

# Gesundheitspolitik aktuell

## Was bringt die Krankenhausreform?



Antje Liesener

Die am 6. Dezember 2022 im Rahmen der Bundespressekonferenz in Berlin vorgestellte Krankenhausreform kommt laut Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach einer Revolution gleich: Das Gesundheitswesen verabschiedet sich von der reinen Leistungsvergütung und setzt künftig mit der Einführung sogenannter Vorhaltepauschalen auf einen Finanzierungsmix. Zudem soll die Krankenhauslandschaft bundesweit einheitlich neu strukturiert werden. Auf diese Weise sollen bestehende Fehlanreize minimiert und die Krankenhausversorgung wieder stärker als Teil einer gesundheitlichen Daseinsvorsorge sichergestellt werden. Der Bundesgesundheitsminister betonte: „Die Krankenhausversorgung darf nicht länger ökonomischen Zwängen folgen, sondern das Medizinische muss wieder im Vordergrund stehen.“ Die Umstellung soll innerhalb von fünf Jahren erfolgen.

Seit 20 Jahren werden Krankenhausbehandlungen in Deutschland komplett über Fallpauschalen nach dem DRG-System finanziert. Fallpauschalen sind ein in vielen Gesundheitssystemen übliches Instrument, um eine leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen. Allerdings nutzt kein anderes Land sie zur ausschließlichen Finanzierung von Krankenhausleistungen.

Bei seiner Einführung 2003 war diese Form der Vergütung mit der Hoffnung auf mehr Effizienz im Gesundheitswesen verbunden. Die bis dahin praktizierte Vergütung über krankhausindividuelle Tagespflegesätze hatte im internationalen Vergleich zu sehr hohen Krankenhausverweildauern und ineffizienten Versorgungsprozessen geführt. Die Fallpauschalen sollten Anreize für Wirtschaftlichkeit und Leistungsorientierung in der Versorgung setzen. Als lernendes System konzipiert, werden die Fallpauschalen

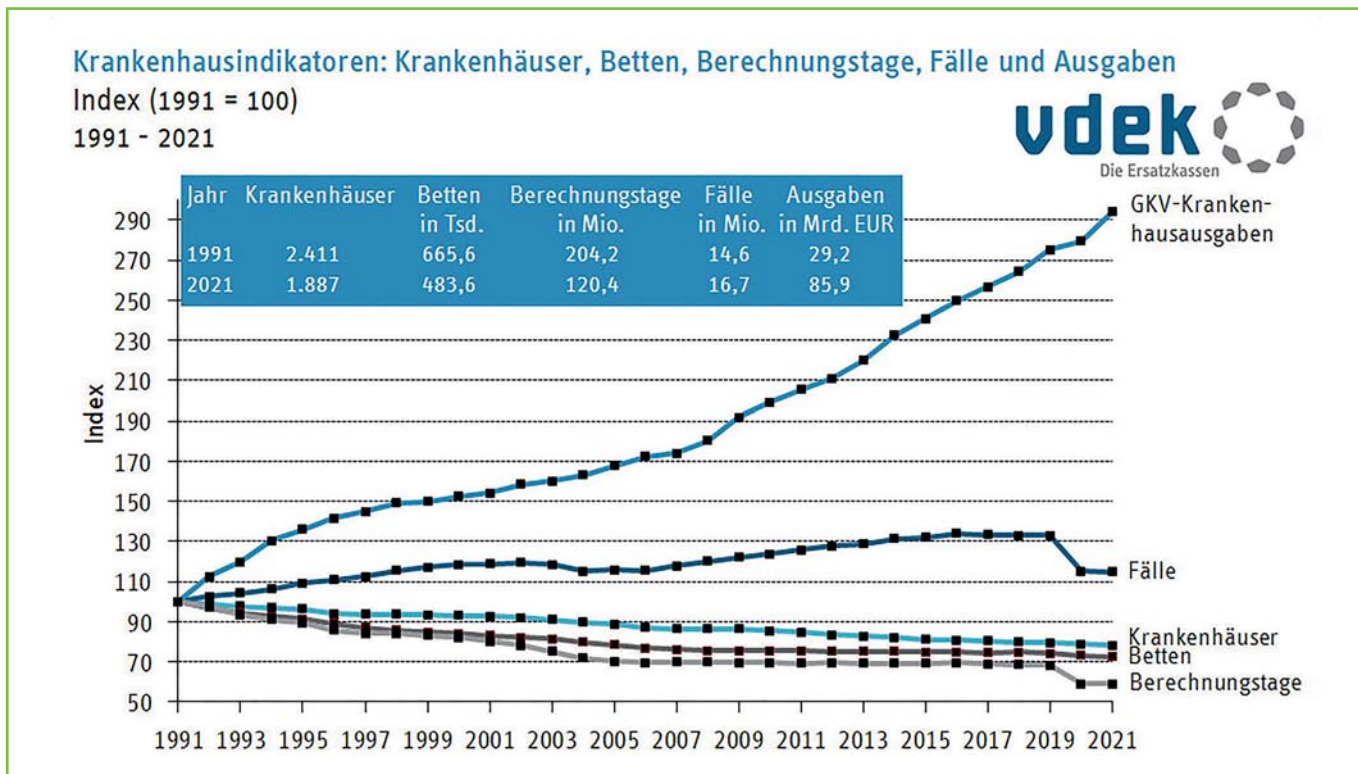
seitdem jährlich neu auf Basis der durchschnittlichen Behandlungskosten ausgewählter Kliniken kalkuliert. Die Höhe der Pauschale richtet sich nach der Krankheitsart (Diagnose), der Erkrankungsschwere, vorhandenen Nebendiagnosen und damit verbundenen Mehraufwänden sowie nach den erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren).

Tatsächlich führten die Fallpauschalen zur gewünschten Leistungsorientierung. Allerdings beförderten sie zugleich einen starken Fehlanreiz hin zu immer mehr Quantität. Viele Kliniken erkannten: mehr Behandlungen mit möglichst knappem Ressourceneinsatz führen zu mehr Gewinn. In der Folge konnte ein deutlicher Personalabbau im nichtärztlichen Bereich be-



Bild: everythingpossible, adobe stock

Abbildung 1: Entwicklungen im Krankenhaus. Quelle: Vdek (2022)



obachtet werden (Destatis 2023). Der ökonomische Druck auf die verbliebenen Mitarbeiter\*innen stieg stetig. Sinkende Betreuungsschlüssel bei komplexer werdenden Aufgaben und steigenden Fallzahlen führten wiederum zu andauernder Überlastung und weiterer Personalfuktuation. Heute wird dem Krankenhausbereich ein chronischer Personalmangel in der Pflege und in anderen, nichtärztlichen Berufsgruppen bescheinigt. Mit der Herauslösung der Pflegepersonal-kosten aus den Fallpauschalen wurde 2019 dieser Fehlentwicklung erstmals gezielt gegengesteuert.

Gerade die fehlende Berücksichtigung der Behandlungsqualität im Rahmen der Vergütung über Fallpauschalen wird seit langem kritisiert. Bislang fließen beispielsweise die Strukturdaten der Krankenhäuser nicht in die Kalkulation der Fallpauschalen ein. So können auch hochspezialisierte Behandlungen in Krankenhäusern erfolgen, die dafür weder über die Ausstattung noch über die notwendige Expertise verfügen. Die Folgen zeigen sich deutlich in Abbildung 1: Seit Jahren

steigen sowohl die Anzahl als auch die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen, bei zeitgleicher Abnahme der Krankenhäuser, der Liegezeiten und der Bettenanzahl (vdek 2022).

### Eckpunkte der Reform

Das nun vorgestellte zwei-Säulen-Finanzierungsmodell aus Vorhaltepau-schale und Fallpauschalen soll die Vorteile einer leistungsorientierten Vergütung nach dem DRG-System mit Teilen eines Selbstkostendeckungsprinzips sinnvoll verknüpfen und zugleich die bedarfsgerechte Krankenhausplanung der Länder qualitativ stärken. Die Reformansätze betreffen jedoch nicht nur die Krankenhausfinanzierung. Als Reformziele werden benannt:

- Reduzierung der starken Mengen-abhängigkeit und des starken Leistungsbezugs zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung
- Bundesweite Angleichung der bislang sehr heterogenen Qualität der Krankenhäuser durch Mindeststrukturvorgaben
- Sicherung einer wohnortnahen pflegerischen Versorgung durch

die Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung.

Dazu sieht das Reformkonzept eine grundlegende Umgestaltung mit folgenden zentralen Elementen vor:

### ■ Einführung bundesweit einheitlicher Krankenhauslevel

Bundesweit sollen einheitliche Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level) definiert werden, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen und anhand dieser Level eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung zu ermöglichen. Vorgeschlagen wird ein System mit drei Leveln, von denen Level I und III nochmals weiter differenziert werden (Abb. 2):

- Level 1:** Krankenhäuser der lokalen Grundversorgung, unterteilt in:
  - Level 1n:** mit Notaufnahme und Intensivmedizin nach der Definition des G-BA Stufe 1. Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie und nach lokalem Umfeld weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basis- Notfallversorgung

**Level 1i:** ohne Notaufnahme und Intensivmedizin, dafür mit integrierten ambulant-stationären Zentren, die auch von qualifizierten Pflegefachpersonen geleitet werden können. Diese halten Akutpflegebetten für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungszuordnung vor. Level-1i-Krankenhäuser verfügen mindestens über eine Abteilung für Innere Medizin und/oder Chirurgie, weitere Fachdisziplinen sind möglich. Ihr Schwerpunkt liegt in ambulanten medizinischen Leistungen. Die sektorübergreifende Integration niedergelassener Ärzte ist erwünscht.

Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung im Rahmen der Primärversorgung sollen Krankenhäuser des Levels 1i komplett aus dem DRG-System herausgelöst und stattdessen über Tagespauschalen finanziert werden.

**Level 2:** Regionale Versorgung mit Notaufnahme und Intensivversorgung nach der Definition des G-BA der Stufe 2 und weitere Leistungsgruppen

**Level 3:** Überregionale Versorgung mit breitem Leistungsspektrum nach der Definition des G-BA Stufe 3 mit dem Sonderlevel IIIU Universitätsmedizin

■ **Einführung von 128 Leistungsgruppen**

Künftig müssen Krankenhäuser bestimmte Strukturvoraussetzungen erfüllen, um bestimmte Leistungen anbieten zu dürfen. Für insgesamt 128 Leistungsgruppen, die jeweils Indikationen zusammenfassen, sollen Strukturvorgaben z.B. hinsichtlich Personal oder medizinischer Geräte definiert und den Versorgungslevel zugeordnet werden. Die Strukturvorgaben sollen eine vergleichbare Mindestqualität garantieren und sicherstellen, dass alle Patient\*innen nur noch in Abteilungen behandelt werden, die hierfür sowohl über die nötige Expertise als auch Ausstattung verfügen. Für die Versorgungslevel wurden bereits Mindeststrukturvorgaben formuliert, für die 128 Leistungsgruppen müssen diese noch erarbeitet werden.

■ **Einführung von Vorhaltungskosten**

Die DRG-Vergütung wird um Vorhaltekosten in Höhe von ungefähr 40 Prozent ergänzt. Für die Intensivmedizin, Notfallmedizin, Neonatologie und Geburtshilfe wird sogar ein Vorhalteanteil in Höhe von 60 Prozent vorgeschlagen. Die Fallpauschalen sinken entsprechend ab: Auf diese Weise soll der öko-

nomische Anreiz gesenkt werden, Behandlungen lediglich um der Behandlungen willen durchzuführen. Dabei ist keine Mittelaufstockung geplant, vielmehr sollen die vorhandenen Mittel umverteilt werden. Die Höhe der Vorhaltung soll sich nach Leistungsgruppen und Krankenhauslevel richten. Das bereits heute aus den DRG ausgegliederte Pflegebudget wird dabei Hauptbestandteil der Vorhaltung.

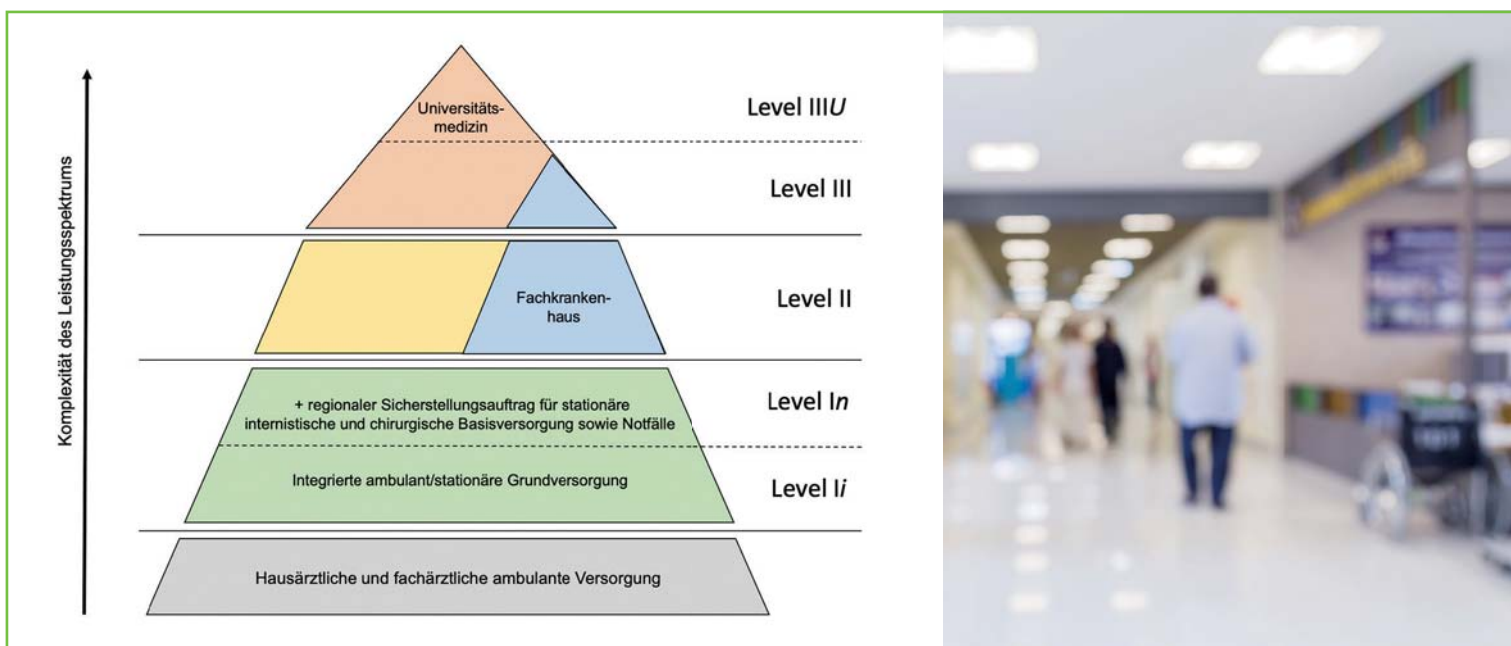
**Fahrplan zur Reform**

Eine erste Besprechung der Reformvorschläge mit den Fraktionen des Deutschen Bundestages und den Landesgesundheitsministerien am 5. Januar 2023 führte zunächst zu großer Zustimmung der Länder zum Reformansatz. Nun soll das Reformvorhaben mit einem gemeinsamen Gesetzesentwurf vorangebracht werden, der bis zum Sommer vorliegen und bereits zum Jahresende 2023 verabschiedet sein soll. Innerhalb eines Jahres sollen zudem die geplanten 128 Leistungsgruppen definiert werden.

**Chancen, offene Fragen und erste Kritik**

Ob die Vorschläge zur Krankenhausreform einer Revolution gleichkommen, mag im Auge des Betrachters liegen.

Abbildung 2: Versorgungslevel laut Krankenhausreform. Quelle: Regierungskommission (2022); Bild: whyframeshot, adobe stock



Gleichwohl markieren sie eine Zäsur, in dem sie die rein leistungsorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen für gescheitert erklärt und beendet. Dennoch bricht der Reformvorschlag nicht komplett mit dem DRG-System. Jede Vergütungsform hat ihre Schwachstellen: Fallpauschalensysteme motivieren, möglichst viele Patient\*innen zu behandeln, Selbstkostendeckungssysteme wiederum ermuntern zu Kostensteigerungen, Systeme der Vorhaltefinanzierung vergüten eine Angebotsvorhaltung, ohne dass es die Notwendigkeit gibt, überhaupt auch nur eine\*n Patient\*in zu versorgen. Die Einführung einer aufeinander abgestimmten Synthese



## Nach vorne schauen

Die Klinik Graal-Müritz hilft Ihnen nach der Akut-Therapie wieder Kraft zu tanken. Wir sind spezialisiert auf die Behandlung von **allen Tumorerkrankungen**, die als **Anschlussheilbehandlung (AHB)** und **Anschlussrehabilitation (AR)** durchgeführt werden. Fordern Sie noch heute weitere kostenlose Informationen unter Tel. (03 82 06) 75-0 an.



### Klinik Graal-Müritz

Fachklinik für Onkologie und Ganzheitsmedizin

Lindenweg 16/17  
18181 Ostseeheilbad Graal-Müritz,  
Telefon (03 82 06) 75-0, Fax -1 75  
info@klinik-graal-mueritz.de

[www.klinik-graal-mueritz.de](http://www.klinik-graal-mueritz.de)

dieser Vergütungsformen erscheint daher klug. Ebenso klug wäre es, künftig regelmäßig zu überprüfen, ob der vorgeschlagene Mix tatsächlich der „goldene Mittelweg“ ist oder ebenfalls unerwünschte Fehlanreize setzt.

Im Hinblick auf die vorgeschlagenen Versorgungslevel orientiert sich der Reformvorschlag an bereits vorhandenen Konzepten, wie sie beispielsweise in der niedersächsischen Krankenhausplanung umgesetzt werden: nämlich im Wesentlichen an Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Notfallstufen und deren Strukturvorgaben (vgl. G-BA 2020). Die damit geforderte Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft stellt einen nicht unerheblichen und ggf. sogar unzulässigen Eingriff des Bundes in landeshoheitliche Aufgaben der Krankenhausplanung dar. Ein gemeinsamer Gesetzentwurf von Bund und Ländern erscheint somit ein vielversprechendes Vorgehen.

Die Idee der Leistungsgruppen wird bereits im kleineren Umfang von 60 Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Von dem höheren Differenzierungsgrad versprechen sich die Reformdenker Anreize für eine stärkere Spezialisierung und Flexibilisierung: Krankenhäuser werden ermutigt, Leistungsgruppen untereinander zu tauschen, um so auf den Bedarf bzw. auf eigene Strukturveränderungen zu reagieren.

Sehr erfreulich ist, dass in den bereits formulierten Mindeststrukturqualitäten der Versorgungslevel explizit auch die Sozialdienste aufgeführt werden. Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung) hob bei der Bundespressekonferenz ihre besondere Bedeutung im Rahmen der stationären Gesundheitsversorgung hervor: „Insbesondere in der deutlich engeren Vernetzung der Kliniken, die in Zukunft telemedizinisch miteinander verknüpft sein sollen, und zwar sowohl in der Zuweisung zum Zentrum als auch dann danach in der Rückver-

legung und heimatnahen Versorgung [...] ist so etwas wie der Sozialdienst unabdingbare Voraussetzung für jedes Krankenhaus“.

Die Umwandlung gerade kleiner Häuser in Krankenhäuser des Levels 1i mit integrierter ambulant-stationärer akutpflegerischer Abteilung bietet die Chance für eine moderne und lokal vernetzte Primärversorgung. Leider nimmt der Reformvorschlag bislang hierfür lediglich die niedergelassenen Ärzte als potenzielle Belegärzte in den Blick. Das schöpft die Potenziale einer echten integriert ambulant-stationären Versorgung noch nicht aus. Vielmehr sollten diese Häuser strukturiert Kooperationen mit allen gesundheitsbezogenen und sozialen lokalen Versorgern wie z.B. Pflegestützpunkten, Pflegediensten, Alten- und Pflegeheimen, sozialpsychiatrischen Diensten etc. entwickeln, um sich am tatsächlich vorhandenen Bedarf zu orientieren, Versorgungslücken zu schließen und perspektivisch eine sozialräumlich orientierte Versorgung zu realisieren (vgl. DVSG 2022; DVSG 2013).

Der Reformvorschlag offenbart weitere Lücken. So wird die Bürokratie in der Krankenhausversorgung nicht fokussiert (vgl. Mau 2023; Bublitz 2022). Dabei beklagen Mitarbeitende neben dem ökonomischen Druck seit Jahren den hohen bürokratischen Aufwand. Bis zu 40 Prozent der Arbeitszeit entfallen auf Dokumentationsarbeiten (Marburger Bund 2022). Ein umfassender und gezielter Bürokratieabbau würde Arbeitsleistung und damit Versorgungskapazitäten freisetzen. Im Zuge des Fachkräftemangels wäre hier ein guter Ansatzpunkt für eine nachhaltige Sicherstellung der Versorgung. Auch das Thema der chronischen Unterfinanzierung von Investitionskosten wird in dem vorliegenden Papier weitestgehend ausgeklammert. Dabei erfordert die Reform selbst zusätzliche Investitionen für den gewünschten Umbau der Krankenhäuser.

Eine Auswirkungsanalyse der Reformvorschläge im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

zeigt, dass von den bundesweit rund 1.700 Krankenhäusern knapp ein Viertel dem Level 1i und die Hälfte dem Level 1n zugeordnet werden würden (Vebeto, HCB 2023). Lediglich 80 Krankenhäuser erfüllen den geplanten Level 2, 150 Standorte den Level 3. Die Analysen gehen davon aus, dass viele Kliniken für bestimmte Leistungsgruppen oder auch komplett ihren bisherigen Auftrag zur Patientenversorgung verlieren werden, da sie nicht über die erforderliche Strukturqualität verfügen. Während dies als Maßnahme zur Qualitätssicherung durchaus im Sinne des Bundesgesundheitsministers sein dürfte, kritisiert die DKG dieses Szenario als tiefen Eingriff in die Krankenhauslandschaft und hat im Februar einen alternativen Reformvorschlag vorgelegt (DKG 2023). Ob der Vor-

schlag der DKG aufgegriffen werden wird, ist offen. Noch in der Pressekonferenz hatte Karl Lauterbach deutlich gemacht, dass er keinen Vorteil darin sehe, die Selbstverwaltung oder Fachverbänden in die weitere Ausgestaltung des Gesetzentwurfs einzubinden.

Für seinen Reformansatz spricht, dass er nicht das Rad komplett neu erfinden will, sondern sich an erprobten Konzepten orientiert, diese aufgreift und versucht, sie sinnvoll zu verknüpfen. Es ist zu hoffen, dass Krankenhäuser die damit verbundenen Chancen bedarfsgerecht umsetzen werden, z. B. durch die Spezialisierung auf ausgewählte Leistungsgruppen oder die Umwandlung in Primärversorgungszentren des Levels 1i. Entwicklungen im europäischen Ausland zeigen, dass

ein Umbau der Krankenhausversorgung in jedem Fall Zeit braucht. Die demografische Entwicklung mit unserer zunehmend älter werdenden Gesellschaft und den damit potenziell höheren Behandlungsbedarfen macht bei schwindenden Fachkräftezahlen einen grundsätzlichen Wandel unausweichlich. Für die Sicherstellung einer guten, wohnortnahen Versorgung einerseits und einer spezialisierten Versorgung andererseits ist eine Grundreform unumgänglich, damit diese Versorgung mit dem Personalstamm umsetzbar ist, der dann (noch) zur Verfügung steht.

■ *Antje Liesener, MPH, Diplom Sozialpädagogin (FH). Referentin in der DVSG-Geschäftsstelle, © antje.liesener@dvsg.org*

## Literatur

Bublitz, Thomas (2022): **Krankenhausreform: Entscheidend ist, ob es besser wird.** In: *Oberserver Gesundheit* (Hg.): *Kommentare*. Online verfügbar: <https://observer-gesundheit.de/krankenhausreform-entscheidend-ist-ob-es-besser-wird> (09.02.2023)

Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023): **Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern.** Online verfügbar: [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html) (09.02.2023)

DKG (2023): **Starke Krankenhäuser, leistungsfähige Patientenversorgung, attraktive Arbeitsplätze. Reformvorschlag der DKG zu den Themen Krankenhausstrukturen und Finanzierungsreform.** Online verfügbar: [www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2023/DKG\\_Konzept\\_Regierungskommission.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/DKG_Konzept_Regierungskommission.pdf) (27.02.2023)

DVSG (2022): **Gesundheitskioske müssen bedarfsgerecht und multiprofessionell ausgerichtet sein. DVSG-Stellungnahme.** Online verfügbar: <https://>

[dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen](https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen) (13.02.2023)

DVSG (2013): **Positionspapier zu den Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungslandschaft.** Online verfügbar: [https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Ambulante-Beratung-2013-12.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Ambulante-Beratung-2013-12.pdf) (13.02.2023)

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2020): **Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).** Online verfügbar: [www.g-ba.de/richtlinien/103](http://www.g-ba.de/richtlinien/103) (13.02.2023)

Marburger Bund (2022): **MB-Monitor 2022.** Online verfügbar: [www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buero-kratie](http://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buero-kratie) (13.02.2023)

Mau, Jens (2023): **Lauterbachs Klinikreform.** In: *f&w – führen und wirt-*

*schaften im Krankenhaus.* 1/2023, S. 11–13.

Regierungskommission (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Hg.) (2022): **Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung.** Online verfügbar: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf) (13.02.2023)

vdek (2022): **Daten zum Gesundheitswesen: Krankenhaus.** Online verfügbar: [www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben\\_krankenhaus.html](http://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_krankenhaus.html) (13.02.2023)

Vebeto; HCB (2023): **Auswirkungsanalyse im Auftrag der DKG zur 3. Stellungnahme der Regierungskommission bzgl. einer Reform der Krankenhausvergütung.** Online verfügbar: [www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/Kurzversion\\_DKG\\_Auswirkungsanalyse\\_Basiszenario\\_von\\_Vebeto\\_und\\_hcb.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basiszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf) (27.02.2023)