

Effektiver und effizienter: Kliniken vor neuen Herausforderungen



EXPERTEN WARNEN seit Jahren: Es gibt zu viele Kliniken, die »alles machen«; zu viele Menschen liegen unnötigerweise im Krankenhaus, und manche sogar im falschen, da es auf ihr Leiden gar nicht spezialisiert ist. Die Politik plant den Umbau der Krankenhauslandschaft. **►** Eins hat Deutschland seinen Nachbarn voraus: Kein Land hat so viele Krankenhausbetten. Mit sechs Betten pro 1000 Einwohner wird der OECD-Durchschnitt von 3,7 Betten deutlich überschritten. Ob dieser Spitzenplatz und die noch immer große Zahl an Krankenhäusern (aktuell rund 1700) auch für die im internationalen Vergleich hohen Fallzahlen verantwortlich sind, ist umstritten. Umgerechnet auf 100 000 Einwohner wurden vor den Pandemie-Jahren hierzulande 60% mehr Patienten stationär versorgt als beispielsweise in Norwegen.

Auffällig sei jedoch, dass vor allem kleine, wenig spezialisierte Allgemeinkrankenhäuser hohe Bettenzahlen und hohe Fallzahlen aufweisen, meinen die Autorinnen und Autoren des aktuellen wido-Krankenhausreports als auch jüngst die Monopolkommission in einem Sonderbericht. Trotz dieser Erkenntnisse hat die Politik bislang grundlegende Reformen gemieden.

Vielen Kliniken droht Insolvenz

Das Paradoxe: Die auf Bestandsschutz ausgerichtete Politik hat die Kliniken nicht vor dem Abstieg bewahrt. 60% der Häuser haben laut Bundesgesundheitsministerium heute erhebliche finanzielle Probleme. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schätzt, dass 10 bis 20% in diesem Jahr Insolvenz anmelden müssen. Auch der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser rechnet 2023 mit bis zu 100 »Pleiten«, insbesondere unter kleinen Kliniken auf dem Lande. An ihrer Stelle werden andere Versorgungsformen die Grundversorgung auf dem Land sicherstellen müssen.

Ein Grund ist der Fachkräftemangel, sowohl beim ärztlichen Personal als auch bei Pflegekräften. Zwar ist die Versorgungsdichte mit 434 400 Pflegefach- und Pflegehilfskräften im OECD-Vergleich gut, aber sie verteilen sich auf viele Häuser, weshalb sie deutlich mehr Patientinnen und Patienten versorgen müssen als bei-

spielsweise in Frankreich. Dort kommen 37 Kliniken auf eine Million Einwohner, hierzulande sind es 45. Seit der Einführung gesetzlicher Pflegepersonaluntergrenzen sind die Kliniken zudem gezwungen, weniger Patientinnen und Patienten aufzunehmen, sobald Stellen in der Pflege nicht besetzt werden können. Sinkende Fallzahlen bedeuten schrumpfende Erlöse – so funktioniert das Fallpauschalen-System. Vor 20 Jahren wurde diese rein mengenbezogene Krankenhausfinanzierung eingeführt; nun steht sie im Ruf, die Ökonomisierung der Medizin vorangetrieben zu haben, zu Lasten von Qualität und Bedarfsgerechtigkeit.

Minister plant Systemwechsel

Der prominenteste Kritiker ist Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Er sieht das DRG-System in seiner jetzigen Form als gescheitert an. Seit 2020 würden die stationären Fallzahlen im Schnitt um 14% sinken, Jahr um Jahr. Die Rückkehr zu den Spitzenwerten der Vor-Corona-Zeit hält der Minister für ausgeschlossen. 2022 berief er eine 17-köpfige Regierungskommission, um einen Systemwechsel, eine »Revolution«, wie er sagt, vorzubereiten. Im Juli einigten sich Bund und Länder auf Eckpunkte, im Oktober soll ein Gesetzentwurf vorliegen.

Die Einführung einer mengenunabhängigen Vergütung ist einer der zentralen Bausteine der Reform. Ab 2026 sollen die Kliniken entsprechend ihres Leistungsangebots Vorhaltepauschalen für Personal, Technik und Notaufnahmen ausgezahlt bekommen, die je nach Spezialisierung 40 bis 60% des Gesamtbudgets ausmachen. Die Pflegepersonalkosten sind darin eingeschlossen. Die Fallpauschalen werden zwar nicht abgeschafft, aber in einer Übergangsphase um bis zu 60% gekürzt.

Eine weitere wichtige Neuerung ist die verbindliche Einführung eines differenzierten Systems von etwa 17 Leistungsbereichen (von Kardiologie bis Gefäßmedizin) und etwa 65 Leistungsgruppen (von Herzklappen-OP bis Bauchortenaneurysma) in die Krankenhausplanung der Länder. Ideenstifter ist das Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen, das diese Planungssystematik seit kurzem im Einverneh-

men mit allen Spitzenverbänden des Gesundheitswesens umgesetzt. Danach bekommt jedes Krankenhaus einen klaren Versorgungsauftrag für bestimmte Leistungsgruppen wie Herzinfarkte, Schlaganfälle oder onkologische Erkrankungen. Der Rückzug der Länder aus ihrer planerischen Gestaltungsrolle und die schlichte Orientierung am Planbett sei ein Fehler gewesen, betonte Minister Karl-Josef Laumann (CDU) bei der Vorstellung der Pläne im vergangenen Jahr.

Neue Aufgaben für die Medizinischen Dienste

Nach den Plänen von Karl Lauterbach sollen in den nächsten zwei Jahren nicht nur die Krankenhäuser in NRW, sondern alle 1700 Häuser bestimmten Leistungsgruppen auf der Grundlage bestimmter Qualitätskriterien zugeordnet werden. Die Prüfung dieser Kriterien erfolgt nach bundeseinheitlichen Vorgaben und soll künftig Aufgabe des Medizinischen Dienstes sein. Die Prüfungen sollen modern und aufwandsarm ausgestaltet werden. Welche bisherigen Krankenhausprüfungen eventuell im Gegenzug entfallen könnten, ist noch unklar.

Grundsätzlich sieht sich der Medizinische Dienst für die neuen Aufgaben gut aufgestellt, da die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter vielfältige Erfahrung mit Krankenhausprüfungen haben. So prüfen die Gutachtenden zum Beispiel bei den OPS-Strukturprüfungen, ob die Krankenhäuser für bestimmte Leistungen die personellen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen erfüllen. Allein im Jahr 2022 erfolgten 8900 solcher Prüfungen, 2021 waren es 15000. Die Einhaltung der sogenannten Strukturmerkmale ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser die Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können.

In einem Punkt haben sich die Länder durchgesetzt. Lauterbachs Regierungskommis-

sion hatte empfohlen, alle Krankenhäuser Versorgungsstufen zuzuordnen – vom Level-1-Grundversorger über Level-2-Kliniken, die die wichtigsten Fälle wie Schlaganfall oder Herzinfarkt und Geburten behandeln, bis zu den Level-3-Maximalversorgern, den Allerkönnern wie etwa Universitätskliniken. Die Häuser mit der niedrigsten Versorgungsstufe (Level-1i) ohne Notfallmedizin sollten sektorenübergreifend arbeiten, eine zentrale Rolle bei der ärztlichen Weiterbildung übernehmen und mit Tagespauschalen vergütet werden. Nach internen Schätzungen des Ministeriums könnten 358 Kliniken, vor allem kleinere, der Stufe-1i zugeordnet werden, also jede fünfte.

Entwurf für Transparenzverzeichnis

Die Empfehlung wurde zwar auf Druck der Länder auf der Eckpunkte-Liste gestrichen, aber nun ist sie Teil des angekündigten Krankenhaustransparenzgesetzes. Der Gesetzesentwurf, der Ende September in den Bundestag eingebracht wurde, sieht die Schaffung eines Transparenzverzeichnisses im Internet vor, das künftig Bürgerinnen und Bürger über das »Leistungsgeschehen« der einzelnen Krankenhäuser informiert. Das Verzeichnis soll vom 1. April 2024 an nicht nur über das jeweilige Level einer Klinik informieren, sondern auch über die Anzahl der Pflegekräfte, des ärztlichen Personals und der erbrachten Leistungen, differenziert nach Leistungsgruppen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll sich künftig vorrangig um die Datensammlung und die Veröffentlichung kümmern. Laut Entwurf ist das IQTIG auch zuständig für die Einordnung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen.

Das Ziel der beiden Gesetzesvorhaben ist klar: Die Krankenhausversorgung soll qualitativ besser und die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung durch sektorübergreifende Zentren vor Ort endlich überwunden werden. Patientenorientierung, bedarfsgerechte Medizin und mehr Transparenz sollten das Ziel sein. Für die Krankenhäuser bedeutet das neue Bezahlssystem mehr Planungssicherheit und mehr Unabhängigkeit von der Zahl der Behandlungsfälle. Die Krankenhausreform ist eine Vergütungsreform. Um die stationäre Versorgung für die Patientinnen und Patienten zukunftsfest zu gestalten, werden weitere Schritte notwendig sein – wie zum Beispiel die Reform der Notfallversorgung. **►**

Gabi Stief arbeitet als freie Journalistin in Hannover. gabi-stief@gmx.de

