

Berlin, im Januar 2025

Krankenhausreform reformieren!

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVG), das im Bundestag verabschiedet und im Bundesrat gebilligt wurde, versucht viele langjährige Herausforderungen im deutschen Krankenhauswesen zu adressieren. Das Gesetz – Lauterbachs Krankenhausreform – weist jedoch gravierende Schwächen auf, die sowohl die ökonomische Tragfähigkeit als auch die flächendeckende Versorgung gefährden. Dieses Positionspapier skizziert notwendige Maßnahmen, um die Reform praktikabler, gerechter und nachhaltiger zu gestalten.

1. Finanzielle Stabilität der Krankenhäuser sicherstellen

Die Zahl der insolventen Krankenhäuser hat inzwischen ein erschreckendes Ausmaß angenommen. Nach einer aktuellen Umfrage der Unternehmensberatung Roland Berger unter 650 Klinikmanagern sehen mehr als die Hälfte die Liquidität ihrer Häuser als „gefährdet“ oder „stark gefährdet“ an. Nach dieser Selbsteinschätzung schrieben 70 Prozent der Kliniken im Jahr 2023 Verluste. Angesichts der großen Bedeutung, die Krankenhäuser als Arbeitgeber haben, wäre dies nicht nur für die Versorgungssicherheit, sondern auch für die wirtschaftliche Sicherheit, insbesondere in peripheren Regionen, verheerend, da Krankenhäuser gerade außerhalb von Ballungsräumen wesentlich zur wirtschaftlichen Sicherheit der Region beitragen. Ohne kurzfristige Entlastung drohen Insolvenzen, insbesondere in ländlichen Regionen. Die im KVVG vorgesehenen Mittel reichen nicht aus, um den aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

Unsere Forderungen

a. Inflationsausgleich für 2023 und 2024

Angesichts der drastischen Preissteigerungen in den letzten zwei Jahren ist ein Inflationsausgleich dringend notwendig. Diese Mittel sollten durch den Bund bereitgestellt werden, um den Krankenhäusern eine Überbrückung bis zur vollen Umsetzung der Reform zu ermöglichen. Ohne diese Unterstützung droht ein „Krankenhausabbruch mit der Brechstange“, bei dem essenzielle Versorgungskapazitäten verloren gehen

b. Vorschaltgesetz

Jede Strukturreform ist mit Herausforderungen verbunden. Dies wird auch bei der Krankenhausreform der Fall sein. Eine kalte und unkontrollierte Strukturbereinigung muss verhindert werden. Ein Vorschaltgesetz mit entsprechenden Finanzhilfen für die Krankenhäuser wäre der richtige Weg, um eine wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhäuser zu erreichen und die Insolvenzgefahr zu stoppen, bis eine solide Form der Krankenhausfinanzierung etabliert ist.

c. Refinanzierung der Tarifsteigerungen

Die gestiegenen Tarifkosten der Jahre 2022 und 2023 sollten durch eine Anpassung der Landesbasisfallwerte um mindestens 4 % kompensiert werden. Diese Anpassung darf nicht auf kommunale Krankenhäuser beschränkt bleiben, sondern muss für alle Häuser gelten.

d. Nachhaltige Investitionsfinanzierung durch die Länder

Die Länder müssen ihrer Verantwortung gerecht werden und eine kostendeckende Finanzierung der Investitionen übernehmen. Der Investitionsstau der vergangenen Jahrzehnte darf nicht länger auf dem Rücken der Krankenhäuser und der Beitragszahler ausgetragen werden.

e. Keine Finanzierung des Transformationsfonds aus GKV-Beiträgen

Die Finanzierung des Transformationsfonds durch Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nicht nur verfassungsrechtlich problematisch, sondern belastet auch die Beitragszahler unangemessen. Der Fonds muss vollständig aus Bundes- und Landesmitteln gespeist werden.

2. Reform der Vorhaltevergütung und die Zuweisung von Leistungsgruppen umdenken

Eine auskömmliche und verlässliche Finanzierung sollte nicht nur während der „Übergangsphase“ der Krankenhausreform sichergestellt sein. Die Finanzierung muss für die Krankenhäuser auf Dauer wirtschaftlich und existenzsichernd sein, um die Überlebensfähigkeit der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und die Behandlungsqualität sicherzustellen. Die Vorhaltefinanzierung in ihrer jetzt vorgeschlagenen Form verbessert die finanzielle Situation der Krankenhäuser nicht. Unabhängig davon, welche Bemessungsgrundlage für die Finanzierung der Krankenhäuser herangezogen wird, ist wichtig: Für jeden Behandlungsfall ist eine auskömmliche Finanzierung sicherzustellen, inflationsbedingte Preissteigerungen und Personalkostensteigerungen müssen ausfinanziert werden. Der Wirtschaftsrat hat die Einführung der Vorhaltevergütung bereits vor der Verabschiedung der Reform kritisiert. Sie führt zu Fehlanreizen, erhöht die Bürokratie maßgeblich und löst keine der heute vorhandenen Probleme. Für den Fall, dass die nächste Regierung die Vorhaltefinanzierung nicht abschafft, ergeben sich folgende Möglichkeiten zur Verbesserung der Vorhaltefinanzierung.

Unsere Forderungen

a. First best: Rückkehr zu Fallpauschalen; second best: auskömmliche Vorhaltefinanzierung

Sollten die Vorhaltepauschalen nicht aus dem Gesetz gestrichen werden, muss die Vorhaltevergütung vollständig fallzahlunabhängig ausgestaltet werden, um Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen abzusichern.

Als Übergangslösung bis zu einer grundlegenden Reform der Krankenhausfinanzierung könnten die bestehenden Instrumente für eine „echte“ fallzahlunabhängige Strukturkostenfinanzierung genutzt und ausgebaut werden. Dies sind insbesondere der Notfallstufenzuschlag, der Sicherstellungszuschlag, der Zentrumszuschlag und die Methodik der Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die angeführten Instrumente waren bei der Einführung des Fallpauschalen-Systems genau für die Kosten vorgesehen, die nicht für eine Abbildung über fallbezogene Pauschalen geeignet sind und deren Finanzierung sich aus diesem Grund an anderen Kriterien orientieren sollte.

In der derzeitigen Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung werden 40 % der Vergütung

über die erbrachten Fälle abgerechnet. Die Vorhaltepauschalen machen nur 60% der Vergütung aus und nehmen die Fallzahlen der Vorjahre als Bemessungsgrundlage. Von einer fallzahlunabhängigen Finanzierung kann daher nicht die Rede sein. Die ohne empirische Evidenz festgelegten Mindestvorhalte sollten aus dem Gesetz gestrichen werden. Darüber hinaus sollte einem Krankenhaus, das die so genannten Mindestvorhaltezahlen nicht erreicht, die pauschale Vorfinanzierung vollständig entzogen werden können. Die Mindestvorhaltezahl ist eine vom Bundesgesundheitsministerium willkürlich festgelegte Zahl ohne Evidenz und Fundierung, die zu Versorgungsunsicherheit führen wird.

Wir sehen in den o.g. Vorschlägen lediglich „Krücken für eine grundsätzlich lahrende Finanzierung“. Besser wäre eine Rückkehr zu den alten DRGs mit einer auskömmlichen Fallfinanzierung.

b. Flexibilisierung der Leistungsgruppen

Krankenhäuser, insbesondere Fachkliniken, sollten ihre Leistungen in Kooperation erbringen können. Die Vorgaben für die Leistungsgruppen und die Personalstruktur müssen realistisch und anpassbar bleiben. Es muss zudem die Erbringung der verwandten Leistungsgruppen als Möglichkeit geprüft werden.

c. Planungshoheit der Länder bewahren

Den Bundesländern wird durch das KHVVG die Planungshoheit für die Krankenhausplanung genommen. Denn ob Krankenhäuser eine Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen erhalten, richtet sich laut aktueller Fassung des KHVVG allein nach den auf Bundesebene festgelegten Anforderungen an die Leistungsgruppen. Diese Regelung in § 8 Abs. 4 KHEntgG stellt ab dem 01.01.2027 den bisher geltenden Grundsatz der Planungshoheit der Bundesländer infrage. Zwar können die Planungsbehörden die Entscheidung treffen, dass aus Gründen der Versorgungssicherheit bestimmte Leistungsgruppen an einem bestimmten Standort vorgehalten werden müssen; wenn diese Strukturen dann aber nicht den Vorgaben im Leistungsgruppenverzeichnis entsprechen, werden die Leistungen nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.

d. Auswirkungsanalysen durchführen

Vor der Festlegung der Leistungsgruppen, die u. E. durch die Länder erfolgen muss, fordern wir echte Auswirkungsanalysen durch die Länder mit dem Ziel, die Auswirkungen auf die Versorgung in der Region zu ermitteln. Nach dem „Modell NRW“ sollten Gespräche mit allen Beteiligten geführt und Leistungsgruppen dezentral festgelegt werden. Eine zentrale Festlegung durch den Bund ist dagegen unrealistisch und wird nur zu Fehlstrukturen und Fehlanreizen in den Regionen führen und die Versorgungssicherheit gefährden.

e. Zielgerichtete Unterstützung für essenzielle Strukturen sichern

Notaufnahmen, Geburtshilfeabteilungen und Intensivstationen müssen unabhängig von Fallzahlen vollständig finanziert werden, um die Grundversorgung zu sichern.

f. Versorgung in Fachkrankenhäusern gewährleisten

Angebliches Ziel der Reform ist die Spezialisierung der Krankenhäuser. Doch gerade die Spezialisierung wird hierdurch bestraft. Die vorgesehenen starren und bundeseinheitlichen Strukturvorgaben von „verwandten Leistungsgruppen“ sowie einige Facharztvorgaben sind für viele Fachkrankenhäuser nicht erfüllbar. Im Durchschnitt muss ein Fachkrankenhaus vier Leistungsgruppen nachweisen, um die

Zulassung als Fachkrankenhaus zu behalten. Häufig müssen auch Leistungsgruppen wie Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Intensivmedizin vorgehalten werden, um den Status als Fachkrankenhaus zu behalten. Andernfalls werden die Leistungen von den Krankenkassen nicht bezahlt. Verwandte Leistungsgruppen sind oft sinnvoll, aber nicht immer. Unsere Forderung lautet hier: Weniger Strukturvorgaben und mehr Ergebnisqualität fordern. Wenn Fachkrankenhäuser in ihrem Fachgebiet gute Leistungen erbringen, sind Vorhaltungsregelungen für verwandte fachfremde Leistungen in den meisten Fällen sinnlos.

Die neurologische Frührehabilitation würde unter der o.g. Regelung am stärksten leiden. Es gibt bereits heute nur wenige Fachkrankenhäuser mit dieser Disziplin. Eine weitere Reduzierung wäre für die Versorgungssicherstellung und -qualität katastrophal.

g. Mindestvorhaltezahlen weniger restriktiv festlegen

Die bundesweit einheitliche Einführung sogenannter Mindestvorhaltezahlen sowie der Ausschluss bestimmter Krankenhausstandorte von onkochirurgischen Leistungen ohne die Möglichkeit von Ausnahmen könnten die Versorgung erheblich gefährden. Infolgedessen könnten Krankenhäuser ihren Anspruch auf Vorhaltevergütung verlieren. Der Wirtschaftsrat fordert daher eine Anpassung der Regelungen mit dem Ziel, dass Mindestvorhaltezahlen nicht als zwingende Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltevergütung gelten und die Krankenhausplanungsbehörden Ausnahmeregelungen zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung ermöglichen können.

3. Ambulantisierung fördern

Der Ausbau der ambulanten Versorgung ist ein zentraler Hebel zur Kostensenkung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Dieser Bereich muss daher weiter ausgebaut werden. Krankenhäuser und Vertragsärzte beklagen, dass die mangelnde Ambulantisierung auf die unzureichende Vergütung der Hybrid-DRGs zurückzuführen ist. Auch im Rahmen einer „kontrollierten Krankenhausstrukturbereinigung“ könnte es zu einigen Krankenhauskonzentrationen kommen. In diesem Kontext könnte eine stärkere Ambulantisierung zudem eine sinnvolle Option sein, um Krankenhäuser als wirtschaftlichen Faktor in den Regionen zu erhalten und gleichzeitig eine flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen.

Unsere Forderungen

a. Anreize zur Ambulantisierung durch Hybrid-DRGs schaffen

Für Krankenhäuser und Vertragsärzte sollten Anreize zur Ambulantisierung bestehen. Eine auskömmliche Vergütung durch Hybrid-DRGs könnte eine flächendeckende Ambulantisierung ermöglichen.

b. Institutsambulanzen zulassen

Eine Möglichkeit zur schnellen Umsetzung der Ambulantisierung könnte z.B. die Ermächtigung von Institutsambulanzen an Krankenhäusern sein. Die Ermächtigung wäre dann zu erteilen, wenn sie zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung notwendig ist bzw. wenn sie zur Behandlung von Patienten erfolgt, die wegen Art, Schwere, Komplexität oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch die Institutsambulanz angewiesen sind.

Berlin, im Januar 2025