

## Krankenhausreform:

# Massiver Abbau droht, Finanz-»Revolution« fällt aus

*Gesundheitsminister Lauterbach hat eine Regierungskommission eingesetzt, die Vorschläge für eine »grundlegende Reform der Krankenhausvergütung« ausgearbeitet hat. Das Schüren von riesigen Erwartungen im Vorfeld dieser Vorschläge war aufsehenerregend. Da war von »Überwindung der DRGs«, von einer »dramatischen Entökonomisierung« und von »Revolution« die Rede (alles O-Ton Lauterbach). Die Fallhöhe ist dann natürlich auch sehr hoch ...*

### Wer ist die Kommission?

Die Kommission besteht aus 16 Frauen und Männern (Chefärzte und Aufsichtsratsmitglieder von Großkrankenhäusern, Gesundheitsökonom, Soziologen, Juristen, Qualitätsmanager, Pflegewissenschaftler usw.). Die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und der GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss – oberstes Selbstverwaltungsgremium) wurden nicht zugelassen, weil sie als Lobbyisten angesehen wurden. Die Zusammensetzung der Kommission soll offensichtlich den Eindruck erwecken, dass hier die »reine Wissenschaft« am Werk ist – frei von allen niederen Interessen. Damit wären die Vorschläge der Kommission kaum mehr angreifbar. Allerdings sind die Professoren Busse und Augurzyk seit vielen Jahren als neoliberale Vorreiter der Ökonomisierung, des Bettenabbaus und von Krankenhausschließungen bekannt.

### Warum ist eine andere Vergütung notwendig?

Die Kommission sagt dazu: »Es ist inzwischen gut belegt, dass der starke Leistungsbezug des DRG-Systems und die Sektorentrennung eine unangemessene Ausweitung von stationären Behandlungen und Übertherapie begünstigen ...« Das ist eine **Bankrotterklärung** für die DRGs. Sie müssen weg. Gewinne müssen verboten werden.

### Was sind die Vorschläge der Kommission?

Die Kommission macht nicht nur einen Finanzierungsvorschlag (was ihr Auftrag war), sondern auch Strukturvorschläge:

1. »eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

2. ein System von Leistungsgruppen, die (...) den Leveln zugeordnet (...) werden können
3. Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung«

### Wie sehen die Strukturvorschläge aus?

Die Krankenhäuser werden 3 Versorgungsstufen zugeteilt: Level I, Level II und Level III. Das ist nichts wirklich Neues und entspricht den altbekannten (zwischenzeitlich in vielen Bundesländern aufgegebenen) Versorgungsstufen in den Krankenhausplanungen der Länder: Grundversorgung, Zentralversorgung und Maximalversorgung.

Gleichzeitig soll es 128 Leistungsgruppen (LG) geben, die sich aus den Diagnosen und zugehörigen Behandlungen ergeben. Sie sind so gegliedert, »dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt ...«. Die Mindestvoraussetzungen (personell und technisch) für jede LG werden definiert. Die Leistungsgruppen werden den einzelnen Leveln zugeordnet und definieren den Versorgungsauftrag des Krankenhauses, also das, was das Krankenhaus behandeln darf und was nicht und was die Kassen vergüten müssen.

### Was ist von den Strukturvorschlägen zu halten?

Eine solche genauere Definition des Versorgungsauftrags ist grundsätzlich sinnvoll, weil damit verhindert wird, dass komplexe Krankheitsbilder in geringer Zahl in Krankenhäusern ohne die notwendigen strukturellen und fachlichen Voraussetzungen behandelt werden.

Wenn man nicht finanziell (z.B. über Preise) steuern will, muss man planen. Zum Planen gehören auch Kriterien und Bedingungen.

Ein Problem ist, dass solche detaillierten Definitionen hohe Hürden darstellen und missbraucht werden können, um Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen. Naiv ist, wer glaubt, dass solche Überlegungen in der Kommission und im Gesundheitsministerium nicht angestellt würden. Dennoch bleibt der Ansatz richtig und der Missbrauch muss bekämpft werden.

Ein weiteres Problem ist, dass es zu keiner mengenmäßigen Begrenzung der Leistungen innerhalb der Leistungsgruppen kommen darf, bei deren Überschreitung die Kassen nicht mehr zahlen müssen. Mit einer solchen Regelung würden Unterversorgung und Wartelisten provoziert oder die Krankenhäuser in noch größere Defizite getrieben.

### Was ist Level In und was ist davon zu halten?

Die Kommission unterteilt die Grundversorger (Level I) in ein Level In (Notfall) und Ii (intersektoral). Level In sind die Krankenhäuser, die jetzt schon an der Basisnotfallversorgung teilnehmen (Stufe 1 der Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses – GBA). Sie sollen erhalten bleiben, wenn ein Krankenhaus mit Level II oder III weiter als 30 PKW-Fahrminuten entfernt ist. Alle anderen, also insbesondere kleine Krankenhäuser in Ballungsräumen, sind zum Abschluss freigegeben bzw. sollen mit größeren Kliniken fusionieren.

### Sind Level Ii-Häuser überhaupt noch Kliniken?

Die Kommission schreibt, sie verbinden »*allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können. Die Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachpersonen (...) erfolgen.*« Ärzte müssen nicht dauernd anwesend sein. Diese Häuser werden ganz aus den DRGs herausgenommen und nach Tagessätzen abgerechnet. Auch das Pflegebudget, also die volle Finanzierung der Pflegekosten, wird wieder abgeschafft.

Das sind zukünftig keine Krankenhäuser mehr, sondern bessere Pflegeheime und Tummelplätze für die Niedergelassenen. Angestrebt wird auch die »*Einbeziehung der Angehörigenpflege*«! Die ärztliche Versorgung wird auf das Niveau von Belegkliniken heruntergefahren. Alternativ sollen MVZ oder Praxiskliniken mit angeschlossenem Pflegebereich entstehen. Insgesamt bedeutet dieser Vorschlag eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit besteht ein hohes Risiko, dass Ökonomisierung und Privatisierung weiter vorangetrieben werden und den Private-Equity-Fonds ein neues Geschäftsfeld eröffnet wird.

Die Einrichtungen sind nicht auf eine echte Notfallversorgung eingerichtet. Sie schließen – gerade in ländlichen Gebieten – die Lücke zwischen dem Hausarztbereich (so weit es diesen überhaupt noch gibt) und dem nächstgelegenen größeren Krankenhaus nicht. Sie sind gerade nicht ambulante Gesundheitszentren der Krankenhäuser, die mit dem Personal der Krankenhäuser, mit telemedizinischer Anbindung und mit Überwachungsbetten die Grund- und Notfallversorgung vor Ort übernehmen könnten.

Eine ernsthafte Überwindung der sektoralen Versorgung würde voraussetzen, dass Krankenhäuser das Recht bekommen ambulant zu behandeln und solche Gesundheitszentren zu betreiben. Nur so kann die flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten auf hohem Niveau gewährleistet werden. Bevor solche alternativen Strukturen nicht aufgebaut sind, darf es zu keinen Schließungen kommen.

Laut Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft gibt es jeweils ca. 650 Krankenhaus-Standorte, die dem Level Ii bzw. In zugeordnet wären. Prof. Karagiannidis, Mitglied der Kommission, kündigte an, »dass wir am Ende so etwa 500 bis 600 Krankenhäuser haben, die wirklich viel anbieten können ...« (Tagesschau 24, 02.02.23). Jetzt gibt es 1730 Standorte. Das wäre ein riesiger Kahlschlag.

### Welche Kliniken erreichen das Level II?

Die Kriterien sind sehr streng und führen dazu, dass viele Kliniken zurückgestuft werden. Hier zwei Beispiele:

- 432 Standorte erfüllen die Vorgaben der Notfallstufe 2 oder 3 des GBA. Es gibt 632 Geburtshilfe-Abteilungen. Damit würden wegen der Mindestvoraussetzung »GBA Notfallstufe 2« alleine mindestens 190 Geburtshilfen wegfallen.
- Krankenhäuser dürfen nur dann interventionelle Kardiologie, Schlaganfallbehandlung oder Krebsbehandlung in zertifizierten onkologischen Zentren durchführen, wenn sie einer der Notfallstufen 2 oder 3 angehören und wenn sie gleichzeitig alle diese 3 Schwerpunkte anbieten. In vielen Gebieten Deutschlands haben sich Netzwerke von kleineren und größeren Kliniken zur arbeitsteilig verbesserten Behandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen gebildet, die sehr gut arbeiten und die damit zerstört würden.

### Welche Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft sind zu erwarten?

Insgesamt besteht die große Gefahr, dass die Vorgabe von Mindestvoraussetzungen in großem Stil zum Bettenabbau und zu Krankenhausschließungen missbraucht wird.

Richtig wäre, die Krankenhäuser, die für die flächendeckende Versorgung notwendig sind, so zu ertüchtigen, dass sie die Mindestvoraussetzungen und Qualitätsvorgaben erfüllen.

Die Leistungsgruppen sollen dazu führen, dass nicht »lukrative« Leistungen abgegeben oder getauscht werden.

Das soll den Konzentrationsprozess befeuern. Die Kommission rechnet in einer ihrer Beispielrechnungen mit einem Effekt von 37,5%. Das wäre mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser.

Die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander wäre damit aber nicht aufgehoben, sondern nur auf einer höheren Ebene gehoben (Krankenhauskonzerne gegeneinander). Es liegt nahe, hier auch einen An Schub für weitere Privatisierungen zu sehen.

Am Widerspruch von Konkurrenz zu Arbeitsteilung und Kooperation zeigt sich besonders krass, wie finanzielle Steuerung über Preise und Wettbewerb die eigentlich notwendige und sinnvolle Kooperation zwischen Einrichtungen der Daseinsvorsorge behindert, ja sogar weitgehend unmöglich macht.

Auch hier wäre ein anderer Weg möglich: Die Krankenhausplanung legt fest in welcher Versorgungsregion welcher konkrete Bedarf besteht und wie viele Standorte für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind, und diese werden dann kostendeckend finanziert, einschließlich der Investitionskosten. Dann wäre auch Zusammenarbeit von Krankenhäusern eine völlig normale Angelegenheit.

### Wie schaut der Finanzierungsvorschlag aus?

Neben den DRGs, die abgesenkt weitergelten, soll es eine »leistungsunabhängige« Vorhaltevergütung in Höhe von 20% der bisherigen DRG-Erlöse geben. Für Intensivmedizin, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie soll sie 40% umfassen. Die Gesamtsumme der Vergütungen bleibt gleich. Die kostendeckende Finanzierung der Pflege am Bett (Pflegebudget), die ebenfalls etwa 20% der ehemaligen DRG-Erlöse umfasst, soll bestehen bleiben.

Die bei den DRGs eingesparte Gesamtsumme wird auf die einzelnen Leistungsgruppen aufgeteilt und an die Krankenhäuser verteilt. Nur wer eine bestimmte Mindestzahl von Patienten einer Leistungsgruppe behandelt, soll überhaupt in den Genuss der Vorhaltefinanzierung kommen. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen soll mit einem Aufschlag von 20% auf die jeweiligen DRGs und das Vorhaltebudget gefördert werden. Verteilungskriterien sollen am Ende der Einführungsphase ein **Bevölkerungsbezug**, ein **Qualitätsbezug** und ein **Mengenbezug** sein.

- Der **Bevölkerungsbezug** berücksichtigt die zu versorgende und versorgte Bevölkerung unter Einbeziehung von demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Morbidität). Es soll aber auch »das Erreichen von zu definierenden Ambulantisierungszielen« eingerechnet werden.
- Der **Qualitätsbezug** soll über »Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität«, die Höhe des Vorhaltebudgets beeinflussen.

- Der **Mengenbezug** macht an der Zahl der behandelten Patienten fest.

### Wie sind die Verteilungskriterien zu bewerten?

Zunächst schließt die Regelung zur Mindestbehandlungszahl einen Teil der Krankenhäuser aus, die dann aber auch 20% weniger bei den DRGs bekommen. Das dürfte das ökonomische Aus bedeuten. Der **Bevölkerungsbezug** selbst ist letztlich auch ein verkappter Mengenbezug (nach der Zahl der zu versorgenden Patienten). Das Ambulantisierungspotential (das ja nicht tatsächlich vorhanden sein muss, sondern politisch »definiert« wird), führt zu einer weiteren Reduzierung der Vorhaltefinanzierung, so zu noch höherem Druck. Ob das zusätzliche Geld für die Pädiatrien tatsächlich zusätzlich aufgebracht wird, oder nur eine Umverteilung (mit Verschlechterung für die anderen Fachrichtungen ist), wird nicht ausgeführt.

Der **Qualitätsbezug** ist mindestens genauso problematisch. Was hat das mit den Vorhaltekosten zu tun? Es handelt sich doch auch wieder darum, dass finanziell gesteuert wird, um Belohnung oder Bestrafung, anstatt an allen bedarfsnotwendigen Standorten die Qualität zu fördern. Damit wären wir dann bei der Vergütung der Ergebnisqualität (Pay for Performance – PFP), noch ein neoliberales Lieblingsthema, das über den Qualitätsbezug hoffähig gemacht wird. In gewisser Weise ist PFP sogar noch eine Ausdehnung des Preissystems, weil statt Festpreisen (DRGs) die Kassen die Möglichkeit bekommen, Einfluss auf die Höhe der Preise zu nehmen.

Und der **Mengenbezug** ist genau dasselbe, wie bei den DRGs: Die Masse zählt. Begründet wird er damit, dass nur so Wirtschaftlichkeit erreicht werden könne, anders ausgedrückt, dass ohne diesen Anreiz keiner mehr Patienten behandeln würde. Das eigentliche Problem ist, dass der Neoliberalismus kein anderes Anreizsystem als finanzielle Gewinne vorstellen kann und keinen anderen Menschentyp kennt als den »homo oeconomicus«, der seinen persönlichen finanziellen Vorteil optimiert. Dabei ist gerade in der Daseinsvorsorge die Motivation und das Anliegen der dort Tätigen diametral anders.

### Wird die Vorhaltefinanzierung etwas ändern?

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Gesamtvergütung gleichbleibt und die Vergütung nur in anderer Form ausgezahlt wird. Die Unterfinanzierung und der Preisdruck auf stationäre Leistungen und der dadurch ausgelöste Konkurrenzdruck sollen also grundsätzlich beibehalten werden.

Die DRGs gibt es weiterhin und von ihnen geht genau der gleiche Anreiz aus, in die Menge zu gehen und (Personal-) Kostendumping zu betreiben wie vorher – eher noch stärker, weil die finanziellen Spielräume durch die Kürzung eingeschränkt sind. Aber auch vom vorgeschlagenen Vor-

haltebudget gehen Mengenanreize (Bevölkerungsbezug, Mengenbezug) und Anreize zum Kostendumping aus.

Die Ausgliederung der Pflege am Bett aus den DRGs hatte dasselbe Volumen wie die jetzt vorgeschlagene Vorhaltevergütung (jeweils 20%). Hat sich durch diese Ausgliederung die geringste Veränderung beim Konkurrenzverhalten der Krankenhäuser, beim ständigen Versuch, mehr Patienten zu akquirieren und beim allgemeinen Kostendumping eingestellt? Natürlich nicht. Was sich geändert hat, ist, dass der ausgegliederte Bereich (Pflege am Bett), aber eben nur dieser, nun wirksam vor Sparbemühungen geschützt ist, weil für ihn Kostendeckung gilt.

Schlussfolgerung: Eine grundlegende Änderung ist nicht zu erwarten.

### Ist das wirklich eine Vorhaltefinanzierung?

Eine Vorhaltefinanzierung ist ein Ausgleich für Kosten (Sach- und Personalkosten), der alleine dafür zu zahlen ist, dass die notwendigen Leistungen vorgehalten werden, unabhängig von ihrer schwankenden Inanspruchnahme. Die Höhe der Finanzierung muss sich an tatsächlich entstehenden Kosten für die bedarfsgerechte Vorhaltung orientieren.

Grundsätzlich wäre die beste Form der Vorhaltefinanzierung die Selbstkostendeckung: Alles, was notwendig ist, wird auch finanziert. Nichts spricht dagegen, die Kosten dabei auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Der Vorschlag der Kommission ist aber keine zweckgebundene Vergütung für reale Vorhaltekosten, sondern ein Budget. Es erlaubt Gewinne und Verluste und ist ebenfalls anfällig für finanzielle Fehlanreize. Außerdem ist es nicht zweckgebunden, so dass die Gelder für alles – incl. Ausschüttung als Dividende – eingesetzt werden können. Besser als dieses Vorhaltebudget wäre zumindest die Ausgliederung aller Personalkosten aus den DRGs.

### Gibt es wenigstens eine Bürokratie-Reduzierung?

Im Gegenteil: Das Bürokratiemonster wächst. Zum Bürokratieaufwand für die DRGs kommt jetzt noch der Aufwand zur Rechtfertigung eines möglichst hohen Vorhaltebudgets. Für die Beschäftigten in der unmittelbaren Versorgung bedeutet dies eine echte Zumutung und eine unnötige massive Mehrbelastung.

### Was wäre notwendig, um wirklich eine »Entökonomisierung« zu erreichen?

- Versorgungstufen und Leistungsgruppen sowie Strukturqualitätskriterien sind zur Festlegung des Versorgungsauftrags hilfreich. Missbrauch muss verhindert werden.
- Betrachtet man das Gesamtinstrumentarium, das die Kommission vorschlägt, liegt der starke Verdacht nahe, dass genau dieser Missbrauch das wesentliche Anliegen der Planungsvorschläge ist und damit noch weiterer

Bettenabbau und Krankenhausschließungen die Folge sein werden.

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