

## Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission

### »Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung«

Das Schüren von riesigen Erwartungen im Vorfeld dieser Vorschläge der Regierungskommission war aufsehenerregend.<sup>1</sup> Da war von »Überwindung der DRGs«, von einer »dramatischen Entökonomisierung« und von »Revolution« die Rede. Die Fallhöhe ist dann natürlich auch sehr hoch: Bereits in der Präambel (S. 3) wird ausgeführt, dass es mit der Überwindung der DRGs nicht so weit her ist:

*»Die Kommission geht aber zugleich davon aus, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssen, weil auch eine ausschließlich leistungsunabhängige Vergütung – etwa in Form eines zu 100 Prozent garantierten Budgets oder einer Selbstkostendeckung – Fehlanreize setzt und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde.«*

Neben dem Eingeständnis, dass es nicht um die Überwindung der DRGs geht, ist interessant, dass die Kommission es offensichtlich für notwendig hält, sich von der von uns geforderten Selbstkostendeckung – über Jahrzehnte ein Unwort – abzugrenzen. Einmal abgesehen davon, dass ein »garantiertes Budget« etwas anderes ist als Selbstkostendeckung<sup>2</sup>, weil im Rahmen von Budgets weiterhin Gewinne möglich sind und finanzielle Fehlanreize bestehen (Kostendumping, Verschiebung/Beendigung der Leistungserbringung bei Aufbrauchen des Budgets), stimmen die Argumente gegen Selbstkostendeckung nicht: Entgegen aller Behauptungen ist Selbstkostendeckung kein Selbstbedienungsladen, denn den Kassen gegenüber muss jährlich Rechenschaft darüber abgelegt werden, wie die Gelder der Kassen verwendet wurden, und weil die Kassen bei Geldverschwendung natürlich auch die Möglichkeit haben, für die Zukunft andere Verhaltensweisen der Krankenhäuser einzufordern (Schiedsstellen). Der große Vorteil der Selbstkostendeckung liegt aber darin, dass gerade die bedarfsgerechte Versorgung in den Mittelpunkt des Handelns der Krankenhäuser gestellt werden kann, unbelastet von finanziellen Zwängen oder Erzwungen, wie Gewinne mit Krankheit gemacht werden können. Wenn Gewinne nicht zulässig wären, würde auch der Spuk der Privatisierung und der privaten Klinikkonzerne ein schnelles Ende finden, weil ja keine Rendite und keine Ausschüttungen mehr möglich wären.

#### ► Die Planung leitet die Finanzierung oder umgekehrt?

Zur Krankenhausplanung schreibt die Kommission (S. 5):

*»Die bessere Verzahnung von Krankenhausplanung und -vergütung ist daher ein Schlüssel für eine bedarfsgerechte und effiziente Krankenhausversorgung« Und: »Eine engere Verzahnung der Sektoren in der Planung und Finanzierung ist einer der Schlüssel, um stationäre Überversorgung zu reduzieren, regionaler Unter-*

<sup>1</sup> Weitere Gutachten zur »sektorenunabhängigen und ggf. auch sektorenübergreifenden Regelversorgung« zur Qualitätssicherung und zur Investitionskostenfinanzierung sollen folgen.

<sup>2</sup> Näheres zur Selbstkostendeckung siehe Factsheet Kostendeckung 2.0 von Krankenhaus statt Fabrik unter <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53215>

*versorgung entgegenzuwirken, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern und Fachkräfte ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen.«*

Aber zur besseren Verzahnung müsste es erstmal eine echte Bedarfsplanung geben, die die Bundesländer im Rahmen der DRG-Einführung völlig abgeflacht oder ganz eingestellt haben. Natürlich ist es richtig, dass eine bessere Planung notwendig ist – dazu später mehr. Aufhorchen lassen muss die Forderung nach besserer Verzahnung von Planung und Finanzierung. Wenn die Planung die Finanzierung leitet (Was notwendig ist, wird geplant – was geplant ist, wird finanziert), ist das ok. Umgekehrt handelt es sich um finanzielle Steuerung, wie wir sie seit Jahrzehnten haben anstatt einer sachgerechten Bedarfsplanung.<sup>3</sup> Wir werden sehen.

## ► Bankrotterklärung für das DRG-System

In der Problembeschreibung (S. 6) wird ausgeführt:

*»Es ist inzwischen gut belegt, dass der starke Leistungsbezug des DRG-Systems und die Sektorentrennung eine unangemessene Ausweitung von stationären Behandlungen und Übertherapie begünstigen, mithin von Behandlungen, deren Indikation fraglich ist oder die zum Teil auch ambulant erbracht werden könnten.«*

Der erste Teil der Aussage ist uneingeschränkt richtig. Er ist das längst überfällige Eingeständnis, dass das DRG-System komplett versagt hat. Es ist weder besser noch kostengünstiger, wie ständig von neoliberaler Seite behauptet wurde, sondern es hat zu massiven Verwerfungen geführt: Statt – wie bei seiner Einführung versprochen – Unter-, Über- und Fehlversorgung zu beseitigen, hat es sie auf die Spitze getrieben. Die Belastungen der Beschäftigten sind in schwindelerregende Höhe getrieben worden. Die Bürokratie ufert aus. Privatisierungen, Konkurrenz und Gewinnmacherei wurden flächendeckend, statt die Krankenhäuser als Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu stärken und ihre Zusammenarbeit zu fördern.

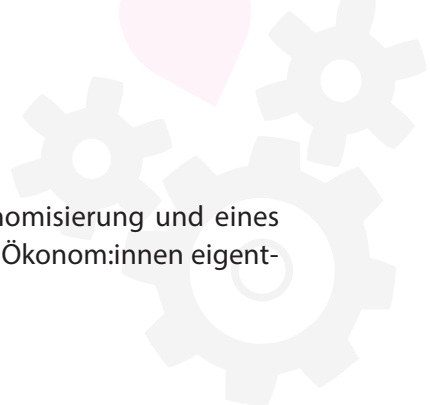
Durch den zweiten Teil der Aussage wird das Ganze aber in eine andere Richtung gelenkt: Es werde nicht nur zu viel behandelt, sondern zu viel stationär. Zwar sind auch wir dafür, dass ambulant vor stationär gilt, aber damit lässt sich das momentane Lieblingsprojekt der Neoliberalen, die »Ambulantisierung« voranbringen – und das auch bei Fortbestehen der Ökonomisierung und der Mengenanreize und ohne dass im Geringsten die strukturellen Voraussetzungen für eine Ausdehnung ambulanter Behandlungsformen geschaffen wurden (Einrichtungen zur sicheren Durchführung solcher Behandlungen, ärztliche und pflegerische Versorgung und Nachsorge, Transportfragen incl. rascher Notfalltransporte bei Komplikationen).

Die zum Beleg der zu hohen Kosten und Leistungszahlen dargestellten internationalen Statistiken sind allerdings nicht sehr überzeugend:

*»Die Ausgaben für stationäre Versorgung lagen 2020 in Deutschland bei 3,4% des BIP, während sie in den Nachbarländern Belgien, Dänemark, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz bei 3,1%, 2,8%, 3,1%, 2,0%, 3,7% und 3,1% lagen (im Schnitt 3,0%). Die Veränderungen seit 2015 betragen in Deutschland +0,4%-Punkte und in den Nachbarländern +0,3%, -0,4%, -0,1%, 0%, +0,2%, +0,4%-Punkte (im Schnitt +0,1%-Punkte) (OECD 2022).«*

Wenn man bedenkt, dass Vergleiche mit dem Bruttoinlandsprodukt eben nicht nur mit den Kosten zusammenhängen, sondern auch durch das BIP selbst und die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung beeinflusst werden und diese Werte sich im Coronajahr 2020 kurzfristig international in allen Ländern stark verändert haben, sind die gemessenen Unterschiede doch sehr relativ und rechtfertigen keine einschneidenden Änderungen – die allerdings aus anderen Gründen (»Entökonomisierung«) sehr notwendig sind.

<sup>3</sup> Siehe: Thomas Böhm: »Krankenhausplanung in Deutschland. Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Bundesländer – ein kritischer Überblick«, hg. von Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin 2022



Außerdem: Kostensteigerungen sind eine unvermeidliche Folge von Ökonomisierung und eines DRG-Systems, das finanzielle Anreize zur Mengenausweitung setzt – das sollten Ökonom:innen eigentlich wissen.

### ► »Eigentlich« zu viel Personal?

Es wird ein sogenannter »relativer Personalmangel« diagnostiziert (S. 6):

*»Das dadurch bedingte quantitativ sehr hohe Mengenniveau bei zum Teil bestehenden erheblichen Defiziten der Strukturqualität ist außerdem mit dem bestehenden Personalschlüssel der Krankenhäuser immer schwieriger zu erbringen, obwohl im europäischen Vergleich einwohnerbezogen in Deutschland bisher eher überdurchschnittlich viel medizinisches Personal zur Verfügung stand. Es besteht somit also derzeit ein relativer Personalmangel im deutschen Gesundheitssystem. Das Personal wird zudem durch die erhebliche Überbürokratisierung belastet.«*

Die Belastung durch Überbürokratisierung ist real – sehr real. Dass in Deutschland im internationalen Vergleich viel medizinisches Personal zur Verfügung stehen soll, ist aber ein »Rechenfehler«, der auf die Herren Busse und Augurzký zurückgeht. Bei ihrer Auswertung der internationalen Zahlen haben sie Kopfzahlen zu Grunde gelegt, die natürlich bei einem großen Anteil von Teilzeitkräften – wie er in Deutschland existiert – zu falsch hohen Ergebnissen führt; wenn man hier sinnvolle Vergleiche anstellen will, muss man statt der Zahl der Menschen, die der vollen Stellen vergleichen.<sup>4</sup> Solche gravierenden Fehler kann man sich bei so hochkompetenten Wissenschaftlern eigentlich nur durch interessengeleitete Einäugigkeit erklären. Überhaupt ist es eine der übelsten Verdrehungen der tatsächlichen Beweggründe für Bettenabbau und Krankenhausschließungen, sie mit der Reduzierung der Belastung beim Pflegepersonal und mit der besseren Personalausstattung für die restlichen Krankenhäuser zu begründen. Echte Entlastung und das Ende des strukturellen Personalmangels kann es nur mit dem Ende der Ökonomisierung geben, weil sich dann die Belastungen (sowohl durch die Zahl der Behandlungen als auch durch die Bürokratie) reduzieren und die Arbeitsbedingungen so weit verbessern lassen, dass die Flucht aus dem Beruf aufhört und wieder neue Kräfte (oder Kräfte neu) gewonnen werden können.<sup>5</sup>

### ► Die »Grundprinzipien« der Kommission

Die Kommission macht folgenden Vorschlag (»Grundprinzipien«) (S. 9):

- 1.** *eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen*
- 2.** *ein System von Leistungsgruppen, die passgenauer als durch DRGs (hohe Granularität) und Fachabteilungen (niedrige Spezifität) den Leveln zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können*
- 3.** *Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung.«*

Man erkennt sofort, dass es um deutlich mehr geht als um die Finanzierung. Die ersten beiden Punkte sind wichtige Gesichtspunkte für die Krankenhausplanung. Nur der dritte Punkt bezieht sich auf die Finanzierung. Auch hier ist zunächst die Richtung (»bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Vorhaltefinan-

---

4 Ausführliche Kritik siehe Broschüre von Achim Teusch: »Kein Bett zu viel«, hg. von Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2022, S. 56

5 Näheres zur Berufsflucht und wie sie überwunden werden kann siehe: <https://www.arbeitnehmerkammer.de/studie-ich-pflegewieder-wenn.html>

zierung«) richtig. Die Frage ist nur, ob die Vorschläge diese Prinzipien verwirklichen und wie sie im Detail aussehen.

► **Die Vorschläge im Einzelnen: Versorgungsstufen und Leistungsgruppen**

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 aus den Krankenhausplanungen der Länder: Grundversorgung, Zentralversorgung und Maximalversorgung.

Innerhalb des Levels III werden noch die Universitätsklinika als Untergruppe genannt. Auch das Level I wird nochmals unterschieden in Level Ii und Level In – dazu später mehr. Jedem Level sollen bundeseinheitliche Strukturqualitätsanforderungen und Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Es soll 128 Leistungsgruppen geben, die sich aus den ICDs und dazugehörigen OPS<sup>6</sup> ergeben.

*»Dabei sind die Leistungsgruppen so gegliedert, dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt; dies jeweils unterteilt in die drei oben beschriebenen Level. Querschnittsbereiche wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sind Teil der Mindeststrukturvoraussetzung.«*

Die Leistungsgruppen definieren den Versorgungsauftrag, also das, was die Krankenhäuser eines Levels behandeln dürfen. Krankenhäuser mit höherem Level dürfen auch die Leistungsgruppen der niedrigeren Level behandeln.

Die Leistungsgruppen sollen später in einem 2. Schritt mit Mindestvorgaben für Personal und Technik (Pflege und Ärzte, aber auch »etwa in Radiologie und Labor«) konkretisiert werden.

Ein Beispiel für solche Leistungsgruppen und ihre Verteilung gibt folgende Tabelle aus den Empfehlungen (S. 19):

Leistungsgruppe (LG)	Maximales Leistungsspektrum			
	Mindestlevel erbringendes KH	Level I-KH	Level II-KH	Level III-KH
<b>Innere Medizin</b>				
1.0 LG Basisbehandlung Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzellentransplantation	III			X
<b>Chirurgie</b>				
2.0 LG Basisbehandlung Allgemeine Chirurgie	I	X	X	X
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X

6 ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel

## ► Im Grundsatz richtig – aber Gefahren drohen

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. Welche Auswirkungen dies auf die flächendeckende Versorgung bei weiter bestehenden Preiselementen (DRGs) hat, muss aber näher untersucht werden. (s.u.)

Wichtig dabei ist, dass die Leistungsgruppen an den ICDs und am OPS festgemacht werden und nicht an den DRGs, wie es die dortigen Gutachter ursprünglich für Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen hatten. Dies würde nämlich zu einer weiteren Verfestigung des DRG-Systems führen.

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 wir müssen den politischen Kampf gegen einen Missbrauch solcher Festlegungen führen.

Ein weiteres Problem ist, dass es zu keiner mengenmäßigen Festlegung (und Begrenzung) der Leistungen innerhalb der Leistungsgruppen kommen darf, wie sie z.B. in NRW erfolgte. Dort werden Mengengrenzen pro Leistungsgruppe und Krankenhaus definiert, bei deren Überschreitung die Kassen nicht mehr zahlen müssen oder sogar der Ausschluss des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan droht.

Zusätzlich werden in NRW die Leistungsmengen in einem Bieterverfahren an die Krankenhäuser vergeben, das zwischen den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen abläuft und aus dem sich das Land heraushält. Mit einer solchen Regelung geht das Morbiditätsrisiko von den Kassen auf die Krankenhäuser über, und es werden Unterversorgung und Wartelisten provoziert. Das Bieterverfahren verschärft noch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und ist eine Vorstufe dafür, dass die Krankenkassen nur noch mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abschließen müssen (Selektivverträge statt Kontraktionszwang). Das wäre der Super-Gau für die Daseinsvorsorge und muss unbedingt verhindert werden!

In den Kommissionsempfehlungen gibt es zwar keinen Hinweis auf eine solche »Weiterentwicklung« der Leistungsgruppen, aber es besteht das hohe Risiko der Entwicklung im weiteren Verfahren.

## ► Beispiel Anforderungen Level II

Die definierten (»zwingend notwendigen«) Strukturanforderungen z.B. für Level II lauten (S. 16):

*»Mind. je 3 internistische Leistungsgruppen (1.1-1.9, darunter in jedem Fall 1.6) und chirurgische Leistungsgruppen (2.1-2.7), Leistungsgruppen 3.1, 3.2, 3.3, 14.1 (Stroke Unit), LG Allgemeine (erweiterte) Intensivmedizin mit Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten  $\geq 10$ , High-care-Intensivbetten  $\geq 10$ , Erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Level 2 gem. G-BA), weitere Leistungsgruppen aus mind. 5 weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16, telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen Leistungsgruppe. MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit. Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik  $> 30$  km. Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren.«*

Diese Festlegungen sind grundsätzlich sinnvoll und gehen in die Richtung einer deutlich vertieften Planung. Insbesondere, dass es Mindestanforderungen für die Personalbesetzung über die Pflege und die bettenführenden Abteilungen hinaus geben soll ist zu begrüßen.

## ► Missbrauch ausschließen

Allerdings erscheinen die Anforderungen gerade für Level II auffallend hoch und können zu unsachgemäßen Schließungen führen. In Deutschland gab es 2020 laut Destatis 464 Allgemeine Krankenhäuser<sup>7</sup> der Notfallstufen 2 und 3. Die Definition des Levels 2 ist so gefasst, dass Krankenhäuser nur dann interventionelle Kardiologie, Schlaganfallbehandlung oder Krebsbehandlung in zertifizierten onkologischen Zentren durchführen dürfen, wenn sie einer dieser Notfallstufen angehören und wenn sie gleichzeitig alle diese 3 Schwerpunkte anbieten. In den letzten Jahren haben sich aber in vielen Gebieten Deutschlands Netzwerke von kleineren und größeren Kliniken zur arbeitsteilig verbesserten Behandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen gebildet, die sehr gut arbeiten und die damit zerstört würden.

Auch hier sind also Missbrauchsmöglichkeiten angelegt, und es gilt die Einschränkung, dass solche strukturellen Mindestanforderungen und Leistungsgruppen besser zu befürworten wären, wenn die Krankenhausfinanzierung auf vollständige Kostendeckung umgestellt würde und die Entscheidung über die Fortexistenz von Häusern auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung beruhen würde. Verbleibt es bei finanziellen Anreizsystemen über Preise sind einerseits Umgehungsversuche solcher Vorgaben und andererseits die Verschlechterung der Versorgung vorprogrammiert, wenn etwa KH einzelne Leistungsgruppen aufgeben, weil sie unter finanziellen Gesichtspunkten nicht lohnen. Krankenhausbedarfsplanung muss sich dann immer gegen die Fehlanreize stemmen und verliert hier oft oder wird gerade deswegen zurückgefahren, wie die Geschichte der Bedarfsplanung zeigt.

Ganz allgemein besteht die Gefahr, dass die Konsequenz der Struktur- und Qualitätsvorgaben nicht die bessere Versorgung, sondern ein rasanter Bettenabbau und Krankenhausschließungen sind. Da es nicht sinnvoll ist, sich aus Angst vor Missbrauch grundsätzlich gegen Struktur- und Qualitätsvorgaben auszusprechen, muss diese Gefahr anderweitig angegangen werden. Hilfreich wäre hier eine regionale Krankenhausplanung mit hoher Verbindlichkeit (lediglich Vetorecht des Landes), die unbedingt unter demokratischer Einbeziehung aller Beteiligten und der Bevölkerung vor Ort stattfindet. Hilfreich wäre auch die gesetzliche Vorgabe, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die diese Anforderungen nicht erfüllen, entsprechend finanziell unterstützt und ertüchtigt werden, anstatt auf ihr Ausscheiden zu spekulieren. Stattdessen fordert die Kommission, dass bei Nichteinhaltung von Strukturvoraussetzungen »relevante Abschlüsse« (S. 14) vom Vorhaltebudget (s.u.) erfolgen sollen.

## ► Restrukturierung durch engere Kooperation und Leistungsgruppentausch

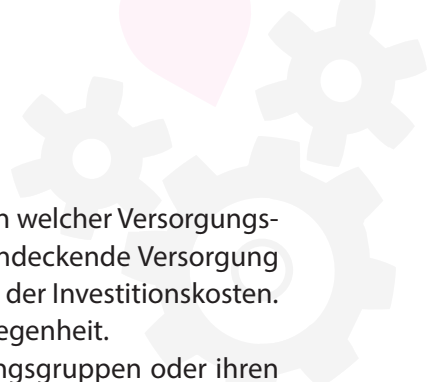
Die Kommission geht auch hier grundsätzlich einen anderen Weg. Sie schlägt vor (S. 10):

*»Im Rahmen der Restrukturierung der Krankenhauslandschaft auf Grundlage der hier vorgelegten Reformvorschläge wird ein deutlicher Anreiz zur engeren Kooperation zwischen Krankenhäusern geschaffen bis hin zum Austausch von Leistungsgruppen. Auch könnten verschiedene Standorte mit niedrigem Versorgungsgrad zu einem Standort mit hohem Versorgungsgrad fusionieren. Um solche Verbesserungen in der Versorgungsstruktur zu fördern, sind Investitionen erforderlich. Daher empfiehlt die Regierungskommission die Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds zur Finanzierung derartiger Vorhaben.«*

Diese Formulierungen müssen aufhorchen lassen. Den Krankenhausstrukturfonds (finanzielle Unterstützung bei Aufgaben von Abteilungen, Standorten, Krankenhäusern) haben wir als Abwrackprämie bewertet. Eine Neuauflage würden keine anderen Ziele verfolgen. Der Kern der Aussagen ist aber der »Austausch von Leistungsgruppen« und die Fusionierung von Standorten. Das klingt schon verdächtig nach dem Bieterverfahren aus NRW – nicht strukturell vorgegeben, aber auf »freiwilliger« Basis. Die »Freiwilligkeit« wird dann durch die Gefahr der Schließung gefördert.

<sup>7</sup> Allgemeine Krankenhäuser sind alle Krankenhäuser außer rein psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und/oder geriatrischen Einrichtungen und außer reinen Tages- und Nachtkliniken





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 wären auch Kooperationen von Krankenhäusern eine völlig normale Angelegenheit.

Die Kommission erhofft sich, dass es durch »freiwillige« Abgabe von Leistungsgruppen oder ihren Tausch zu einem erheblichen Konzentrationsprozess komme. In der Modellrechnung (S. 27 und Tabelle 3, S. 28) kommt es zur Beendigung der Leistungserbringung in 60 von 160 Standorten, weil die Standorte die Voraussetzungen nicht erfüllen oder die Leistungsgruppe abgeben. Das sind 37,5%! Natürlich ist das nur eine fiktive Modellrechnung. Man kommt damit aber den in der Diskussion seit Jahren geforderten Abbauzahlen dann doch wieder sehr nahe. Das wirft ein bezeichnendes Licht auf die Erwartungen der Autor:innen.

Auch im weiteren Text wird mehrmals gefordert, dass die strukturierte Zusammenarbeit der Häuser verschiedener Level intensiviert werden müsse, bis hin zum Austausch und zur gemeinsamen Ausbildung von Ärzt:innen (S. 27). Das wäre zwar sehr wünschenswert, scheitert aber in der Realität an der weiterhin bestehenden Konkurrenz der Krankenhäuser auf finanzieller Ebene und im Kampf um die Leistungsgruppen, der ja gerade neu eingeführt werden soll. Auch die Trägervielfalt und insbesondere die Geschäftsziele der Privaten dürften solchen Träumereien ein jähes Ende bescheren.

Das ist vermutlich auch der Kommission klar, weshalb diese Art von Zusammenarbeit dadurch realisiert werden soll, dass sich große Klinikverbünde bilden, die die Konkurrenz im Inneren beenden, um so gestärkt in die äußere Konkurrenz mit anderen Verbänden oder privaten Klinikketten einzutreten. Das ist eine klassisch kapitalistische Entwicklung – aber sicherlich kein Ende der Ökonomisierung und der finanziellen Steuerung und schon gar keine Stärkung der Daseinsvorsorge.

Am Thema Arbeitsteilung und Kooperation von Krankenhäusern 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.

### ► Weitere Vorschläge zur Planung

Es wird klargestellt, dass die gerade mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz beschlossene »tagstationäre Behandlung« in allen Levels möglich ist – kein Wunder, zielt sie doch auch auf Reduzierung von Betten und Häusern.

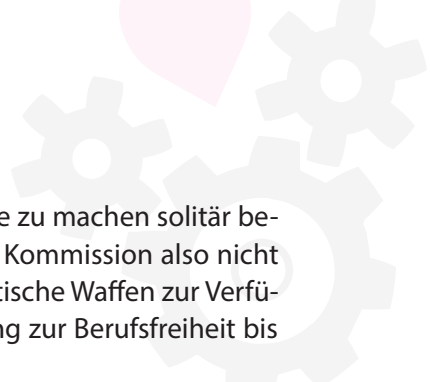
Die Teilnahme an sogenannten Kapazitätsregistern (eingeführt im Rahmen der Corona-Pandemie) soll für alle Häuser verpflichtend sein – auch das gab es als »Meldung freier Betten« früher nahezu flächendeckend in allen Bundesländern, bis es wegen der »notwendigen Flexibilität«, die die DRGs erfordern würden, eingestellt wurde. »Notwendige Konkurrenz« wäre die richtige Formulierung.

Die Kommission beschäftigt sich auch mit den Fachkliniken, die nicht in ihr Level-Schema passen. Das wird richtig erkannt und es wird ausgeführt (S. 12):

*»Die Regierungskommission regt trotzdem an, dass diese hochqualifizierten Kliniken zukünftig baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe II und III integriert werden.«*

Diese Forderung ist völlig richtig. Fachkliniken gehören in der Daseinsvorsorge sinnvollerweise als Fachabteilungen in Krankenhäuser des Levels II und III. Menschen bestehen eben nicht nur aus einem Knie. Zwar mag die spezifische Versorgung in einer Fachklinik gut sein. Wenn es zu Komplikationen kommt, wird die Lage jedoch prekär, und der Notarzt muss ausrücken.

Auch der Rosinenpickerei würde durch die Integration ein wirksamer Riegel vorgeschoben, falls die Revolution ausbleibt und die DRGs doch weiter bestehen. Genau dies ist aufgrund der Vorschläge der Kommission zu befürchten.



Wenn man bedenkt, dass diese Kliniken gerade wegen der Möglichkeit Profite zu machen solitär betrieben werden, wird klar: Auf die Unterstützung der privaten Betreiber darf die Kommission also nicht hoffen. Ihnen stehen zur Verteidigung ihres Geschäftsmodells leider scharfe juristische Waffen zur Verfügung: die gesetzlich normierte Trägervielfalt und die »gefestigte« Rechtsprechung zur Berufsfreiheit bis zum Bundesverfassungsgericht.

Deshalb ist dieser Vorschlag wohl ausdrücklich nur als »Anregung« formuliert, was im Klartext bedeutet: Nach Veröffentlichung kann man ihn wieder vergessen. Wer ernsthaft das Ziel verfolgt, Fachkliniken in Kliniken der Stufen II und III zu integrieren, müsste prüfen, welche gesetzliche Regelungen man streichen (Trägervielfalt) und welche man neu formulieren müsste (Krankenhäuser sind Teil der Daseinsvorsorge und nicht Geschäftsfeld), um diese wünschenswerte Strukturveränderung zu ermöglichen.

### ► Level IIIU – wirklich notwendig?

Innerhalb der Level 3-Krankenhäuser werden nochmals die Universitätskliniken abgegrenzt. Sie sollen zusätzlich »Aufgaben der überregionalen Koordination/Steuerung, System- und Zukunftsaufgaben (...) Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums« wahrnehmen und dafür extra vergütet werden. Ob diese Festlegung planerische Bedeutung hat oder ob die genannten Eigenschaften sowieso dem universitären Aufgabenbereich zugeordnet sind, kann dahingestellt bleiben. Die Unterscheidung schadet jedenfalls nicht. Zu klären wäre, ob eine gesonderte Vergütung – systemimmanent gedacht – notwendig ist. Bei kostendeckender Finanzierung (Kostendeckung 2.0) wäre sie es nicht.

### ► Level In – Auswirkungen unklar

Eine weitere Differenzierung erfolgt innerhalb Level I (Level In und Level Ii). Level In sind »normale« stationäre Einrichtungen, also Krankenhäuser der Grundversorgung mit Basisnotfallversorgung (Stufe 1 der G-BA-Definition), die neben ihren Aufgaben in der Basisnotfallversorgung Patienten aus »ihren« Leistungsgruppen behandeln. Ihre Vergütung entspricht (im Gegensatz zu dem, was im Moment durch die Medien geistert) im Grundsatz der Vergütung der anderen Levels (Vorhaltekostenvergütung von 20% und entsprechend verminderte DRG-Vergütung).

Hierzu wird ausgeführt (S. 13):

*»Der Grundversorger mit Notfallversorgung (Level In) hat einen Sicherstellungsauftrag für die stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf auch Geriatrie oder Palliativmedizin und ist für Regionen vorgesehen, in denen das nächstgelegene Krankenhaus der Regel- und Schwerpunktversorgung bzw. der Maximalversorgung weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt ist oder bei denen das Bundesland einen besonderen Versorgungsauftrag sieht.«*

Im Kern bedeutet das, dass es in einer Fahrzeitentfernung von 30 Minuten überall ein Krankenhaus der Notfallversorgung geben muss. Das ist eine richtige und wichtige Festlegung für alle ländlichen Gebiete. Ergänzt werden muss sie aber durch die Anpassung der Zahl und Lage der Notarztstandorte und Notarztteams und durch die Einrichtung von ambulanten Notfallzentren der Krankenhäuser vor Ort (s.u.).

In den Empfehlungen der Kommission gibt es keine Aussagen dazu, wie viele solche »Level In Häuser« notwendig sind, um eine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, bzw. umgekehrt, wie viele der jetzigen Krankenhäuser in Level Ii überführt werden sollen. Da es um die flächendeckende Versorgung geht, kann man nicht von den Krankenhauszahlen ausgehen, sondern muss die einzelnen Standorte betrachten. Laut Destatis<sup>8</sup> gibt es insgesamt 2062 Krankenhausstandorte von Allgemeinen Krankenhäusern, 1127 davon gehören zu einer der 3 Notfallstufen des GBA. In der Stufe 1 sind

---

<sup>8</sup> Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2020, 3.1.1



es 663 Standorte. 399 Standorte nehmen zusätzlich oder ausschließlich mindestens an einem Modul der speziellen Notfallversorgung (Schwerverletzte, Kinder, Spezialversorgung, Schlaganfall, Herzinfarkt) teil. 818 Standorte beteiligen sich nicht an der Notfallversorgung<sup>9</sup>. Hierzu zählen die meisten Fachkliniken und kleine private Kliniken. Es gibt aber auch Standorte, die an der Notfallversorgung teilnehmen, aber die Bedingungen des GBA an Stufe 1 nicht erfüllen. Aufgrund dieser Zahlen lässt sich nicht klären, wie hoch die Zahl der Krankenhausstandorte ist, die in das Level li (s.u.) umgewandelt werden sollen und wie sich die Zahl der zukünftig gewünschten Level-1n-Standorte zur aktuellen Zahl der Standorte, die an der Versorgung teilnehmen, verhält.

Wieder droht die Gefahr, dass hier über Strukturvorgaben Standortschließungen vorangetrieben werden sollen. Auch hier wird klar, dass an erster Stelle eine regionale Versorgungsplanung stehen muss und nicht Schließungs- oder Umwandlungsabsichten. Die wirkliche Alternative zur Umwandlung ist dann die Aufrüstung des Standortes, damit er Stufe 1n erfüllt.

### ► Level li – keine Grundversorgungshäuser, sondern Tummelplatz für Niedergelassene

Neu hinzu kommt die Untergruppe Level li, die »integrierte ambulant/stationäre Grundversorgung«. Ihre Aufgabe wird so beschrieben (S. 13 und 14):

*»Level-li-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zumeist 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 mit Zusatzweiterbildung, (...) erfolgen.*

*Um die regionalen Gegebenheiten angemessen berücksichtigen zu können, sind gerade für diese Versorgungsstufe flexible Möglichkeiten entscheidend. Je nach Bedarf sollte es daher möglich sein, Level li auch als regionales Gesundheitszentrum mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, jedoch zwingend mit Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung zu planen. (...)*

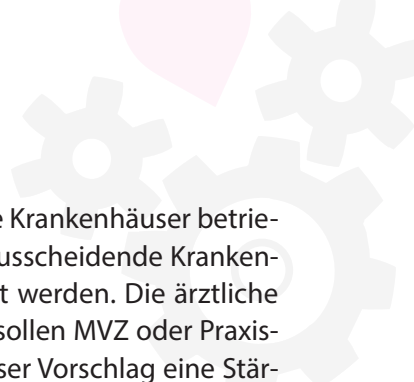
*Die sektorenübergreifende Planung des Levels li kann – und sollte zukünftig – in regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder erfolgen, welche die regionalen Besonderheiten und lokalen Bedarfe berücksichtigen und in ihre Planung einbeziehen. Dies gilt ebenfalls für die Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten in die Level-li-Kliniken.«*

Des Weiteren wird auf S. 16 zu den Mindeststrukturvoraussetzungen ausgeführt:

*»Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege. Leitung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, z.B. Advanced Nursing Practitioners mit entsprechender gesetzlicher Regelung. Innere Medizin und/oder Chirurgie, daneben je nach lokalem Umfeld allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich. Mindestvoraussetzung: Labor, Ultraschall, Röntgen. Tagdienst: ärztliche Anwesenheit, Nacht- und Wochenenddienst: fachärztlicher Rufdienst (...). Sozialdienst.*

*Vergütung erfolgt im Gegensatz zu den nachfolgenden Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Abrechnung der ärztlichen Leistungen: a) nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung und b) um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckung. Damit erhalten Level-li-Kliniken keine Vorhaltung und auch kein Pflegebudget. Beides wird durch die Tagespauschalen ersetzt, innerhalb derer ein erheblicher Teil auf die Pflegekosten entfällt.«*

9 Die Differenz der Gesamtzahl zur Summe der Zahlen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer ist in den Grunddaten nicht erklärt.



Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass solche »Krankenhäuser« auch durch andere Krankenhäuser betrieben werden, aber offensichtlich zielt dieser Vorschlag in eine andere Richtung: Ausscheidende Krankenhäuser sollen – zugespitzt ausgedrückt – in bessere Pflegeheime, umgewandelt werden. Die ärztliche Versorgung wird auf das Niveau von Belegkliniken heruntergefahren. Alternativ sollen MVZ oder Praxis-kliniken 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 und den Private-Equity-Fonds ein neues Geschäftsfeld eröffnet werden. Der Vorschlag ist weit davon entfernt, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen.

### ► **Ambulante Notfallzentren der Krankenhäuser statt Level II**

Die Einrichtungen sind nicht auf eine irgendwie geartete Notfallversorgung eingerichtet. Sie schließen – gerade in ländlichen Gebieten – die Lücke zwischen dem Hausarztbereich (soweit es diesen überhaupt noch gibt) und dem nächstgelegenen größeren Krankenhaus **nicht**. Sie sind gerade **nicht** ambulante Gesundheitszentren der Krankenhäuser<sup>10</sup>, die mit dem Personal der Krankenhäuser, mit telemedizinischer Anbindung und mit Überwachungsbetten die Grund- und Notfallversorgung vor Ort übernehmen.

Eine Überwindung der sektoralen Versorgung setzt voraus, dass die 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.

### ► **Intersektorale regionale Planung aber mit Planungshoheit des Landes**

Richtig ist, dass der Aufbau einer intersektoralen Versorgung auch eine intersektorale, regionale Planung erfordert. Diese Planung muss aber demokratisch sein und sie muss den niedergelassenen Bereich umfassen. Sowieso ist es paradox, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen – gesetzlich festgelegt – ihre Bedarfsplanung selbst machen. Man stelle sich vor, wie kontraproduktiv es wäre, wenn die Krankenhausplanung durch die Krankenhausgesellschaften gemacht würde...

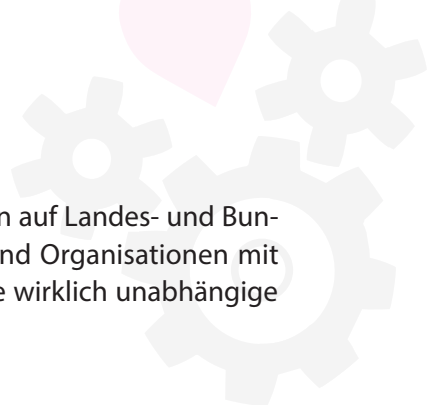
Ob die Vorschläge der Kommission in diese Richtung (demokratisch und regional) interpretiert werden können, darf bezweifelt werden. Paritätische Beteiligung klingt zwar nicht schlecht, schließt aber die Einbeziehung der Bevölkerung und der Beschäftigten aus, und die Rolle des Landes ist nicht definiert. Letztlich müsste die Planungskompetenz für beide Bereiche (ambulant und stationär) bei den Gesundheitsregionen und ihren Gremien liegen, die dann auch für eine demokratische Zusammensetzung sorgen müssen. Abzulehnen ist ein Vorgehen, bei dem die Kassen, die Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Vereinigung die Planung übernehmen und die Rolle des Landes auf die eines Moderators oder Streitschlichters reduziert wird. Die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Daseinsvorsorge hat das Land. Sie muss diese behalten und sie muss sie auch wahrnehmen, indem sie ihrer Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten nachkommt.

Unabhängig davon muss die konkrete Planung unter demokratischer Beteiligung der Bevölkerung und aller Berufs- und Interessengruppen incl. der Krankenhausbeschäftigten in den Versorgungsregionen stattfinden.

Die Einhaltung der Strukturvorgaben soll in dem Regierungskonzept durch den Medizinischen Dienst (ehemals Medizinischer Dienst der Krankenkassen) geprüft werden soll (S. 29). Die im Jahr 2019 erfolgte Umbenennung desselben soll Unabhängigkeit suggerieren, die nicht gegeben ist. Der Medizinische

---

<sup>10</sup> Wir haben diese Zentren bisher Primärversorgungszentren genannt, wollen diesen Begriff aber ändern, weil er im Bereich der ambulanten Primärversorgung bereits für niederschwellige Versorgungsangebote belegt ist.



Dienst wird weiterhin durch die Kassen finanziert und in seinen Verwaltungsräten auf Landes- und Bundesebene haben die Kassen 2/3-Mehrheiten, zugleich sind weitere Verbände und Organisationen mit jeweils eigenen Interessen in den Verwaltungsräten vertreten. Zu fordern ist eine wirklich unabhängige Prüfung oder eine Prüfung durch die Länder selbst.

### ► Vergütung Level II – jetzt wird es »revolutionär«

Die Vergütung dieser Level II-Häuser ist nun der Punkt, bei dem es »revolutionär« wird: Sie werden ganz aus den DRGs herausgenommen. Das ist aber kein Grund zur Freude, weil sie wohl vom Regen in die Traufe kommen werden. Tagespauschalen – auch wenn sie degressiv sind, sind ebenfalls eine Art der finanziellen Steuerung mit entsprechenden Fehlanreizen und haben nichts mit kostendeckender Finanzierung zu tun. Sie sind nicht zu verwechseln mit den tagesgleichen Pflegesätzen, die in Zeiten der Selbstkostendeckung unterjährig als Abschlag bezahlt wurden und bei denen am Jahresende spitz abgerechnet wurde.

Die betroffenen »ambulant/stationären« Einrichtungen hätten auch im neuen Finanzierungssystem ein starkes Interesse an Kostendumping, also am Abbau von Personal und Löhnen und an einer möglichst billigen Versorgung zum Nachteil der Patient:innen. Außerdem beinhalten die Tagespauschalen den Anreiz, die Verweildauern zu verlängern – zumindest so lange, bis die Kosten den degressiven Tagessatz überschreiten. Dabei fällt wieder eine sachfremde Entscheidung (es lohnt sich nicht mehr) statt einer bedarfsgerechten (kann die Patientin aus medizinischer und pflegerischer Sicht schon entlassen werden). Alles, weil dann die Verluste geringer, bzw. die Gewinne höher sind. Was daran gut sein soll, muss die Kommission erst mal erklären. Es werden lediglich die finanziellen Anreizsysteme ausgetauscht und andere Zielrichtungen eingeführt.

Dass die ärztlichen Kosten bei dort tätigen niedergelassenen Ärzten nach EBM gesondert abgerechnet werden sollen, fügt alldem dann noch den Anreiz hinzu, auf der ärztlichen Ebene möglichst viele Leistungen (egal ob nötig oder nicht) zu erbringen und abzurechnen. Sind die Ärzt:innen Angestellte einer Klinik, soll die Tagespauschale um den ärztlichen Kostenanteil erhöht werden. Auch das beinhaltet wieder einen finanziellen Anreiz jedoch in die umgekehrte Richtung: Ist die Höhe des Kostenanteils festgelegt, lohnt es sich die Kosten zu drücken, damit ein Gewinn bzw. kein Verlust entsteht – eingeschlossen die Verweigerung von Leistungen.

### ► »Von den DRGs zum 2-Säulen-Modell« »Vorhaltung und DRG«

Neben den DRGs, die »abgesenkt« weitergelten, und neben dem Budget für Pflege am Bett, das ebenfalls etwa 20% der ehemaligen DRG-Erlöse umfasst und ebenfalls weitergelten soll, soll es eine **Vorhaltevergütung** in Höhe von 20% der bisherigen DRG-Erlöse für alle Krankenhäuser Level I bis III geben bzw. eine Vorhaltevergütung von 40% für Intensivmedizin, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie. Für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag soll es ein gesondertes Mindestvorhaltebudget geben – also vermutlich weiterhin den Sicherstellungszuschlag. Die Einführung soll über eine Konvergenzphase von 5 Jahren (mit niedrigeren Prozentzahlen) erfolgen – also ca. bis 2029.

### ► Der Deckel bleibt drauf

Damit ist zunächst einmal festzuhalten, dass die Gesamtvergütung gleichbleibt und die Vergütung nur in anderer Form ausgezahlt wird. Das hat etwas von »rechte Tasche, linke Tasche«. Die insgesamt Unterfinanzierung stationärer Leistungen und der dadurch ausgelöste Konkurrenzdruck auf die Krankenhäuser soll also grundsätzlich beibehalten werden.

## ► Andere Effekte durch Vorhaltevergütung?

Die Frage ist: Sind von der anderen Vergütungsform »Vorhaltefinanzierung« bedarfsgerechte und angemessene Effekte zu erwarten? Die Kommission sagt »ja« (S. 20), weil der Leistungsbezug (DRGs) nur noch teilweise vorhanden ist und damit der Druck niedriger wird und man sich wieder mehr medizinischen Fragen und Aufgabenstellungen widmen könne.

Unsere Erfahrung sagt »nein«, weil auch und gerade von niedrigeren DRGs derselbe Anreiz zu Kostendumping und Mengenausweitung ausgeht – insbesondere, wenn die Höhe der Gesamtfinanzierung gleich bleibt. Umgekehrt wird ein Schuh draus: Gerade, weil die finanziellen Gestaltungspielräume eingeschränkt werden, wird der (phantasievolle) Leistungswettbewerb im »Rest-DRG-Bereich« noch mehr angefacht werden. Dies gilt insbesondere, weil diese Art der Vorhaltefinanzierung ebenfalls einen deutlichen Leistungsbezug hat (s.u.).

Die Ausgliederung der Pflege am Bett aus den DRGs hatte dasselbe Volumen wie die »normale« Vorhaltevergütung (jeweils 20%). Hat sich hierdurch die geringste Veränderung des Konkurrenzverhaltens der Krankenhäuser, des ständigen Versuchs, mehr Patient:innen zu akquirieren und des Kostendumpings (außer in der Pflege direkt) 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.

Dabei ist es nicht korrekt, die Ausgliederung der Pflege am Bett aus den DRGs auf eine Stufe mit der Vorhaltefinanzierung zu stellen. Das eine ist Kostendeckung, das andere eine alternative mengenabhängige Teilfinanzierung über ein Budget in einem weiterhin finanzgesteuerten Preissystem. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs ist gerade kein Budget – auch wenn es so genannt wird – sondern Selbstkostendeckung. Der gravierende Unterschied: Bei jeder Art von Budget sind weiterhin durch geschickte Gestaltung und (Personal-) Kostendumping Gewinne möglich, bei kostendeckender Finanzierung nicht.

## ► Ein klein wenig Umverteilung ist zu wenig für die »DRG-Überwindung«

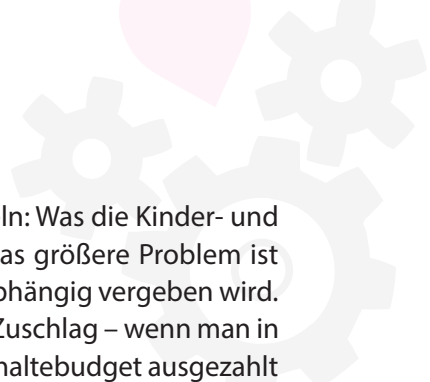
Durch die neue Finanzierungssäule werden tatsächlich in gewissem Umfang Gelder von fabrikförmig betreibbaren elektiven Versorgungsbereichen wie lukrativen orthopädischen oder kardiologischen Fachkliniken aus deren Fallpauschalen entnommen und umgelenkt in Richtung aktuell verlustbringender Bereiche der Daseinsvorsorge und Notfallversorgung in Notfallzentren, Kinderkliniken und Geburtshilfen.

Anzumerken ist auch, dass es ein »Mindestvorhaltebudget« (S. 27) für versorgungsnotwendige Krankenhäuser (Bedingung: »kein alternatives Krankenhaus in akzeptabler Entfernung«) geben soll, für die ein separater Finanzierungstopf gebildet werden soll. Eingeschränkt wird dies allerdings auch sofort: Es soll sich »typischerweise« um die Krankenhäuser handeln, die jetzt schon einen Versorgungszuschlag erhalten. Dies ist eine sehr geringe Zahl von Krankenhäusern (2022 waren es 141) und der Zuschlag ist bei Weitem nicht ausreichend (400.000 € bis maximal 800.000 € pro Jahr). Es steht zu befürchten, dass es sich bei dem »Mindestvorhaltebudget« eigentlich nur um die Weitergewährung des jetzigen, ungenügenden Sicherstellungszuschlages handelt.

Eine weitere Besonderheit soll für die Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin gelten:

*»Für die Vergütung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität und des erhöhten Aufwands in der medizinischen Versorgung ein Sonderfonds aufgelegt werden. Aus den Mitteln dieses Sonderfonds sollte ein Aufschlag von bis zu 20% auf die bisherigen aDRG-Erlösolumina der Leistungsgruppen der Pädiatrie und Kinderchirurgie, d. h. auf das Vorhaltebudget und auf die rDRGs erfolgen.«*

Grundsätzlich ist es richtig, dass die Kinder- und Jugendmedizin besser vergütet werden muss. Die Probleme liegen aber wieder im Detail: Zum einen ist unklar, ob der Sonderfonds ebenfalls der generellen



Deckelung (s.o.) unterliegt. Dann würde es sich nur um eine Umverteilung handeln: Was die Kinder- und Jugendmedizin mehr bekommt, würde bei den anderen abgezogen werden. Das größere Problem ist aber, dass die Erhöhung zu 80% auf die DRGs entfällt und damit wieder mengenabhängig vergeben wird. Damit wird die finanzielle Steuerung über Preise sogar noch gestärkt. Warum der Zuschlag – wenn man in der Systematik der Kommissionsvorschläge bleibt – nicht vollständig über das Vorhaltebudget ausgezahlt wird, ist nicht nachvollziehbar – außer man geht davon aus, dass das DRG-System in Wirklichkeit gar nicht geschwächt, geschweige denn überwunden, sondern nur publikumswirksam aufgehübscht werden soll.

Das alles ist ein zu kleiner Fortschritt, wenn weiter Profite gemacht werden dürfen oder Verluste drohen – mit allen damit verbundenen Fehlanreizen.

Es bleibt dabei: Ein bisschen (weniger) Wettbewerb ist auch nicht sinnvoll. In der Daseinsvorsorge haben Gewinne, Preise und Wettbewerb nichts verloren. Das Einzige, was hilft ist, die (Wieder-) Einführung der kostendeckenden Finanzierung und das Verbot von Gewinnen (siehe Factsheet Kostendeckung 2.0 von Krankenhaus statt Fabrik).

### ► Sind »Wirtschaftlichkeitsanreize« nötig?

Begründet wird die nur teilweise »Überwindung der DRGs« mit der Notwendigkeit von weiter bestehenden Wirtschaftlichkeitsanreizen. Sind denn während der Geltung der Selbstkostendeckung (1972 bis 1985) die Wirtschaftlichkeit in den Krankenhäusern und diese selbst zusammengebrochen und wurden unbezahlbar? Sicher nicht. Das eigentliche Problem ist, dass sich 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 in der Regel diametral anders. Gerade die Daseinsvorsorge lässt sich hervorragend über anderen Steuerungsmechanismen (Sachsteuerung – definiere das Notwendige, tue das Notwendige und finanziere es) lenken. Das Beispiel der Feuerwehr wird zwar zwischenzeitlich oft zitiert, trifft den Nagel aber immer noch auf den Kopf. Selbstkostendeckung ist kein Selbstbedienungsladen, sondern für die Kassen äußerst transparent, weil die Krankenhäuser jährlich ihre Kosten und Kostenstrukturen offenlegen müssen.

### ► Wie soll das Vorhaltebudget verteilt werden?

Die Verteilung der Gelder soll über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgen. Ausgangspunkt sollen die jetzigen DRG-Erlöse der jeweiligen Leistungsgruppen sein. Sie sollen dann nach Fallzahlen (Jahre 2023 und 2024) auf die einzelnen Krankenhäuser verteilt werden. Ein klarer Mengenbezug. Und es lauert das nächste Problem: Wer es schafft in den nächsten beiden Jahren in seinen Leistungsgruppen die Fallzahlen zu steigern, ist Nutznießer – also wieder ein Anreiz zur Mengenausweitung.

Das erkennt auch die Kommission, deshalb soll mittelfristig auf einen anderen Verteilungsmechanismus umgestellt werden: Auf einen Mix aus Bevölkerungsbezug, Prozess- und Ergebnisqualität und Fallmenge.

### ► Bevölkerungsbezug – Vorhaltebudget – Vorhaltefinanzierung

Zum Bevölkerungsbezug wird ausgeführt (S. 25):

*»Zunächst muss für jede Leistungsgruppe, für die ein Vorhaltebudget zugeteilt werden soll, eine Mindestanzahl an Menschen versorgt bzw. die daraus abgeleitete Mindestfallzahl erbracht werden. Damit wird gewährleistet, dass das auf die Region begrenzte Vorhaltebudget für die in der Region ansässigen Häuser*



*nicht zu klein und die Leistungserbringung damit für sie unwirtschaftlich wird. (...) Die Höhe des Vorhaltebudgets sollte aber über die Mindestbevölkerungszahl hinaus berücksichtigen, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner vom Krankenhaus in der betreffenden Leistungsgruppe versorgt werden (Vorhaltung von Kapazitäten für die Bevölkerung der Umgebung). (...) Bei dieser Bevölkerungszuteilung sind Faktoren der Demografie (etwa Alter und Geschlecht) und der Morbidität einzubeziehen. Darüber hinaus ist das Erreichen von zu definierenden Ambulantisierungszielen bei der Zuteilung des Vorhaltebudgets zu berücksichtigen.«*

Das Vorhaltebudget soll pro Leistungsgruppe vergeben werden. Es soll nur zugeteilt werden, wenn eine Mindestfallzahl in der jeweiligen Leistungsgruppe erreicht wird und die Höhe soll abhängig sein von der Zahl der zu versorgenden und versorgten Patient:innen. Was ist daran Vorhaltefinanzierung, was leistungsunabhängig?

Aus unserer Sicht ist eine Vorhaltefinanzierung ein Ausgleich für Kosten (Sach- und Personalkosten), der alleine dafür zu zahlen wäre, dass die notwendigen Leistungen vorgehalten werden, unabhängig von der schwankenden Inanspruchnahme. Dazu gehören auch die Vorhaltungen für Katastrophen usw., aber eben nicht nur. Die Höhe der Finanzierung müsste sich an diesen tatsächlich entstehenden Kosten orientieren (z.B. gewichtete Zahl der Betten in den einzelnen Fachabteilungen, Zahl der notwendigen Geräte, Personalkosten, usw.).

Grundsätzlich wäre die beste Form der Vorhaltefinanzierung die Selbstkostendeckung: Alles, was notwendig ist und dafür vorgehalten werden muss und vorgehalten wird, wird auch finanziert. Was wir in dem Regierungskonzept haben, ist etwas anderes: Tatsächlich ist das keine Vergütung für reale Vorhaltekosten, sondern ein Budget. Ein Budget ist aber etwas anderes als kostendeckende Finanzierung<sup>11</sup>. Es erlaubt Gewinne und Verluste und ist ebenfalls anfällig für finanzielle Fehlanreize. Im konkreten Fall ist es massiv leistungsabhängig und soll zusätzlich noch zur finanziellen Steuerung eingesetzt werden (Bevölkerung der Umgebung, Ambulantisierung). Außerdem ist es nicht zweckgebunden, so dass die Gelder für alles – incl. Ausschüttung als Dividende – eingesetzt werden können.

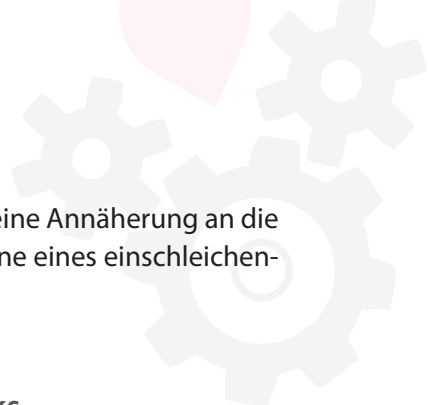
Wenn die Kommission schon nicht bereit ist, die DRGs tatsächlich zu überwinden, wäre die Mindestforderung, alle Personalkosten als Vorhaltekosten zu definieren, aus den DRGs auszugliedern und kostendeckend zu finanzieren. Hierfür spricht auch, dass es ja Qualitätsvorgaben für Personal geben soll, die mit Sicherheit besser zu erfüllen sind, wenn die vollständigen Personalkosten refinanziert werden. Das wäre eine echte Vorhaltekostenfinanzierung und würde gleichzeitig den Druck der »Rest-DRGs« vom Personal nehmen, weil sich dann Kostendumping auf dem Rücken der Beschäftigten nicht mehr lohnen würde.

### ► **Capitation – Einschleichversuch für neue Modelle der finanziellen Steuerung**

Bevölkerungsbezug klingt stark nach Capitation bzw. Regionalbudgets. In dieser Finanzierungsform wird ein fixes Gesamtbudget für die Versorgung einer Region festgelegt, was natürlich einen erheblichen Anreiz zur Unterversorgung (möglichst wenige Patient:innen im eigenen Haus/Bereich behandeln und möglichst am Personal sparen) beinhaltet, weil dann der Gewinn am höchsten ist. So wirkt aber diese Regelung hier nicht, weil einerseits doch wieder ein Mengenbezug eingeschmuggelt wurde (versorgte Einwohner:innen in der Leistungsgruppe) und es ja um ein zusätzliches Budget geht und jeder Patient weiterhin per DRG abgerechnet wird. Auf die DRG-Vergütung wegen der Vorhaltevergütung zu verzichten wäre nur dumm. Das Problem dieser Art von Bevölkerungsbezug ist also: Wie beim Fallbezug hat man eine weitere leistungsabhängige Mengenkomponente in die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung implementiert – was ja angeblich gerade nicht sein soll.«

Ein anderer Aspekt kommt hinzu: Die Begriffe Capitation, Regionalbudgets und Bevölkerungsbezug sind ja auch so eine Sau, die seit ein paar Jahren von den Neoliberalen durch die Dörfer und Städte Deutschlands getrieben wird. Auch wenn die realen Wirkungen des Bevölkerungsbezugs hier nichts mit

<sup>11</sup> In diesem Sinn ist das »Pflegebudget« kein Budget, weil es anhand der tatsächlich entstandenen Kosten abgerechnet wird (Kostendeckung für die Pflege) und weil es zweckgebunden ist.



dem ursprünglichen Modell zu tun haben, geht es wohl auch darum, zumindest eine Annäherung an die Begrifflichkeit und die entsprechenden Mechanismen zu erreichen – ganz im Sinne eines einschleichenden Vorgehens.

### ► **Ambulantisierungspotential – Erhöhung des finanziellen Drucks**

Ein weiterer Ansatzpunkt für neoliberale Zielsetzungen ist der Einbau eines angenommenen Ambulantisierungspotentials. Das Potential muss nicht da sein, es wird definiert (im Sinne eines Solls) und hat dann Auswirkungen auf die Höhe des Vorhaltebudgets. Damit vergrößert es den finanziellen Druck auf die Krankenhäuser und damit wiederum den Schließungsdruck. Abgesehen von der Unschärfe bzw. den schlechten Absichten bei der Definition dieses Potentials, muss man sich schon fragen, was ein angenommenes Ambulantisierungspotential mit den Vorhaltekosten zu tun hat? Soll es abgeschmolzen werden, weil die Fälle aus den DRGs herausfallen und das Verteilungsvolumen kleiner wird, oder soll es der Umverteilung zwischen den Krankenhäusern dienen? Der Kommission scheint es sehr wichtig, den Tatbestand »Ambulantisierungspotential« einzubringen. Er passt so gut zu den gesamten Abbauplänen.

### ► **Die Kommission sieht weitere Probleme**

*»In der Theorie sollte der Abschlag unterhalb der Fixkosten liegen, um einen Leistungsanreiz für Krankenhäuser zu erhalten. Dann können Krankenhäuser mit jeder Leistung einen positiven Deckungsbeitrag erzielen. Würden sie demgegenüber mit jeder Leistung einen negativen Deckungsbeitrag erzielen, könnte es im Extremfall aus Vergütungssicht für Krankenhäuser theoretisch Sinn ergeben, keine Leistung zu erbringen.« (S. 22)*

Das heißt, dass der Vorhalteanteil so gewählt wird, dass der Mengenanreiz bestehen bleibt, also das Gegenteil von dem, was angeblich bezweckt wird. Außerdem scheint auch hier wieder die abstruse Vorstellung auf, dass die Beschäftigten der Krankenhäuser – ganz im Sinne neoliberaler Theorien – als »Nutzenoptimierer« die Leistung einstellen, wenn kein Gewinn dabei herauspringt. Nichts ist weiter entfernt von der Realität der Einrichtungen der Daseinsvorsorge, als diese Karikatur.

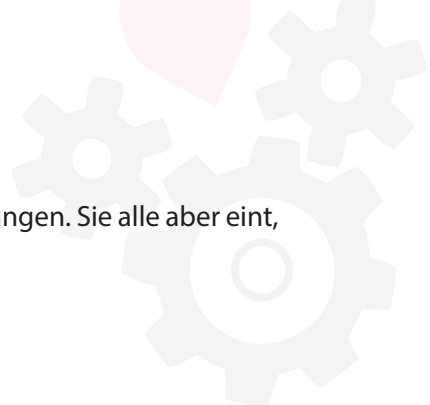
*»Ferner ist zu überlegen, wie mit regional unterschiedlichen Personalkostenniveaus umgegangen werden soll, wenn es konkrete Personalvorgaben für Leistungsgruppen gibt und die Lohnkosten regional variieren.« (S. 26)*

Auch dieses Problem ist real. Es tritt nur bei finanzieller Steuerung und Budgets auf, nicht bei Selbstkostendeckung.

*»Eine Zuteilung des Vorhaltebudgets nur nach einem Bevölkerungsbezug würde aber Risiken bergen. So würden Krankenhäuser mit einer ungenügenden Behandlungsqualität, die von der Bevölkerung möglicherweise gemieden werden, lediglich aufgrund der Bevölkerungszuordnung ein hohes Vorhaltebudget erhalten. Ebenso ist es möglich, dass Krankenhäusern allein infolge ihrer günstigen geografischen Lage mehr Bevölkerung und somit Vorhaltebudget zugeordnet wird als benachbarten Häusern mit mehr Leistungsvolumen.« (S. 25)*

Dem ist nichts hinzuzufügen, außer der Frage, warum man nicht einfach die tatsächlichen Vorhaltekosten refinanziert oder besser die gesamten Personalkosten aus den DRGs ausgliedert? Wahrscheinlich doch deshalb, weil das eigentliche Ziel weiterhin ist, einen (indirekten) Leistungsbezug zu erhalten und damit finanziell steuernd in die Krankenhausstruktur einzugreifen.

Alle diese Ungereimtheiten sind die Folge davon, dass man weiterhin mit allen Mitteln die finanzielle Steuerung aufrechterhalten will, so dass Gewinne/Verluste weiterhin möglich sein sollen. Es gibt unterschiedliche Modelle der finanziellen Steuerung: Steuerung über Fallpreise (DRG), Einzelleistungsvergü-



tung, Budgets, Capitation. Sie alle haben (z.T. unterschiedliche) negative Auswirkungen. Sie alle aber eint, dass das Geld über die Sache gestellt wird und Gewinne ermöglicht werden.

### ► »Leistungsunabhängig« trotz »Mengenbezug«?

Eines der beiden anderen Kriterien, das die **leistungsunabhängige** Vorhaltevergütung gewährleisten soll, ist – Überraschung – ein »**Mengenbezug**«. Begründung (S. 26):

*»Dieser ist notwendig, um den besonderen Aufwand von stark nachgefragten Krankenhäusern zu berücksichtigen und andersherum Krankenhäusern, die von Einweisern und Bevölkerung gemieden werden, nicht dauerhaft ein hohes Vorhaltebudget zuzuteilen.«*

Dass die Krankenhäuser, die gut nachgefragt werden, eh über die DRGs eine höhere Vergütung bekommen (und umgekehrt umgekehrt), scheint dabei übersehen worden zu sein. Außerdem ändern sich die Vorhaltekosten nicht gravierend, wenn eine gewisse Zahl von Patient:innen mehr oder weniger behandelt wird. Gerade Krankenhäuser, die gemieden werden, die aber bedarfsnotwendig sind, wären auf ein hohes Vorhaltebudget angewiesen. Wenn sie eine schlechte Qualität haben, sollte man sie ertüchtigen, ihre Arbeit besser zu machen und sie nicht noch größeren finanziellen Zwängen aussetzen.

Fast schon makaber klingt es, bei der Vielzahl von Elementen der Mengensteuerung beim Vorhaltebudget, wenn die Kommission abschließend feststellt.

*»Eine reine Orientierung der Höhe des Vorhaltebudgets an der Fallzahl wird von der Regierungskommission nicht empfohlen, weil dies in letzter Konsequenz zu keiner echten Veränderung der Vergütungssystematik führen würde. Der Anreiz auf Mengenausweitung bliebe weitgehend erhalten.«*

Eine »reine« Orientierung ist gar nicht notwendig. Das, was die Kommission in die »2. Säule ohne Leistungsbezug« hineingeschmuggelt hat, reicht vollkommen aus – von der Fortexistenz der DRGs selbst einmal abgesehen.

### ► Abzüge bei minderer Qualität

Die dritte Komponente, nach der die Vorhaltebudgets verteilt werden sollen, ist ein **Qualitätsbezug**. Hierzu heißt es relativ kurz (S. 25):

*»Je nach Leistungsgruppe sollen geeignete Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität die Höhe des Vorhalteanteils beeinflussen und damit gute Qualität fördern (...). Eine reine Orientierung an Qualitätsparametern wird von der Regierungskommission aber nicht empfohlen, weil die Messung von Prozess- und Ergebnisqualität nur eingeschränkt valide möglich ist und die besten Parameter für viele Leistungsgruppen strittig sind.«*

Die Parameter sind zwar strittig, aber sie machen es trotzdem. Auch hier muss die Frage gestellt werden: Was hat das mit den Vorhaltekosten zu tun? Es handelt sich doch auch wieder um den Ansatz, dass finanziell gesteuert wird (Belohnung/Bestrafung), anstatt die Qualität an allen bedarfsnotwendigen Standorten zu fördern. Dafür spricht auch, dass auf S. 28, Kasten 2 vom »Zielerreichungsgrad« gesprochen wird. Damit wären wir dann bei der Vergütung der Ergebnisqualität (Pay for Performance – PFP), noch ein neoliberales Lieblingsthema, das über diesen Umweg hoffähig gemacht werden würde. 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.

Die Kontrolle und die Förderung der Qualität gehört in die Planung und nicht in die Finanzierung, auch nicht in die angebliche Vorhaltefinanzierung. Im Übrigen gilt hier, was vorher schon ausgeführt wurde: Der Missbrauch dieses Qualitätsbezugs zur Selektion von Krankenhäusern muss ausgeschlossen werden.



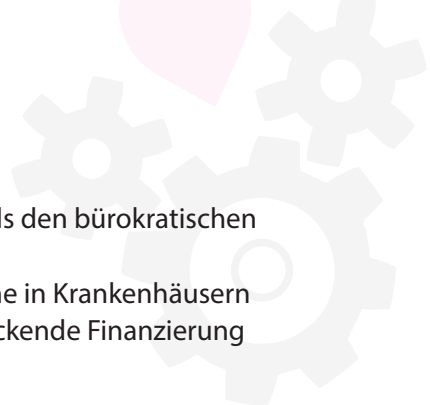
► **Bürokratiemonster immer gefräßiger**

Eine der größten Plagen des DRG-Systems ist der aberwitzige Aufwand an Verwaltungstätigkeiten, der dadurch entsteht, dass jede faktisch einzelne Handreichung detailliert und nachprüfbar dokumentiert, codiert und nachkontrolliert werden muss. Auf Kassenseite läuft dann derselbe Prozess nochmal ab, gefolgt von der Austragung von Abrechnungstreitigkeiten, die ganze Abteilungen, Schiedsstellen und in letzter Konsequenz Gerichte beschäftigen. Damit werden wichtige Ressourcen gebunden, die viel besser für die Versorgung der Patient:innen eingesetzt würden. Für die Beschäftigten in der unmittelbaren Versorgung bedeuten sie eine echte Zumutung und eine unnötige massive Mehrbelastung.

An diesem Punkt wird sich nichts zum Besseren ändern. Das Gegenteil ist der Fall: Der Aufwand in Bezug auf die DRGs bleibt genau der Gleiche. Hinzu kommt der Aufwand für die Optimierung der Vorhaltepauschale, bei der wiederum alle möglichen Nachweise erbracht, kontrolliert und bestritten werden müssen. Auch dies wäre bei einem echten Umstieg auf die kostendeckende Finanzierung nicht mehr nötig. Natürlich müsste auch hier der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erbracht werden, aber in Bezug auf das Jahresergebnis und nicht in Bezug auf jede einzelne Tätigkeit. Dies würde insbesondere die Beschäftigten in der direkten Patientenversorgung deutlich entlasten.

► **Quintessenz aus unserer Sicht:**

- Sektorenübergreifende, detaillierte Bedarfsplanung ist notwendig, sie muss demokratisch und regional sein. Die Bedarfsplanung ist Landesaufgabe. Den Versorgungsauftrag ambulant wie stationär müssen die Gesundheitsregionen haben.
- Sektorenübergreifende Strukturänderungen sind notwendig. 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 werden abgelehnt.
- Versorgungstufen und Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien 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.
- Betrachtet man die finanziellen Steuerungselemente, die weiterhin bestehen (Mengenbezug) bzw. neu vorgeschlagen werden (Qualitätsbezug), besteht zusätzlich die Gefahr, dass sie sinnvolle Planungsansätze (soweit es solche geben sollte) konterkarieren und zum betriebswirtschaftlich bedingten Ausscheiden weiterer Krankenhäuser führen (kalte Strukturreform).
- Die groß angekündigte Finanzierungsreform ist 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. 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 mit und trotz all ihrer inneren Widersprüchlichkeiten 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 vorgeschlagene Reform hält den Kostendruck auf das Personal aufrecht. Personalkosten sind Vorhaltekosten. Sie müssen anhand einer bedarfsgerechten Personalbemessung geplant und kos-



tendeckend finanziert werden. Die vorgeschlagene Reform verstärkt nochmals den bürokratischen Aufwand, anstatt ihn endlich zu reduzieren.

- Daseinsvorsorge braucht Sachsteuerung, keine finanzielle Steuerung. Gewinne in Krankenhäusern sind zu verbieten, die DRGs sind vollständig abzuschaffen und eine kostendeckende Finanzierung (Kostendeckung 2.0) einzuführen.

*Das Papier wurde von Thomas Böhm geschrieben und vom gesamten Kollektiv des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik diskutiert und überarbeitet.*

*10. Januar 2023*



Bündnis Krankenhaus statt Fabrik  
V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz  
Mobil: 0172 – 185 8023

[www.krankenhaus-statt-fabrik.de](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de)  
Twitter: @KHstattFabrik

**KRANKEN** HAUS  
STATT **FABRIK**  
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert