



FORUM

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



3 • 2023

**„KRANKENHAUSREFORM UND
ZUKUNFT DER VERSORGUNG“**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Sophia Wagner und Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen, wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmereifere Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Inhalt



4 Editorial
Dr. Albrecht Kloepfer
Herausgeber



6 Krankenhausplanung muss in Zukunft Vernetzungen fördern und die koordinierende Rolle der Universitätsklinika präzise benennen
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz 1. Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands, Vorstandsvorsitzender/ CEO des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH)



10 Finanzreform nach dem Motto ‚Geld ohne Leistung‘ wäre schädlich für Qualität und Kosteneffizienz
Dr. Florian Reuther
Direktor, Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)



14 Zeit für eine ehrliche und konstruktive Debatte
Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer, Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)



17 Die Krankenhausstrukturreform – Ein Paradebeispiel für die Marginalisierung der Selbstverwaltung
Hans Peter Wollseifer Vorstandsvorsitzender, IKK e.V.
Hans-Jürgen Müller Vorstandsvorsitzender, IKK e.V.



20 Mühsames Ringen um die Krankenhausreform
Ulrike Elsner vdek - Vorstandsvorsitzende
Antje Kapinsky vdek - Referatsleiterin Verbandspolitik / Gesetzgebung



24 Das große Ziel der Qualität nicht aus dem Auge verlieren
Dr. Jürgen Malzahn Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation, AOK-Bundesverband



28 Bestehende ambulante Strukturen stärken und gleichzeitig regionale Freiräume ermöglichen
Martin Degenhardt
Geschäftsführer, Freie Allianz der Länder-KVen



31 Reformen der ambulanten Versorgung – Stiefkind der Gesundheitspolitik?
Gernot Nahrung Geschäftsführer,
Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mittel- bis längerfristige gesundheitspolitische Berichterstattung ist im Moment tatsächlich alles andere als einfach. Wie soll man bloß planen? Manche Themen ziehen sich wie Kaugummi oder sie verschwinden auf einmal gänzlich von der Bildfläche (sollte es nicht noch vor der Sommerpause ein Gesetz zur Stabilisierung der GKF-Finzen geben?); anderes wird – oft auch ohne Not – im Eilverfahren durch den Bundestag gedrückt.

Ich gestehe, dass wir für die erste Jahreshälfte ein iX-Forum zu den beiden, ursprünglich als Kernstück des Jahres 2023 angekündigten Versorgungsgesetzen geplant hatten. Kaum drei Monate später war davon keine Rede mehr, und auch wenn die erste Ausgabe dieses Doppelpacks nun in Form der Gesundheitskioske zur Diskussion steht, ist vom Doppelwumms der beiden Versorgungsgesetze zwischenzeitlich nicht mehr die Rede. BMG-Soufflés auch hier, und folgerichtig die stumme Beerdigung einer entsprechend konstruktiv-kritischen Beleuchtung durch eine themenspezifische Forum-Ausgabe.

Diese erratische Gesetzgebung (oder eben auch nicht) betrifft buchstäblich alle Bereiche der aktuellen Gesundheitspolitik, aber nirgends sind die aktuellen gesundheitspolitischen Springprozeptionen (eins vor, zwei zurück) derzeit augenfälliger zu beobachten als in der Krankenhauspolitik. Mir schwante schon nichts Gutes, als unmittelbar im Anschluss an die entsprechenden Vorschläge der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ im Eilverfahren und als Änderungsanträge die neuen Paragraphen 115e und 115f SGB V (Tagesstationäre Behandlung und Spezielle Sektorengleiche Vergütung) durchs Parlament geboxt wurden. Warum das denn jetzt? Und das Ganze, ohne dass es ein Bild von der Zukunft der ambulant/stationären Versorgung auch nur ansatzweise schon gegeben hätte.

Dieses Bild gibt es auch heute, knapp ein Jahr später, noch immer nicht, denn die knapp befristete Aufforderung an die Selbstverwaltung zur Erstellung von Hybrid-DRG

als Grundlage der sektorengleichen Vergütung scheiterte, und die vollmundig für Ende Juni angekündigte Ersatzvornahme des Ministeriums lässt nach wie vor auf sich warten. Die Akteure, auch das muss man wohl konstatieren, sind es leid, und die Stimmung ist im Keller.

Denn auch die große Reform – von Karl Lauterbach vollmundig als „Revolution“ angekündigt – lässt nach wie vor auf sich warten. Und dem Vernehmen nach wird deren immer wieder verkündeter Einsatz am 1. Januar 2024 kaum zu halten sein. Wenn es der 1. April 2024 wird, wäre auch das fast schon überraschend. Noch überraschender ist allerdings, dass aus dem BMG mal eben zwischendurch ein Gesetz rausgehauen wurde, dessen Genese auf ein ursprüngliches Kernstück der inzwischen immer kleiner werdenden Reform zurückgeht: das Krankenhaus-transparenzgesetz. Das, leider, sieht aus wie eine Trotzreaktion des Ministers auf seine immer weiter beschnittenen Pläne zur „Revolution“ in der Krankenhausland-schaft. Denn, wir erinnern uns, der ursprüngliche Lauterbach-Plan sah vor, zunächst die Krankenhäuser in Level einzuteilen, diesen Leveln dann Leistungsgruppen zuzuweisen, diese Leistungsgruppen für jedes einzelne Haus mit Qualitätsindikatoren zu versehen – und daran schließlich (mit einer Übergangsphase) die Vergütung der einzelnen Krankenhaus-Abteilung zu koppeln. Das hätte man möglicherweise tatsächlich als Revolution bezeichnen können, doch wird von dieser schön gedachten Planungs- und Vergütungskette nichts übrigbleiben.

Alles aber, was der Minister seinen Länderkollegen nicht abtrotzen konnte (und was ihm trotzdem zu regeln übrigbleibt), steht jetzt im Krankenhaus-transparenzgesetz. Denn da sind die Level wieder, gegen die sich die Länder vehement gewehrt hatten, und auch die Qualitätstransparenz stand nicht unbedingt auf deren Wunschliste. Das mit der Verknüpfung an die Vergütung hat der Bundesminister allerdings nicht hingekriegt. Das jedoch wäre die Revolution gewesen.

Das vorliegende iX-Forum zur Krankenhausreform meldet sich also in einer Umbruchsituation zu Wort, in der es erkennbar nicht mehr zu der von Lauterbach prognostizierten Revolution kommen wird, die aber trotzdem (oder gerade deswegen) ausreichend Stoff für lebhafte Diskussionen bereithält. Denn neu geordnet und weiterentwickelt, wird mit dem jüngst durchgestochenen ersten Arbeitsentwurf zur Reform, vor allem auch die gesamte Berührungsfläche zwischen ambulant und stationär. Zumindest aus der Sicht der Krankenhäuser: Sie erhalten künftig – geregelt in einer weiteren Zahl von Unterpunkten zum § 115 – noch stärkeren Zugriff auf die Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung. Die Gegenrichtung allerdings fehlt: eine Reform und Erweiterung auch der vertragsärztlich ambulanten Versorgung. Sie wäre der konsequente Anschluss gewesen, um die Versorgungsbereiche, beginnend mit der hausärztlich ambulanten bis hin zur universitär stationären Versorgung, neu zu ordnen und in ein sinnvoll hierarchisches Kontinuum zu bringen. Das wäre möglich gewesen – wenn Karl Lauterbach und der Koalitionsvertrag dieses Versorgungskontinuum im Blick und auf dem Schirm gehabt hätten. Haben sie aber nicht. Gerade deswegen ist es jedoch folgerichtig, dass in unserem Heft zur Krankenhausreform auch Vertreter des vertragsärztlichen ambulanten Versorgungsbereichs zu Wort kommen. Denn hier wird nach wie vor die Grundversorgung geleistet, und es wäre sinnvoll gewesen, mit der Krankenhausreform auch den beiderseitigen Anschluss zur ambulanten Brot- und Butterversorgung herzustellen.

Dass sich dagegen private und gesetzliche Kostenträger und Krankenhausverbände zu Wort melden, liegt in der Natur der Sache: Die stationäre Versorgung ist nun mal das größte Stück Kuchen in der Ausgabentorte der Gesetzlichen Krankenversicherung, und wir alle wissen – auch die Länder –, dass wir hier in den Strukturen etwas ändern müssen.

Die Vorschläge, die hierzu aus den verschiedensten Bereichen im vorliegenden iX-Forum versammelt sind, unterscheiden sich dabei gar nicht mal so grundlegend und zeigen, dass eine Reform vermutlich nicht nur auf dem vom Minister gewählten akademischen Weg, sondern auch „aus der Perspektive der Akteure gedacht“ möglich wäre. Das Stichwort Qualität tragen sie dabei alle im Namen. Denn das muss tatsächlich die Vorgabe sein: eine Versorgung, die sich am Patientenwohl orientiert und trotzdem effizient und für alle mit nicht unzumutbarem Aufwand erreichbar ist. Mit unseren Mitautoren sind wir der festen Überzeugung, dass eine sich an solchen Kriterien orientierende Versorgungslandschaft besser in einer Mischung aus Planung und Wettbewerb zu erreichen ist, als durch eine kalte Strukturbereinigung unregelter Insolvenzen. – Das also muss das Ziel sein, und im vorliegenden iX-Forum sind einige Anregungen für eine solche Strukturreform aus Planung und Wettbewerb zusammengefasst. Mögen sie durch alle Wirrnisse und Springpropositionen hindurch noch rechtzeitig Gehör im aktuell laufenden Reformprozess finden.

Unseren Autorinnen und Autoren danken wir für ihre vielfachen und fundierten Anregungen, unseren Leserinnen und Lesern wünschen wir ein erkenntnisreiches Lesevergnügen.



Dr. Albrecht Kloepfer

Krankenhausplanung muss in Zukunft Vernetzungen fördern und die koordinierende Rolle der Universitätsklinika präzise benennen



Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz

1. Vorsitzender des Verbands der
Universitätsklinika Deutschlands,
Vorstandsvorsitzender/CEO des
Universitätsklinikums Schleswig-
Holstein (UKSH)

*„Bessere Medizin geht nur, wenn die
Kliniklandschaft um- strukturiert wird – das ist
eine große Chance! Ziel ist die Sicherung und
Steigerung der Qualität – trotz des
demografischen Wandels.“*

Mit Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz, 1. Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands und Vorstandsvorsitzender/ CEO des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), sprachen wir über politische und systemische Rahmenbedingungen bezüglich der aktuellen Krankenhausreform.

Dr. Abrecht Kloepfer: Die Krankenhaus-Reform ist die größte Reform seit Einführung des DRG-Systems. Was bedeutete die DRG-Einführung aus Ihrer Sicht für die Patientenversorgung? Wo gab es positive oder aber negative Entwicklungen?

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz: Eine Vergütung an Leistungsanreize zu binden, ist erst einmal ein legitimes Ansinnen. Aber eben das Austarieren eine enorme Herausforderung. Mit der Einführung des DRG-Systems wollte man je nach medizinischer Indikation die Behandlung zu einem Durchschnittswert erfassen. Aber: Gerade Universitätsklinika mit ihrem besonderen Versorgungsauftrag kümmern sich um Patientinnen und Patienten, die kein anderer versorgen kann. Diesem Umstand, also z. B. einem sehr viel höheren Behandlungsaufwand, trägt das DRG-System bis heute nicht genug Rechnung. Es wird seit jeher angenommen, dass alle Krankenhäuser dieselben Patientinnen und Patienten versorgen und hierfür dieselben Strukturen vorhalten. Die Realität ist aber eine andere.

Der Extremkostenbericht des InEK hat uns Jahr für Jahr gezeigt, dass es die unterstellte Gleichverteilung von Patientengruppen nicht gibt. Es kommt also Jahr für Jahr zu einer Schiefelage zulasten der Universitätsklinika. Auch der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten von 2018 auf die unzureichende Berücksichtigung genau dieser Strukturunterschiede bei der DRG-Kalkulation hingewiesen. Damals wurde eine Gewichtung für den Landesbasisfallwert nach Versorgungsstufen vorgeschlagen.

Das alles heißt: Die Probleme in der Krankenhausfinanzierung sind für Universitätsklinika besonders spürbar!

Bereits unter Bundesgesundheitsminister Spahn stand die Reform der stationären Versorgung auf der politischen Agenda und dann kam die Corona-Pandemie. Hat uns die Corona-Pandemie vielleicht auch neue Erkenntnisse gebracht, die wir bei der zukünftigen Versorgung nutzen sollten?

Die Universitätsklinika standen mit allem im Fokus. Nicht alle Krankenhäuser haben Corona-Patientinnen und -Patienten behandelt. Drei Viertel der aufwendigen ECMO-Beatmung haben Universitätsklinika gemacht. Sie haben neben der Behandlung von schwererkranken Patientinnen und Patienten die Steuerung in ihrer Region übernommen. Damit koordinierten sie die Versorgungskapazitäten in den einzelnen Einrichtungen. Auch damit haben sie einen sehr wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie geleistet. Diese Aufgabenverteilung kann als Blaupause für die Reformansätze gesehen werden.

Sie haben zudem Politik und Verbände beraten. Orientierung, Information und Kommunikation waren enorm wichtig. Erinnern wir uns zum Beispiel an die Aufklärung zum Thema der Corona-Impfung. Und an die vielen Forschungsvorhaben, die kurzfristig auf den Weg gebracht wurden. Eine wissenschaftlich fundierte Kommunikation war mit entscheidend. Und das alles hat gezeigt: Diese Sonderaufgaben der Universitätsmedizin sind unersetzbar für das Gesundheitswesen.

Hier setzt die Krankenhausreform nun auch folgerichtig an. Die Politik greift zu Recht auf die Erfahrung aus der Pandemie zurück, weil man den Vorteil eines solchen Teamplays erkannt hat. Und dass der Politik diese Rolle der Universitätsklinika besonders wichtig ist, sieht man daran, dass die koordinierenden Aufgaben gesetzlich verankert werden sollen.

Die Regierungskommission hat mit ihrer 3. Stellungnahme die politische Diskussion zur KH-Reform geprägt. Werden auch die Patienten aus Ihrer Sicht von Versorgungsleveln, Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung profitieren?

Bessere Medizin geht nur, wenn die Kliniklandschaft umstrukturiert wird – das ist eine große Chance! Ziel ist die Sicherung und Steigerung der Qualität – trotz des demografischen Wandels.

Ein wichtiges politisches Zeichen war der positive Abschluss der Beratungen von Bund und Ländern. Entscheidend ist nun, dass die Umsetzung auch konsequent erfolgt. Dann können sich Versorgungsangebote auf Kliniken konzentrieren, die personell und technisch dafür ausgestattet sind. Und die Versorgung in der Fläche kann gemeinsam mit anderen Krankenhäusern durch Netzwerke funktionieren. Bei allem muss die Qualität als eigentliches Maß gelten.

Die Transparenzinitiative des Bundes ist wichtig und richtig. Sie kann zu mehr Übersichtlichkeit bei den Krankenhäusern führen. Und zu einer besseren Information und Orientierung für Patientinnen und Patienten. Versorgungsstufen sind hierfür der richtige Ansatz. Und es ist dabei richtig, die Universitätsklinika als eigene Stufe „Level 3U“ auszuweisen – so wie im Koalitionsvertrag vorgesehen und von der Regierungskommission empfohlen. Auf dieser Grundlage können die Bürgerinnen und Bürger dann eindeutig erkennen, in welchen Einrichtungen alles geboten wird: Maximalversorgung, Forschung, innovative Medizin, Umsetzung von Forschung in die Versorgung.

Universitätsklinika arbeiten außerdem interdisziplinär, was bislang nicht dargestellt ist. Und es bleibt ambitioniert, Qualitätskennzahlen für Bürgerinnen und Bürger abzubilden. Es ist eine große Herausforderung, hier eine wissenschaftliche Risikoadjustierung zu entwickeln. Ohne diese Nachjustierungen wird die Versorgung in Uni-

versitätsklinik in ein falsches Licht gerückt. Das Transparenzverzeichnis darf nicht dazu führen, dass risikobehaftete Behandlungen vermieden werden.

Und sehr wichtig bleibt das Ziel des Bürokratieabbaus. Dokumentationspflichten müssen mit der Reform genau geprüft und teils obsolet werden. Das Personal darf nicht durch noch mehr administrative Aufgaben gebunden werden.

Was fehlt Ihnen bei der derzeitigen Diskussion zur KH-Reform?

Mehr Bewegung. Trotz zahlreicher Lippenbekenntnisse fehlt ein klares Eingeständnis aller Player, strukturell etwas bewegen zu wollen. Das ist aber unausweichlich, und deshalb ist es schon erstaunlich, dass eine wirkliche Bereitschaft zur Veränderung fehlt. Die Zeit drängt gewaltig. Dass einige Länder hier trotz des demografischen Wandels so auf der Bremse stehen, zeigt, dass noch nicht überall angekommen ist: Mangelndes und nicht effizient eingesetztes Personal beschränkt uns bereits heute sehr.

Was ist Ihr Bild von der Patientenversorgung der Zukunft und welche Rolle sollten die Universitätsklinik dabei spielen?

Die Universitätsklinik stehen für beste Medizin. Erkenntnisse und Innovationen aus der Forschung gelangen schnell in die Versorgung am Krankenbett. Darüber hinaus werden sie der kommenden Generation von Ärztinnen und Ärzten über die Lehre vermittelt.

Eine bessere Grundlage für diese Spitzenversorgung wird die Krankenhausreform bringen. Funktionieren kann das aber nur im Zusammenwirken der Akteure im Gesundheitssystem. In Netzwerken – mit den Universitätsklinik in koordinierender Rolle. Nur so können die Patientinnen und Patienten umfassend von Fortschritt und Forschung profitieren. Daraus ergeben sich folgerichtig die strukturellen Veränderungen – personell und finanziell.

Universitätsklinik sind in ihren Kapazitäten – wie alle anderen Krankenhäuser auch – durch den Mangel an Personal begrenzt. Deshalb ist eine klare Aufgabenverteilung zwischen allen Kliniken so wichtig.

Die Position der Universitätsklinik wird in der Reform gelegentlich als „zu dominant“ empfunden. Wie stellen Sie sich die Aufgabenverteilung und Kooperation mit Krankenhäusern anderer Level vor? Wie ist aus Ihrer Sicht ein gestuftes Konzept denkbar, bei der jeder Patient die für ihn adäquate Versorgung auch in Relation zu seinem Wohnort erfährt?

Es geht um ein koordiniertes Gesundheitssystem, das nach oben und unten offen ist. Leider ist das deutsche Gesundheitssystem fragmentiert und von sehr starken Partikularinteressen geleitet. Das führt nicht immer zum besten Ergebnis für das so wichtige Gut Gesundheit.

Dominant ist die Demografie, die uns einfach zwingt, die Prozesse effektiver und effizienter zu gestalten. Weitere Fehlentwicklung können wir uns nicht mehr leisten, wenn wir morgen noch eine ethisch vertretbare Situation in Deutschland haben wollen. Die Akteure in der Versorgung, aber auch die Professionen untereinander und die Sektoren müssen sich verändern.

Um das mal auf die praktische Umsetzung und auf die Krankenhausreform herunterzubrechen: Steuerungsinstrument in den Ländern ist die Krankenhausplanung. Die muss in Zukunft sehr klar Vernetzungen und Kooperationen fördern und die Rolle der Universitätsklinik präzise benennen. Der Kern der Reform ist, dass es gerade nicht mehr darum gehen kann, eine Menge der Patientinnen und Patienten an das eigene Krankenhaus zu binden. Es geht darum, dass sich jeder ehrlich macht, was seine Rolle im Netzwerk ist und welche Versorgung er seinen Patientinnen und Patienten wirklich kompetent anbieten kann. Wenn jeder seine klare Zuständigkeit hat, kann auch jeder etwas abgeben. Auch Universitätsklinik müssen und wollen nicht alles machen. Wir haben unsere Rolle klar definiert – und uns in ihr bewiesen: Wir

sind die zentrale Drehscheibe für die Patientenversorgung, umfassend zuständig für medizinische Ausbildung, Forschung und Wissenstransfer in die Fläche.

Was braucht es aus Ihrer Perspektive, dass im Zuge der Krankenhausreform auch die Brücke zum ambulanten Bereich erfolgreich umgesetzt werden kann?

Die Sektoren sind eine historische Fehlentwicklung. Wenn wir wollen, dass Medizin da, wo ambulant machbar, auch gemacht wird, dann müssen wir auch den universitären Fortschritt zulassen. Also interdisziplinäre Zusammenarbeit mit hochspezialisierter Expertise – und das umgesetzt in einer innovativen Dynamik. Es ergibt keinen Sinn, dass eine Kassenärztliche Vereinigung entscheidet, ob diese Versorgung für eine Patientin oder einen Patienten nötig ist und ob ein Krankenhaus ambulant behandeln darf oder nicht.



„SPITZENVERSORGUNG
FÜR ALLE“

Krankenhausreform
konsequent umsetzen
und bessere Medizin
ermöglichen

Finanzreform nach dem Motto ‚Geld ohne Leistung‘ wäre schädlich für Qualität und Kosteneffizienz



Dr. Florian Reuther

Direktor des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV)

„Auch die PKV hält eine Krankenhausreform für nötig. Doch eine Vorhaltefinanzierung nach dem Motto ‚Geld ohne Leistung‘ birgt große Risiken. Es drohen massive Fehlanreize, wenn die Bezahlung sich nicht auf erbrachte Leistungen bezieht.“

Die Private Krankenversicherung ist mit rund 8,7 Millionen Vollversicherten sowie 6,5 Millionen Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus ein relevanter Kostenträger für die stationäre Versorgung. Der historische Höchststand an Wahlleistungsversicherungen zeigt: Die Menschen wollen Wahlfreiheit auch für ihre stationäre Behandlung.

Vom Patienten her denken

Für die PKV kommt es deshalb entscheidend darauf an, dass bei der Krankenhausreform die Interessen der Patientinnen und Patienten handlungsleitend sind.

Schon mit Blick auf die demografische Entwicklung müssen knappe Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden, um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Die Vergütung der Kliniken nach Fallpauschalen für diagnosebezogene Gruppen (DRG) ist in Misskredit geraten. Fehlanreize für die Krankenhäuser, die Mengen ihrer Operationen zu stark nach deren betriebswirtschaftlichen Ergiebigkeit zu steuern oder gar unnötige Eingriffe abzurechnen, sind nicht von der Hand zu weisen.

Vor Einführung des DRG-Systems gab es Kritik an der Neigung von Krankenhäusern, Patientenzahlen und Liegedauern betriebswirtschaftlich zu optimieren. Und unabhängig vom Vergütungssystem liegt eines der größten Probleme in dem Versäumnis, dass die Bundesländer ihrer Aufgabe zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser seit Jahren nicht ausreichend nachkommen.

Zugleich entstehen neue Herausforderungen: Viele aktive Mediziner und Pflegekräfte aus der „Babyboomer“-Generation werden in den nächsten Jahren ausscheiden, während aus den kleineren Jahrgängen der Berufseinsteiger deutlich weniger Fachpersonal nachwächst. Gleichzeitig führt dieser demografische Wandel zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen für die alternde Bevölkerung.

Daher sind neue Wege notwendig, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Die PKV begrüßt deshalb ausdrücklich eine Reform des Krankenhausesektors mit dem Ziel, im Sinne der Versicherten höhere Maßstäbe an Qualität und Effizienz zu setzen.

Anforderungen an eine Reform

Aus Sicht der Patienten kommt es vor allem darauf an, dass sie sich auf die Qualität der Behandlungen verlassen können. Dazu gehört der Schutz vor „Gelegenheits-Behandlungen“, indem eindeutige und transparente Qualitätsstandards vorgegeben werden. Um die finanzielle Belastung der Versicherten zu begrenzen, müssen wiederum Ressourcen effizient eingesetzt werden.

Die Krankenhausreform erfordert zudem eine bessere Mitwirkung der Länder. Die geplante Organisation nach Leistungsgruppen funktioniert nur, wenn die Länder dieses Vorhaben mit Leben füllen. Sie müssen ihre Krankenhausplanung entsprechend weiterentwickeln und bereit sein, die Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen. Ressourcen effizient zu nutzen bedeutet auch, keine Ressourcen aufzubauen bzw. „künstlich am Leben zu halten“, die nicht benötigt werden.

Es besteht ein hohes, bislang unzureichend genutztes Potenzial zur Ambulantisierung. Die Versorgung neu zu denken erfordert, dabei auch die ambulanten und pflegerischen Strukturen mitzudenken – ebenso wie die Chancen der Digitalisierung, die eine Versorgung in ländlichen Räumen auch über größere Distanzen erleichtern kann.

Erfolg gelingt nur bei Einbeziehung der Akteure

Ob die Krankenhausreform ein Erfolg werden kann, hängt wesentlich davon ab, wie die Akteure einbezogen werden: die Krankenhäuser ebenso wie der ambulante Sektor und nicht zuletzt die Kostenträger. Das verringert auch die Wahrscheinlichkeit rechtlicher Auseinandersetzungen. Dieses Risiko ist beträchtlich, denn die Berufsfreiheit und die Vertragsfreiheit sind hohe, verfassungsrechtlich ge-

schützte Werte. Wenn Kliniken gegen Einschränkungen ihrer Zulassungen, Wegnahme von Leistungsgruppen etc. klagen, wären jahrelange Rechtsstreitigkeiten die Folge.

Vorhaltefinanzierung – mit Risiken und Nebenwirkungen

Die vielfach verwendete Rhetorik einer angeblich nötigen „Entökonomisierung“ führt in die Irre und schadet einer sachlichen Diskussion. Die Realität der bestehenden (und sich eher noch verschärfenden) Knappheiten kann keine Vergütungsreform auflösen. Nicht weniger, sondern im Gegenteil mehr ökonomisches Denken ist erforderlich, um die knapper werdenden personellen und finanziellen Ressourcen optimal im Interesse der Patientinnen und Patienten zu nutzen.

Ein Kernelement der geplanten Reform ist die Einführung einer Vorhaltefinanzierung und damit die Abkehr vom bisherigen DRG-System. Seit dessen Einführung 2004 haben sich einige Nachteile gezeigt. Daher gab es bereits etliche Nachjustierungen, weitere wären auch im heutigen System möglich. Allerdings hatte die Einführung des DRG-Systems viele positive Effekte für Transparenz und Wirtschaftlichkeit. Sie dürfen mit einer neuen Reform nicht wieder in ihr Gegenteil verkehrt werden.

Denn auch eine Vorhaltefinanzierung birgt Risiken. Sie verändert die Anreizstruktur für die Krankenhäuser erheblich. So könnte zwar voraussichtlich das Ziel erreicht werden, den Anreiz zu Mengenausweitungen zu verringern. Doch je höher der Anteil der Vorhaltefinanzierung ist, desto stärker entsteht wiederum die umgekehrte Gefahr, dass die Nicht-Behandlung von Patienten für die Klinik lukrativer ist als die Behandlung von Kranken. Dieser Anreiz mündete dann in Unterversorgung und Wartelisten-Medizin. Das vorgeschlagene Modell bringt für die Krankenhäuser zahlreiche Optionen, das neue System unter rein betriebswirtschaftlichen Aspekten und losgelöst vom medizinischen Bedarf für sich zu optimieren.

Grundsätzlich gilt: Je höher die Komplexität der Regeln, desto höher das Missbrauchspotenzial, desto größer der Kontrollaufwand, desto häufiger die Notwendigkeit der Nachkorrektur. Dann droht eine Interventionsspirale, die allen Akteuren die Planungssicherheit raubt und zusätzlichen administrativen Aufwand erzeugt, der wiederum die Ressourcen für die Zuwendung zum Patienten schwächt.

Mit der in den Eckpunkten skizzierten Vorhaltefinanzierung wird überdies das Problem einer unzureichenden Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer nicht gelöst. Trotz der aufwendigen Reform wird am Ende die strukturelle Unterfinanzierung der Kliniken fortbestehen. Durch die Reform könnte der Druck auf die Länder, ihre Finanzverantwortung zu erfüllen, sogar abnehmen, weil die neuen Finanzierungswege (wenn auch nur scheinbar) zunächst etwas Druck herausnehmen würden. Die Unterfinanzierung der Kliniken würde sich – nur in neuer Kulisse – manifestieren; zu Lasten der Krankenhausträger, zu Lasten der Kostenträger und ihrer Versicherten sowie zu Lasten der Patienten.

Kostenträger müssen starke Fehlanreize befürchten

Auch für die Kostenträger – und damit letztlich für die beitragszahlenden Versicherten – hängt es entscheidend von der konkreten Ausgestaltung ab, ob die Reform nützliche oder schädliche Effekte bringt. Es drohen massive Fehlanreize, wenn die Bezahlung sich nicht auf erbrachte Leistungen bezieht. Die Kliniken würden sich weniger am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten, sondern mehr an bürokratischen Verteilungskriterien. So drohten die wichtigsten Reformziele auf der Strecke zu bleiben: Qualität und Kosteneffizienz.

Wenn betriebliche Strukturen, losgelöst von der konkreten Nutzung durch Patientinnen und Patienten, mitfinanziert werden, und wenn die einzelnen Kostenträger keinerlei Einflussmöglichkeit auf diesen Kostenblock mehr

haben, dann schwinden in gleichem Maße die Anreize, in Prävention und (kostensparende) Ambulantisierung zu investieren.

Für leistungsbezogene Finanzierung

Aus Sicht der PKV als Kostenträger ist es deshalb wichtig, eine leistungsbezogene Finanzierungsweise zu finden, die die Vorteile des DRG-Systems nutzt, seine Nachteile hingegen mindert. Die zentrale Frage ist, wie der Mittelzufluss für eine Vorhaltefinanzierung fair gestaltet werden kann. Dies umso mehr, wenn sie nicht nur für einzelne, versorgungsrelevante Bereiche gelten soll, sondern für die gesamte Krankenhauslandschaft.

Die Verknüpfung mit Leistungsgruppen ist dabei hoch komplex und erfordert die Klärung vielfältiger Details. Sie wird Schwierigkeiten aufwerfen, die heute noch gar nicht absehbar sind. Leistungsgruppen sind primär ein Planungsinstrument – und nicht ein Instrument zur Finanzierung. Deshalb sollte aus Sicht der PKV die Vorhaltevergütung – bei der es stets um „Geld ohne Leistung“ geht – keinesfalls mit dem in den Eckpunkten vorgesehenen hohen Anteil von 60 Prozent eingeführt werden. Schon der von der Regierungskommission als Empfehlung genannte Anteil von 40 Prozent (inklusive 20 Prozent für das Pflegebudget) erscheint sehr hoch und begründet bereits die Sorge vor Fehlanreizen.



Prof. Dr. Andreas Schmid hat für die Oberender AG im Auftrag des PKV-Verbands eine „Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankensektors“ erstellt. Fa-

zit dieser kritischen Betrachtung ist, dass eine Reform notwendig und die Einführung einer Vorhaltevergütung im Grunde nachvollziehbar sei. Die im Eckpunktepapier skizzierte Umsetzung zeige jedoch noch Defizite in der Ausgestaltung auf, die insbesondere das Funktionsprinzip der Vorhaltevergütung betreffen. Viele Fragen mit Bezug auf die Kostenträger blieben offen. Die vorangehenden Analysen zeigten, dass die im Vergleich zum Status quo erzielbaren Veränderungen trotz der absehbar hohen Komplexität des Systems möglicherweise eher gering seien.

Die Welt von morgen

Die PKV tritt dafür ein, dass die Krankenhaus-Entgelte sich auch zukünftig an Qualität und Leistung orientieren müssen. Es dürfen keine Anreize geschaffen werden, die ineffiziente Strukturen zementieren und künstlich am Leben halten – und damit den Spielraum für Innovationen verringern.

Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bei geplanten Eingriffen muss erhalten bleiben. Die PKV legt Wert auf deren Schutz vor zu starker Konzentration und regionalen Monopolen, die ihre Entscheidungsmöglichkeiten insbesondere bei geplanten Eingriffen einschränken. Es muss auch Raum geben für Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um die Patientinnen und Patienten durch bestmögliche Versorgung.

Bitte nicht noch mehr Bürokratie und Kontrollaufwand

Die Reform soll die Qualität des stationären Sektors verbessern, sie darf aber keine Verwerfungen bei den Kostenträgern auslösen. Dieses Risiko ist bei der neuen, höchst komplexen Regulierungswelt einer Vorhaltefinanzierung durchaus zu befürchten. Daher ist bei der Abrechnung der Bezug zum konkreten Behandlungsfall essenziell. Nur so ist sichergestellt, dass alle Kostenträger gezielt für ihren eigenen Versichertenbestand die Kosten tragen – und damit zum Engagement für dessen Gesunderhaltung und optimale Versorgung motiviert bleiben

Wenn stattdessen die Kosten nach abstrakten, bürokratischen Kriterien verteilt würden und die Kostenträger so letztlich ihre Wettbewerber mitfinanzieren müssten, wäre dies ein Anschlag auf die Motivation zur gezielten Betreuung des eigenen Versichertenbestandes.

Erklärtes Ziel der Bundesregierung ist es, das Land zu entbürokratisieren. Daher wäre es kontraproduktiv, wenn im bereits hochkomplexen und eher überregulierten Gesundheitswesen nun über die Vorhaltefinanzierung neue Verteilungsstrukturen mit großem zusätzlichem Verwaltungs- und Kontrollaufwand eingerichtet würden.

Kurz und gut: Eine Krankenhausreform muss sein. Aber sie wird die Versorgung nur dann verbessern, wenn das Interesse der Patientinnen und Patienten von vornherein im Mittelpunkt steht, wenn sich also auch die Finanzierung vor allem an den konkreten Leistungen für diese Patientinnen und Patienten bemisst.

Zeit für eine ehrliche und konstruktive Debatte



Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer
Bundesverband Deutscher
Privatkliniken e.V. (BDPK)

„Manchmal scheint es so, als hätten wir die Fähigkeit zur Debatte und Auseinandersetzung verloren. Dabei gerät oft aus dem Blick, dass es möglichen Kritikern nicht darum geht, zu verhindern, sondern zu verbessern. Ähnlich ist es auch bei der Krankenhausreform.“

Äußert ein Akteur Kritik im Detail, wird ihm schnell vorgeworfen, er wolle ja sowieso nur die gesamte Reform blockieren. Um es ganz klar zu sagen: Die Kliniken in privater Trägerschaft sehen die Notwendigkeit für eine Krankenhausreform. Sie wollen nichts verhindern. Aber ausgewogen muss die Reform sein, und sie darf den Aspekt der Patientenversorgung nicht aus den Augen verlieren.

Es ist durchaus eine kluge Idee, eine wissenschaftlich besetzte Regierungskommission mit grundlegenden Fragen der Krankenhausversorgung zu betrauen und sie um entsprechende Reformvorschläge zu bitten. Was allerdings fehlt, ist der Wille, eine ernsthafte Debatte über die Ergebnisse und die mögliche Umsetzung der Krankenhausreform zuzulassen. Die wurde bislang nur mit den Bundesländern geführt. Wie belastbar und vertrauensvoll die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern ist, die sich in dem im Juli vereinbarten Eckpunktepapier widerspiegelt, wird sich in diesem Herbst zeigen. Obwohl man sich darauf verständigte, keine Krankenhauslevel einzuführen, macht dies das BMG trotzdem in einem separaten und nicht zustimmungspflichtigen Krankenhaus-Transparenzgesetz. Der Bundesgesundheitsminister wird auch nicht müde zu betonen, dass die Verbände und die Krankenhäuser schon noch Gelegenheit bekämen, sich zur Reform zu äußern. Schaut man sich aber die Politik der vergangenen Jahre an, wird es wohl kaum einen angemessenen Zeitraum zur Bewertung und zur Stellungnahme geben. Die Erfahrung lehrt auch, dass durchaus kluge und sinnvolle Anregungen einfach beiseitegelegt werden. Sie stören offensichtlich das gewollte Ergebnis, das politisch ohnehin festzustehen scheint. So rankt sich die Debatte im Moment ausschließlich um Narrative, mit denen man vor allem die Deutungshoheit in der Öffentlichkeit gewinnen will. Genannt seien die Entökonomisierung, der Vorrang guter Medizin vor Gelegenheitsversorgung, die zu hohe Zahl der Krankenhäuser, die dringend zu reduzieren ist, das bevorstehende Krankenhaussterben ohne die Reform, der Fachkräftemangel und die überbordende Bürokratie. Ziel des politischen Handelns ist offensichtlich, keine Veränderung an den eigenen und für richtig gefundenen Ideen zuzulassen.

Am Versorgungsbedarf ausrichten

So wird zum Beispiel verkündet, dass ohne die Krankenhausreform viele Krankenhäuser insolvent werden. Das entspricht leider nicht ganz der Wahrheit, denn die Krankenhäuser befinden sich bereits mitten in einer politisch zu verantwortenden Insolvenzwelle. Daran wird die Krankenhausreform, die frühestens in mehreren Jahren wirken wird, nichts ändern, weil es mit der Reform kein zusätzliches Geld geben soll. Das Überleben von Krankenhäusern soll dadurch gesichert werden, dass andere Krankenhäuser geschlossen werden sollen. Es ist im Übrigen auch nicht richtig, dass in Deutschland die Patienten regelhaft in unqualifizierten oder nicht ausreichend qualifizierten Krankenhäusern behandelt werden. Die Daten des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen belegen zum Beispiel, dass 93 Prozent aller Herzinfarkt-Patienten in einem sachgerecht ausgestatteten Krankenhaus erstversorgt werden. Vermutlich ist die Zahl sogar noch höher, weil einige Patienten in Krankenhäuser eingewiesen werden, bei denen sich der Herzinfarkt erst im Laufe der Untersuchung bestätigt. Die Verlegung in ein Krankenhaus mit Linksherzkatheter-Messplatz ist in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. So könnte man weitermachen und die Narrative widerlegen. Das führt aber zu nichts, weil wir am Ende keinen substanziellen Gewinn in der Reformdebatte haben.

Besser ist es, die Reform-Ziele aus Sicht der Patienten in den Fokus zu rücken. Dazu gehört nach unserer Ansicht, dass die Reform nicht ausschließlich auf die Strukturen in den Krankenhäusern begrenzt werden darf, um so die absolute Zahl der Krankenhäuser nach unten zu drücken. Zwingend mitgedacht werden muss, wie sich der Versorgungsbedarf der Bevölkerung in den einzelnen Regionen darstellt. So ist es zum Beispiel zwischen ländlichen und städtischen Räumen sehr unterschiedlich, welchen Zugang die Patienten zur ambulanten ärztlichen Versorgung haben. Auch muss mitgedacht werden, wie denn die Rettungsdienststrukturen ausgelegt sind und welche Entfernungen durch die Krankenhausreform in der medizinischen Grundversorgung entstehen. Wie entwickelt sich die Demografie und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit der Bevölkerung? Sind wir hinreichend auf

mögliche Pandemien und die Versorgung der Bevölkerung vorbereitet? Wie würden bei einer Standortreduzierung die verbleibenden Krankenhäuser erweitert und aufgerüstet, um die zusätzlichen Patienten gut versorgen zu können? Wird es tatsächlich gelingen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von geschlossenen Krankenhäusern in weiter entfernte Krankenhäuser mitzunehmen?

Regionale Strukturen berücksichtigen

Wegen der vielen offenen Fragen empfehlen wir dringend, in der Krankenhausreform eine integrierte Versorgungsplanung zu entwickeln. Damit würden sowohl die ambulante ärztliche Versorgung, die stationäre Versorgung, die Übergangspflege und die Rehabilitation in den Blick genommen. Ziel muss sein, einen am Patienten ausgerichteten Grundversorgungsanspruch zu definieren. Welche Leistungen und Versorgungsangebote sollen die Patientinnen und Patienten in einer definierten Zeit von zum Beispiel 30 Minuten Fahrzeit erreichen können? Ist sichergestellt, dass die Patienten nach einer stationären Versorgung eine geeignete Anschlussversorgung bekommen können, wenn sie sich zuhause noch nicht allein versorgen können? Zu diesem Grundversorgungsanspruch sollten die ambulante ärztliche Versorgung sowie die stationäre Notfallversorgung bei Herzinfarkten, Schlaganfällen, internistischen und chirurgischen Notfällen gehören, ebenso wie die anschließende Weiterversorgung in der Übergangspflege und medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Insofern unsere klare Empfehlung: Nicht „topdown“ die Strukturqualität definieren, ohne Rücksicht auf die Frage, welche Krankenhäuser dadurch übrig bleiben. Besser ist die Orientierung an einer möglichst umfassenden ambulanten und stationären Grundversorgung in relativer Wohnortnähe!

Alternative Gesundheitsregionen ermöglichen

Für alle, die keine Freunde der staatlichen Krankenhausbedarfsplanung sind, noch eine Handlungsalternative: Die Krankenhausreform wäre eine gute Gelegenheit, Gesundheitsregionen mit regionalen Gesundheitsbudgets einzuführen. Dies würden wir anstelle der staatlichen Krankenhausplanung sehr befürworten. Die Versorger in einer solchen Gesundheitsregion erhalten ein fixes Budget für die

Versorgung aller ambulanten und stationären Patienten und müssen entlang definierter Leitplanken die bestmögliche Versorgung der Patienten organisieren. Auf die Behandlungsaufträge bewerben sich die einzelnen Gesundheitsdienstleister, und man hätte ein sehr genaues Bild über Inhalt, Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung.

Leistungsgruppen nicht zu starr ausgestalten

Die vorgesehene kleinteilige Definition von Strukturanforderungen kann sehr schnell ungewollte Versorgungslücken produzieren. Man stelle sich beispielsweise eine gar nicht so ungewöhnliche außerplanmäßige Mehrlingsgeburt in einer Klinik vor, bei der die Kinder neonatologisch versorgt werden müssen. Vermutlich wird die gemäß der Strukturvorgaben notwendige Personalausstattung in den meisten Kliniken dafür nicht ausreichend sein. Die Folge wäre, dass möglicherweise nicht alle Kinder in dieser Klinik neonatologisch behandelt werden können. Dies ist weder für die Kinder noch für die Eltern eine wünschenswerte Entwicklung. Insofern sind wir gut beraten, auch bei den Leistungsgruppen mit viel Augenmaß und einem gewissen Maß an Flexibilität zu agieren. Wir müssen verhindern, dass wir die Einhaltung der Regeln über das Erfordernis der sinnvollen Patientenversorgung stellen.

Vorhaltefinanzierung ohne Rücksicht auf Wirtschaftlichkeit?

Es wäre weiterhin klug, auch die Wirkung der von der Regierungskommission vorgeschlagenen Vorhaltefinanzierungspauschalen zu hinterfragen. Diese versprechen vordergründig zwar zunächst eine mengenunabhängige Finanzierung. Was genau passieren wird, können wir nur erahnen. Auf die Frage, wie denn die Vorhaltepauschalen wirken, gibt es vermutlich mehrere Antworten. Zum einen kann man Zweifel anmelden, ob die Krankenhäuser tatsächlich aus dem Hamsterrad entlassen werden. Denn die Krankenhäuser müssen trotz der vorgesehenen Vorhaltepauschale von insgesamt 60 Prozent die verbleibenden 40 Prozent über die Patientenversorgung erwirtschaften. Mengenunabhängig ist das nicht. Möglich kann aber auch eine

andere Wirkung sein: Die Krankenhäuser verlieren mit der Reform lästige Konkurrenten und bekommen einen nennenswerten Anteil der Fallpauschalen unabhängig von der Fallzahl, also auch, wenn sie keinen Patienten behandeln. Dann würde das Risiko von ungewollten Wartezeiten dramatisch ansteigen. Auch frage ich mich, welchen Zweck diese Finanzierungsform hat, wenn man beabsichtigt, die Behandlung ohnehin an wenigen großen Standorten zu konzentrieren. Welchen Zweck hat dann diese Form der Vorhaltefinanzierung? Wäre es stattdessen nicht klüger, die Versorgung notwendiger Standorte, die möglicherweise nicht über ausreichende Patientenzahlen verfügen können, vollständig abzusichern? Vorstellbar ist auch, komplette Bereiche eines einzelnen Krankenhauses über eine Vorhaltefinanzierung abzusichern. Dabei denken wir zum Beispiel an die Notaufnahmen, eine Geburtshilfe oder eine versorgungsnotwendige Stroke Unit.

Ungewiss ist unseres Erachtens auch die Frage, ob das Wirtschaftlichkeitsgebot in unseren Krankenhäusern weiterhin Geltung haben soll. Folgt man den Versprechungen von Minister Lauterbach, fühlt man sich sehr schnell ins vermeintliche Paradies versetzt. Alles wäre demnach möglich, ohne Rücksicht auf Kosten und Wirtschaftlichkeit. Dies wird sicher nur eine paradiesische Vorstellung bleiben. Wir werden erleben, dass die Vielzahl der neuen Strukturvorgaben in erheblichen bürokratischen Auseinandersetzungen geprüft und den Kliniken zur Last gelegt werden wird. Behandlungen werden erwartet und erbracht, aber am Ende nicht bezahlt. Die Folge könnte sein, dass am Ende vor allem kommunale Großkrankenhäuser mit einer finanzstarken Kommune im Hintergrund überleben. Das mag die ideologische Vorstellung des ein oder anderen Politikers beflügeln, wird aber sicher nicht im Sinne der Patienten sein, die von Wettbewerb und Wahlrechten zwischen den Kliniken profitiert haben.

Um es nochmals zu betonen: Wir sind für die Reform, wünschen uns aber mehr Bereitschaft und mehr Zeit für eine ehrliche und konstruktive Debatte.

Die Krankenhausstrukturreform – Ein Paradebeispiel für die Marginalisierung der Selbstverwaltung



Hans Peter Wollseifer

Vorstandsvorsitzender IKK e.V

Hans-Jürgen Müller

Vorstandsvorsitzender IKK e.V

„Die Ausgangslage für eine umfassende Reform ist komplex und hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Reformen großspurig angekündigt wurden, aber kleinteilig geendet sind. Viele Akteure sind hier zu berücksichtigen. Umso irritierender ist es, dass nach wie vor wesentliche Beteiligte, allen voran die Gemeinsame Selbstverwaltung, im Reformprozess außen vor gelassen werden. Wir halten dies für einen grundlegenden Webfehler der Reform.“

Eine überdurchschnittliche Bettendichte, sehr hohe Fallzahlen, fehlende technische und personelle Ausstattung, ineffiziente Strukturen sowie in den letzten Jahren stark gestiegene Kosten im stationären Bereich – eine Reform des Krankenhausesektors ist seit Jahren mehr als überfällig. Manche Experten meinen sogar, dass der Bedarf einer Reform mit der Einführung der Fallpauschalen unter Ulla Schmidt 2003 begonnen habe. Andere wiederum sehen den Investitionsstau, die Corona-Pandemie oder den Fachkräftemangel als Treiber. Unstrittig ist jedoch, dass der Reformbedarf im Krankenhausbereich groß ist. Die Krankenhausstrukturreform gehört mit zu den wesentlichen Reformen der 20. Legislaturperiode.

Die Ausgangslage für eine umfassende Reform ist komplex und hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Reformen großspurig angekündigt wurden, aber kleinteilig geendet sind. Viele Akteure sind hier zu berücksichtigen. Umso irritierender ist es, dass nach wie vor wesentliche Beteiligte, allen voran die Gemeinsame Selbstverwaltung, im Reformprozess außen vor gelassen werden. Wir halten dies für einen grundlegenden Webfehler der Reform.

Aber von vorne: Die Ampelkoalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag auf eine Reform des Krankenhausbereichs verständigt. Die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die Entbürokratisierung des Systems und eine Entökonomisierung sind die wesentlichen Prämissen, die Bundesgesundheitsminister Lauterbach als Ziele genannt hat.

Eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ unter der Leitung von Professor Bschor, Chefarzt einer Berliner Klinik, wurde als „Arbeitskommission“ eingesetzt. Hier sollten und wurden kontinuierlich Stellungnahmen zu kurzen, genau definierten Fragen erarbeitet. Besetzt ist die Kommission mit 15 Expertinnen und Experten aus der Versorgung (Pflege und Medizin), der Ökonomie, der Rechtswissenschaften und einem an das BMG angebundenen Koordinator, darunter Mitglieder dreier Universitätsklinika. Eine Beteiligung

des GKV-Spitzenverbandes oder der DKG erfolgte nicht. Die stark universitäre-medizinische Ausrichtung ließ vermuten, dass die Interessen der Breitenversorgung eher nicht im Mittelpunkt stehen würden.

Wie zur Beschwichtigung der Selbstverwaltung betonte Bundesgesundheitsminister Lauterbach nach der Einsetzung der Expertenkommission, es sei vorgesehen, den Sachverstand der Selbstverwaltung in Form von Anhörungen einzubinden. Er bezeichnete es als „Reißverschluss-Verfahren“, bei dem die Kommission eine Empfehlung abgibt, anschließend die Länder hinzugezogen und die Selbstverwaltungspartner im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses beteiligt würden.

Doch zunächst arbeitete die Kommission die vom Bundesgesundheitsministerium vorgegebenen Aufgabenkataloge ab: Es wurden Empfehlungen für eine Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe und dann zu Tagesbehandlungen im Krankenhaus abgegeben. Die Vorschläge kamen dann kurzfristig über Änderungsanträge zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz in das Parlament. Eine ausreichende Zeit für Prüfung und Stellungnahme blieb der Selbstverwaltung nicht. Die vielen offenen Fragen bei den tagesstationären Behandlungen – von Abgrenzungsproblemen zu anderen Behandlungsformen über Haftungsfragen bis zur Fahrtkostenabrechnung – konnten schon einen ersten Eindruck von der Praxisferne und Universitätsklinikzentrierung der Kommissionsarbeit geben.

Formal wurden Vertreterinnen und Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung im Vorfeld der Empfehlungen zwar zu Detailfragen als Experten eingeladen. Doch war das eher eine Pro-Forma-Beteiligung ohne Inhalte. Die Vorstandin des GKV-Spitzenverbandes Stefanie Stoff-Ahnis war so entsetzt über die Oberflächlichkeit der Fragen, die ihr bei einer Anhörung als „Expertin“ gestellt wurden, dass sie sich hierüber noch bei der Diskussion im Rahmen der Plattform Gesundheit des IKK e.V. im November 2022 echauffierte.

Insofern war die Reaktion von KBV, DKG und GKV-SV konsequent. In einem Brief an Lauterbach kritisierten sie, dass sich Anhörungsverfahren durch „einen Ad-hoc-Charakter, eine verkürzte Fokussierung auf Teilfragen und eine Intransparenz über den Beratungsstand in der Kommission“ auszeichnen würden. Gemeinsam forderten sie, dass angesichts der Komplexität der Themen künftig eine angemessene Diskussion sicherzustellen sei.

Zum Eklat kam es schließlich bei der Vorstellung der Dritten Empfehlung der Regierungskommission. Am 6. Dezember 2022, zu Nikolaus, stellte das Expertengremium die „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vor. Denn hier wurde deutlich, dass bei der Umsetzung der Empfehlungen zur Einführung von Krankenhaus-Leveln, Leistungsgruppen und einer Vorhaltefinanzierung der gemeinsamen Selbstverwaltung wie z. B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss keine Aufgaben zugewiesen wurden.

Bei der Veröffentlichung des Gutachtens postulierte Lauterbach, die Krankenhausversorgung in Deutschland werde künftig nach medizinischen und nicht mehr nach ökonomischen Gesichtspunkten ausgerichtet. Damit sei jetzt Schluss, seine Krankenhausreform werde keine Rücksicht auf Lobbygruppen nehmen. „Es wird keine Rolle spielen, was zum Beispiel einzelne Verbände denken oder was Kassen oder private Träger denken“, stellte Lauterbach klar und warf der Selbstverwaltung somit den Fehdehandschuh hin.

Übrigens, interessant ist natürlich in diesem Zusammenhang, dass die in der Kommission vertretenen Klinikleiterinnen und Klinikleiter offenbar nicht unter dem Verdacht stehen, Eigeninteressen zu haben. Aber offenbar sind „Wissenschaftler“ über jeden Zweifel erhaben. Pikant ist auch, wenn Mitglieder der Regierungskommission für die DKG eine Auswirkungsanalyse zu ihren eigenen Empfehlungen ausarbeiten und sich bzw. das entsprechende Institut dafür bezahlen lassen.

Festgehalten werden kann im Rückblick, dass das vom Bundesgesundheitsminister gewählte Verfahren in der gemeinsamen Selbstverwaltung einen bitteren Nachgeschmack hinterlassen hat. Aber nicht nur hier, auch von Seiten der Länder wurde kritisiert, dass sie an der Arbeit der Kommission nicht beteiligt wurden. Aber in unserem föderalen System sitzen die Länder in der Frage der stationären Versorgung am längeren Hebel und so verwundert nicht, dass in der im Nachgang zur Dritten Empfehlung einberufenen Bund/Länder-Arbeitsgruppe das ursprüngliche Konzept, dessen Eckpunkte von Seiten der GKV eigentlich gelobt wurden, gründlich gerupft wurde.

Der Input, der von den Ländern während dieser Treffen kam, war auffällig von Wahlkampfinteressen geleitet. Etwa von Seiten Bayerns, das sich aufgrund seiner ländlichen Struktur mit vielen kleineren Krankenhäusern explizit gegen eine Konzentration von Krankenhausstandorten sperrte. Im April 2023 legten dann die Gesundheitsminister der Länder Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein ein Rechtsgutachten vor, mit dem die Vorschläge der Regierungskommission für eine Reform der Krankenhausvergütung der Bundesregierung auf ihre Verfassungsmäßigkeit geprüft werden sollten. In dem von den Ländern beauftragten Gutachten wurde – wenig überraschend – festgestellt, dass vor allem die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern sowie das Primat der Krankenhausplanung der Länder missachtet würde.

Das bisherige Reformkonzept der Bundesregierung, insbesondere die Einführung von Leveln, ist damit tot, was die Chance auf eine wirkliche Krankenhausstrukturreform zumindest erschwert.

Mit dem vor der Sommerpause im Juli 2023 abgestimmten Eckpunktepapier zur Krankenhausstrukturreform, auf Basis dessen das Bundesgesundheitsministerium nun einen Gesetzentwurf vorbereitet, ist die Gemeinsame Selbstverwaltung auch weiterhin „raus“. Die Eckpunkte zeigen, dass sich die Länder, allen voran Nordrhein-Westfalen unter Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, zu großen Teilen durchsetzen konnten. Die Länder behalten das Primat der

Krankenhausplanung und haben somit auch die Hoheit bei der Festlegung von Leistungsgruppen bzw. über die Festlegung von Ausnahmen von den hinterlegten Qualitätsstandards. Die Hoheit bei der Krankenhausplanung geht jedoch leider nicht einher mit der Wahrnehmung der Investitionskostenfinanzierung.

Mit dem sich jetzt abzeichnenden Ergebnis der Krankenhausstrukturreform können wir daher nicht zufrieden sein! Wir brauchen eine Krankenhausstrukturreform, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt, also eine qualitätszentrierte und am Versorgungsbedarf ausgerichtete Krankenhausversorgung. Wir müssen weg von Gelegenheitsbehandlungen schwerster und kompliziertester Eingriffe in kleinen und schlecht ausgestatteten Krankenhäusern hin zu einer Konzentration von Leistungen an spezialisierten und gut ausgestatteten Krankenhäusern mit entsprechenden Mindestmengen. Hierbei geht es um eine nachhaltige Krankenhausreform unter Qualitätsgesichtspunkten, nicht um Krankenhausschließungen als Selbstzweck. Entsprechende Positionen, Konzepte und Berechnungen wurden bereits durch den GKV-Spitzenverband und seinen ehrenamtlichen Verwaltungsrat veröffentlicht, haben aber bisher wenig Gehör gefunden. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat in seiner Sitzung am 31. August 2023 einmal mehr auf die Beteiligung der Krankenkassen bei der Umsetzung der Reform gedrungen und formuliert: „Nachgelagert zur Krankenhausreform wird absehbar eine Vielzahl von Entscheidungen über Strukturanforderungen, Vorhaltefinanzierung und Abrechnungsfähigkeit erforderlich. Hierbei ist eine Einbeziehung der Selbstverwaltung unerlässlich, damit eine praxisgerechte Umsetzung sichergestellt ist.“

Noch geben wir die Hoffnung nicht auf, dass in den letzten Zügen der Krankenhausstrukturreform erkannt wird, dass das Gesundheitssystem mehr Selbstverwaltung und nicht weniger Selbstverwaltung benötigt.

Mühsames Ringen um die Krankenhausreform



Ulrike Elsner

vdek-Vorstandsvorsitzende

Antje Kapinsky

*Referatsleiterin Verbandspolitik /
Gesetzgebung*

Zehn Monate sind bereits vergangen, seit Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Regierungskommission vor die Presse trat und der Öffentlichkeit einen sehr ambitionierten Plan für eine Reform der stationären Versorgung präsentierte.

Der weitere Verlauf der Debatte im Zusammenspiel mit der Bund/Länder-Arbeitsgruppe geriet dann jedoch zur Neuauflage vergangener Reformdiskussionen. Die von allen Akteuren der Gesundheitspolitik als dringlich angesehene Krankenhausreform wurde in der Kompromissfindung mit den Ländern in ihrem Wirkpotential soweit eingedampft, dass die Frage im Raum steht, welche strukturverändernde Wirkung sie überhaupt entfalten kann. Solange noch kein ausformulierter Gesetzentwurf auf dem Tisch liegt, ist eine fundierte Einschätzung ohnehin nicht möglich. Dafür lässt das Eckpunktepapier der Bund/Länder-Arbeitsgruppe zu viel Interpretationsspielraum offen. Was am Ende von der Revolution übrig bleibt, die Gesundheitsminister Lauterbach ankündigte, wird man aber ohnehin erst bewerten können, wenn das Gesetz verabschiedet ist.

Im Eckpunktepapier der Bund/Länder-Arbeitsgruppe vom 10.7. 2023 ist die Ausgangsskizze der Regierungskommission jedoch nur schwerlich wiederzuerkennen. Man darf deshalb gespannt sein, was derzeit im Bundesgesundheitsministerium im engen Austausch mit den beteiligten Ländern ausgearbeitet wird. Ende September soll dem Vernehmen nach ein erster, vertraulicher Arbeitsentwurf fertig sein und mit den nicht an der Redaktionsgruppe beteiligten Ländern abgestimmt werden. Einen Referentenentwurf dürfte es also frühestens Ende Oktober geben. Somit ist schon jetzt klar, dass die Verabschiedung des Gesetzes deutlich in 2024 hineinrückt.

Mit einem Mix aus einer stärkeren Qualitätsorientierung und der neuen Vorhaltekostenvergütung soll eine bessere Versorgung erreicht werden. Ob das wirklich gelingt, ist noch unklar. Klar ist aber, dass die Mehrausgaben voraussichtlich die Beitragszahlenden schultern müssen. Die letzte, wirkliche Reform erfolgte vor zwanzig Jahren, als man sich von der bettenbezogenen Finanzierung verabschiedete und die DRG (Diagnosis Related Groups) einführte. Mit den Fallpauschalen wurde damals das Anreizsystem in der stationären Versorgung radikal geändert. Die Erbringung von Leistungen trat ins Zentrum des Interesses, und die Belegung von Betten rückte in den Hinter-

grund. Seinerzeit übrigens maßgeblich mitbeteiligt war der jetzige Gesundheitsminister Lauterbach. Aus heutiger Sicht lässt sich resümieren, dass man mit dieser Reform über das Ziel hinausgeschossen ist. Die Zahl der Betten ging zwar zurück, aber die Fallzahlen sind im internationalen Vergleich mit am höchsten. Seit längerem schon ist sich die Fachwelt deshalb einig, dass in Deutschland zu schnell und zu viel operiert wird und dabei mancherorts nicht die beste Expertise für die jeweiligen Eingriffe vorhanden ist. Eine Entwicklung, die auch durch die fehlenden Investitionen der Länder und daraus resultierenden wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser unterstützt wurde.

Diese Erkenntnisse sind nicht neu, und die Politik hat den Krankenhaussektor längst auf der politischen Agenda, aber bisherige Lösungsversuche sind ohne sichtbare Wirkung geblieben. Allerdings hat sich in der Fachwelt zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass ein reiner Fallbezug nicht mehr sinnvoll ist. Die Politik tut deshalb richtig daran, das ändern zu wollen. Der Anpassungsbedarf ist durch wachsende Personalengpässe der vergangenen Jahre weiter gestiegen. Vor diesem Hintergrund waren die Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform im vergangenen Dezember ein guter Aufschlag. Der sich anschließende Verhandlungsprozess in der Bund/Länder-Arbeitsgruppe legte jedoch wie ein Kaleidoskop die ganze Misere der deutschen Krankenhauspolitik offen.

Zwischen Kostenträgern, Bund und Ländern geteilte Verantwortlichkeiten für die Planung und Finanzierung sowie eine öffentlich geführte Debatte um ein drohendes Krankenhaussterben ließen die hochfliegenden Pläne schnell erlahmen. Wichtige Strukturinstrumente wie die Ordnung der Landschaft in Versorgungsstufen (Level) wurden schon recht früh wieder einkassiert. Es blieb ein zähes Ringen um die Konzipierung von Leistungsgruppen und die Ausgestaltung der Vorhaltekostenfinanzierung sowie um die Finanzierung der Transformation. Dass die Krankenkassen als Kostenträger über den ganzen Verhandlungsprozess hinweg Zaungäste bleiben, konnte und sollte für die Beitragszahlenden nichts Gutes bedeuten.

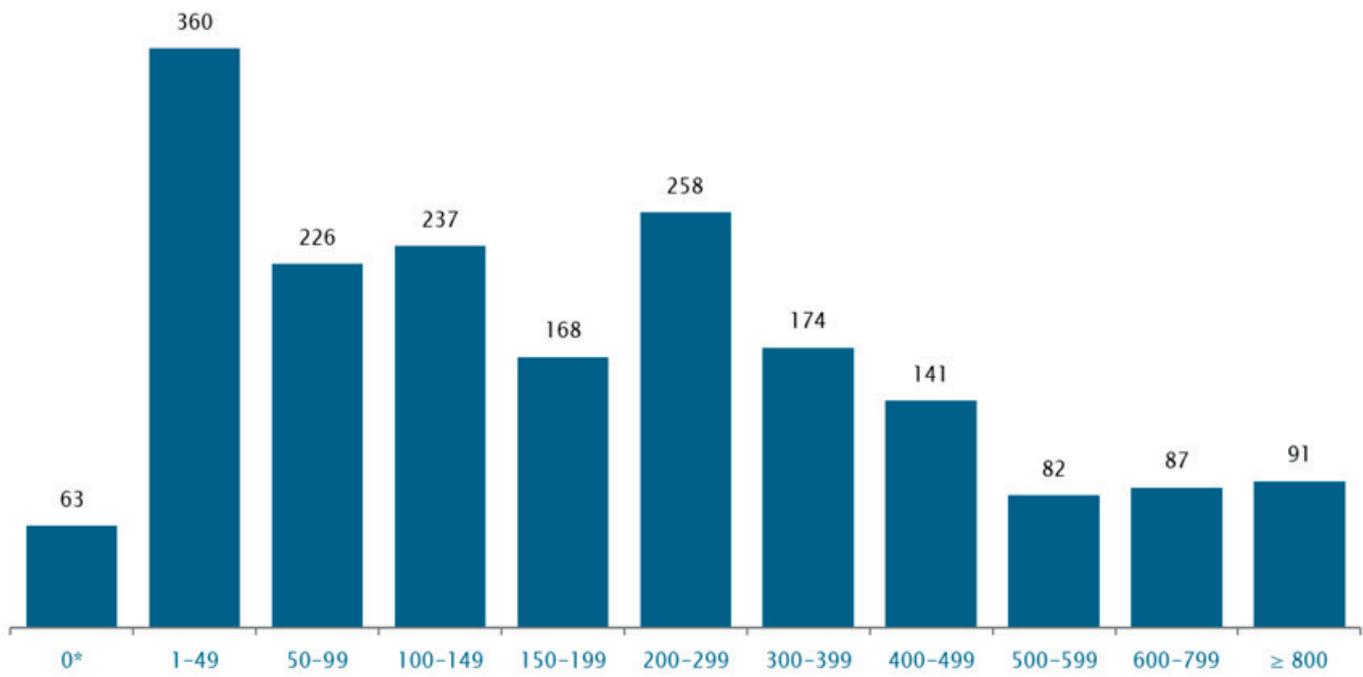
Eine Einigung zwischen Bund und Ländern kam nur mithilfe von Ausnahmeregelungen zustande, wie die Möglichkeit für das Krankenhaus, Leistungsgruppen auch dann zugewiesen zu bekommen, wenn es dazu Kooperationen und Verbünde mit anderen Krankenhäusern eingeht. Immerhin konnte man seitens des Bundes durchsetzen, dass Qualitätskriterien für Leistungsgruppen bundeseinheitlich definiert werden. Das ist für die bundesweit aufgestellten Ersatzkassen eine wichtige Nachricht. Auch dass als Einstieg in die Welt der Leistungsgruppen grundsätzlich der in Nordrhein-Westfalen verfolgte Ansatz gewählt wurde, ist zunächst positiv. Jedoch bedarf es dann einer zeitnahen Weiterentwicklung zur größeren Differenzierung ohne langwierige Abstimmungsprozesse.

Levelverteilung und Betroffenheit

Level	Standortanteil	Umsatzanteil
Level Ii	50 %	24 %
Level In	28 %	19 %
Level II	13 %	18 %
Level III	6 %	16 %
Level IIIu	4 %	16 %

Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

Anzahl Krankenhäuser je Bettengrößenklasse
2021, Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung nach: StBA.

*Reine Tages- oder Nachtkliniken mit ausschließlich teilstationärer Versorgung

Erfreulich ist, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei der laienverständlichen Darstellung des Leistungsangebots und der Qualität der stationären Versorgung schon jetzt tätig geworden ist und diesen Teil des Bund/Länder-Eckpunktepapers in Form einer Formulierungshilfe für ein Krankenhaustransparenzgesetz in das Verfahren eingebracht hat. Es demonstriert damit Handlungsfähigkeit im eigenen, nicht zustimmungspflichtigen Kompetenzbereich. Diese Pläne sind unterstützungswürdig, auch wenn hier durch die Aufgabenerteilung an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erneut das ordnungspolitische Terrain der gemeinsamen Selbstverwaltung verletzt wird. Wenn die Versicherten zukünftig auf einem Onlineportal ein Transparenzverzeichnis mit umfassenden Informationen über die Behandlungsqualität eines Krankenhauses erhalten, verbessert das den Status quo. Eine fortlaufende, verständliche und interaktive Information darüber, an

welchem Krankenhausstandort in Deutschland welches Leistungsangebot (Leistungsgruppen) mit welcher Häufigkeit und welcher fachärztlichen und pflegerischen Ausstattung erbracht wird, kann helfen, das richtige Krankenhaus zu finden. Darüber hinaus soll der sogenannte Krankenhausatlas patientenrelevante Qualitätsergebnisse wie Komplikationsraten, Mortalitätsraten etc. enthalten. Noch besser wäre es, wenn das Transparenzverzeichnis mehr verfügbare Daten enthielte, beispielsweise, ob wirklich alle Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen erfüllt wurden oder ob die Länder von den angedachten Ausnahmeregelungen bei den Qualitätskriterien Gebrauch gemacht haben. Problematisch ist zudem, dass die Meldungen der Krankenhäuser nicht überprüft werden und diese sich daher nur schwerlich plausibilisieren lassen.

Auch insgesamt enthält das Finanzierungskonstrukt der Krankenhausreform ungedeckte Schecks, ohne dass es Finanzierungszusagen aus der Regierungskoalition gäbe. So spricht vieles dafür, dass die finanzielle Hauptlast in Form von neuen Zuschlägen (Koordinierungszuschläge für bestimmte Krankenhäuser und zusätzliche Sicherstellungszuschläge für sechs Versorgungsbereiche) und Vorhaltekosten für nicht erbrachte Leistungen voraussichtlich von den Krankenkassen zu tragen sein wird. Der Übernahme von Kosten für den Transformationsprozess durch den Staat hat der Gesundheitsminister bereits eine Absage erteilt. Auch eine konkrete Verpflichtung der Länder auf Tragung ihres Investitionskostenanteils sucht man vergeblich im Eckpunktepapier.

Mit den neuen sektorenübergreifenden Versorgern bzw. Level 1i-Krankenhäusern könnte zwar keine Revolution, aber doch eine tragfähige Lösung für die so wichtige Bereitstellung einer wohnortnahen Grundversorgung gelingen. Hier scheint sich ein guter Weg zu einer integrierten Versorgung zu eröffnen, mit dem vorhandene Strukturen sinnvoll umgebaut, Versorgungsprobleme mit niederschweligen Angeboten adressiert und auch eine bessere Kooperation zwischen den medizinischen und weiteren Gesundheitsberufen gelingen kann. Wichtig wäre es, Level 1i-Krankenhäuser konsequent dort entstehen zu lassen, wo Versorgungsprobleme bestehen oder sich abzeichnen.

Was von der angekündigten Revolution bleibt, sind die Leistungsgruppen und die Vorhaltefinanzierung. Ob die Reform den Strukturveränderungsprozess wenigstens in Gang setzen kann, wird erst am Ende des parlamentarischen Verfahrens und der nachgelagerten Umsetzung valide zu beurteilen sein. In den vergangenen Monaten ist jedoch deutlich geworden, dass beide Seiten, Bund und Länder, ein übergeordnetes Interesse an der Einführung von Vorhaltekosten haben und die Reform deshalb vermutlich nicht scheitern wird.



„Wohnortnahe Patientenversorgung bedarf intersektoraler Versorgungskonzepte“



Dr. Jürgen Malzahn

Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation im AOK-Bundesverband

Monatelang haben Bund und Länder um die Details der Krankenhausreform gerungen. Anfang Juli gelang dann endlich eine Verständigung auf gemeinsame Eckpunkte. Nun wird mit Spannung der Referentenentwurf zum Reformgesetz erwartet.

Nicht zuletzt angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels und wegen der offensichtlichen Qualitätsprobleme in der deutschen Krankenhauslandschaft ist diese Reform dringend notwendig. Dies wurde auch in der fünften Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung deutlich. Wichtig ist insbesondere das erklärte Ziel des Bundesgesundheitsministers, mit der Reform die Qualität der Versorgung im Krankenhaus entscheidend zu verbessern. Aktuell können sich die Menschen in Deutschland nicht überall und jederzeit darauf verlassen, dass sie bei planbaren Eingriffen oder im Notfall die bestmögliche Versorgung erhalten. Neben Spitzenmedizin in zertifizierten Zentren gibt es auch inakzeptable Gelegenheitsversorgung und Kliniken, die Eingriffe ohne das nötige Know-how und die richtige technische Ausstattung vornehmen.

Nach wie vor werden beispielsweise zu viele Patientinnen und Patienten außerhalb onkologischer Zentren behandelt, obwohl die Studie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) einen Überlebensvorteil bei Behandlung in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentrum belegt hat. Laut einer Analyse der WiZen-Autoren könnten in Deutschland jedes Jahr etwa 4.700 Sterbefälle von Krebspatientinnen und -patienten innerhalb der ersten fünf Jahre nach Diagnosestellung vermieden werden, wenn ihre Versorgung auf DKG-zertifizierte Zentren konzentriert würde. Auch durch die Konzentration der Schlaganfall-Versorgung auf sogenannte Stroke Units mit adäquater Ausstattung ergäbe sich ein ähnlich großes Potenzial für die Vermeidung von Sterbefällen. Und der Qualitätsmonitor des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) hat zuletzt gezeigt, dass nach wie vor viele Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt nicht optimal versorgt werden, weil sie in Kliniken ohne Herzkatheterlabor eingeliefert werden. Von den rund 203.000 Herzinfarkt-Fällen im Jahr 2020 in Deutschland wurden sieben Prozent in Kliniken behandelt, die über kein Katheterlabor verfügten. Diese Beispiele sind sehr drastische Belege dafür, dass eine

qualitätsorientierte Reform der Krankenhausstrukturen erforderlich ist.

Die Krankenhausreform muss daher einen wirksamen Beitrag zur Modernisierung der Krankenhausstrukturen leisten. Die bundeseinheitlich und verbindlich für die Krankenhausplanung vorgegebenen Leistungsgruppen, die als Basis für die Auszahlung der Vorhaltepauschalen dienen sollen, sind aus Sicht der AOK der richtige Weg, um dieses Ziel zu erreichen. Diese Verknüpfung von Planung und Finanzierung bietet die Chance, dass die qualitätsorientierte Konzentration der Krankenhaus-Leistungen gelingt. Bei der verbindlichen Definition und Vorgabe der Leistungsgruppen darf es allerdings keine faulen Kompromisse geben, die am Ende doch wieder Gelegenheitsversorgung auf Kosten der Sicherheit von Patientinnen und Patienten möglich machen. Gerade komplizierte und anspruchsvolle Eingriffe wie Krebsoperationen, aber auch Notfallbehandlungen sollten nur noch an spezialisierten Standorten durchgeführt werden dürfen, die das nötige Know-how, die richtige technische Ausstattung und das entsprechend qualifizierte Personal vorweisen können. Die fünfte Stellungnahme der Regierungskommission hat eindrucksvoll gezeigt, dass dieser dringend notwendige Wandel ohne Gefährdung der wohnortnahen Versorgung möglich ist. Die Fahrzeit für die Patientinnen und Patienten verlängert sich auch in ländlichen Regionen nur unwesentlich, wenn die notwendigen Qualitätsvorgaben konsequent umgesetzt werden.

Klar ist auch: Für den Umbau der Krankenhausstrukturen braucht es Investitionen von Bund und Ländern, die eine Modernisierung ermöglichen. Die Krankenhausreform kann nur mit Hilfe umfangreicher Investitionen der öffentlichen Hand gelingen.

Die deutschen Kliniken brauchen eine verlässliche finanzielle Perspektive, denn einen „kalten Strukturwandel“ will niemand. Hierzu kann bei richtiger Umsetzung die Einführung der Vorhaltefinanzierung beitragen. Wichtig ist, dass die Finanzierung der Krankenhäuser auf die notwen-

dige Modernisierung einzahlt und dass die Mengenanreize durch fallunabhängige Vergütungskomponenten abgesenkt werden.

Die Vorhaltepauschalen dürfen sich daher nicht an den jeweiligen Fallzahlen orientieren, sondern müssen sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausrichten. In den aktuell laufenden Beratungen besteht die Gefahr, dass die Beteiligten die Fallpauschalen-Fixierung nicht überwinden und damit der Anreiz zur Mengenausweitung erhalten bleibt. Dabei ist aus unserer Sicht ganz klar: Nur mit einem klaren Bevölkerungsbezug und Pauschalen, die vorab und unabhängig von der Rechnung des einzelnen Falls ausgezahlt werden, lassen sich die Planungssicherheit der Kliniken und die Bedarfsorientierung der Finanzierung strukturell verbessern. Für eine wirkliche Modernisierung der Krankenhausstrukturen müssen sich die erlösunabhängigen Vorhaltepauschalen der Krankenhäuser aus den Versorgungsaufträgen ergeben, welche wiederum definieren müssen, für welchen Bevölkerungsanteil das jeweilige Krankenhaus die notwendige Ausstattung für bestimmte Leistungsgruppen vorhält. Langfristig braucht es ein wissenschaftlich entwickeltes Bedarfsbemessungsinstrument, das sowohl für die Planung als auch für die Fortschreibung der Vorhaltefinanzierung eine sachgerechte Grundlage darstellt. Sonst droht statt einer bedarfsorientierten Zuweisung der Vorhaltemittel ein politischer Basar über die Höhe und Verteilung der Vorhaltepauschalen. Das muss dringend vermieden werden.

Die monatliche Auszahlung der Vorhaltepauschalen könnte anstatt über die einzelnen Krankenhausrechnungen, wie von der Regierungskommission vorgeschlagen, über einen Fonds laufen. Dieser kann an verschiedenen Stellen angesiedelt sein. Erprobt sind beispielsweise bereits Auszahlungen über den GKV-Spitzenverband, die Krankenhaus-Planungsbehörde oder eine von ihr benannte Krankenkasse. Ein solches Vorgehen würde allen Beteiligten höhere finanzielle Sicherheit bieten und die Resilienz der Krankenhausfinanzierung erhöhen. Bei Auszahlung von Vorhaltekosten über die Budgetebene würde das Kran-

kenhaus dagegen seine Vorhaltekosten – wie bislang – unterjährig in Abhängigkeit von der Fallzahl erhalten. Bei Auslastungsschwankungen würde es dann also weniger Vorhaltefinanzierung geben, obwohl die Vorhaltungskosten gleich groß sind. Unterjährige Ausgleichs wären wiederum mit einer enormen Bürokratiesteigerung auf allen Seiten verbunden und sind schon aus diesem Grund abzulehnen.

Mit pauschalen Vorhaltekostenzahlungen würden dagegen übliche saisonale Schwankungen in den Fallzahlen genauso ausgeglichen wie außerordentliche Veränderungen der Inanspruchnahme. Das System würde dadurch krisenfester und resilienter.

Alle Beteiligten sollten auf den letzten Metern das große Ziel der Reform nicht aus dem Auge verlieren – und das ist die Verbesserung der Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten. Hier muss sich angesichts der immer noch weit verbreiteten Gelegenheitsversorgung etwas ändern. Daher ist es wichtig, dass Qualitäts-, Planungs- und Finanzierungsfragen gemeinsam angepackt und gelöst werden. Ein „Weiter so“ oder starke Verzögerungen würden vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens insgesamt gefährden.

Auch die Schaffung von mehr Transparenz über die Qualität der Krankenhausversorgung für die Patientinnen und Patienten ist ein sinnvoller Baustein der Krankenhausreform. Daher begrüßen wir die Initiative des Bundesgesundheitsministers, das Informationsangebot für die Patienten und ihre Angehörigen mit dem „Krankenhaus-transparenzgesetz“ zu erweitern. Das geplante Transparenzverzeichnis des Bundesgesundheitsministeriums kann die Qualitätstransparenz in der stationären Versorgung entscheidend weiterentwickeln. Es eignet sich aus unserer Sicht auch als Basis für ein Qualitäts-Monitoring der Effekte der Krankenhausreform.

Ergänzend sollte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen damit beauftragt werden, qualitativ hochwertige Zertifikate von Klinikstandorten im Transparenzverzeichnis auszuweisen. Eine wertvolle Orientierungshilfe für Patientinnen und Patienten sind zum Beispiel die Zertifizierungen „OncoZert“ der Deutschen Krebsgesellschaft oder „EndoCert“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Zudem sollte ein Ideenwettbewerb für weitere Qualitätsinformationen im Portal etabliert werden, an dem sich alle Akteure im Gesundheitswesen beteiligen können. Die AOK bietet mit dem Gesundheitsnavigator bereits seit langer Zeit ein Portal an, das unter anderem über Fallzahlen der einzelnen Krankenhäuser, Zentrums-Zertifizierungen, die Einhaltung von OP-Mindestmengen und Qualitätsergebnisse auf Basis von Routinedaten-Auswertungen informiert. Wir sind bereit, unsere Erfahrungen bei der Auswertung und Aufbereitung der Daten in den Aufbau des neuen Transparenzverzeichnisses einzubringen. Neben der erforderlichen Qualitätsoffensive muss mit Blick auf den Fachkräftemangel auch das Potenzial zur stärkeren „Ambulantisierung“ mitgedacht werden. Dazu hat der Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) im April 2023 aufgezeigt, dass die geplante Verlagerung von Krankenhausbehandlungen in den ambulanten Bereich und die Konzentration von Klinikleistungen auf weniger Standorte auch zur Lösung der Personalprobleme in den deutschen Krankenhäusern beitragen können.

Laut Krankenhaus-Report gibt es insbesondere bei den sogenannten „Kurzliegern“, die weniger als vier Tage stationär behandelt werden, ein großes Potenzial für vermeidbare Krankenhaustage und damit auch für eine Entlastung des Personals in den Kliniken. Allein die 30 häufigsten operativen Eingriffe mit einem geringen medizinischen Schweregrad machen etwa vier Prozent aller Pflegetage im Krankenhaus aus. Wenn man das gesamte Potenzial „ambulantisierbarer“ Operationen und Behandlungen betrachtet, könnten noch wesentlich mehr Krankenhaustage vermieden werden. Auch die geplante Re-

form der Notfallversorgung eröffnet Chancen für eine personelle Entlastung. So werden in Deutschland etwa 50 Prozent der Notfälle stationär aufgenommen, während es in den Niederlanden nur 32 und in Frankreich 22 Prozent sind.



Das Online-Portal „Qualitätsmonitor“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) stellt Qualitätskennzahlen deutscher Kliniken zur Verfügung. Es macht Struktur- und Qualitätsunterschiede in der stationären Versorgung transparent und soll Versorgungsdefizite sichtbar machen. Den Verantwortlichen in Bund und Ländern liefert der Qualitätsmonitor objektive Daten für die Krankenhausplanung und für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der stationären Versorgung.

Insgesamt muss die Krankenhausreform eine ganze Reihe von Herausforderungen aufgreifen. Die dringend notwendige Entlastung des Personals in den Kliniken, eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte und die Verbesserung der Versorgungsqualität dürfen nicht auf die lange Bank geschoben werden. Dabei müssen die strukturellen Defizite in der ambulanten Versorgung durch eine anschlussfähige Umsetzung von Level 1i-Kliniken und Gesundheitszentren aufgegriffen werden. Denn der nötige Effizienzgewinn in der ambulanten und der stationären Versorgung kann nur erfolgen, wenn die Effekte auf beide Versorgungsbereiche beachtet werden.

Bestehende ambulante Strukturen stärken und gleichzeitig regionale Freiräume ermöglichen



Martin Degenhardt
Geschäftsführer
Freie Allianz der Länder-KVen

Der geläufige Informatiker-Spruch „Never Change A Running System“ wird mittlerweile nicht nur in der IT-Welt hinterfragt. Auch im Gesundheitssystem stellt sich zusehends die Frage, ob aktuelle Abläufe nicht modifiziert werden müssen – obwohl sie zwar „laufen“, aber eben nicht mehr in die richtige Richtung.

Teilweise mag dies auch richtig sein, betrachtet man beispielsweise die Einführung von Vorhaltekosten im Rahmen der Krankenhausreform. Andererseits scheint es sich die Ampel-Koalition zur Aufgabe gemacht zu haben, das ambulante System umgraben zu wollen, ohne vorab zu analysieren, was bisher funktioniert hat und was eben nicht. Die Eckpunkte der Krankenhausreform verdeutlichen den starken Fokus der Politik auf den stationären Bereich, während die Ausführungen zur stärkeren Integration zwischen stationärem und ambulanten Sektor eher stiefmütterlich bedacht wirken.

Exemplarisch hierfür stehen die von Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach angekündigten Gesundheitskioske. Die Anzahl – tausend Stück – wie auch die zugehörige Erklärung, Ziel sei es, pro 80.000 Einwohner einen Kiosk zu errichten, wirkten schon in der Pressekonferenz zu den Kiosk-Eckpunkten Ende August 2022 eher über den Daimen gepeilt als das Ergebnis einer wissenschaftlich ausgereiften Bedarfsanalyse. Das war auch Finanzminister Christian Lindner sauer aufstoßen, weshalb der Gesetzesentwurf zum VG I, in dem auch die Gesundheitskioske geregelt werden, erstmal der Öffentlichkeit vorenthalten blieb. Im Juni wurde dann ein nicht ressortabgestimmter Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) öffentlich.

Aus ambulanter Sicht machen Gesundheitskioske durchaus Sinn, sofern sie so ausgestaltet sind wie der Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt. Das Hamburger Gesundheitsprojekt ist das Vorbild für die von Lauterbach geplanten Kioske – oben erwähnte Pressekonferenz fand während seines Besuchs bei dem Modellprojekt statt. Billstedt und Horn sind sozialbenachteiligte Stadtteile, hier leben überdurchschnittlich viele arme und kranke Menschen bei gleichzeitig geringer Arztdichte. Im Gesundheitskiosk bespricht Fachpersonal mit den Besuchern ärztliche Diagnosen, Medikationspläne und hält weiterführende Information bereit, teilweise auch in der jeweiligen Muttersprache. Eine Win-Win-Situation: Dem Patienten wird

niedrigschwellig geholfen, die Ärzte werden entlastet, weil Patienten bei Fragen oder Unklarheiten nicht gleich wieder in den Praxen aufschlagen. Lauterbach plant jedoch, diese allgemeinen Beratungs- und Unterstützungsleistungen um medizinische Routineaufgaben, z.B. subkutane Injektionen (veranlasst von Ärztinnen und Ärzten), zu erweitern. Perspektivisch sieht er die Kioske als ergänzende Beiträge zur Sicherstellung der Primärversorgung. Er schafft damit keine flächendeckende, ergänzende (beratende) Struktur, wie es das Projekt in Hamburg eigentlich vorlebt, sondern einen neuen Akteur im ambulanten System, und damit eine Parallelstruktur.

Diese teils wirr wirkenden Überlegungen kommen fast zeitgleich zu den Überlegungen der Level-1i-Krankenhäuser. Statt die Idee einer nachhaltigen Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung inklusive sektorenübergreifender Vergütung (Stichwort Hybrid-DRGs) zu verfolgen, schafft der Minister mit jedem Gesetzentwurf neue Strukturen und Player in den Sektoren.

Die sogenannten Primärversorgungszentren wurden ebenfalls vorab in den Eckpunkten zum VG I erwähnt. Hier blieb das BMG jedoch weitestgehend vage. Die ebenfalls ange teaserten Gesundheitsregionen muteten in ihrer Beschreibung als „Maßnahmenpaket für die Stärkung der Gesundheitsregionen“ gar tautologisch-nichtssagend an. Mit dem Entwurf wurde man zumindest teilweise konkreter. In den Primärversorgungszentren soll neben der regulären hausärztlichen Versorgung ein „besonderes hausärztliches Versorgungsangebot“ stattfinden, das „durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist“ und „insbesondere den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht wird“. Offensichtlich hat man sich an den Modell-Gesundheitszentren der Robert-Bosch-Stiftung orientiert. Zudem soll, sofern möglich, Kooperation mit einem umliegenden Gesundheitskiosk stattfinden. Würden Primärversorgungszentren die Idee von Teampraxen widerspiegeln, wäre der Vorstoß

durchaus begrüßenswert. Jedoch brauchen neue Modelle „neues“ Geld. Dies scheint im vorliegenden Referentenentwurf nicht vorgesehen. Wäre die Politik mutiger, würde sie Primärversorgungszentren als Erweiterung und nicht als Ersatz bewährter Strukturen definieren. Dann könnte der Teamgedanke von Arztpraxen im Mittelpunkt stehen. Aber das würde voraussetzen, dass Teamleistung auch bezahlt wird. Sprich: Die Arbeit im Team muss endlich in der Honorierung abgebildet und eben nicht outgesourct werden.

Die Gesundheitsregionen bleiben weiterhin unscharf definiert. Zu vermuten ist jedoch, dass die geplanten Gesundheitsregionenverträge mit Kassen und Kommunen die Regelversorgung, organisiert über den Kollektivvertrag, konterkarieren und schwächen werden. Regionale Initiativen sollten ergänzend zur vertragsärztlichen Versorgung und nicht alternativ erfolgen. Es stellt sich zudem die Frage, welche Rolle die KVen bei den Verträgen spielen. Organisieren sich die Kommunen und die Kassen selbst? Was passiert mit der Abrechnung der dort stattfindenden medizinischen Versorgung?

Neben den Unklarheiten und daraus resultierender offener Fragen legen all die genannten Punkte eine gegenwärtige politische Tendenz offen: Anstatt bestehende und funktionierende ambulante Strukturen zu stärken oder zu verbessern, werden komplett neue Parallelstrukturen aufgebaut. Am Ende wirkt das wie eine sich selbsterfüllende Prophezeiung: Man redet und vor allem spart man das jetzige System der ärztlichen Versorgung schlecht, um das als künftige Rechtfertigung zu nehmen, völlig neue Strukturen zu implementieren. Ganz nebenbei bemerkt, sind in der Reform der Notfallversorgung ähnliche Bestrebungen zu beobachten, betrachtet man die politische Idee von 24/7-Bereitschaftspraxen an bestimmten Krankenhäusern.

Die Politik scheut sich, und das verdeutlicht der Entwurf zur Krankenhausreform sowie der Entwurf zum GVSG, den Finger in die Wunde zu legen. Sie greift lieber gleich wo-

anders hin, wo es bislang noch nicht weh tut, anstatt beispielsweise für ärztlichen Nachwuchs zu sorgen und mehr Medizinstudienplätze zu schaffen, die Förderung der Weiterbildung für bestimmte Facharztgruppen (nach § 75a SBGV) ähnlich wie bei den Hausärzten zu entdeckeln, oder die Budgetierung ärztlicher Leistungen endlich aufzuheben. Letzter Punkt wurde zumindest für den hausärztlichen Bereich im Koalitionsvertrag festgeschrieben: „Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf“, heißt es dort. Gekommen ist dazu aus Berlin bisher nichts. Zudem müsste das BMG hier die Ärztevertreter mit ins Boot holen, denn es bedarf einer passgenauen und praktisch umsetzbaren Entbudgetierungssystematik. Will heißen: Auf die Details der konkreten Umsetzung kommt es an, wenn eine „echte“ Entbudgetierung die hausärztliche Versorgung stärken soll. Aber anstatt solche kleinen, aber wirkungsvollen Weichen zu stellen, versucht man das Rad der ambulanten Versorgung mit Parallelangeboten neu zu erfinden.

Die Ressource Arzt wird zunehmend knapper, keine Frage. Gerade im ländlichen Raum, aber nicht nur dort wird in den Praxen die Arbeit im Team zunehmend wichtiger. Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (Nä-PAs) oder Medizinische Fachangestellte (MFAs) können teilweise die Patientenversorgung auf Veranlassung des Arztes übernehmen. Wohingegen mit Gesundheitskiosken, aber auch mit neuen Akteuren wie der Gemeindegeschwester („Community Health Nurse“), weitere Schnittstellen entstehen, in denen Informationsflüsse über die Behandlung letztlich verloren gehen, eben weil sie nicht mehr in der Arztpraxis gebündelt werden.

Während bewährte Strukturen erhalten bleiben müssen, muss die Politik gleichzeitig daran arbeiten, mehr Spielräume in der ambulanten Versorgung vor Ort zu ermöglichen. Die Patienten wollen gut, das heißt vor allem wohnortnah versorgt werden. Hier wäre mehr regionale Experimentierfreude wichtig. Die Länder-KVen können mit ihren regionalen Krankenkassen oftmals vieles schneller regeln. Den Länderkassen ist viel an einer guten Versor-

gung ihrer Versicherten gelegen, wohingegen der GKV-Spitzenverband oftmals vieles ausbremst. Wir brauchen daher mehr regionale Spielräume.

Sicherlich gibt es in der ambulanten Versorgung Optimierungsbedarf. Wir sehen uns mit einer Ruhestandswelle unserer Ärztinnen und Ärzte konfrontiert bei gleichzeitig fehlendem Nachwuchs, hierauf braucht es dringend Antworten. Aber wenn anstatt der Verbesserung eines sich bewährten System als erste politische Handlungsoption dessen Ersatz betrieben wird, dann scheint das doch eher Problemverlagerung als -lösung zu sein. Es gilt daher, bestehende ambulante Strukturen zu stärken, und dabei gleichzeitig mehr regionale Freiräume in der Selbstverwaltung zu ermöglichen.

Reformen der ambulanten Versorgung – Stiefkind der Gesundheitspolitik?



Gernot Nahrung

Geschäftsführer, Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.

Die Haushaltsdebatten im Deutschen Bundestag sind nicht nur eine Bühne für den offenen Schlagabtausch zwischen Regierungs- und Oppositionsfraktionen, sondern offenbaren auch die Themenschwerpunkte, die sich der Minister und die Fraktionen gesetzt haben.

Und so dürfte es kaum jemanden überrascht haben, dass bei der Rede des Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach die Themenschwerpunkte klar auf der Krankenhausreform und deren „Entökonomisierung“, der Digitalisierung, den Lieferengpässen bei Medikamenten sowie der Reform der Notfallversorgung und der Forschung lagen – alles Punkte, denen sich der Bundesgesundheitsminister seit dem offiziellen Ende der Coronapandemie gewidmet hat.

Kein Wort vom Bundesgesundheitsminister zur Situation in der ambulanten Versorgung, zu den Klagen der Berufsverbände, der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern über steigende Kosten in den Praxen, stagnierenden Einnahmen, dem Fachkräftemangel und der fehler- und mangelhaften Telematikinfrastruktur.

Viele Vertreterinnen und Vertreter aus der ambulanten Gesundheitsversorgung beklagen diese Vernachlässigung seit einiger Zeit. Zwar sollen mit der Krankenhausreform stationäre Überkapazitäten abgebaut und Leistungen ambulantisiert werden, aber bislang spielen die ambulanten Leistungserbringer in der Diskussion einer Neuordnung des Gesundheitssystems beim Bundesgesundheitsminister, wenn überhaupt, eine untergeordnete Rolle. Manch ein Ärztevertreter mutmaßt bereits, dass man im politischen Berlin eher daran arbeite, die ambulante Medizin umzugestalten und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen.

Umbruch in der ambulanten Versorgung

Diese Vermutung kann man nicht ganz vom Tisch wischen. Unbestritten sollte jedoch mittlerweile sein, dass die ambulante Versorgung in Deutschland einen Strukturwandel durchläuft. Maßgeblich wird dieser eben durch die Ambulantisierung, Digitalisierung, den demografischen Wandel und das sich wandelnde Berufsbild „Arzt/Ärztin“ vorangetrieben.

Die damit einhergehenden Entwicklungen erfordern neue Antworten und angepasste Strukturen in der ambulanten Versorgung. Gerade der demografische Wandel trifft das Gesundheitssystem in doppelter Hinsicht: Zum einen wird die Bevölkerung immer älter und bedarf damit vielfältiger gesundheitlicher Leistungen, die natürlich zwangsweise zu höheren Kosten führen. Zum anderen werden auch die Ärztinnen und Ärzte immer älter. Bereits heute sind knapp ein Drittel aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der haus- und fachärztlichen Versorgung über 60 Jahre. Damit steigt auch die Zahl der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte, die eine Nachfolge für ihre Praxis suchen (zu oft ohne Erfolg), kontinuierlich an.

Diese Entwicklung vollzieht sich vor einem gewandelten Berufsbild, das auch das Berufsbild von Medizinerinnen und Medizinern betrifft. Das tradierte Modell der selbstständigen Niederlassung hat in den letzten Jahren massiv an Attraktivität bei der jungen Generation eingebüßt. Hier besteht der Wunsch, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zu haben, nach Austausch und Kooperation, weniger Bürokratie und Investitionsrisiko sowie der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Auch viele Behandlungen und Operationen werden in Deutschland noch stationär in Krankenhäusern erbracht, obwohl dies nicht nötig wäre. Der medizinisch-technische Fortschritt erlaubt es heute, dass zahlreiche Operationen und Behandlungen auch ambulant erbracht werden können – meist auch zu geringeren Kosten für das Gesundheitssystem. Deutschland liegt hier im Vergleich zu vielen anderen Ländern noch deutlich zurück.



Um auch komplexere Eingriffe zu ambulantisieren und hohe Qualitätsstandards sicherzustellen, sind entsprechende professionelle Strukturen, hochqualifiziertes ärztliches und medizinisches Personal sowie moderne Medizintechnik und Ausstattung in den Praxen und ambulanten OP-Zentren nötig. Der Aufbau dieser Struktur setzt zunächst umfangreiche Investitionen voraus. Die politisch relevante Frage ist, in welche Hände die Verantwortung für den Aufbau und die Finanzierung dieser angepassten Strukturen gegeben wird. Bislang wirkt es so, als würde der Bundesgesundheitsminister diese Aufgabe bei den Krankenhäusern bzw. dem Staat in Form der Kommunen sehen. Die Reformvorhaben, die auch ambulante Strukturen betreffen, gehen unbestritten in diese Richtung.



Vorhaben zur ambulanten Versorgung

Die Dringlichkeit eines Strukturwandels in der ambulanten Versorgung findet man in der Schwerpunktsetzung des Gesundheitsministers hingegen kaum. Unter der Überschrift „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ findet sich im Koalitionsvertrag zwar das Vorhaben der „zügigen Umsetzung einer sektorengleichen Vergütung für geeignete Leistung durch sogenannte Hybrid-DRG“, um die „Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern“. Die Ersatzvornahme des BMG zur Festlegung der Hybrid-DRG nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband lässt jedoch weiter auf sich warten.

Weitere Vorhaben der Ampelkoalition sind die Einführung von Gesundheitsregionen und „niedrigschwellige Beratungsangeboten für Behandlung und Prävention“ in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen – die

sogenannten Gesundheitskioske. Auch die kommunale Gründung von Medizinischen Versorgungszentren soll erleichtert werden. Alles Vorhaben, die sich im (bislang innerhalb der Koalition noch unabgestimmten) Entwurf eines „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)“ wiederfinden.

Auch der „Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren“ wurde bereits angegangen. Diese finden sich sowohl in der Krankenhausreform (Stichwort sektorenübergreifende Versorger, ehemals als Level 1i- und 1n-Krankenhäuser in der Diskussion), als auch in Form der Primärversorgungszentren im GVSG wieder.

Gemeinsam mit den KVen hat sich die Ampel vorgenommen, „die Versorgung in unterversorgten Regionen“ sicherzustellen. Die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich soll laut Koalitionsvertrag aufgehoben werden. Allerdings sorgte der Bundesminister jüngst per X (ehemals Twitter) für Unmut, als er dieses Vorhaben für lediglich nur noch „denkbar“ hielt.

Insgesamt wolle man „die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickeln“, so die Ampelkoalitionäre zu Beginn der Legislatur. Und die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse sollen durch die Landesbehörden bestätigt werden, ein großes Misstrauensvotum gegen die ärztliche Selbstverwaltung durch die Politik und Ausdruck des Wunsches nach mehr Gestaltungsmöglichkeiten durch die Landesgesundheitsministerien.

Durch diese Schwerpunktsetzung in der Umsetzung der Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag fühlen sich ambulante Leistungserbringer daher zu Recht benachteiligt. Die bisherigen Reformvorhaben verfestigen die Wahrnehmung bei den Betroffenen, dass die ambulante Versorgung sukzessive in die Hände der Krankenhäuser oder der Kommunen gelegt werden soll.

Doch mit Blick auf die nach wie vor sehr kleinteilige Wirtschaftsstruktur in der ambulanten Versorgung stellt sich durchaus die Frage, wie die nicht unerheblichen Investitionen in die Modernisierung und bedarfsgerechte Anpassung der Gesundheitsversorgung und deren organisatorische Umsetzung durch die vorhandene Struktur erfolgen sollen. Der selbstständige Arzt in der Einzelpraxis oder auch die verhältnismäßig kleine Gemeinschaftspraxis wird vielfach mit dem Aufbau und der Finanzierung einer solchen Infrastruktur überfordert sein. Insofern ist der aktuelle Ruf aus der Ärzteschaft nach einer deutlichen Erhöhung der Honorare diesmal womöglich mehr als eine ritualisierte Pressearbeit zu Beginn der Honorarverhandlungen.

In der ambulanten Versorgung existiert keine Mischfinanzierung. Investitionen in die Praxisausstattung, in Personal und deren Qualifikation, in Digitalisierung und Gerätschaften muss jeder Leistungserbringer aus eigener Tasche stemmen. Wenn nun Krankenhäuser und Kommunen beim Aufbau von „ambulant wirksamen“ Strukturen (Level 1i; kommunales MVZ; Gesundheitskiosk) staatlich (verordnete) Investitionsmittel und Unterstützungsleistungen erhalten, spielt in der Debatte auch der faire Wettbewerb zwischen Leistungserbringern plötzlich eine wichtigere Rolle.



MVZ mit privaten, nichtärztlichen Kapitalgebern

Gleichzeitig wird ambulanten Unternehmensgruppen, die sowohl das nötige Know-How, als auch Investitionskapital mitbringen, mit Ablehnung aus weiten Teilen der Interessensvertretung der selbstständigen Ärzteschaft, als

auch Teilen der Politik begegnet. Und dass, obwohl die Datenlage keinen Anlass zur Sorge gibt: Alle MVZ-Träger haben in der Humanmedizin Ende 2021 rund 13 Prozent aller ärztlichen Sitze betrieben. 5,4 Prozent der Sitze liegen bei einem MVZ mit Krankenhausträger. Der Anteil der Sitze in MVZ-Gruppen mit privaten Kapitalpartnern wird bundesweit als oberer Richtwert auf 1,3 bis 1,5 Prozent geschätzt. Das ohnehin diffamierende Bild von „Heuschrecken“, die angeblich über die Praxislandschaft hereinbrechen, ist also evidenzbasiert nicht zu belegen.



Die Gruppenbildung bei MVZ ist dabei kein Phänomen, das ausschließlich von investorenfinanzierten MVZ-Gruppen ausgeht, sondern findet sich auch in anderen Träger- und Inhaberschaften wieder. Das ist ein Symptom, nicht Ursache des Strukturwandels. Der Vorteil bei der Zusammenarbeit mit Fremdkapitalgebern ist jedoch, dass die notwendige Anpassung von Versorgungsstrukturen schnell und umfassend die notwendigen Investitionsmittel erhält. Für die Zukunft der ambulanten Versorgung liegen die Vorteile bei der Möglichkeit der Skalierung, der Schaffung attraktiver Arbeitsplätze und Netzwerkeffekten zur flächendeckenden Versorgung sowie einem Beitrag zur Trägervielfalt und des Qualitätswettbewerbs zwischen den Leistungserbringern.

Ein regulatorischer Eingriff, der das Engagement von Kapitalgebern jenseits von Klinikkonzernen de facto verhindern würde, ändert nichts an den Notwendigkeiten des Strukturwandels. Vielmehr würde er Lücken in die haus- und fachärztliche Versorgung reißen und dazu führen, dass die durch MVZ-Gruppen begonnene Transformation hin zu zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen abgewürgt

würde. Davon abgesehen, dass sich bei weiteren Einschränkungen auf Träger- oder Inhaberschaft bereits die Frage der Verfassungs- und Europarechtskonformität stellt.



Eine zielführende Diskussion wird nur gelingen, wenn der Realität ins Auge geschaut wird: Wir sind in der Situation, in der wir jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer in der vertragsärztlichen Versorgung benötigen. Ein Bekenntnis der Politik und vor allem der Selbstverwaltung zur Trägervielfalt ist überfällig und ein erster Schritt für einen Plan zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages. Dann kann in einem zweiten Schritt über die wichtigen Punkte der Transparenz für die Sicherstellung fairerer Wettbewerbsbedingungen für alle, die bestmögliche Qualität der ambulanten Versorgung ohne Leistungseinengungen und „Rosinenpicken“ sowie die Sicherstellung der ärztlichen Unabhängigkeit in ambulanten und stationären Strukturen diskutiert werden.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Sophia Wagner, Sofie Neumeyer
In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 31. Jahrgang 2023, Ausgabe 3 · 2023,
Erscheinungsdatum: 29. September 2023

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Anforderungen an ein Versorgungsgesetz**
- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Zukunft der Diagnostika-Industrie**
- **Interdisziplinär, interprofessionel – Paradigmawechsel Wundversorgung**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

