRGs auszugliedern und 1:1 rezufinanzieren** – genau wie bei der Pflege am Bett.
- Auch die Vorhaltung für Katastrophenfälle, Epidemien usw. ist damit in keiner Weise abgedeckt.
- In Summe bedeutet dies, dass die neue Vergütungsform keine »Revolution« und keine »Überwindung der DRGs ist (O-Ton Lauterbach), sondern ein Etikettenschwindel. Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser wird unvermindert weitergehen, mit allen negativen Folgen für die Patienten und die Beschäftigten

3 Kapitationsmodelle, geben eine bestimmte Gesamtsumme (Gesamtbudget) für die Versorgung der Bevölkerung einer Region vor, unabhängig von der Zahl der tatsächlich versorgten Patienten. Damit entsteht ein Anreiz zur Unterversorgung, zum Verschieben von Patienten und zum Aufbau von Wartelisten, zumindest wenn das Budget droht, überschritten zu werden. Auch Personalkostendumping lohnt sich weiterhin. Gewinne sind ebenfalls weiterhin möglich.

4 Pay for Performance (P4P) knüpft die Höhe der Vergütung an die Ergebnisqualität, obwohl diese schwer zu messen ist und die Verantwortung für einen Qualitätsmangel nicht sicher zuzuordnen ist. Außerdem setzt P4P einen Anreiz Komplikationen zu vertuschen, anstatt sie aufzuarbeiten. Hinzukommt: Wie soll ein Krankenhaus seine Qualität verbessern, wenn noch weniger Geld zur Verfügung steht.

- **Letztlich kann man die DRGs nur überwinden, wenn man sie völlig abschafft und durch die Selbstkostendeckung (1:1 Refinanzierung aller notwendigen Kosten eines Krankenhauses) ersetzt.**
- Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen« soll »eine eindeutige Zuordnung aller Fälle zu Leistungsgruppen«, sein. Das bedeutet, dass 1.292 Fallpauschalen den 65 Leistungsgruppen fest zugeordnet werden müssen, also jeder Leistungsgruppe durchschnittlich ca. 20 Fallpauschalen. Diese Zuordnung ermöglicht es, den gesamten »Casemix« einer Leistungsgruppe und, darauf aufbauend, ihre Gesamtkosten zu errechnen und diese Kosten auf die Bundesländer, ihre Versorgungsgebiete und die einzelnen Krankenhäuser aufzuteilen. Das ist eine Voraussetzung für beliebige Benchmarks pro Leistungsgruppe und für die zentrale Steuerung des gesamten Leistungsgeschehens nach Kostengesichtspunkten.
- Lauterbach hat zum Ziel seiner Reform auch eine »Entbürokratisierung« erklärt. Ob dies geschehen wird, ist höchst zweifelhaft. Die Integration verschiedener Zuschläge in die Vorhaltevergütung, wird hierzu kein wesentlicher Schritt sein. Was droht ist eine deutliche Ausweitung der Bürokratie im Zusammenhang mit den Leistungsgruppen (Nachweis, dass man die jeweiligen Bedingungen erfüllt, Kontrollen durch den Medizinischen Dienst, Streitigkeiten um die Erfüllung der Bedingungen). Und in Bezug auf den DRG-Bereich ändert sich natürlich überhaupt nichts.

4. Sektorenübergreifende Versorger (»Level II-Krankenhäuser«)

Nachdem es keine Level mehr gibt, wurden diese Häuser in »sektorenübergreifende Versorger« umbenannt. Soweit sie stationäre Leistungen erbringen, sind es Plankrankenhäuser nach § 108 SGB V. Sie sollen eine »zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung« spielen. Sie sollen aus dem stationären Bereich durch Umwandlung bisheriger Krankenhäuser aber auch aus ambulanten Versorgungsmodellen (bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren) entstehen. Bei besonderem Bedarf können sie auch neu gegründet werden. Gegenstand der Tätigkeit können auch Leistungen der Pflege (ohne Langzeitpflege) sein. Telemedizin soll genutzt werden.

Sie sollen stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen erbringen. Sie sollen ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sein. Geschäftsführung durch eine Pflegekraft ist möglich. Die ärztliche Leitung ist aber weisungsfrei.

Es soll einen bundeseinheitlichen Negativkatalog geben mit stationären Leistungen, die diese »Versorger« nicht ausführen dürfen. Für die Leistungen, die sie stationär erbringen dürfen, sollen Qualitätskriterien festgelegt werden. Stationäre Leistungen dürfen mindestens in den Bereichen Allgemeinmedizin oder Geriatrie erbracht werden, zusätzlich können Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden. Ambulant gibt es keine Beschränkungen. Die Zulassung und Vergütung richten sich nach den bestehenden Vorschriften für ambulante oder pflegerische Versorgung. Diese »Versorger« können mit niedergelassenen oder mit angestellten Ärzten (von Krankenhäusern) betrieben werden. Es soll »perspektivisch« auf eine sektorenübergreifende Vergütung umgestellt werden.

Grundsätzlich weist das Land diesen »Versorgern« den Versorgungsauftrag zu. Was die einzelnen »Versorger« konkret machen dürfen, soll in Verhandlungen auf Ortsebene (zwischen Kassen und Krankenhäusern) geklärt werden. Ob die Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, wird nicht ausgeführt. Bei Nichteinigung soll es eine Schiedsstelle geben. Das Land muss zustimmen.

Die »Versorger« nehmen nicht an der Notfallversorgung teil. Der Rettungsdienst darf sie nicht anfahren. Ambulante Akutbehandlung und Akutaufnahmen (ohne Rettungsdienst) sind möglich.

Die Vergütung stationärer Leistungen erfolgt anders als in Krankenhäusern durch degressive Tagespauschalen (ggf. mehrere verschiedene). Die Kosten von angestellten Ärzten und die Kosten der Pflege am Bett sind in den Tagessätzen zu berücksichtigen. Niedergelassene Ärzte werden nach ihrer Gebührenordnung (EBM, GOÄ) vergütet, es erfolgt ein Abschlag auf die Tagespauschale.

Bewertung:

Auch hier erfolgte ein deutlicher Rückzug von den Vorschlägen der Regierungskommission. Hatte diese vorgeschlagen, kleine Krankenhäuser in bessere (?) Kurzzeitpflegeheime mit ambulanten Versorgungseinrichtungen als Tummelplatz und lukrative Geldquelle für Niedergelassene umzuwandeln und eine stationäre Versorgung nicht mehr zuzulassen, hat sich dies geändert. Die Einrichtungen sind jetzt eine Mischung aus Kurzzeitpflegeheim, Kleinstkrankenhäusern und ambulanten Einrichtungen. Sie sollen in die Versorgungsmodelle einzelner Länder (Primärversorgungszentren, usw.) integrierbar sein. Das erklärte Ziel bleibt aber, diese neuen Konstrukte zur Schließung von Grundversorgungskrankenhäusern auf dem Land zu nutzen.

*Unabhängig von der Bewertung der Versorgungsmodelle einzelner Länder, ist aber klar, dass diese neuen »sektorenübergreifenden Versorger« gerade nicht die Versorgung ländlicher Gegenden sicherstellen. Die Einrichtungen 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. Solche Einrichtungen können zwar auch von Krankenhäusern betrieben werden, darauf zielt der Vorschlag aber nicht ab. Es geht – wie bei den Kommissionsvorschlägen – um die Ausdehnung des Einflussbereichs der Niedergelassenen. Diese »Versorger« sind gerade nicht **ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser**, die mit dem Personal der Krankenhäuser, mit telemedizinischer Anbindung und mit Überwachungsbetten die Grund- und Notfallversorgung vor Ort übernehmen könnten. Eine Überwindung der sektoralen Trennung setzt voraus, dass die Krankenhäuser das Recht bekommen, ambulant zu behandeln und solche ambulante Versorgungszentren 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.*

Die Vergütung der »Versorger« soll über degressive Tagespauschalen erfolgen. Diese sind auch eine Art der finanziellen Steuerung mit entsprechenden Fehlanreizen und haben nichts mit kostendeckender Finanzierung zu tun. Die »Versorger« hätten ein starkes Interesse an Kostendumping, also am Abbau von Personal und Löhnen und an einer möglichst billigen Versorgung zum Nachteil der Patienten. Die Formulierung, dass die Kosten der Pflege am Bett in den Tagespauschalen berücksichtigt werden sollen, spricht stark dafür, dass die vollständige Refinanzierung der Pflegekosten für diesen Bereich abgeschafft werden soll. Wenn die Pflegekosten im Budget aufgehen, sind wieder Gewinne und Verluste möglich, sodass sich auch hier Einsparungen lohnen. Das darf auf keinen Fall geschehen, sonst gäbe es 2 Klassen von Pflegekräften in Krankenhäusern. Auch die gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessung (PPR 2.0) wäre in Gefahr, wenn die notwendigen Stellen nicht refinanziert würden.

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 der Patient aus medizinischer und pflegerischer Sicht schon entlassen werden«). Dies alles, weil dann die Verluste geringer, bzw. die Gewinne höher sind. Es werden also lediglich die finanziellen Anreizsysteme ausgetauscht und andere Zielrichtungen eingeführt. Dass die ärztlichen Kosten bei dort tätigen niedergelassenen Ärzten nach EBM gesondert abge-

rechnet 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.

Was für den stationären Bereich gilt, gilt auch hier: Notwendig ist die vollständige Refinanzierung aller Kosten der stationären und ambulanten Einrichtungen und ein Gewinnverbot.

Eine Frage umschiffet das Eckpunktepapier völlig bei seinem Versuch, möglichst viele Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern und möglichst viele kleine Krankenhäuser zu schließen und Betten abzubauen: Wie sieht es mit den ambulanten Versorgungsmöglichkeiten aus? Wie sind die Kapazitäten, insbesondere in ländlichen Gegenden, wo es heute schon kaum noch niedergelassene Ärzte gibt? Diese Probleme zu ignorieren, führt zu einer Verschlechterung der Versorgung. Zuerst müssen die ambulanten Strukturen vorhanden sein, dann kann man sie nutzen, wenn es medizinisch (ärztliche Sicht) und sozial (Patientensicht) sinnvoll und möglich ist. Auch das darf keine finanzgesteuerte Entscheidung sein.

5. Keine Finanzmittel für neue Struktur und zur Sicherung der Krankenhäuser

Eine Leerstelle im Eckpunktepapier fällt auf – die finanzielle Seite. Offensichtlich herrscht Einigkeit, dass es nichts kosten darf.

Bis auf eine unverbindliche Aussage (wann genau? wieviel?), dass »mit Inkrafttreten der Reformstufen eine Verlängerung und Ergänzung des Krankenhausstrukturfonds aus Mitteln von Bund und Ländern vorgesehen« ist, gibt es keinerlei Festlegungen zur Finanzierung des Strukturumbaus.

Hinzu kommt, dass die Länder sich nach wie vor weigern, die notwendigen Mittel für Investitionen bereitzustellen. Notwendig wäre eine Verdoppelung. In der Reformdebatte haben die Länder bislang nur mehr Geld vom Bund gefordert, selbst aber keine Steigerung der Krankenhausinvestitionen in Aussicht gestellt.

Die Defizite der Krankenhäuser sind in 2023 sprunghaft angestiegen. Ursache sind das Auslaufen aller Coronahilfen des Bundes, die exorbitanten Preissteigerungen und Leistungseinschränkungen durch den zunehmenden Fachkräftemangel. Auch hier ist eine unmittelbare Entlastung (Vorschaltgesetz) notwendig und eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben, dass z.B. nur ein Teil der Tariferhöhungen refinanziert wird.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert