

impulse

FAQ KRANKENHAUSREFORM – Warum wir eine Krankenhausreform brauchen und wie sie ausgestaltet sein sollte Handreichung für die Politik

- Eine Krankenhausreform ist unerlässlich, um einen weiteren kalten Strukturwandel zu vermeiden.
- Für komplexe, schwierige Behandlungen sollten etwas weitere Fahrtwege in Kauf genommen werden.
- Eine Reform der ambulanten Notfallversorgung entlastet die Krankenhausambulanzen.
- Mehr Zeit für Behandlung und Pflege durch Abbau des Kostendrucks und hoher Bürokratie
- Transparenzverzeichnisse liefern öffentlich zugängliche, belastbare Informationen über die Qualität der Behandlung.

Alle Bürgerinnen und Bürger haben bundesweit den gleichen Anspruch auf eine qualitativ ausreichende Versorgung im Krankenhaus. Dies gilt auch für Menschen, die in strukturschwachen Regionen leben. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine Reform der Gesundheitsversorgung in Deutschland unausweichlich. Die Bundesregierung geht mit der geplanten Krankenhausreform gemeinsam mit den für Krankenhausplanung zuständigen Bundesländern große Schritte in die richtige Richtung. Die wichtigsten Punkte der Reform werden in diesem Papier erklärt.

Warum brauchen wir überhaupt eine Krankenhausreform? Warum kann nicht alles einfach so bleiben, wie es ist?

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Einer alternden Gesellschaft mit steigendem Behandlungs- und Pflegebedarf stehen eine sinkende Zahl an Pflegefachkräften und ein relativer Mangel an ärztlichen Fachkräften entgegen. Hinzu kommt eine Flucht von Pflegefachkräften aus dem Beruf wegen schlechter Arbeitsbedingungen, die das Problem weiter verschärft.

Gleichzeitig gibt es momentan in Deutschland ein im internationalen Vergleich zu großes Angebot an Krankenhausbetten. Diese Betten können schon jetzt nicht mehr alle mit den vorhandenen Fachkräften und einem Anspruch an eine angemessene Behandlungsqualität betrieben werden. Deshalb braucht es eine Krankenhausreform, die das Personal dort einsetzt, wo es gebraucht wird und die durch unabhängige externe Prüfungen sicherstellt, dass die Qualität stimmt.

Es besteht zunehmender Handlungsdruck. Politischer Konsens ist, dass eine solche Krankenhausstrukturreform dringend notwendig ist, um eine qualitativ angemessene Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können.

Was würde passieren, wenn es keine Reform gibt?

Ohne Reform würde weiter ablaufen, was jetzt schon passiert: ein kalter Strukturwandel! Was bedeutet kalter Strukturwandel? Es bedeutet, dass es über Insolvenzen zu unkontrollierten Klinikschließungen kommt. Davon sind insbesondere Regionen betroffen, in denen das Versorgungsangebot bereits jetzt ausgedünnt ist. Mit unkontrollierten Schließungen von Kliniken können Standorte betroffen sein, die für die Versorgung dringend notwendig sind.

Müssen Patient_innen nach der Krankenhausreform für eine Behandlung ggf. weiter fahren?

Ja, das ist unvermeidbar, wenn die Qualität der Behandlung stimmen soll. Komplexere schwierigere Behandlungen erfordern Spezialist_innen. Für solche Behandlungen braucht es qualifizierte Zentren; das kann nicht jede kleinere Klinik vorhalten.

Je spezialisierter eine Klinik ist, desto weitere Anfahrtswege müssen Patientinnen und Patienten in der Regel auf sich nehmen. Zwischen Wohnortnähe der Behandlung und Spezialisierung der Einrichtung müssen bei der Krankenhausplanung oft geeignete Kompromisse gefunden werden. Patientinnen und Patienten suchen ohnehin zunehmend Maximalversorger auf, da sie hier eine gute Behandlungsqualität vermuten. Selbst Personen, die sich z. B. bei drohender Insolvenz einer Klinik für deren Erhalt einsetzen, nehmen im Falle einer ersten Erkrankung häufig längere Fahrtwege in eine große Klinik in Kauf.

Wer gut und sicher von Spezialist_innen behandelt werden will, wird zwingend ggf. weitere Anfahrten für die Behandlung in Kauf nehmen müssen. Kleinere Eingriffe und unkomplizierte Behandlungen kann und soll weiterhin jedes Krankenhaus vor Ort anbieten.

Für planbare Behandlungen sind weitere Anfahrtswege unkritisch. Hingegen muss eine Notfallversorgung angemessen erreichbar sein. Unvermeidbare Konsequenz: Unrentable aber medizinisch notwendige Standorte müssen finanziell gestützt werden.

Wozu sind die geplanten sogenannten Vorhaltepauschalen gut?

Die bisherige Finanzierung der Krankenhäuser hängt stark davon ab, wie viele Fälle behandelt werden. Die geplante Krankenhausreform sieht u. a. sogenannte Vorhaltepauschalen vor. Diese Pauschalen sollen sicherstellen, dass Kliniken sich unabhängig von der Menge der behandelten Fälle finanzieren. Das ist gut für Krankenhäuser, die versorgungsnotwendig sind und sich aus dem regulären Betrieb finanzieren können – vor

allem in ländlichen Gebieten. So kann eine Notfallversorgung sichergestellt werden.

Stichwort Notfallversorgung – warum sind die Krankenhausambulanzen voll?

Die Notfallversorgung in Deutschland stellt eine besondere Herausforderung dar, da die Krankenhäuser und die Niedergelassenen nicht koordiniert agieren. Niedergelassene Praxen haben eine Pflichtversorgung, die auch Notfälle umfasst und das rund um die Uhr. Dieser Verantwortung werden niedergelassene Ärzt_innen – defensiv formuliert – unterschiedlich engagiert gerecht.

Niedergelassene Ärzt_innen bevorzugen – genauso wie Krankenhäuser – geregelte Abläufe. Dazu passt die Behandlung von Notfallpatienten nicht, und sie ist oft auch nicht kostendeckend. Es wird besonders in Randzeiten (nachts und am Wochenende) eher eine Notaufnahme aufgesucht als der ärztliche Notdienst gerufen. Während der Hausarzt/die Hausärztin den Patienten/die Patientin kennt und ihn oder sie einschätzen kann, wird im Krankenhaus eine umfassende Diagnostik nach vorgegebenen Standards gemacht. Das verursacht im Zweifelsfall unnötige zusätzliche Kosten und verbraucht Ressourcen. Im Zweifelsfall wird der Patient oder die Patientin stationär aufgenommen und weitere Kosten entstehen.

Daher sollte zeitgleich zur Krankenhausreform auch eine Reform der ambulanten Notfallversorgung erfolgen, die eine gemeinsame Anlaufstelle von Praxis und Klinik etabliert. Diese selektiert Patientinnen und Patienten nach „kann ambulant“ (Niedergelassene) oder „sollte stationär behandelt werden“. Alternativ denkbar wäre, den Auftrag der Behandlung von Notfallpatienten und -patientinnen komplett auf die Krankenhäuser zu übertragen mit entsprechender Bereinigung des Gesamtbudgets im Bereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Warum sind Krankenhäuser aktuell in einer schlechteren Situation als vor fünf Jahren?

Krankenhäuser können ihre Preise nicht frei bestimmen. Die Preise für Leistungen werden über einen komplizierten Mechanismus ermittelt und dann in einer geringen Bandbreite mit den gesetzlichen Krankenkassen verhandelt. Bei „normalen“ wirtschaftlichen Entwicklungen ohne dramatische Preissteigerungen funktioniert dies gut.

In 2022 durften aber die Krankenhäuser die Preise für ihre Leistungen nur um ca. 2,3 % und in 2023 um 4,4 % steigern. Gleichzeitig sind aber die Preissteigerungen der letzten 24 Monate für Löhne und Sachkosten im Krankenhaus weit über 10 % gestiegen. Dadurch fehlt es jetzt an Geld für den laufenden Betrieb.

Eine nicht ausreichende Steigerung der Vergütung für 2024 wird für viele Krankenhäuser existenzbedrohend, und leider ist aktuell nicht sichergestellt, dass nur die für die anstehende Reform wichtigen Krankenhäuser überleben. Hier muss die Politik aktiv werden und die Lücke beim Preis schließen.

Warum trifft es manche Krankenhäuser härter als andere?

Alle Krankenhäuser, private, freigemeinnützige und öffentliche sind wirtschaftliche Geschäftsbetriebe und müssen mindestens ausgeglichen wirtschaften. Es gibt aber im System Behandlungsfälle, die, wenn man sich spezialisiert und eine hohe Anzahl dieser Eingriffe durchführt, lukrativer sind (z. B. Hüftendoprothesen) als andere (Behandlung von Kindern oder Geburten).

Notfälle hingegen sind in der Regel aufwendiger, da man erst herausfinden muss, woran jemand erkrankt ist, als elektive Fälle, die bereits mit allen Unterlagen und Diagnosen in das Krankenhaus kommen. Beides wird aber oftmals gleich vergütet. Das hat dazu geführt, dass zum Beispiel orthopädische Fachkliniken ohne Notaufnahme seit langem wirtschaftlich besser dastehen als Kinder- oder Geburtskliniken mit Notaufnahmen. Hier reicht der geplante Ansatz der Vorhaltefinanzierung noch nicht aus: Notfälle genauso wie die Behandlung von Kindern oder Geburten müssen generell besser/anders vergütet werden, da es sonst immer weniger Anlaufstellen geben wird.

Warum braucht es externe Prüfungen der Qualität? Haben Ärzte/Ärztinnen und Pflegekräfte nicht selbst schon ein Eigeninteresse, gute Arbeit zu leisten?

Doch. Fast alle Ärzte/Ärztinnen, Pflegefachkräfte und Mitarbeitende anderer Gesundheitsberufe haben ein hohes eigenes Interesse an guter Arbeit. Davon ist auszugehen.

In einem im Wettbewerb stehenden Gesundheitswesen mit hohem Kostendruck ist dieser Anspruch allerdings immer schwerer umzusetzen. Da die Bundesländer seit vielen Jahren ihrer Pflicht, Investitionen ausreichend zu finanzieren, nicht nachkommen, lastet ein enormer finanzieller Druck auf den Krankenhäusern. Einsparungen beim Personal sind die Folge. Die Qualität der Behandlung im Krankenhaus gerät dadurch immer weiter in Gefahr. Davor können externe Qualitätsprüfungen schützen.

Der Medizinische Dienst (MD) prüft seit vielen Jahren Qualität und Strukturanforderungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Der MD ist unabhängig, verfügt über das hierfür erforderliche qualifizierte Personal und die notwendige fachliche Expertise. Der MD kennt aufgrund seiner föderalen Struktur die konkreten Versorgungsstrukturen vor Ort sowie die regionalen Besonderheiten und Erfordernisse von medizi-

nischer Versorgung in Metropolen genauso wie in strukturschwachen ländlichen Regionen, und er stellt seit Jahren eine bundeseinheitliche Prüfung sicher.

Prüfungen des Medizinischen Dienstes tragen wesentlich dazu bei, dass ausreichend qualifiziertes Personal, insbesondere bei komplexeren Behandlungen, zur Verfügung steht. Daher ist es gut, dass der Medizinische Dienst als Prüfer auch der geplanten Leistungsgruppen vorgesehen ist. Nur wer genug ausreichend qualifiziertes Personal hat, darf dann bestimmte Leistungen anbieten.

Stichwort Bürokratie – Digitalisierung muss vorangetrieben werden

In der Pflege und der Medizin wird derzeit mindestens ein Viertel der Zeit für Dokumentation und Ähnliches verwendet. Das ist einerseits unvermeidbare Folge eines im Wettbewerb stehenden Gesundheitssystems. Dem Streben nach Gewinnmaximierung müssen Prüfungen nach sachgerechter Verwendung der Mittel entgegenstehen, und das wiederum erfordert Dokumentation.

Ein weiterer Grund liegt in einer unzureichenden Digitalisierung der Prozesse – nicht notwendigerweise im Krankenhaus, sondern insgesamt im System mit Einweisern, Krankenversicherungen, MD und vor allem Patientinnen und Patienten. Hier hat der Bund weder die notwendigen Standards konsequent etabliert noch diese ausreichend gefördert. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) hat zwar finanzielle Mittel in das System gebracht, dies erfolgte leider aber ohne „Masterplan“.

Grundsätzlich gilt, dass bei der Dokumentation Kosten und Nutzen gegeneinander abgewogen werden müssen. Die wertvolle Ressource Arzt/Ärztin und Pflegekraft muss zwingend vor unnötiger Bürokratie verschont werden.

Zum Wohle der Patientensicherheit und zur Verhinderung der Zweckentfremdung von Versicherungsgeldern sind allerdings auch externe Prüfungen notwendig: möglichst schlank, möglichst digital, möglichst nach bundesweit einheitlichen Standards.

Warum gestaltet sich die Krankenhausreform so schwierig?

Krankenhausplanung ist Ländersache ebenso wie die Finanzierung der Investitionskosten. Die Finanzierung der laufenden Kosten hingegen kann der Bund festsetzen. Der Handlungsspielraum des Bundes ist also beim Thema Krankenhausreform begrenzt.

Ein Umbau der Krankenhauslandschaft kostet zudem Geld, viel Geld. Eine Zusammenlegung von mehreren Krankenhausstandorten zu einem einzigen Haus ist mit Umbauten oder Neubauten verbunden. Das sind Investitionen, für die die Länder aufkommen müssen.

Über die Autoren:

Stefan David, Vorsitzender der DIAKOVERE Geschäftsführung

Markus Krischer, Leitung Public Affairs, Boston Scientific Medizintechnik

Dr. Andreas Krokotsch, Abteilungsleiter Krankenhaus beim Medizinischen Dienst Nord

Reinhold Schulte, Vorsitzender des Aufsichtsrats der SIGNAL IDUNA Gruppe

Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt beim Medizinischen Dienst Nord

Das Bundesgesundheitsministerium hat mit seinen Plänen für eine Krankenhausreform gemeinsam mit den Ländern Eckpunkte konsentiert. Wenn alle zusammen auf das gleiche Ziel – eine langfristig gesicherte, bundesweit vergleichbare, qualitativ gute Versorgung – hinarbeiten, kann die Reform gelingen. Und sie muss gelingen.

Woher weiß ein Patient/eine Patientin, wie gut die Behandlungsqualität in einem Krankenhaus ist?

Noch weiß der Patient/die Patientin in der Regel nicht, wie die Qualität der Behandlung ist, weil belastbare öffentlich zugängliche Informationen fehlen. Anhaltspunkte bieten zumindest die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestmengen. Je öfter ein Arzt oder eine Ärztin einen Eingriff bereits gemacht hat, desto besser ist in der Regel das Ergebnis der Behandlung. Mindestmengen als Voraussetzung zur Erbringung bestimmter komplexer Behandlungen sind ein erster, verwaltungsarmer Ansatz, diesem Umstand Rechnung zu tragen. Es ist ein Instrument, das ausgebaut werden sollte.

Aber das reicht nicht. Transparenz über die Versorgungsqualität eines Krankenhauses ist für eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten zwingend notwendig. Eigentlich sollten die Qualitätsberichte das berechnete Interesse an dieser Form der Transparenz bedienen. Diesem Anspruch werden sie bislang nicht gerecht. Ergänzend zur Krankenhausreform sollte daher versucht werden, dieses Instrument weiter zu entwickeln. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geplante Transparenzverzeichnis wird zusätzlich helfen, die Transparenz über die Behandlungsqualität zu verbessern.

Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden und geben ausschließlich ihre persönliche Meinung wieder.

Impressum:

© Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeberin: Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Deutschland

Verantwortlich: Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung | Hiroshimastraße 17 | 10785 Berlin

www.managerkreis.de | ISBN: 978-3-98628-415-2 | September 2023

Inhaltliche Verantwortung: Marei John-Ohnesorg | Redaktion: Marei John-Ohnesorg und Nicole Castillo | Kontakt: managerkreis@fes.de, 030 26 935 7051

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.

Eine gewerbliche Nutzung der von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

In der Reihe Managerkreis Impulse zuletzt erschienen:

Dezember 2022:
Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, AG Gesundheit des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung, Prof. Dr. Ingo Jungclaussen und Dr. Bernhard van Treeck
ISBN: 978-3-98628-287-5



Alle Veröffentlichungen der Reihe Managerkreis Impulse finden Sie unter: <https://www.managerkreis.de/publikationen>