

Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission

Prognose über die Zukunft deutscher
Krankenhäuser

Projektstudie



Inhalt

	Seite
1) Dritte Empfehlung der Regierungskommission	3
2) Ziele der geplanten Krankenhausreform	5
3) Säulen der geplanten Krankenhausreform	6
4) Kritik an der geplanten Krankenhausreform	7
41) Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)	7
42) System von Leistungsgruppen	10
43) Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung	12
5) Unbeachtete Aspekte	14
51) Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe	14
52) Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen	15
6. Validierung an den Zielen der Krankenhausreform	17
7. Beurteilung	19
8. Das bessere Konzept „Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser“	21
9. Literatur	23

1) Dritte Empfehlung der Regierungskommission

Die Würfel der zukünftigen Krankenhausfinanzierung und Krankenhausstrukturierung scheinen gefallen. Sie wurden - wie erwartet - in Bundesgesundheitsminister Lauterbachs **Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** exakt von denjenigen Gesundheitsökonomen geprägt, die seit langem die Beibehaltung des DRG-Fallpauschalensystems, eine Deckelung der Krankenhauskosten auf Bundesebene, eine strenge Regulierung der Krankenhauslandschaft und eine zunehmende Ambulantisierung der Krankenhäuser befürworten. *1)

Am 6. Dezember 2022 wurde im Rahmen der 3. Stellungnahme der Regierungskommission die **Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung** vorgestellt. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach und seine Regierungskommission setzen auf:

- **Beibehaltung des DRG-Fallpauschalensystems**, es wird lediglich um Vorhaltepauschalen erweitert
- **Deckelung der Krankenhauskosten auf Bundesebene**, die Einnahmen der Krankenhäuser werden trotz großer Finanznöte der Krankenhäuser nicht gesteigert sondern umverteilt
- **strenge Regulierung der Krankenhauslandschaft**, nach Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen Level 1 bis 3 und **Leistungsgruppen** steht detailliert fest, welcher Klinikstandort welche Leistung erbringen bzw. DRG-Fallpauschalen abrechnen darf und welcher nicht
- zunehmende **Ambulantisierung** der Krankenhäuser, sie wird zementiert durch abgesenkte DRGs für tagesklinische Behandlungen, Hybrid-DRGs für sektorengleiche ambulante Behandlungen und Gesundheitseinrichtungen Level 1i ohne Notfallversorgung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung. *2)

Es geht also um wesentlich mehr als die Reform der Krankenhausvergütung. Es geht um eine **grundlegende Neustrukturierung der deutschen Krankenhauslandschaft** mit klar definierten Festlegungen, welches Krankenhaus zukünftig welche Leistungen anbieten darf, und welche nicht.

Unter dem Deckmantel, die flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland sicherzustellen, **untergliedert die Regierungskommission die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Level 1n mit Notfallversorgung und Level 1i ohne Notfallversorgung**. Level 1i ohne Notfallversorgung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung ist jedoch kein Krankenhaus nach strengen Qualitätskriterien mehr. Man könnte es als eine strukturierte Kurzzeitpflege mit Bereitschaft ambulanter Ärzte tagsüber sowie ausschließlicher Rufbereitschaft nachts und am Wochenende bezeichnen.

**Das sind keine Krankenhäuser mehr!
Und Bayern ist als Flächenland mit vielen ländlichen Krankenhäusern massiv betroffen.**

Es darf bereits an dieser Stelle auf die Widersprüchlichkeit der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung hingewiesen werden. Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission wurde federführend von Prof. Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Reinhard Busse, Prof. Dr. Tom Bschor und Christian Karagiannidis erarbeitet. [RG, S. 32, RG = Dritte Stellungnahme der Regierungskommission]. Die Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse forderten seit langem aus Qualitätsgründen eine Konzentration der Klinikleistungen und bemängelten die bis heute nicht haltbare „geringe Qualität“ vieler Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Ihrem Drängen bzw. ihrer Einflussnahme entsprechend, führte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gesetzlich die Gestufte Notfallversorgung ein. Ein GKV-Kliniksimulator erkennt seit dieser Zeit alle Krankenhäuser unterhalb des kombinierten Angebots der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie nicht als Krankenhäuser der Basisversorgung bzw. Grund- und Regelversorgung an. *3) Jetzt aber soll genau dies geschehen: Es reicht eine der beiden Fachabteilungen, um ein „Krankenhaus“ des Level 1i zu werden [RG, S. 15f.]

Dass zwei der vier federführenden Ersteller der dritten Stellungnahme Gesundheitsökonominnen sind, die seit Jahren eine deutliche Verringerung der Krankenhäuser empfehlen, namentlich Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse, widerlegt auch die von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vielfach bekundete „ausgewogene Besetzung der Regierungskommission“ mit Experten, unabhängig von Partikularinteressen und Lobbyismus. *4)

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern hat die Auswirkungen der geplanten großen Krankenhausreform in Bayern analysiert und gibt ihre Einschätzung nachfolgend bekannt.

2) Ziele der geplanten Krankenhausreform

Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission enthält kein eigenes Kapitel über die Ziele der geplanten Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission.

Indirekt lassen sich jedoch die Ziele der geplanten Krankenhaus ableiten:

- Leistungsanreize müssen erhalten bleiben [RG, S. 2].
- Die stationäre Überversorgung ist zu reduzieren [RG, S. 5].
- Der regionalen Unterversorgung ist entgegenzuwirken [RG, S. 5].
- Die Effizienz der Gesundheitsversorgung ist zu steigern [RG, S. 5].
- Fachkräfte sind ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen [RG, S. 5].
- Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen sind zu schaffen [RG, S. 5].
- Leistungen sollen dann beschränkt werden, wenn Fachabteilungen technisch, personell und qualitativ nicht adäquat ausgestattet sind [RG, S. 6].
- Das klinische Personal soll von erheblicher Überbürokratisierung entlastet werden [RG, S. 6].
- Es soll gelöst werden, dass es im Gesundheitswesen immer weniger Menschen gibt, die in die Sozialversicherungen einzahlen, und immer mehr Menschen Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen [RG, S. 6 f.].

Die Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission wird sich an ihren Zielen messen lassen müssen. Deshalb werden die hier dargestellten Ziele der Regierungskommission validiert.

Vorab sei jedoch die Berechtigung einzelner Ziele in Frage gestellt:

- Wozu bedarf es Leistungsanreizen für die Krankenhäuser [RG, S. 2]? Haben nicht gerade Leistungsanreize zu den vielfach bemängelten „unnötigen Operationen und stationären klinischen Aufenthalten“ geführt?
- Worin begründet sich die stationäre Überversorgung [RG, S. 5]? Mussten während der Corona-Pandemie nicht Patienten in andere Bundesländer verlegt werden, weil die klinischen Betten und das klinische Personal für eine adäquate Behandlung fehlten? Dies bestätigt auch das vom Bundesinnen- und Bundesforschungsministerium beauftragte Grünbuch 2020. *5)
- Schafft eine Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung [RG, S. 5] wirklich mehr Qualität in der klinischen Patientenbehandlung? Haben nicht Leistungsdruck mit immer mehr Patienten bei unveränderter Personalausstattung zu den Engpässen in deutschen Krankenhäusern geführt?

3) Säulen der geplanten Krankenhausreform

Die Säulen der geplanten Krankenhausreform gehen weit über die Finanzierung der Krankenhäuser hinaus.

Die dritte Stellungnahme der Regierungskommission unterbreitet folgende Empfehlungen:

- Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)
- System von Leistungsgruppen
- Reduktion (nicht Abschaffung) der mengenbezogenen Komponente (DRG-Fallpauschalen) zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung [RG, S. 9].

Damit gehen die vorrangig von Gesundheitsökonomen erarbeiteten Eckpfeiler der Krankenhausreform weit über die Vergütung von Krankenhäusern hinaus.

Geplant ist eine detaillierte Strukturierung der deutschen Krankenhäuser, deren Ausprägung im Level 1 (bisher Grund- und Regelversorgung oder Basisversorgung) in seinem Leistungsumfang durch festgeschriebene Strukturmerkmale massiv eingeschränkt werden [RG, S. 11 ff.].

4) Kritik an der geplanten Krankenhausreform

41) Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)

Der regionale Unterversorgung will die Regierungskommission entgegenwirken. Regionale Unterversorgung betrifft heutzutage überwiegend ländliche Regionen mit unzureichender Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Level 1 bis 3 werden die bisher in den Bundesländern existierenden Versorgungsstufen der Grund-/Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung ablösen. [RG, S. 11]

Gravierend ist die zukünftige **Aufteilung der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, in Level 1n mit Notfallversorgung und 1i (ambulant-stationäre Einrichtung ohne Notfallversorgung)**. Der Level 1i wird von Pflegekräften geleitet, verfügt über stationäre Pflegebetten und nimmt geplante ambulante ärztliche Behandlung auf Abruf in Anspruch.

Bewertung: Es gibt keine ärztliche Verfügbarkeit an 7 Tagen und 24 Stunden. Das hilft nicht bei stationären Notfällen, **das ist auch kein Krankenhaus mehr!**

Aktuell verfügen geschätzte **657 der knapp 1.900 Krankenhäuser** über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) [RG, S. 7]. All diese Krankenhäuser einschließlich bisheriger Sicherstellungs-Krankenhäuser müssen damit rechnen, zukünftig dem Level 1i als "bessere Kurzzeitpflege" zugeordnet zu werden. Besonders betroffen sind Bundesländer mit vielen dünn besiedelten ländlichen Regionen. Bayern verfügt über 143 der 351 Krankenhäuser (= 40%) ohne strukturierte Notfallversorgung, die um ihre Zukunft als akutstationäres Krankenhaus bangen müssen.

Bewertung: Aktuell erwägen viele Krankenhäuser, ihre einfache Notfallversorgung (unterhalb der Vorgaben des G-BA) aus ökonomischen Gründen ganz einzustellen. Unter der Perspektive zukünftiger Level 1i könnte dies zu einem Bumerang führen. Der Bestand als akutstationäres Krankenhaus mit ärztlicher Betreuung rund um die Uhr wäre gefährdet. In Bayern wird diese Entscheidung aktuell an den Standorten Wegscheid, Berchtesgaden, Neuendettelsau und Bad Brückenau diskutiert. *6)

Mit der Empfehlung der Regierungskommission würden 657 bisherigen Krankenhausstandorten bzw. Regionen wohnortnah elementare klinische Behandlungsmöglichkeiten verwehrt:

**Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission
Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern**

Level 1N lokal Notfallversorgung

Level 1I lokal ambulant/stationär

Verfügbarkeit rund um die Uhr (7 Tage, 24 Std.)	- / -
Intensivstation	- / -
Fachpersonal für Intensivbehandlung	- / -
Stationäre Notaufnahme mit Schockraum für Reanimationen	- / -
Fachpersonal für stationäre Notaufnahme	- / -
Computertomograph (CT)	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Magnetresonanztomographie	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Ausbildung: Ärzte und Pflege	- / -
Stationäre Versorgung: kurze Wege	- / -

Das sind keine Krankenhäuser!

Trotz hoher ambulanter Fachkompetenz haben Gesundheitseinrichtungen Level 1i ihre Grenzen. Beispiele für die zwingende Behandlung im Krankenhaus einschließlich stationärer Notfallversorgung sind:

- a) lebensentscheidende klinische Erstversorgung z.B. bei
- Reanimationen (z.B. akuter Herzinfarkt, septischer Schock)
 - Verblutungsgefahr
 - sonstige lebensgefährliche Verletzungen bzw. Erkrankungen

Bei besonderer Schwere ist die Stabilisierung und anschließende Verlegung des Patienten in ein hochspezialisiertes Krankenhaus erforderlich. **Ohne professionelle wohnortnahe Erstversorgung aber könnte es zu spät für ein entferntes Krankenhaus der Maximalversorgung sein.**

- b) stationäre Überwachung rund um die Uhr
- Jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
 - Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
 - Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
 - Entbindungen

- c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**
- Ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten

Für **RisikopatientInnen** ist aufgrund der Komplikationsgefahr die klinische Behandlung mit durchgängiger ärztlicher Verfügbarkeit rund um die Uhr ein entscheidender Qualitätsvorteil.

Die flächendeckenden klinischen Versorgung wird zukünftig „gewährleistet“, in dem der Begriff, was ein Krankenhaus darstellt, auf ein Minimum reduziert wird.

Es wäre ehrlich, der Bevölkerung zu signalisieren, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission etwa 1/3 der deutschen Krankenhäuser schließen und in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum umwandeln wollen.

In vielen Regionen Deutschlands wird damit der Bevölkerung zukünftig die wohnortnahe klinische einschließlich Notfallversorgung verwehrt.

Mit einer Begriffsänderung „Krankenhäuser Level 1i“ wird diese Tatsache vertuscht.

42) System von Leistungsgruppen

Welches Krankenhaus welchem Level zugeordnet wird, und was die Krankenhäuser innerhalb ihres Levels behandeln sowie abrechnen dürfen, entscheiden Leistungsgruppen mit strengen Strukturvorgaben, die zu erfüllen sind. Die Leistungsgruppen sind auch maßgeblich für die Höhe der Vorhaltepauschalen. [RG, S. 20 ff.]

Bewertung: Dies erhöht den **Verwaltungsaufwand** massiv: Leistungsgruppen sind zu beantragen und zu begründen, Strukturen sind laufend zu dokumentieren, der Medizinische Dienst überprüft das Vorhandensein von Strukturen und die Berechtigung zur Abrechnung. Klinisches Personal wird auch hier durch zusätzliche Verwaltungsaufgaben signifikant belastet.

Gravierender ist jedoch die künftige Begrenzung der Leistungen der Krankenhäuser des Level 1n mit Notfallversorgung. Nur wenige der immerhin 128 Leistungsgruppen sind dem Level 1 zugeordnet. Abbildung 4 der Dritten Empfehlung weist darauf hin: Krankenhäuser des Level 1 können lediglich Leistungsgruppen mit Level 1 anbieten und abrechnen [RG, S. 19].

Damit reduziert sich das Leistungsangebot der Krankenhäuser Level 1i (mit Notfallversorgung) auf folgende Leistungsgruppen:

- 1.0 Basisbehandlung Innere Medizin
- 2.0 Basisbehandlung Allgemeinchirurgie
- 3.0 Basisbehandlung Frauenheilkunde (ohne Geburtshilfe)
- 4.0 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
- 4.6.1 Kinder und Jugendliche Basis-Notfallmedizin Stufe I
- 5.0 Basisbehandlung Augenheilkunde
- 6.0 Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 7.0 Basisbehandlung HNO
- 10.0 Basisbehandlung Neurologie
- 11.0 Basisbehandlung Urologie
- 13.0 Basisbehandlung Intensivmedizin Stufe I
- 15.1 Geriatrie
- 16.1 Palliativmedizin [RG, S. 34 ff.]

Viele Krankenhäuser des Level 1 entwickelten sich in den letzten Jahren mit Verweis auf hohe Qualität und ein gutes interdisziplinäres Leistungsangebot mit hohem Aufwand qualitativ durch Subspezialisierung der Fachabteilungen sowie durch zertifizierte Zentren weiter.

Diese Qualitätssteigerung in der Grund- und Regelversorgung soll ohne Not rückgängig gemacht werden.

Die Folgen seien an einem Beispielkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit folgender Konstellation erläutert:

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Urologie
- Intensivmedizin
- Basisnotfallversorgung incl. Lokales Traumazentrum.

Alle nachfolgenden Fachabteilungen, Subspezialisierungen und zertifizierten Zentren könnten im Level 1i zukünftig wohnortnah nicht mehr zur Verfügung gestellt werden:

Geburtshilfe

Subspezialisierungen der Inneren Medizin:

- Gastroenterologie
- nichtinvasive Kardiologie
- invasive Kardiologie (incl. Herzkathetermessplatz)

Jede Subspezialisierung der Chirurgie, z.B. namentlich:

- Viszeralchirurgie (incl. Hernienzentrum)
- Unfallchirurgie und Orthopädie (Lokales Traumazentrum)
- Knie- und Hüftendoprothetik (EndoProthetikzentrum)
- Wirbelsäulenchirurgie (Wirbelsäulenzentrum) .

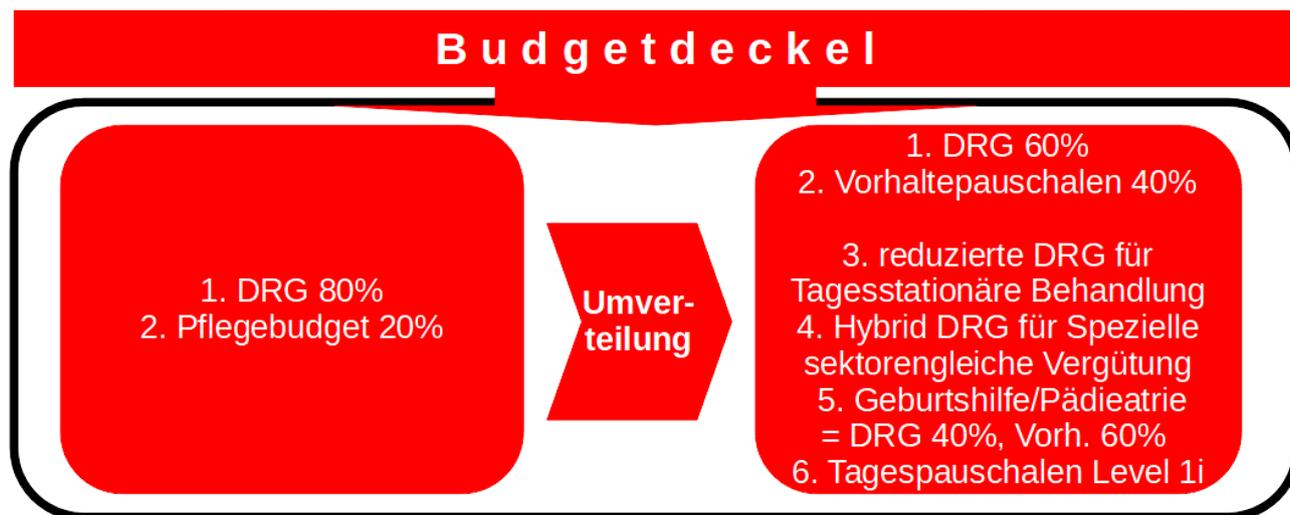
Sollte die **Geburtshilfe** ausschließlich Level 2 und Level 3 vorbehalten sein, würde die Geburtshilfe auf maximal 428 Klinikstandorte konzentriert [RG, S. 34 ff.]. Entfernungen von bis zu 60 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhaus des Level 2 oder 3 könnten zu vermehrten Geburten unterwegs auf dem Weg zum Krankenhaus führen.

43) Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung

Die DRG-Fallpauschalen bleiben erhalten. Sie werden lediglich um Vorhaltepauschalen ergänzt, die nach komplexen Berechnungsformeln und strengen Regulierungsvorschriften zu ermitteln sind. DRGs werden auf ca. 60% ihres bisherigen Niveaus abgesenkt. [RG, S. 23] Neben den stationären DRG-Fallpauschalen und der Vorhaltepauschale wird es noch abgesenkte DRG-Fallpauschalen für Tagesbehandlungen in Krankenhäusern und Hybrid DRG für kleinere sektorenübergreifende ambulante Behandlungen geben. *7)

Denn das Entscheidende:

- Alle Einnahmen der Krankenhäuser werden lediglich umverteilt.
- Der Budgetdeckel für Krankenhäuser bleibt.
- Krankenhäuser sollen lt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ökonomisch durch Ambulantisierung und Verzicht auf angeblich „überflüssige Operationen“ gesunden.



Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlen den Krankenhäusern aktuell jährlich 15 Mrd. Euro an operativen Finanzmitteln *8), bedingt durch Mehrkosten der Corona-Pandemie, extrem gestiegene Energiekosten und Corona-bedingte Verzichte auf planbare Behandlungen. Es wird aber definitiv nicht mehr Geld für die finanziell und von Insolvenz bedrohten Krankenhäuser geben. Die Finanzmittel werden lediglich innerhalb der verschiedenen Finanztöpfe (verschiedene Kategorien der DRGs, Vorhaltepauschalen) umverteilt. [RG, S. 22 f.] Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission setzen stattdessen auf weniger "unnötige" Operationen und verstärkte Ambulantisierung der Krankenhäuser ohne Übernachtungskosten. *9)

Exakt dies aber wird nicht geschehen. Wer als finanziell angeschlagenes Krankenhaus im Rahmen der Ambulantisierung weniger einnimmt, dem bleibt nur alternativ die Wahl:

- Verringerung des Personals zur Kompensation sinkender Einnahmen oder
- Schließung.

Klinisches Personal wird belastet statt entlastet.

Bewertung: Die DRG-Ausweitung entlastet das klinische Personal nicht, **es belastet sie durch zusätzliche Kodierung und Bürokratie.** Auch die Vorsorgepauschalen lösen die lt. Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlenden Einnahmen im Umfang von jährlichen 15 Mrd. Euro nicht. *10)

5) Unbeachtete Aspekte

51) Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe

Es gibt Aspekte, die die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission bei der Empfehlung der neuen Krankenhausreform überhaupt nicht berücksichtigt. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind regional ein Stück **Lebensqualität**. Sie machen mehr als stationäre Versorgung.

- Sie sind **klinischer Notarztstandort**.
- Sie stellen vielfach die **Bereitschaftspraxis** der Region.
- Sie stellen (insbesondere in ländlichen Regionen) die **ambulante fachärztliche Behandlung** dort sicher, wo ambulante fachärztliche Kassensitze unbesetzt sind.
- Sie bieten **attraktive klinische Arbeitsplätze** für Ärzte, Pflegekräfte, klinisches Fachpersonal und für ArzthelferInnen.
- **Sie bilden Ärzte praktisch aus.**
- Sie sichern die **praktische (oft auch theoretische) Ausbildung aller Pflegefachkräfte** der Region, auch für die regionalen Pflegeheime. Denn alle Pflegefachkräfte, auch für Pflegeheime, müssen praktische Ausbildungsanteile zwingend im Krankenhaus durchlaufen. **Fehlt ein Krankenhaus, bricht die wohnortnahe Ausbildung der Pflegekräfte zusammen.**
- Sie schaffen **wirtschaftliche Nachfrage** in den Kommunen. In ländlichen Regionen sind sie vielfach der **größte Arbeitgeber** und der **größte Nachfrager** und damit fester Bestandteil einer regionalen Infrastruktur.

All dies kann eine Gesundheitseinrichtung des Level 1i ohne Notfallversorgung und ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit nicht leisten. Alle diese Merkmale machen ein qualitativ hochwertiges Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zur **Gesundheitsdrehscheibe** und damit regional unverzichtbar.

An Standortorten mit Gesundheitseinrichtungen Level 1i entfallen wohnortnah all diese Merkmale: stationäre Notfallversorgung, geordnete Bereitschaftspraxis am Krankenhaus, praktische klinische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften usw., so wie oben beschrieben.

Der Regierungskommission muss der Vorwurf gemacht werden: Der Gesichtspunkt des Krankenhauses als Gesundheitsdrehscheibe wird bei den Reformvorschlägen schlicht und einfach nicht beachtet. Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission bezeugt ein erschreckendes Maß an Unkenntnis über die vollständige medizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Krankenhäuser füllen dort vielfach die Lücken ambulanter ärztlicher Versorgung aufgrund unbesetzter oder fehlender Kassensitze.

Schließt ein Krankenhaus, und wird es in Level 1i umgewandelt, kollabiert vielfach die komplette medizinische Versorgung der ländlichen Region.

52) Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Unklar ist, in welchen rechtlichen und organisatorischen Rahmen Ärzte für die Gesundheitseinrichtung Level 1i beschäftigt werden sollen. In jedem Fall stehen sie als ambulant tätige Ärzte im **ständigen Konflikt zwischen den ambulanten Behandlungen in der Arztpraxis und der stationären Visitation bzw. Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung Level 1i** unter pflegerischer Leitung.

Die in der Stellungnahme nicht behandelten Fragestellungen:

- Für die fachärztliche Behandlung in Gesundheitseinrichtungen Level 1i sind die entsprechenden Kassenarztsitze notwendig. Die Ärzte, um entsprechende Kassenarzt-Sitze zu besetzen, müssen für den ländlichen Raum erst gefunden werden. Vorhandene Praxen einfach einzugliedern, verbessert die ambulante Versorgung der Menschen nicht. Ggf. müsste auch ein **neuer gesetzlicher Rahmen für Regionen** geschaffen werden, **in denen kein komplementärer fachärztlicher Kassensitz zur bisherigen Fachabteilung des aufgegebenen Krankenhaus existiert.**
- Die Ärzte arbeiten dort 40 Stunden pro Woche. Den Rest der Woche, das sind 128 Stunden, sind die Praxen nicht besetzt. **Die Pflegekräfte des Level 1i sind bei eskalierenden Krankheitsverläufen in ihren Entscheidungen überwiegend auf sich selber gestellt.**
- Ärzte, die für Gesundheitseinrichtungen des Level 1i arbeiten, sind durch ihre **Arztpraxis, Notfalldienste, Bereitschaftsdienste und Gesundheitseinrichtungen ddes Level 1i** extrem belastet. Sie können mittelschwere ambulante Notfallpatienten nur begrenzt „einschieben“,. Somit ist keine Verbesserung gegenüber der bisherigen Versorgung in Arztpraxen möglich.
- Wie werden regionale Notfallversorgung, regionaler Bereitschaftsdienst und regionale ambulante regionale fachärztliche Versorgung sichergestellt, wenn bisherige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Level 1i zurückgestuft werden, oder als Level 1n Subspezialitäten vollständig aufgeben?
- Wie soll die rechtzeitige Entbindung in Krankenhäusern funktinieren, wenn die sich Geburtshilfe auf maximal 428 Krankenhäuser des Level 2 und 3 konzentriert [RG, S. 7 i.V.m. RG, S. 35]?
- Wie wird zukünftig die zwingende praktische Ausbildung aller Pflegekräfte in Krankenhäusern sichergestellt, wenn 657 Standorte des Level 1i wegfallen. Wird der Anspruch der generalistisch auszubildenden Pflegefachfrau wieder aufgegeben?

Unklar ist bei Gesundheitseinrichtungen des Level 1i die Beschreibung: „*Akutupflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege ...*“ [RG, S. 16].

Angehörige in die ambulant-stationäre Pflege Level 1i einbinden zu wollen, wirft Fragen auf.

- Wie stellt sich die Regierungskommission die Einbindung Erwerbstätiger in die Pflege vor?
- Was geschieht, wenn pflegerische Ressourcen der Angehörigen unzureichend oder nicht zur Verfügung stehen?
- Wie wird – falls erforderlich – die durchgehende stationäre Pflege sichergestellt?
- Wer haftet bei pflegerischer Fehlbehandlung der Angehörigen?

In jedem Fall haben hier Angehörige in ländlichen Regionen nahe einer Gesundheitseinrichtung anderes bzw. mehr zu leisten als in Ballungsregionen. Auch hier droht eine Medizin 2. Klasse.

6. Validierung an den Zielen der Krankenhausreform

Gemessen an den eigenen Zielen, wird die Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung validiert.

Leistungsanreize müssen erhalten bleiben [RG, S. 2].

Das Ziel ist fragwürdig, aber es wird voraussichtlich erfüllt. Die Gefahr bleibt bestehen, dass klinische Leistungen nicht bedarfsorientiert sondern nach ökonomischen Aspekten angeboten werden. Auch wird die Gefahr „unnötiger“ Operationen nicht beseitigt.

Die stationäre Überversorgung ist zu reduzieren [RG, S. 5].

Unklar ist die Beurteilung einer Überversorgung in Deutschland. **Die Corona-Pandemie hat eher gezeigt, dass Klinikbetten und Personal fehlen.** Im Sinne der eigenen Definition wird es jedoch aufgrund des Budgetdeckels und der zunehmenden Ambulantisierung der Krankenhäuser zum Abbau Klinikstandorten, Klinikbetten und Personal kommen. **Die Klinikkapazitäten werden für Pandemien und andere Katastrophenfälle nicht mehr ausreichen.**

Der regionalen Unterversorgung ist entgegenzuwirken [RG, S. 5].

Die Aufgliederung der Grund- und Regelversorgung in Level 1n mit Notfallversorgung und Level 1i ohne Notfallversorgung wandelt 657 Krankenhäuser zu Gesundheitseinrichtungen unter pflegerischer Leitung ohne durchgehende ärztliche Verfügbarkeit um. **Damit werden 657 Krankenhäuser geschlossen.** Die flächendeckende klinische Versorgung in ländlichen Regionen ist nicht gesichert sondern massiv gefährdet. Dies hat auch Folgen für die nichtklinische ärztliche Versorgung. **Dies schränkt auch die Klinikkapazitäten für pandemie- und katastrophengebundene Krisenfälle massiv ein.**

Die Effizienz der Gesundheitsversorgung ist zu steigern [RG, S. 5].

Nicht effizient ist die Bindung klinischen Fachpersonals für massiv steigende Bürokratie. Das Personal wird der klinischen Behandlung entzogen und ist in hohem Maße unproduktiv. Bereits heute sind 143 Tsd. klinische Arbeitskräfte durch DRG-Kodierung und Dokumentation gebunden. Die Bürokratie wird massiv gesteigert durch zwei weitere DRG-Fallpauschalensysteme, durch Antrag und Begründung von Leistungsgruppen sowie durch deren Überprüfung mittels des Medizinischen Dienstes.

Fachkräfte sind ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen [RG, S. 5].

Dieser Anspruch ist eine Selbstverständlichkeit. Insbesondere in Gesundheitseinrichtungen des Level 1i droht jedoch aufgrund fehlender Interdisziplinarität ein **unterqualifizierter Einsatz der Pflegekräfte und Ärzte.** Es drohen **Abwanderungen bzw. Kündigungen** klinischen Personals. Es drohen weitere Abwanderungen klinischen Fachpersonals in andere Berufe, weil nicht alle Pflegekräfte bereit sind, in teure Ballungsregionen umzuziehen.

Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen sind zu schaffen [RG, S. 5].

Unklar ist, ob sich die Krankenhäuser des Level 1 auf eine massive Ambulantisierung einlassen. Da sich mit der Ambulantisierung auch die Einnahmen mittels tagesstationärer DRG-Fallpauschalen und ambulanter Hybrid-DRG verringern, könnte dies zu **Personalentlassungen oder gar Schließungen klinischer Standorte** führen.

Leistungen sollen dann beschränkt werden, wenn Fachabteilungen technisch, personell und qualitativ nicht adäquat ausgestattet sind [RG, S. 6].

Die aktuelle Aufteilung nach Leistungsgruppen **entzieht wesentliche Leistungsangebote, die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bisher erbracht haben**, und deren Qualität oft durch zertifizierte Zentren belegt ist. Wir wird der ländlichen Bevölkerung eine hohe Anzahl an Leistungsgruppen bzw. Behandlungen bewusst entzogen. Ländliche Regionen bluten aus.

Das klinische Personal soll von erheblicher Überbürokratisierung entlastet werden [RG, S. 6].

Drei statt 1 DRG-Fallpauschalensystem, Beantragung von Leistungsgruppen, Belegung der Strukturmerkmale, Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst und vieles mehr wird die Bürokratie erheblich vergrößern. **Wichtige Personalressourcen werden der klinischen Behandlung entzogen**, der Personalmangel am Patienten wird sich signifikant erhöhen.

Es soll gelöst werden, dass es im Gesundheitswesen immer weniger Menschen gibt, die in die Sozialversicherungen einzahlen, und immer mehr Menschen Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen [RG, S. 6 f.]

Es ist vorstellbar, dass durch den Budgetdeckel die Einnahmen der Krankenhäuser begrenzt werden können. Damit wären die Ausgaben der Krankenkassen gedeckelt. **Die Kehrseite des Budgetdeckels wird sein: Krankenhäusern fehlen auch zukünftig jährlich ca. 15 Mrd. €. Weiteres signifikantes Kliniksterben ist zu erwarten.**

7. Beurteilung

Die Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission löst die Probleme der Krankenhäuser nicht. Die Kernkritik an der Krankenhausreform lautet zusammengefasst.

Finanzierung:

Der Budgetdeckel löst nicht die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser. Bei jährlich fehlenden 15 Mrd. drohen weitere Klinikschließungen.

Bürokratie:

Drei statt bisher ein Fallpauschalensystem schaffen massive zusätzlich Bürokratie. Ebenso viel zusätzliche Bürokratie . Weitere Bürokratie wird durch Beantragung, Dokumentation und Überprüfung der bis zu 128 Leistungsgruppen entstehen. Das Personal wird belastet, nicht entlastet.

Das System ist durch massive und steigende Personalbindung für unproduktive Tätigkeiten in höchstem Maße ineffizient.

Klinikschließungen:

657 Krankenhäuser ohne Notfallversorgung werden geschlossen und in ambulante Gesundheitseinrichtungen Level 1i ohne durchgehende ärztliche Betreuung und unter pflegerischer Leitung umgewandelt. Das sind keine Krankenhäuser mehr. Bei Pandemien und Katastrophenfällen können 657 geschlossene Krankenhäuser den Behandlungsbedarf nicht mehr auffangen. Den Krankenhäusern droht ein Kollaps.

Massive Qualitätseinbußen:

Weitere gut 649 Krankenhäuser Level 1n mit Notfallversorgung verfügen zukünftig über ein signifikant reduziertes Leistungsangebot. Das führt zu signifikant schlechterer klinischer Behandlungsqualität.

Personalengpässe:

Es drohen Abwanderung von Pflegekräften aus unattraktiven Gesundheitseinrichtungen Level 1 wegen fehlender Interdisziplinarität und Spezialisierung. Außerdem Personalkündigungen, wenn ohnehin defizitären Krankenhäusern des Level 1 aufgrund erhöhter Ambulantisierung die Einnahmen wegbrechen.

Gesundheitsdrehscheibe:

Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission bezeugt ein erschreckendes Maß an Unkenntnis über die vollständige medizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Krankenhäuser füllen dort vielfach die Lücken ambulanter ärztlicher Versorgung aufgrund unbesetzter oder fehlender Kassensitze.

Schließt ein Krankenhaus, und wird es in Level 1i umgewandelt, kollabiert vielfach die komplette medizinische Versorgung der ländlichen Region. Notfallversorgung, Bereitschaftsdienst, ambulante fachärztliche Versorgung, praktische klinische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften u.a. entfallen.

Pandemie und Katastrophen:

Während der Corona-Pandemie mussten Patienten z.T. wegen unzureichender Krankenhausbetten und unzureichendem klinischen Personal in andere Bundesländer verlegt werden. Mit dem Verzicht auf 657 Krankenhäusern ohne Notfallversorgung und Umwandlung in Level 1i entfallen weitere Behandlungskapazitäten für pandemie- und katastrophenbedingte klinische Notfallbehandlungen.

Dimension:

Insgesamt wird die Qualität der medizinischen Versorgung überwiegend verringert. Betroffen sind 1.306 der 1.887 bundesdeutschen Krankenhäuser bzw. 69,21% [RG, S. 7].

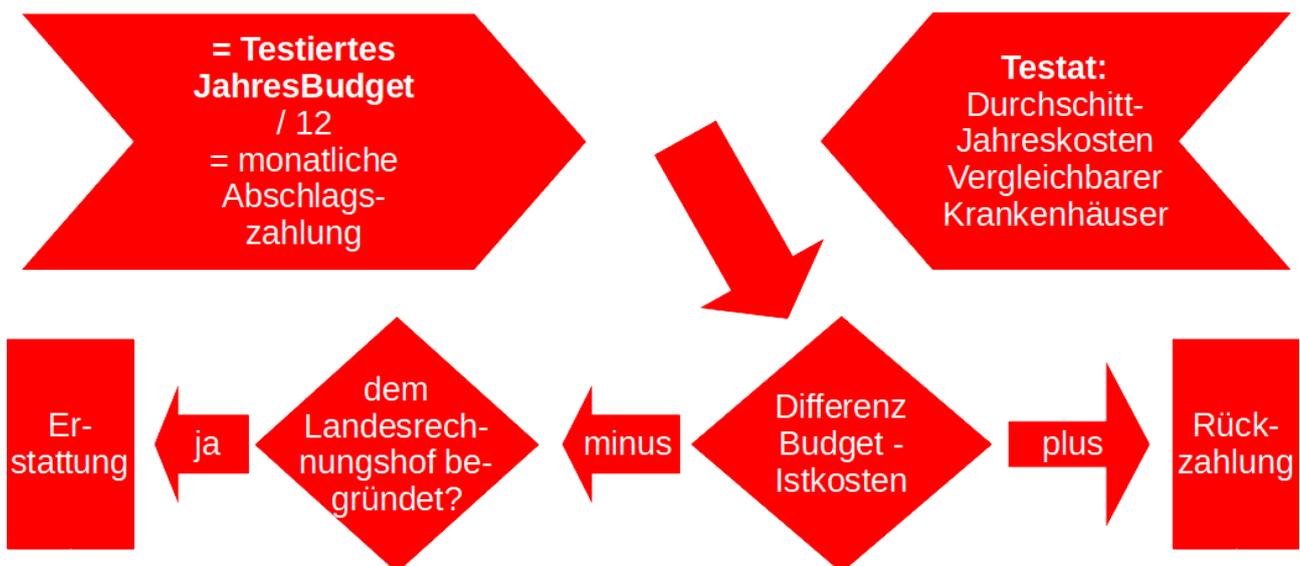
Kategorie	Anzahl	Prozent	Anmerkung
Level 3	164	8,69 %	Konzentration
Level 2	264	13,99 %	Konzentration
Level 1n	649	34,39 %	Verlust med. Leistungen
Level 1i	657	34,82 %	kein Krankenhaus
Sonstige	153	8,11 %	psychosomatisch u.a.
Gesamt	1887	100,00 %	

8. Das bessere Konzept „Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser“

Es ist unverständlich dass die Personalnot der Krankenhäuser nicht durch einen einfachen Kunstgriff gelöst wird – die vollständige Abschaffung der DRG-Fallpauschalen. Es ist auch unverständlich, dass Gesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission das Risiko eingehen, Strukturen für ländliche Regionen zu zerschlagen und Vorsorgekapazitäten für Pandemien sowie Katastrophen abzubauen.

Anlässlich der 95 GesundheitsministerInnenkonferenz forderte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das Bündnis Klinikrettung auf, das **Konzept Selbstkostendeckung der Krankenhäuser** detailliert zu erläutern.

Krankenhäuser erhalten eine monatliche Abschlagszahlung, die sich an den Vorjahreskosten orientieren, erhöht um eine jährliche Steigerungsrate. Die Auszahlung erfolgt über monatliche Abschlagszahlungen.



Am Jahresende werden die tatsächlichen Jahreskosten gegen die monatlichen Abschlagsszahlungen ausgeglichen. Alle Krankenhäuser erwirtschaften keinen Gewinn und keinen Verlust sondern eine „schwarze Null“.

Das Bündnis Klinikrettung hat seine Vorstellungen präzisiert, eine Studie erarbeitet und diese dem Bundesgesundheitsministerium sowie der Regierungskommission übergeben. Leider haben sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission offensichtlich nicht mit den Vorschlägen befasst. Im Gegensatz zur bewerteten Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission löst die **Selbstkostendeckung der Krankenhäuser** die grundlegenden Probleme der deutschen Krankenhäuser. *11)

Statt das Kliniksystem ökonomisch begründet schrumpfen zu lassen, setzt das Bündnis Klinikrettung auf:

- **Erhalt klinischer Standorte**
- **signifikant mehr klinisches Personal**, das für die Patientenbetreuung zur Verfügung steht.

Es löst die Probleme, die ein ökonomisch orientiertes DRG-Fallpauschalensystem bisher verursacht hat. Denn mit der **Selbstkostendeckung**

- gibt es **kein Kliniksterben** mehr, weil die Krankenhäuser ihre Selbstkosten exakt zu 100% erstattet bekommen
- verschwindet die Personalnot, denn durch Verzicht der DRG-Kodierung und Dokumentation stehen zusätzlich **143 Tsd. klinische Arbeitskräfte** für die Patientenbehandlung zur Verfügung
- wird die flächendeckende klinische Versorgung gesichert, weil **nicht mehr die Ökonomie entscheidet, welche Region ein Krankenhaus in unmittelbarer Nähe vorfindet**
- entstehen **keine pandemie- oder krisenbedingte Erlösausfälle Kliniken oder ungedeckte krisenbedingte Kostensteigerungen** (z.B. Energiekosten), denn zum Jahresende werden die Jahreskosten der Krankenhäuser exakt durch Einnahmen ausgeglichen.

Der Anlass für wirtschaftlich begründete Klinikschließungen – vorbei am Bedarf der Bevölkerung – scheidet endgültig aus.

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission fehlen der Mut zu einer grundlegenden Systemwechsel.

9. Literatur

- *1) Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>
- *2) Regierungskommission, 3. Stellungnahme, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
- *3) GKV-Kliniksimulator, <https://gkv-kliniksimulator.de/>, vdek, Krankenhausplanung 2.0, Zukunftsorientiert und bedarfsgerecht, <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2014-1112/titel-rwi-gutachten.html>
- *4) Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, STUDIE: Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich?tx_rsmbstpress_pi1%5Bdate_from%5D=05.01.2009&tx_rsmbstpress_pi1%5Bpage%5D=12, Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all
- *5) Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e. V., Grünbuch 2020, S. 33, <https://zoes-bund.de/gruenbuch/>
- *6) Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>
- *7) Bündnis Klinikrettung, Beratung im Bundestag: Lauterbachs Reform führt zu weiteren Schließungen, <https://www.gemeingut.org/beratung-im-bundestag-lauterbachs-reform-fuehrt-zu-weiteren-schliessungen/>
- *8), *10) Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG zu den Reformvorschlägen der Regierungskommission, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhausreform-braucht-den-konsens-mit-den-laendern-und-darf-nicht-auf-struktureller-unterfinanzierung-aufsetzen/>
- *9) Bundesgesundheitsministerium, Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>, Bündnis Klinikrettung, Lauterbachs große Reform ist ein Nullsummenspiel, <https://www.gemeingut.org/lauterbachs-grosse-reform-ist-ein-nullsummenspiel/>
- *11) Bündnis Klinikrettung, Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

© 2022

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>