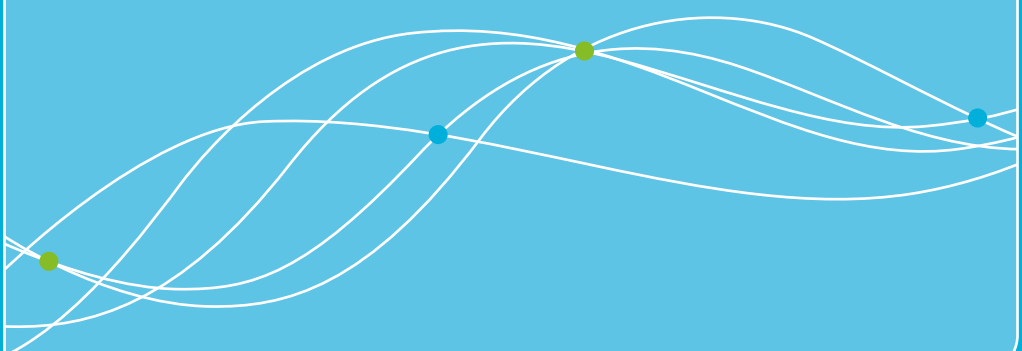


Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2024

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Andreas Schmid, Jochen Baierlein, Katja Heinz, Philipp Leibinger
Krankenhausreform – ein Blick zurück, ein Blick nach vorn
Seite 14–27

doi: 10.30433/GWA2024-14

Andreas Schmid, Jochen Baierlein, Katja Heinz, Philipp Leibinger

Krankenhausreform – ein Blick zurück, ein Blick nach vorn

Der Beitrag beschreibt die Kernpunkte, Ziele und Instrumente der geplanten Reform des deutschen Krankenhausesektors. Er stellt dabei den politischen Prozess und die zentralen Akteure zur Krankenhausreform dar und zeigt auf, welche Entwicklung im Laufe der Diskussion die Zielvorgaben der Reform genommen haben.

Ein Blick zurück

Die Vision – Reformkommission

Zu Beginn der aktuellen Legislaturperiode im Jahr 2021 herrschte ein weitgehender Konsens unter den Stakeholdern im Gesundheitswesen, dass eine tiefgreifende Reform des Krankenhausesektors unvermeidlich ist. Dieses Bewusstsein war bereits vor Beginn der Pandemie gereift, da Fachkräftemangel, Auslastungsrückgang und Investitionsstau – um nur drei zentrale Punkte zu nennen – eine Fortschreibung des Status quo nicht zuließen. Die Auswirkungen der Pandemie verstärkten das dahingehende Bewusstsein noch weiter, da deutlich wurde, dass die Fallzahlen der Jahre bis 2019 nicht wieder erreicht werden würden (DKG 2021; o.V. 2021; Beerheide 2021). Mithin waren die Erwartungen groß, als eine vorrangig mit Vertretern der Wissenschaft besetzte Regierungskommission ihre Arbeit aufnahm. In ihrer dritten Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 zeichnete sie unter dem Titel „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ auf nur knapp 30 Textseiten und in einem kurzen Anhang eine sehr weitreichende Reformidee (Regierungskommission 2022).

Als Ziel wurde recht weich formuliert: „[Die Kommission] sieht in dieser Reform einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung.“ (ebenda: 3) Um dieses Ziel der Stabilisierung zu erreichen, sollte eine Krankenhausstruktur geschaffen werden, die sich aus Qualitäts- und Bedarfskriterien ableitet. Der Anreiz der Krankenhäuser zur Mengenausweitung sollte reduziert und

weitere Anreize zur Reduktion der Krankenhausstandorte sollten gesetzt werden. Dadurch, so die Annahme, könnten knappe finanzielle und personelle Ressourcen wirksamer und effizienter eingesetzt werden. Im Grunde lassen sich daraus drei Zielstellungen ableiten:

- ausreichende Finanzierung von bedarfsnotwendigen Angeboten auch bei geringen Fallzahlen
- Reduktion des Mengenanreizes
- Anreiz zur Konsolidierung und Zentralisierung von Leistungen

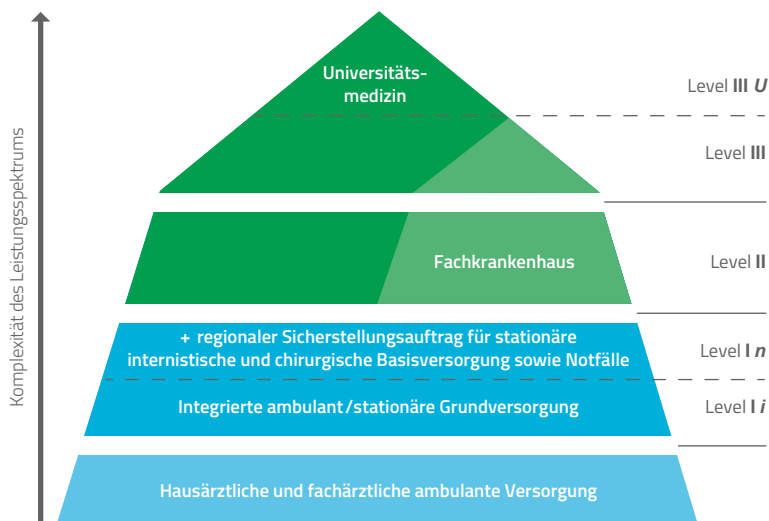
Um dies zu erreichen, sollten drei aufeinander abgestimmte und interdependente Reformbausteine umgesetzt werden:

- Einführung von Leveln
- Einführung von Leistungsgruppen
- Einführung einer Vorhaltevergütung

Die Zuordnung eines Krankenhausstandortes zu einem bestimmten Level sollte an strenge Voraussetzungen geknüpft werden. Gleiches gälte für die Zulassung zur Erbringung von Leistungen in den einzelnen Leistungsgruppen. Im Zielbild sollte die Krankenhausstruktur einer Pyramide gleichen, in der mit zunehmender Komplexität der Leistungsgruppe immer weniger Standorte diese Leistungen erbringen dürften. Die Vorhaltevergütung sollte wiederum an die Leistungsgruppen gekoppelt werden und nur für diese Leistungsgruppen abrechenbar sein, für die die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt werden.

Der Vorschlag hätte damit erstmals eine bundesweit einheitliche Einordnung der Krankenhausstandorte in – je nach Abgrenzung – drei bis fünf Level sowie die Kategorie der Fachkliniken erlaubt: Level 1 (1i und 1n), Level 2, Level 3 (3 und 3u). Abbildung 1 illustriert die hierarchische Logik dieses Ansatzes. In Level 1 sollte nur noch eine Basisversorgung erfolgen, differenziert danach, ob eine Teilnahme an der Notfallversorgung erfolgt oder nicht. Mit dem neuen Level 1i sollte ein neuer Krankenhaustyp Eingang in die Versorgung finden. In den höheren Stufen sollen sich deutlich weniger Einrichtungen finden, die dann entsprechend komplexere Leistungen im Angebot haben.

Abbildung 1: Initiale Level-Logik der Regierungskommission 2022



Quelle: eigene Darstellung

Die deutlich über 100 Leistungsgruppen hätten eine erheblich differenziertere Krankenhausplanung – ebenfalls erstmals nach bundeseinheitlich definierten Kategorien – erlaubt. Die Vorhaltevergütung sollte eine mengenunabhängige Komponente einführen, die den Anreiz der Krankenhäuser, die Leistungsmenge zu maximieren, abschwächt und eine wirtschaftliche Stabilisierung von Standorten, die in bestimmten Leistungsgruppen unterdurchschnittlich viele Fallzahlen erbringen, bewirkt (beispielsweise aufgrund geringer Siedlungsdichte oder sehr hoher Spezialisierung). Zudem sollte sie einen Anreiz zur Konsolidierung setzen, da freiwerdende Vorhaltebudgets anderen Standorten zugutegekommen wären. Durch harte Strukturvorgaben wäre eine Reduktion der Krankenhausstandorte weiter forciert worden.

Die Resonanz war zunächst durchaus positiv – der in seiner allgemeinen und abstrakten Form in sich stimmige Vorschlag griff viele Elemente auf, die in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur den aktuellen Stand der Diskussion reflektierten. Allerdings

zeichnete er sich durch eine stark „planungsoptimistische“ Grundhaltung aus, die wenig Raum für dezentrale Gestaltungsfreiheit ließ, und implizierte eine ganze Reihe hochgradig komplexer Eingriffe in ein ohnehin schon komplexes System. Der Entwurf war nicht mit den einschlägigen Institutionen der Selbstverwaltung abgestimmt, sollte er doch nur als Blaupause für die weiteren Reformbemühungen dienen. Der Gesundheitsminister selbst betonte, dass die anstehende und sich stark am Papier der Kommission orientierende Reform einer Revolution gleichkommen würde.

Der politische Prozess – DKG, BMG und Länder

Aus Perspektive der Praktiker zeigten sich schnell die operativen Herausforderungen, die zu lösen wären, um einen derart weitreichenden Entwurf zu implementieren. Die von der Kommission gewählten Beispiele verdeutlichten jedoch zugleich, dass die Auswirkungen einer sehr eng am Papier angelehnten Reform potenziell erheblich wären und viele Krankenhausstandorte keine Bestandsperspektive mehr hätten. So wäre beispielsweise das Level 1n in der skizzierten Form weder medizinisch noch wirtschaftlich überlebensfähig, da ohne einschlägige komplexere Eingriffe die personalintensive und teure Infrastruktur (Intensivstation etc.) nicht ausgelastet werden kann und die Attraktivität für ein entsprechend qualifiziertes Personal fehlt. Für Fachkliniken fehlte eine Definition und zahlreiche Standorte würden die Voraussetzungen für einen Krankenhausbetrieb im engeren Sinne (das bedeutet oberhalb des Level 1i) nicht erfüllen. Das Thema der Vorhaltevergütung war zu diesem Zeitpunkt noch nicht im Fokus der Diskussion.

Im Februar des Jahres 2023 setzte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einen deutlichen Impuls, indem sie eine eigene Simulation der Reformfolgen vorlegte (DKG 2023a). Die sich in den Ergebnissen einer sehr eng am Modell der Kommission orientierenden Simulation zeigenden Verwerfungen in der Krankenhausstruktur verdeutlichten die dringende Notwendigkeit, das Konzept der Kommission in einen praxisnahen Reformvorschlag zu überführen und die noch fehlenden, inhaltlichen Festlegungen zu treffen. Zugleich wurde für die Bundesländer offensichtlich, wie weit die Reform ihre Freiheitsgrade in der Krankenhausplanung einschränken würde.

In der Folge erhöhten die Bundesländer den Druck. Sie kritisierten ihre fehlende Einbindung in den Prozess ebenso wie die im Ergebnis tiefgehenden Eingriffe in ihre Planungshoheit. Besonders deutlich wurde der Konflikt auch in Bezug auf den in Nordrhein-Westfalen (NRW) laufenden Krankenhausplanungsprozess, der vielfach ebenfalls als ambitioniert und für das deutsche Krankenhauswesen wegweisend bewertet wurde (Scheffer 2023). Dieser setzt jedoch – trotz begrifflicher Ähnlichkeit – auf einen deutlich weniger zentralistischen Ansatz als vielmehr auf regional diskursive Formate. Wichtig für die Bundesländer war allerdings der für den Fall der Umsetzung der Reform zugesagte „Strukturfonds“, für den – je nach Zeitraum – ein kleinerer bis mittlerer zweistelliger Milliardenbetrag zur Verfügung gestellt werden sollte. Mit Blick auf die – auch aus Sicht der Länder – notwendigen Investitionen in den Strukturwandel bei zugleich zum Teil sehr angespannten Haushaltslagen bot dies einen sehr starken Anreiz, die Reform mitzutragen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) legte den Ländern im Frühsommer des Jahres 2023 erste eigene Berechnungen zu den Reformfolgen vor, die jedoch aufgrund einer noch immer offenen Definition für Fachkrankenhäuser, noch nicht abschließend operationalisierter Leistungsgruppen und fehlender Definition von sowie entsprechender Daten zu Qualitätskriterien nur ein sehr vages und unverbindliches Bild zeichnen konnten. Der Konflikt kulminierte auch aufgrund immer dramatischerer, wirtschaftlicher Meldungen aus den Krankenhäusern im Sommer 2023 und wurde durch die Formulierung eines Eckpunktepapiers zumindest temporär beruhigt (BMG 2023). In diesem Eckpunktepapier verhandelten die Länder umfassende Mitbestimmungsrechte bei der weiteren Ausgestaltung sowie Ausnahmetatbestände. Die Level sollten keinen Eingang in das Gesetz finden, sondern nur noch nachrichtlich in einem Transparenzregister ausgewiesen werden. Hierfür sollte ein paralleles Gesetz auf den Weg gebracht werden, das zwei weitere zentrale Zwecke bedienen würde: Zum einen wurde darin das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, einen Grouper für die Leistungsgruppen zu entwickeln, zum anderen wurden die Krankenhäuser verpflichtet, zahlreiche Daten zu melden, die zur Überprüfung der für die Leistungsgruppen geplanten Kriterien zur Strukturqualität benötigt werden würden. Die zahlreichen, für eine operative Umsetzung noch zu lösenden Herausforderungen, hatten weiter Bestand. Das

von den Ländern und Kliniken geforderte „Vorschaltgesetz“ zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Kliniken (DKG 2023b) war weiter nur eine vage Hoffnung.

Hinsichtlich der Vorhaltevergütung jedoch – ob bewusst oder unbewusst sei dahingestellt – wurde eine Vorfestlegung getroffen. Sie sollte als Prozentsatz des Casemix – also des sich aus Fallzahl und Fallschwere ergebenden Umsatzes – berechnet werden. Dies impliziert einen direkten Mengenbezug und stellte damit das eigentliche Ziel einer Stärkung mengenunabhängiger Vergütungskomponenten in Frage (Schmid et al. 2023). Außerhalb engerer, fachlicher Kreise sollte dieses Problem jedoch erst im Winter 2023/2024 verstärkt Beachtung finden. Bis dahin interpretierte jede Interessengruppe den Begriff in ihrem Sinne und war zumindest „nicht dagegen“. Zwischenzeitlich sorgten verschiedene zirkulierende Arbeitsstände zum Gesetzesentwurf für weitreichende Diskussionen. Erstmals wurden darin bis dahin vage Begriffe operationalisiert, was bei vielen zu deutlicher Ernüchterung führte. So kann die vorliegende Implementierung der Vorhaltevergütung mit ihrem direkten Mengenbezug keine der damit verbundenen Hoffnungen direkt erfüllen. Vielmehr wurden weitere Instrumente wie die Mindestvorhaltezahl entwickelt, deren praktische wie rechtliche Umsetzbarkeit stark in Frage gestellt wird (dggö 2024). Die Vorhaltevergütung selbst führt im Grunde zu identischen Ergebnissen wie die DRG-Logik im Status quo und generiert aus sich heraus somit keinen fundamentalen Mehrwert.

Die vom Gesundheitsministerium selbst ausgegebene, für die Umsetzbarkeit der Reform in dieser Legislaturperiode ultimativ einzuhaltende Deadline 24. April 2024 (Verabschiedung des Referentenentwurfs durch das Kabinett) wurde – wie viele andere selbst gesetzte Zeitvorgaben – nicht eingehalten. Blickt man Anfang Mai 2024 auf den aktuellen Diskussionsstand, ist zu konstatieren, dass knapp eineinhalb Jahre nach Vorlage der Stellungnahmen der Regierungskommission im besten Fall nur ein kleiner Teil der Reformziele erreicht werden kann. Dafür ist mit einem deutlichen Bürokratieaufwuchs bei allen Stakeholdern zu rechnen. Zahlreiche Stellungnahmen im Kontext der Verbändeanhörung des BMG kommen zu einer äußerst kritischen Bewertung des durch intensives Ringen zwischen Bund und Ländern geprägten Gesetzesvorhabens (dggö 2024; G-BA 2024; Mau 2024).

Der Konflikt zwischen Bund und Ländern ist nach wie vor nicht beigelegt (Bundesländer 2024), auch wenn temporär – wie bei der Verabschiedung des Eckpunktepapers oder des Transparenzgesetzes – scheinbare Fortschritte erzielt wurden. Letztlich liegt dies jedoch weniger an einer inhaltlichen Annäherung als an der desaströsen finanziellen Lage der Krankenhäuser, was beispielsweise die Freigabe von liquiditätsverbessernden Maßnahmen im Kontext der Verabschiedung des Transparenzgesetzes zu einem starken Druckmittel macht. Auch die Finanzierung des großen Transformationsfonds aus Mitteln der GKV sowie der Länder aber ohne Beteiligung des Bundes ist nur ein weiteres von vielen Konfliktfeldern. Eine Verabschiedung des Gesetzes in dieser Legislatur ist – Stand Anfang Mai 2024 – nach wie vor nicht gesichert.

Ein Blick nach vorn

Die Akteure vor Ort

Krankenhäuser sowie ihre Träger sehen sich im Jahr 2024 mit einer in weiten Teilen katastrophalen wirtschaftlichen Lage konfrontiert. Jahrelang insuffiziente Investitionsmittel, die Auswirkungen der Pandemie, Veränderungen in der Medizin (Ambulantisierung etc.) sowie Vergütungsmechanismen, die zu einer Divergenz von Kosten- und Erlösentwicklung führen, haben sich zu einem perfekten Sturm addiert. Entsprechend ist eine außergewöhnlich hohe Zahl an Insolvenzen zu beobachten (DKG 2023c), mithin ein kalter, das bedeutet rein ökonomisch und nicht am Bedarf orientierter Strukturwandel. Natürlich ist eine Insolvenz nicht immer mit einer Standortschließung gleichzusetzen. Es kommt jedoch auch zu wirtschaftlich motivierten Standortschließungen, ohne dass eine Insolvenz eintritt.

Zusätzlich stellt die Reform selbst alle betroffenen Akteure vor immense Herausforderungen. Hierzu trägt nicht nur der eigentliche Inhalt der Reform bei, sondern in erster Linie der Prozess der Reform. Die formulierten Ausprägungen der Reform waren häufig äußerst vage und änderten sich in der Vergangenheit mehrfach und werden es wohl zukünftig weiter tun, sodass es fast unmöglich ist, sich adäquat auf die Veränderungen vorzubereiten und seine Strategien an die Neuregelungen anzupassen. Ein Beispiel

hierfür ist die initial angedachte Eingruppierung in Level und die damit verbundene Erlaubnis, bestimmte Leistungen weiter zu erbringen beziehungsweise die Aussicht, ganze Fachabteilungen schließen zu müssen, sollten die Anforderungen eines bestimmten Levels nicht erfüllt werden können. Vermutlich haben nahezu alle Krankenhäuser Ressourcen in Analysen investiert, wie sich eine Level-Einteilung konkret auswirken könnte – es galt, möglicherweise gravierende Risiken für den Fortbestand der Unternehmen zu sondieren. In der derzeitigen Fassung haben die Level jedoch keine direkte Relevanz mehr.

Generell wird die Reform dazu führen, dass die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot kritisch überprüfen müssen – ein per se zunächst nicht negativ zu bewertender Vorgang. Zwar ist die vermeintlich drastischste Variante der Kopplung des erlaubten Leistungsangebotes an die Level nicht mehr vorgesehen, dennoch müssen Qualitätsanforderungen erfüllt werden, um Leistungen aus bestimmten Leistungsgruppen erbringen zu dürfen. Ein Grund- und Regelversorger mit einer allgemeinen Inneren und einer allgemeinen Chirurgie bedient bei Anwendung der NRW-Leistungsgruppen-Logik häufig bis zu einem Dutzend verschiedener Leistungsgruppen. Bei genauer Betrachtung ist vieles (wenn auch nicht alles und in jedem Fall) inhaltlich zu rechtfertigen und stellt kein Qualitätsrisiko dar. Denn auch in den speziellen Leistungsgruppen gibt es eine recht breite Streuung von einfachen bis hochkomplexen Krankheitsbildern beziehungsweise Eingriffen. Erfüllt ein Krankenhaus die Vorgaben für eine bestimmte Leistungsgruppe nicht, muss es entscheiden, ob es sein Leistungsspektrum einschränkt oder Maßnahmen ergreift, um die Anforderungen dennoch zu erfüllen. Dies kann erhebliche Investitionen in Personal und Strukturen erfordern; dass sich dies bei kleinen Fallzahlen rechnet, ist eher unwahrscheinlich. Da der Leistungsgruppen-Grupper des InEK jedoch frühestens im September des Jahres 2024 vorliegen wird und selbst dann noch nicht sicher ist, ob die dann gewählte Abgrenzung und Definition der Leistungsgruppen Bestand haben wird, setzt sich die Phase der Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser weiter fort. Dabei sind für Personalaufbau und Qualifizierungsmaßnahmen lange Zeiträume notwendig, die sich über Jahre erstrecken können.

Problematisch ist ferner, wie die Reform den Verteilungsmechanismus der finanziellen Mittel verändert. Die Auswirkungen hiervon sind für das individuelle Krankenhaus jedoch kaum vorhersehbar, denn die Höhe der Vorhaltevergütung wird – gemäß dem im April vorgelegten Referentenentwurf – nicht nur abhängig von der selbst erbrachten Fallzahl sein, sondern sich zusätzlich auf die Leistungsmenge der anderen Krankenhäuser im selben Bundesland stützen. Dies kann insbesondere für kleinere, bedarfsnotwendige Krankenhäuser herausfordernd werden. Diese Krankenhäuser haben in der Regel für bestimmte Leistungen bei geringer Fallzahl verhältnismäßig hohe Vorhaltekosten, die durch die mengenabhängige Vorhaltevergütung aber nicht angemessen abgebildet werden können.

Diese Beispiele zeigen, dass die Krankenhausbranche aktuell durch eine hohe Planungsunsicherheit geprägt ist und eine sinnvolle Vorbereitung auf die Veränderungen durch die Reform kaum möglich scheint.

Auch auf kommunalpolitischer Ebene sind Bürgermeister und Landräte hochgradig frustriert. Entscheidungen wie Standortschließungen sind ein politischer Kraftakt. Entsprechend wichtig ist für sie die Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen. Wenn ein Landrat die Schließung eines Standortes durchkämpft, will er sicher sein, dass sich die Bedingungen nicht in wenigen Monaten dahingehend ändern, dass der Standort unter den neuen Prämissen nicht eventuell doch hätte gehalten werden können. Dies wäre politisch der endgültige Todesstoß.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird die Krankenhausreform in ihrer aktuellen Fassung zu einem Bürokratieaufbau und einer Erhöhung der Komplexität sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Kostenträgern und bei den Planungsgremien der Länder führen. Bürokratie und Komplexität von Regulierungen gehen immer mit einem erhöhten Ressourcenaufwand einher, sodass schon allein dadurch der Kostendruck im System weiter steigen wird.

Die Reformbestrebungen setzen zudem bereits vor Verabschiedung der Reform Fehlanreize. So wird die Höhe der Vorhaltevergütung unter anderem abhängig von der

Leistungsmenge eines individuellen Krankenhauses sein. Um in der initialen Eingruppierung eine möglichst hohe Vorhaltevergütung zu erzielen, haben die Krankenhäuser zunächst einen Anreiz, ihre Leistungsmenge bis zu dem Zeitpunkt der Eingruppierung zu erhöhen. Dieser Anreiz konterkariert die Forderung, bisher stationär erbrachte Leistungen zunehmend ambulant zu erbringen, wo dies möglich und sicher ist. Krankenhäuser, die dieser Forderung möglichst umfassend nachkommen, werden hierdurch benachteiligt.

Nach der ersten Eingruppierung könnte es für die Krankenhäuser strategisch sinnvoll sein, ihre Leistungsmenge für drei Jahre deutlich zu reduzieren; das Sabbatical für den Chefarzt könnte ökonomisch eine Win-Win-Situation erzeugen. Denn erst nach drei Jahren würde gegebenenfalls eine Anpassung der Eingruppierung erfolgen. Ein Krankenhaus könnte seine Leistungen jedoch auch über die drei Jahre hinaus um bis zu 20 Prozent reduzieren und würde dennoch dieselbe Vorhaltevergütung erhalten. Wirtschaftlich könnte es für viele Krankenhäuser sinnvoll sein, auf diesem reduzierten Leistungsniveau zu bleiben, da es kaum echte Fixkosten gibt. Der regionale Versorgungsbedarf spielt ökonomisch keine Rolle. Umgekehrt könnte ein Krankenhaus auch versuchen, nach drei Jahren eine Anpassung nach oben zu erreichen, und so seine Vorhaltevergütung zu erhöhen. Allerdings wäre hierfür eine beachtliche Fallzahlsteigerung von über 20 Prozent notwendig. Außerdem würde das Krankenhaus die gesteigerte Vorhaltevergütung erst nach der erneuten Evaluierung nach drei Jahren erhalten; es müsste also in Vorleistung gehen. Wenn die Fallzahl aber beispielsweise um nur 15 Prozent steigen würde, vielleicht da umliegende Häuser gezielt versuchen würden, ihre Fallzahl zu senken, würde die Gefahr eines „permanenten Fixkostendegressionsabschlags“ drohen. Dieser könnte nur durch das – ebenfalls in der Umsetzung problematische – Instrument der Planfallzahlen umgangen werden. Wie Krankenhausplaner standort- und leistungsgruppen-spezifisch belastbare Prognosen der Fallzahlen ermitteln sollen und wie längerfristig mit Differenzen zwischen Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist, bleibt offen.

Es stellt sich die Frage, wie die Akteure des Krankensektors mit den aktuellen, zu einem guten Teil reformbedingten, Herausforderungen und Problemen umgehen sollten. Fakt ist, das Niveau an Unsicherheit ist sehr hoch; derzeit ist weder der genaue Inhalt

eines finalen KHVVG abschätzbar noch ist sicher, ob die Reform überhaupt kommen wird. Dennoch können die Verantwortlichen es sich nicht leisten, in eine Schockstarre zu verfallen. Zu groß sind die wirtschaftlichen Probleme, zu klar weiterhin stattfindende, grundlegende Entwicklungen.

Sicher ist, dass die Bestrebungen der Politik in Richtung einer Ambulantisierung eher zu- als abnehmen werden, dass sich der Fachkräftemangel weiter verschärfen wird, dass die Finanzierungssituation schlecht bleiben wird und dass es Konsolidierung und gezielte Standortschließungen braucht, um dem immensen wirtschaftlichen Druck standhalten zu können. Unabhängig davon, ob die Reform kommt oder nicht, gilt es daher, Maßnahmen in diese Richtungen zu ergreifen. Krankenhäuser sollten ihre Strukturen auf den Prüfstand stellen, Möglichkeiten der Leistungszentralisierung ausschöpfen, ambulante Prozesse einführen und ausbauen, Effizienz- und Kostenpotenziale heben und Strategien entwickeln, um als Arbeitgeber attraktiver zu werden. Eine generische Strategie, wie auf die aktuellen Herausforderungen adäquat reagiert werden kann, gibt es nicht, da die Krankenhäuser und ihre spezifischen Situationen zu individuell sind. Untätigkeit ist jedoch ziemlich sicher für jedes Krankenhaus die falsche Strategie.

Die kommende Legislaturperiode

Selbst wenn der aktuelle Gesetzentwurf den Weg ins Bundesgesetzblatt findet, steht fest, dass die Krankenhausversorgung auch in der nächsten Legislaturperiode eine massive Baustelle bleiben wird. Es ist davon auszugehen, dass erhebliche Eingriffe in das vorliegende Konzept notwendig werden, um eine praktische Umsetzung darstellen zu können. Zudem bleiben zentrale Probleme ungelöst. Gerade der Fachkräftemangel wird neue Lösungen benötigen. Der Fokus auf Strukturvorgaben, vor allem im Bereich Personal, fußt im Reformkontext zentral auf der Überlegung, hierdurch Konsolidierung zu erzwingen. Er eignet sich jedoch nicht, um bei einer eklatanten Ressourcenknappheit die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Diskrepanz zwischen Soll-Vorgaben und Ist-Situation wird in den nächsten Jahren so groß werden, dass die Vorgaben an Akzeptanz und damit auch an Relevanz verlieren werden. Dies gilt gerade auch für die Vorgaben im Bereich der Pflege. Eine derartige Situation wäre aber fatal, wenn nicht alternative, qualitätssichernde Maßnahmen ergriffen werden, die beispielsweise stärker am Ergebnis ansetzen.

Für die Finanzierung der Krankenhäuser wird es keine goldene Lösung geben, da die Kassen aller potenziellen Financiers leer sind. Kostendämpfungsgesetze werden wieder die Diskussion beherrschen, in den Krankenhäusern werden Sanierungsprogramme und Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit weiterhin von hoher Priorität bleiben. Dennoch gilt es, sich auf zentrale Ziele der Reform zurückzubedenken: Es ist sinnvoll, einen Teil der Vergütung stärker von der Leistungsmenge zu entkoppeln. Für bedarfsnotwendige Einrichtungen werden zwingend angemessene Vergütungsniveaus benötigt. Dies und vieles mehr muss in der kommenden Legislatur auf den Weg gebracht werden.

Für die sehr heterogenen Bedingungen vor Ort die eine bundesweit gültige Lösung zu finden, erscheint kaum realistisch. Entsprechend gewinnen regionale Versorgungsmodelle an Relevanz, die auf konkrete Bedarfe und vorhandene Strukturen abstellen. Der hierfür mögliche Baukasten sollte dringend erweitert werden. Viele der initial für das entsprechende Gesetz angedachten Instrumente stellen hierfür interessante Optionen dar. Nicht in dem Sinne, dass jeder Kreis einen Gesundheitskiosk benötigt. Aber dort, wo sinnvoll, eröffnen sich durch diese und andere Konzepte wie Primärversorgungszentren neue Handlungsräume. Um gerade in Regionen mit prekären Verhältnissen derartige Modelle realisieren zu können, müssen diese möglichst niederschwellig realisiert werden können.

Dies gilt auch für den sektorenübergreifenden Versorger (vormals Level 1i), der letztlich auf Überlegungen wie denen zu Intersektoralen Gesundheitszentren (Schmid et al. 2018; Sturm et al. 2023) fußt. Dieser neue Versorgungstypus darf jedoch nicht als „kleines Krankenhaus“ gedacht werden. Denn dann ist er gerade in den Regionen, die am meisten von derartigen Versorgungsformen profitieren würden (niedrige Bevölkerungsdichte, periphere Lage, akuter Fachkräftemangel usw.), kaum realisierbar.

Schlussendlich sind die Herausforderungen im Gesamtsystem zu groß für eine Krankenhausreform. Es gilt, an einigen zentralen Stellschrauben zu drehen, die sektorenübergreifende Denkweisen fördern, statt sie auszubremsen und kreative Lösungen zuzulassen, statt mit starren Strukturvorgaben Innovationen zu verhindern. Hierfür ist das System in seiner Gesamtheit in den Blick zu nehmen. Zugleich ist der Krankenhaussektor groß genug und die Probleme sind hinreichend gravierend, dass auch hier

gezielte und zeitnahe Eingriffe – auch eine Nummer unter einer ausgewachsenen Revolution – dringend notwendig bleiben.

Literatur

- Beerheide, R. (2021). Vor dem 125. Deutschen Ärztetag: Mutige Reformen angemahnt. Online unter www.aerzteblatt.de/archiv/221764/Vor-dem-125-Deutschen-Aerztetag-Mutige-Reformen-angemahnt (Download am 24. April 2024).
- BMG (2023). Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Berlin. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html (Download am 28. Juli 2023).
- Bundesländer (2024). Stellungnahme der Länder zum KHVVG-E.
- dggö (2024). Stellungnahme der dggö zum Referentenentwurf des BMG des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG. Online unter https://file.dggoe.de/Stellungnahme_der_dggoe_zum_Referentenentwurf_des_BMG_des_Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz_KHVVG-2024-04-29.pdf (Download am 30. April 2024).
- DKG (2021). Krankenhausgesellschaft fordert neue Bundesregierung zu umgehenden Reformen auf. Bund und Länder müssen jetzt gemeinsam handeln. Pressemitteilung vom 4. Oktober 2021. Online unter www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhausgesellschaft-fordert-neue-bundesregierung-zu-umgehenden-reformen-auf-bund-und-laender-muessen-jetzt-gemeinsam-handeln (Download am 29. April 2024).
- DKG (2023a). DKG plädiert für Augenmaß und bringt eigenen Vorschlag in die Reformdiskussion ein. Pressemitteilung vom 13. Februar 2023. Online unter www.dkgev.de/dkg/presse/details/dkg-plaediert-fuer-augenmass-und-bringt-eigenen-vorschlag-in-die-reformdiskussion-ein (Download am 29. April 2024).
- DKG (2023b). DKG zum Krankenhausgipfel. Ohne Vorschaltgesetz werden viele Krankenhäuser die große Krankenhausreform nicht mehr erleben. Pressemitteilung. Berlin. Online unter www.dkgev.de/dkg/presse/details/ohne-vorschaltgesetz-werden-viele-krankenhaeuser-die-grosse-krankenhausreform-nicht-mehr-erleben/, (Download am 31. Juli 2023).
- DKG (2023c). Lage der Krankenhäuser so schlecht wie noch nie – Insolvenzen steuern 2024 auf Rekordhoch zu. Pressemitteilung vom 27. Dezember 2023. Online unter

- www.dkgv.de/dkg/presse/details/lage-der-krankhaeuser-so-schlecht-wie-noch-nie-insolvenzen-steuern-2024-auf-rekordhoch-zu (Download am 29. April 2024).
- G-BA (2024). Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 30. April 2024 zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Online unter www.g-ba.de/downloads/17-98-5677/2024-04-30_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_KHVVG.pdf (Download am 30. April 2024).
- Mau, J. (2024). Schaulaufen im Videochat. Online unter www.bibliomedmanager.de/news/schaulaufen-im-videochat (Download am 30. April 2024).
- o.V. (2021). Hecken plädiert für tiefgreifende Krankenhausreform. Online unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/125305/Hecken-plaediert-fuer-tiefgreifende-Krankenhausreform (Download am 29. April 2024).
- Regierungskommission (2022). Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. BMG. Berlin. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (Download am 28. Juli 2023).
- Scheffer, K. (2023). Lauterbach wirbt in NRW für Krankenhausreform und kritisiert Laumann. Online unter www1.wdr.de/nachrichten/landespolitik/lauterbach-kutschaty-krankenhausreform-nrw-100.html (Download am 29. April 2024).
- Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018). Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser. Berlin. Online unter <https://epub.uni-bayreuth.de/3852> (Download am 3. Mai 2021).
- Schmid, A., Schlüchtermann, J. und Ulrich, V. (2023). Impuls zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung im Kontext der Krankenhausreform. In: *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 29 (4). S. 87–92.
- Sturm, H., Kaiser, F., Leibinger, P., Drechsel-Grau, E., Joos, S. und Schmid, A. (2023). The Contribution of Intersectoral Healthcare Centres with an Extended Outpatient Care Model to Improve Regional Care-Structures-A Qualitative Study. In: *International journal of environmental research and public health* 20 (7). doi: 10.3390/ijerph20075365.