

# Nach der Reform ist vor der Reform: Handlungsbedarf in Kliniken

**Autor:innen:** Felicitas Marx, Inken Holldorf, Jörg Manthey und Annika Schulz

## Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausstrukturen und deren Finanzierung

**Überkapazitäten** Deutschland verfügt über eine flächendeckende stationäre Versorgung. Die vorgehaltenen Kapazitäten sind im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Im Schnitt verfügen die verglichenen OECD-Staaten über 3,8 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner:innen, im Vergleich dazu verfügt Deutschland über 5,7 Betten je 1.000 Einwohner. Über noch mehr Krankenhausbetten verfügen Japan mit 8,2 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner:innen und Südkorea mit 7,1 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner:innen. Dagegen verfügen Dänemark und Norwegen mit 2,9 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner:innen über weit weniger Versorgungskapazitäten. Die hohen Kapazitäten in Deutschland werden in diesem Umfang nicht benötigt. Das bestätigt die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte durchschnittliche Bettenauslastung im Jahr 2023 von 71,2 Prozent. Die seit Jahren sinkende Auslastung der Betten in deutschen Krankenhäusern korrespondiert mit der Zahl der dort behandelten Fälle. Waren es nach den Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2019 noch rund 19 Millionen Behandlungsfälle, lag die Anzahl der Behandlungsfälle im Jahr 2023 gerade einmal bei rund 17 Millionen. Das entspricht einem Rückgang im Vergleich zu 2019 um circa zehn Prozent. Die im Zusammenhang mit dem Ende der Coronapandemie von manchen Beteiligten erwartete „Normalisierung“ der Behandlungsfälle und damit der Auslastung der Kapazitäten ist nicht eingetreten. Für die nächsten Jahre ist nicht davon auszugehen, dass trotz steigender Morbidität der Bevölkerung auf-

grund der demografischen Entwicklung die Fallzahlen von 2019 wieder erreicht werden. Aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung ist eher von einem weiteren Rückgang der stationären Behandlungsfälle auszugehen.

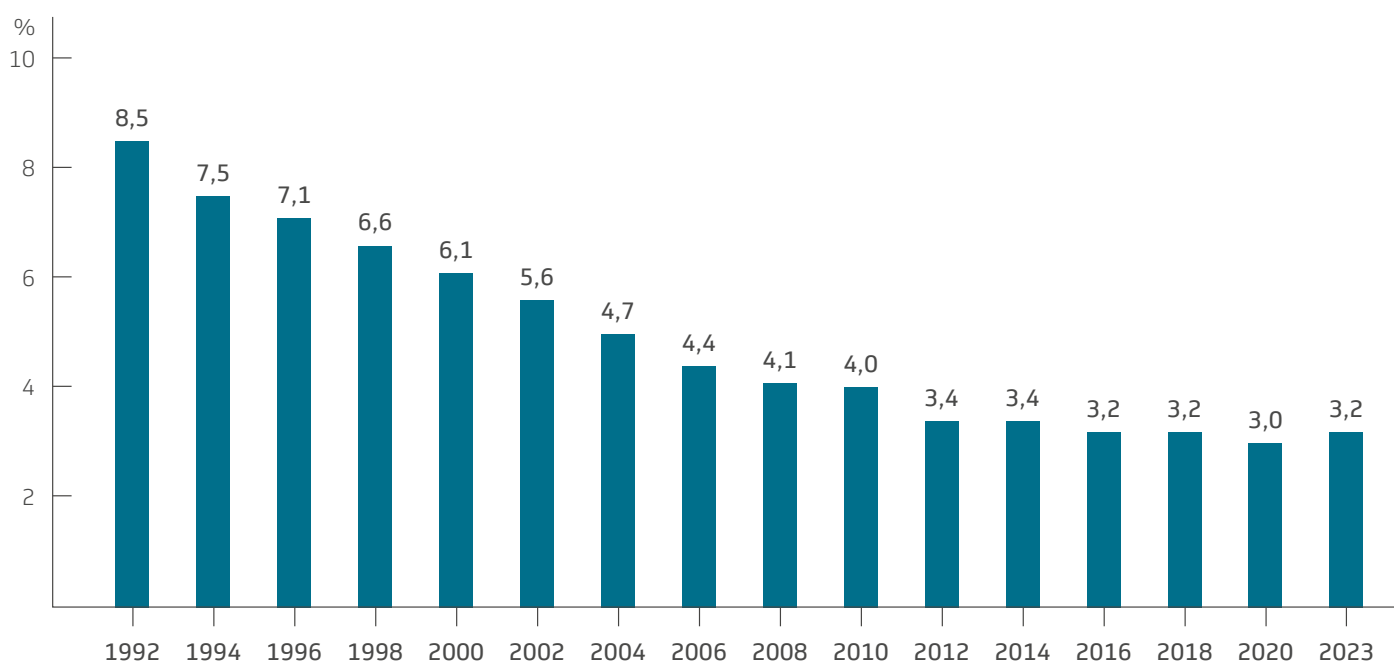
**Fehlende Planung und mangelnde Investitionen der Bundesländer** Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland erfolgt in Form einer sogenannten dualen Finanzierung, also der Trennung der Verantwortung und der Quellen von Investitionen und Betriebsmitteln. Die Investitionskosten sollen durch die Bundesländer finanziert werden und die Betriebskosten von den Krankenkassen. Sowohl die Investitionskostenfinanzierung als auch die Kapazitätsplanung der stationären Versorgung ist Aufgabe der Bundesländer. Diese Vorgabe entspringt dem deutschen föderalen Bundesstaatsgebilde, nach dem jedes Bundesland auch die Verantwortung für die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung seiner Bürger:innen hat. Diese versagen allerdings sowohl bei der Kapazitätsplanung als auch bei der notwendigen Investitionsfinanzierung. Da jedoch die föderale Struktur der Bundesrepublik nicht zur Diskussion steht, wird die politische und damit die Versorgungsverantwortung bei den Bundesländern verbleiben. Allerdings kann die Akzeptanz dieser Verantwortung seitens der Bevölkerung und der Beteiligten im Gesundheitswesen nur erhalten werden, wenn die Bundesländer ihren Verpflichtungen zukünftig auch im vollen Umfang nachkommen. Ein Verfall der Krankenhausinfrastruktur wird ansonsten Zweifel an der Funktionsfähigkeit des Föderalismus und damit auch an unseren demokratischen Grundlagen nähren. Unbestritten ist, dass die Bundesländer lediglich eine bedarfsgerechte Struktur zu fördern haben. Dazu muss allerdings zunächst dieser Versorgungsbedarf festgestellt und für die Zukunft projiziert werden.

Die Kapazitätsplanung erfolgt seit Jahren auf historischer Grundlage in Form von Fortschreibungen. Auf diese Art und Weise werden Strukturen konserviert und nicht bedarfsnotwendige Überkapazitäten erhalten. Gleichzeitig werden die Investitionsmittel nicht im erforderlichen Umfang bereitgestellt. Für den Betrieb von Kliniken wird von einer notwendigen Investitionsquote in Höhe von acht bis neun Prozent ausgegangen. Tatsächlich betrug die Investitionsmittelförderquote im Jahr 2023 gerade einmal 3,2 Prozent. Die Bundesländer halten an bestehenden Strukturen fest, investieren jedoch nicht ausreichend in diese Strukturen (s. Abb. 1).

Die dargestellten Mängel treffen, anders als häufig in der Öffentlichkeit dargestellt, alle Bundesländer. Es trifft zwar zu, dass im Zusammenhang mit der Wiedervereinigung das marode Gesundheitssystem der ehemaligen DDR umstrukturiert wurde. In diesem Zusammenhang wurden auch im Krankenhausbereich die Kapazitäten neu organisiert und durch Bund, Länder und Kassen umfangreiche Investitionen getätigt. Dieser Prozess hat aber vor mittlerweile 30 Jahren stattgefunden. Insofern sind auch die Kapazitäten in den ostdeutschen Bundesländern nicht mehr bedarfsgerecht und bedürfen einer neuen Planung.

### Krankenhausfinanzierung: Investitionsanteil der Länder stagniert auf niedrigem Niveau

Investitionsquote in Prozent – beinhaltet die Investitionen in Relation zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser



Grafik: Techniker Krankenkasse

Die Struktur der deutschen Krankenhäuser ist sehr kleinteilig aufgebaut. Von den nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2023 bestehenden 1.874 Kliniken, verfügen 1.051 lediglich über maximal 200 Betten. Diese Struktur ist historisch bedingt. Der richtige Ansatz der möglichst wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung hat zu dieser Vielzahl kleiner Krankenhausstandorte geführt. Allerdings wurden als Folge der Urbanisierung der Gesellschaft gleichzeitig die Kapazitäten im urbanen Raum ausgebaut. Diesem Ausbau stand kein Abbau von nicht mehr benötigten Kapazitäten entgegen. Weiterhin kollidiert das Primat der wohnortnahen Versorgung zunehmend mit der Spezialisierung und dem medizinischen Fortschritt. Die kleinen Krankenhäuser der Grundversorgung können weder personell noch in ihrer Ausstattung mit dem rasanten medizinischen Fortschritt Schritt halten.

**Degeneration des DRG-Systems** Die Einführung eines fallpauschalierten Vergütungssystems in Form der G-DRGs im Jahr 2003 hatte das Potenzial, als Basis für notwendige Strukturveränderungen zu dienen. Infolge der G-DRG-Einführung wurde mit der verbindlichen Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien eine bis dahin nicht vorhandene Transparenz der Kosten und vor allem der Leistungen erreicht. Auf dieser Basis hätte eine Reform der Kapazitäts- und Leistungsplanung der Bundesländer erfolgen können. Diese Chance wurde nicht genutzt. Stattdessen wurde den Krankenhäusern die Definition ihres Versorgungsauftrages, die Entwicklung von Behandlungsschwerpunkten und spezialisierten Leistungen weitgehend selbst überlassen. Nachvollziehbar und folgerichtig ist, dass Krankenhäuser unter der Wirkung eines Preissystems diese Schwerpunkte nach ihren individuellen Deckungsbeiträgen ausrichten.

Die ursprünglich im G-DRG-System angelegten regelnden Determinanten wie die Fallzahl- und Kostendegression sowie die statistisch sichere Kalkulation der Kosten wurden seit 2003 mehr und mehr durch den Gesetzgeber ausgehebelt. Über verschiedene Änderungen wie zum Beispiel Zuschlagsregelungen oder die Abbildung komplexer Behandlungen wurde versucht, Strukturdefiziten zu begegnen. Damit wurden die Regularien des DRG-Systems immer weiter ausgehöhlt. Weiterhin wurde durch die Ausgliederung der Pflege am Bett und den Übergang in ein eigenes Budgetsystem ab 2020 ein Element der Selbstkostendeckung reaktiviert. Weiter geschwächt wurde das DRG-System durch händische Eingriffe, die gesetzlich vorgegeben waren und vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) oder den Selbstverwaltungspartnern ausgeführt werden mussten. Als Beispiele genannt seien die besondere Berücksichtigung von Entwicklungen der Sachkosten und die sogenannte Dämpfung von Relativgewichten.

Da die Erlöse aus den DRGs, welche zur Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser dienen, wegen der mangelnden Investitionsfinanzierung der Bundesländer zunehmend seitens der Klinken zweckentfremdet verwendet werden, entstand die Geschichte von der defizitären Vergütung durch die DRGs. Im Ergebnis werden die Wirkungen der bekannten Defizite des dualen Finanzierungssystems der Krankenhäuser in Deutschland vorwiegend der Wirkung der DRGs angelastet. Eine eindeutige Fehldiagnose.

Die derzeit allseits propagierte Reformbedürftigkeit der Krankenhausfinanzierung resultiert aus einer nicht vorhandenen bedarfsnotwendigen Kapazitätsplanung und fehlenden Bereitstellung von Investitionsmitteln seitens der Bundesländer. Wären die mit der G-DRG-Einführung vorgesehenen Rahmenbedingungen umgesetzt worden und wäre die derzeitige Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer auskömmlich, wäre keine Reform notwendig. Das gilt auch für die allseits beklagte Personalknappheit, die sich infolge von bedarfsgerecht angepassten Versorgungsstrukturen relativiert.

Deutschland wird sich zukünftig aufgrund zunehmend begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen bei gleichzeitiger demografischer Veränderung nur noch bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen leisten können. Dazu muss gesellschaftlich und anschließend algorithmisch definiert werden, was unter einer bedarfsgerechten Versorgung zu verstehen ist.

### Aktuelle Reforminhalte mit begrenzter Haltbarkeit

**Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen** Die Definition von Leistungsgruppen stellt das Kernelement der Krankenhausreform dar. Auf Basis der Leistungsgruppen erfolgt die Krankenhausplanung und die Finanzierung der neu eingeführten Vorhaltekosten. Der Versorgungsauftrag beziehungsweise das Leistungsspektrum des Krankenhauses wird zukünftig in Form von Leistungsgruppen abgebildet.

Die von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Rahmen ihrer dritten Stellungnahme vorgeschlagene Einführung von Leistungsgruppen nach dem Schweizer Vorbild wurde bereits seit mehreren Jahren in Nordrhein-Westfalen als Basis für eine neue Krankenhausplanung verfolgt. Die Regierungskommission spricht sich in ihrer Stellungnahme für eine differenzierte Ausgestaltung der Leistungsgruppen (128 Leistungsgruppen) aus. Diese zunächst angedachte deutliche Differenzierung musste sowohl in der bundesweiten Reformdiskussion als auch in Nordrhein-Westfalen wegen fehlender Praktikabilität auf 65 beziehungsweise 64 Leistungsgruppen reduziert werden. Für das Instrument der Krankenhausplanung ist die reduzierte Anzahl der Leistungsgruppen unkritisch. Dieser neue Ansatz der Krankenhausplanung ist trennschärfer als alle bisherigen auf Fachabteilungen beruhenden Krankenhausplanungen. Vorgesehen ist, den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen zuzuweisen und damit den Versorgungsauftrag je Krankenhausstandort differenziert auszuweisen. Dazu bedarf es in jedem Fall im Vorfeld einer regionalen Bedarfsanalyse. Außerdem sind je Leistungsgruppe grundlegende Qualitätskriterien, wie zum Beispiel Anforderungen an die sachliche sowie personelle Ausstattung des Krankenhausstandortes, definiert. Damit wird zugleich auch eine zu begrüßende qualitätssichernde Komponente in die Krankenhausplanung eingeführt.

Wie genau die einzelnen Bundesländer den anstehenden Planungsprozess ausgestalten, wird sich zeigen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich dieser an dem bereits praktizierten Verfahren in Nordrhein-Westfalen orientiert. Dort konnten sich Krankenhäuser um die Erbringung von Leistungsgruppen zur Befriedigung des regionalen und bei spezialisierten Leistungen auch des überregionalen Bedarfes bewerben. Ein solcher Prozess insgesamt ist auf einen Konsens ausgelegt. Dabei muss allen Beteiligten klar sein, dass es im Ergebnis zum Wegfall von Leistungen wegen zu geringen Bedarfs und zu Verschiebungen sowie zur Konzentration von Leistungen wegen der beabsichtigten Schwerpunktbildung kommen wird. Insofern hat der konsensuale Prozess seine Grenzen. Es ist zunächst einmal richtig, dass sich die Reformvorstellungen der Bundesregierung an dem Modell aus Nordrhein-Westfalen ausrichten. Seine Funktionsfähigkeit hat dieses Modell allerdings noch nicht nachgewiesen. Die Ankündigung der nordrhein-westfälischen Landesregierung, man werde die Planung zum 1. Januar 2025 in die Praxis umsetzen, wurde Anfang November 2024 korrigiert und auf den 1. April 2025 verschoben – während für spezielle Leistungsgruppen, wie die Endoprothetik oder die kardialen Devices, eine Übergangsfrist bis Jahresende 2025 vorgesehen ist. Als Hintergrund ist zu vermuten, dass die bisherige Planung im Konsens lediglich für einen Teil der Leistungen und Standorte gelungen ist. Für den restlichen Teil der Planung werden nun Festlegungen des Landesministeriums in Form von Letztentscheidungen notwendig. Wie zu erwarten, sind einige Träger der nicht berücksichtigten Krankenhäuser mit den Planungsentscheidungen nicht einverstanden und haben bereits Klage erhoben. Diese Klagen haben zwar in Bezug auf die Wirksamkeit der Bescheide zunächst keine aufschiebende Wirkung, sind aber für die weitere Umsetzung des Krankenhausplanes in seiner Gesamtheit problematisch.

Nicht nachvollziehbar ist, dass die Bundesregierung, nachdem sie zunächst erklärt hatte, sie wolle für die Reform auf Bundesebene die Leistungsgruppendifinition aus Nordrhein-Westfalen als „Blaupause“ nutzen, davon schließlich abgewichen ist. Im Gegensatz zur Leistungsgruppendifinition in Nordrhein-Westfalen werden im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) fünf neue Leistungsgruppen etabliert und die Psychiatrie von der Planung komplett ausgenommen. Eine Krankenhausplanung muss den Bedarf der Bevölkerung an stationären Kapazitäten insgesamt berücksichtigen und kann nicht einen wesentlichen Teil, die Psychiatrie-Leistungsgruppen, unbeachtet lassen. Aus der Differenz zwischen der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen und dem KHVVG ergibt sich eine von Nordrhein-Westfalen abweichende und nicht vergleichbare Planung in 15 Bundesländern. Dazu kommt, dass der Ansatz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zumindest zeitnah nicht umsetzbar ist. Aktuell können weder die Krankenhäuser noch die Bundesländer oder Kostenträger auf dieser Basis die Auswirkungen der Neuregelungen simulieren. Insofern ist auf dieser Basis bereits jetzt eine Reformnotwendigkeit zu erwarten.

**Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** Ein positiv zu bewertender neuer Ansatz wird mit den in der Reform vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen verfolgt. In den Reformvorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung wurden diese noch als Level-1i-Krankenhäuser bezeichnet. Da die Bundesländer die Einteilung der Krankenhäuser in sogenannte Versorgungslevel abgelehnt haben, wurde die Bezeichnung der Level-1i-Krankenhäuser in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen geändert. Inhaltlich wurde der Ansatz der Regierungskommission übernommen. Dieser sieht vor, dass mit dieser Organisationsform der Versorgung erstmals eine wirklich sektorenübergreifende Versorgung unter einem Dach ermöglicht werden soll. Inhaltlich sollen hier Leistungen der stationären und ambulanten Akutversorgung, aber auch Leistungen der Pflege im Sinne des SGB XI erbracht werden. Der stationäre Teil der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bleibt Bestandteil der Krankenhausplanung und damit Investitionskostenfinanzierung. Der Ansatz trägt dem zunehmenden Versorgungsdefizit in ländlichen Räumen Rechnung, indem er alle möglichen Versorgungsformen verzahnt. Gleichzeitig ergibt sich für die Leistungserbringer die Möglichkeit, in flexiblen Organisationsformen zu arbeiten, ohne sich auf eine ausschließlich stationäre oder ambulante Leistungserbringung festzulegen. Damit geht der Gesetzgeber einen seit langem notwendigen Schritt zur Sicherstellung der Versorgung in Verbindung mit der effektiven Nutzung personeller Ressourcen.

Wichtig ist, dass der Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsformen für die Patient:innen und die Organisation möglichst ohne bürokratische Barrieren erfolgen kann. Noch fehlen die inhaltlichen Vorgaben hinsichtlich des konkreten Leistungsspektrums. Der Ansatz dieser Organisations- und Versorgungsform könnte eine zukunftsfähige Struktur für die Versorgung in ländlichen Räumen sein. Es könnte damit gelingen, die

stationäre Grundversorgung und die ambulante Versorgung der Bevölkerung zu sichern, indem die knappen Personalressourcen für beide Formen der Versorgung gleichermaßen genutzt werden können. Der Bevölkerung könnte verdeutlicht werden, dass die Versorgung ihrer Region nicht außer Acht gelassen wird, was zur Akzeptanz von Veränderungen entscheidend beitragen würde. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen könnten die Alternative zum ansonsten wirtschaftlich nicht darstellbaren Weiterbetrieb von schlecht ausgelasteten Grundversorgern sein. Es bleibt zu hoffen, dass die Möglichkeit der Etablierung solcher Einrichtungen nicht durch deren zusätzliche Ansiedelung in ohnehin überversorgten urbanen Räumen diskreditiert wird. Um das Modell der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfolgreich in die Praxis umzusetzen, reichen allerdings die derzeit bekannten Vorgaben bei weitem nicht aus.

**Finanzierung – Vorhaltevergütung** Wie bereits erwähnt soll die Reform die stationären Versorgungsstrukturen und deren Vergütung insgesamt reformieren. Ein weiterer Schwerpunkt der Reform ist die Finanzierung der leistungsunabhängigen Vorhaltekosten im Gegensatz zu den leistungsbezogenen Vergütungen von Behandlungen durch die DRGs. Hintergrund ist, dass den Krankenhäusern auch dann Kosten entstehen, wenn sie keine direkte Leistung am Patienten erbringen. Das ist nicht neu, auch die DRGs beinhalten diese Fixkosten. Die Problematik, die mit der Einführung der Vorhaltevergütung gelöst werden soll, liegt vielmehr darin, dass infolge des Einbruchs der Fallzahlen seit 2019 und der weiterhin mangelnden Auslastung der bestehenden stationären Kapazitäten der Anteil ungedeckter Fixkosten stetig zugenommen hat. Das ist jedoch keine Fehlkalkulation der DRGs, sondern die Folge der nicht bedarfsgerechten Kapazitäten und des Festhaltens am Status quo.

Es ist vorgesehen, eine Vorhaltevergütung in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses einzuführen. Zur Differenzierung der Vorhaltevergütung soll die Systematik der Leistungsgruppen aus der Krankenhausplanung genutzt werden. Damit wird ein einfacher Weg vorgegeben und die Finanzierung mit der Kapazitätsplanung verknüpft. Es wird allerdings außer Acht gelassen, dass die Leistungsgruppen und deren Differenzierung aus dem Ansatz in Nordrhein-Westfalen dort lediglich der Krankenhausplanung dienen und auch nur dafür sinnvoll sind. Als Finanzierungsinstrument sind die Leistungsgruppen weder definiert noch ausreichend differenziert. Das zeigt sich allein bei zwei Leistungsgruppen und zwar der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie, die zusammen fast 40 Prozent aller Leistungen abbilden.

Die Finanzierung der Vorhaltungen soll pauschal 60 Prozent des Umfangs der bisherigen Erlöse ausmachen und unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet werden. Zu den Vorhaltungen zählen die bereits seit 2020 aus den DRGs ausgegliederten Pflegepersonalkosten, die nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vergütet werden. Die übrigen 40 Prozent der bisherigen Erlöse sollen weiterhin als DRGs leistungsge-

recht entsprechend der tatsächlich erbrachten Fälle finanziert werden. Betriebswirtschaftlich korrekt müssten die Vorhaltungen je Leistung beziehungsweise je Leistungsgruppe kalkuliert werden. So würde eine annähernde Finanzierungsgerechtigkeit erreicht, da für bestimmte hochspezialisierte und selten anfallende Leistungen die Fixkosten in der Regel höher sind als bei häufig erbrachten Leistungen. Eine dezidierte Kalkulation der Vorhaltekosten wurde bereits im Rahmen der Diskussion zum Reformvorhaben und dem darauffolgenden Gesetzgebungsprozess verworfen, da diese sehr aufwendig und hochkomplex ist. Der pauschale Ansatz dient demzufolge der zeitnahen Umsetzung der Einführung einer Vorhaltevergütung. Im Gegensatz zu den Erwartungen der Krankenhausvertreter soll das deutschlandweite Gesamtvolumen der Erlöse konstant bleiben. Damit wird genau genommen zunächst lediglich eine Fixierung eines Budgetanteiles erreicht. Dieser verbleibt zukünftig unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung beim Krankenhaus. Das wird durch einen 100-prozentigen Erlösausgleich erreicht. Änderungen des Vorhaltebudgets sollen nur erfolgen, soweit eine Abweichung von +/- 20 Prozent der Fallzahl erfolgt. Dieser Korridor ist vom Gesetzgeber willkürlich gewählt.

Da das Vorhaltevolumen von der Landesebene auf die Leistungsgruppenebene und anschließend auf die Einzelhausbene heruntergebrochen werden soll, sind Umverteilungen infolge von Schließungs- und Konzentrationsprozessen im Bundesland zwischen einzelnen Krankenhäusern, aber auch zwischen ganzen Bundesländern zu erwarten. Da bislang weder die Kalkulation der Vorhaltekostenbewertungsrelationen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die r-DRGs vorliegt, noch das durch das InEK zu erstellende Konzept zur Vorgehensweise zur Ermittlung der Vorhaltevolumina je Land, je Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort, sind Simulationsberechnungen der Auswirkungen aktuell nicht seriös möglich.

Der im KHVVG beschriebene Prozess zur Bildung der Vorhaltebudgets, die den Planungsentscheidungen folgen, wird in der Praxis schwer beziehungsweise nicht umsetzbar sein. Das betrifft sowohl die Berechnung der Vorhaltevolumina und die Verteilung als auch das Nachhalten von Veränderungen. Es wird zwar der Eindruck erweckt, dass die Krankenhäuser zukünftig für die von ihnen vorzuhaltende Infrastruktur finanziell abgesichert werden, dieser Eindruck trügt jedoch. Mit der vorgesehenen Vorhaltefinanzierung wird keine Finanzierungsgerechtigkeit erreicht.

Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ist keine gesonderte Finanzierung der Vorhaltekosten oder der Pflegepersonalkosten vorgesehen. Diese sind Bestandteil der zukünftigen krankenhausindividuellen Tagesentgelte. Im Prinzip geht der Gesetzgeber damit auf den Stand der Vergütung vor Einführung der Fallpauschalen Anfang der 1990er Jahre zurück. Damals wurden sämtliche stationären Leistungen über tagesgleiche Pflegesätze finanziert, die sowohl die Fixkosten als auch die variablen Kosten enthielten. Es scheint, dass der Gesetzgeber insgesamt mit der Abkehr vom DRG-System zu einem System

der Kostendeckung zurückkehren will. Der Finanzierungsmix von pauschal festgesetzten Vorhaltekosten, selbstkostendeckenden Pflegebudgets und DRGs ist weder transparent noch zukunftsorientiert. Mit diesem Finanzierungsmix werden keine Anreize zum effizienten Ressourceneinsatz geschaffen. Damit ist auch für den Teil der Finanzierung die weitere Reformbedürftigkeit schon mit Inkrafttreten des KHVVG gegeben.

**Qualitätsaspekte** Im bisherigen Vergütungssystem waren Qualitätsaspekte deutlich unterrepräsentiert. Auch wenn die Vertreter der Krankenhäuser nicht müde werden zu betonen, dass die deutschen Kliniken ein qualitatives Höchstmaß der Versorgung garantieren, fehlt der Beweis dafür. Nach wie vor wird in Deutschland eine identische qualitativ schlechte Leistung genauso hoch vergütet wie eine qualitativ gute Leistung.

Zumindest im Bereich der Strukturqualität könnte die Reform einen Fortschritt bringen. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe soll an bestimmte bundesweit gültige Qualitätskriterien gebunden sein. Grundsätzlich ist vorgesehen, dass Leistungsgruppen den Krankenhausstandorten durch die Planungsbehörden der Länder nur zugewiesen werden können, wenn diese die jeweils geltenden Qualitätskriterien erfüllen. Allerdings wurde die Stringenz im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens deutlich abgeschwächt. So sollen die Bundesländer die Möglichkeit bekommen, Ausnahmen zu machen, wenn ein Krankenhausstandort nicht alle definierten Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt.

Noch unklar ist der Umgang mit den Qualitätsvoraussetzungen bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Dem Vernehmen nach sollen diese von der Einhaltung der Qualitätsvoraussetzungen weitgehend befreit werden. Das wäre im Hinblick auf die Behandlungsqualität und Akzeptanz zukünftiger Patient:innen fatal.

Die wichtigen Themen Indikations- und Ergebnisqualität werden in der Reform nicht berücksichtigt. Folgerichtig spielen auch Aspekte einer Vergütung in Abhängigkeit von einer erreichten Ergebnisqualität keine Rolle. Damit erhält das Thema der Qualitätssicherung auch weiterhin nicht die ihm gebührende Bedeutung und bildet weiterhin eine Baustelle für die Zukunft.

Die derzeit angedachte und ursprünglich vom Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als „Revolution“ angekündigte Reform vereint gute, nachhaltige Ansätze mit der Weiterführung bekannter Fehlanreize. So soll die Finanzierung der Betriebskosten von einem pauschalierten Preissystem (DRG) hin zu einer Mischform (DRG, Pflegekosten und Vorhaltekosten) entwickelt werden. Dabei sollte allen Beteiligten klar sein, dass eine solche Mischform für das Gesamtsystem und dessen Akzeptanz problematischer ist als ein rein leistungsbezogenes Preissystem. Dessen Vorteil liegt eindeutig in der gegebenen Transparenz und Leistungsgerechtigkeit. Dagegen werden bei einem auf (Selbst-)Kostendeckung beruhenden System kaum beziehungsweise keine Anreize zur Steigerung der Effizienz gesetzt.



## Zukunftsbild einer klinischen Versorgung

### Eine zukunftsorientierte Kapazitätsplanung und gesicherte Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer

Die Versorgungsstrukturen der Zukunft müssen primär auf den ursprünglichen Zweck einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung zurückgeführt werden. Eine gute Gesundheitsversorgung muss den Bedürfnissen der behandlungsbedürftigen Patient:innen zugutekommen und diese bedarfsgerecht versorgen. Dementsprechend sind die Kapazitäten und deren Vorhaltung sowie die Finanzierung dieser am Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Dieser Bedarf kann nur gedeckt werden, wenn die klinische Versorgung anders als in der Vergangenheit „gedacht“ wird und ein Umbau der historisch gewachsenen Strukturen erfolgt. Eine Klinik der Zukunft ist nicht mehr als Krankenhaus, in dem ausschließlich stationäre Leistungen erbracht werden, zu definieren. Kliniken müssen zukünftig die Funktion eines Gesundheitszentrums erfüllen. Sie stehen im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung einer Planungsregion. Eine Klinik als Gesundheitszentrum vereint ambulante und stationäre sowie präventive, kurative und palliative Behandlungsangebote unter einem organisatorischen Dach. Das sichert den Patient:innen eine umfassende und koordinierte Versorgung aus einer Hand und der Gesellschaft einen effizienten Einsatz der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen.

Die gesamte Bevölkerung sowohl in urbanen als auch in ländlichen Regionen muss einen gleichwertigen Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung haben. Das impliziert jedoch nicht, dass alle Leistungen zu jeder Zeit und überall vorgehalten werden müssen. Das bedeutet aber, dass die Voraussetzungen geschaffen werden müssen, dass alle Bürger:innen im Bedarfsfall adäquat versorgt werden. Das erfordert unter anderem die Bereitstellung einer entsprechenden Infrastruktur, wie zum Beispiel eines Rettungsdienstes, und den Zugang zu digitalen Versorgungsformen, wie zum Beispiel telemedizinischen Leistungen.

Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands und der Verpflichtung der Bundesländer zur Sicherstellung der Versorgung verbleibt die Planungsverantwortung auch zukünftig bei den Ländern. Diese müssen allerdings ihrer Verantwortung zur Finanzierung der Investitionen auch tatsächlich nachkommen. Sofern sie diese auch weiterhin nicht erfüllen, werden jegliche Reformen des Vergütungssystems ins Leere laufen.

Auch wenn die Letztentscheidung zur Kapazitätsplanung bei den Bundesländern liegt, müssen an den Planungen zu möglichen Standorten und deren Versorgungsauftrag sämtliche Beteiligten wie die Landkreise, die Kommunen, die Krankenhausträger und die Kostenträger einbezogen werden. Diese Beteiligung schafft einen breiten Konsens und sollte von den Bundesländern auch in einer Rolle als Multiplikator der nicht immer positiven Entscheidungen begriffen werden. So kann die Akzeptanz in der Bevölkerung verbessert werden, auch im Sinne der demokratischen Beteiligung.

### Notwendige Änderungen und Weiterentwicklung der Finanzierung

Die derzeit mit dem KHVVG angedachten neuen Wege zur Vergütung der stationären Leistungen über eine Kombination von Elementen der Selbstkostendeckung in der Pflege, der Kostendeckung für notwendige Vorhaltungen und der leistungsgerechten Finanzierung eines weiteren Teils über die DRGs, sind ein Irrweg und nicht zukunftsfest. Sie können schon deshalb nicht funktionieren, da die Anreize dieser unterschiedlichen Finanzierungselemente sich gegenseitig ausschließen. Das macht es für Kliniken als Unternehmen schwierig, sich in diesem System zu bewegen und ihre Perspektiven richtig einzuschätzen. Aus diesem Grund bedarf es einer weiteren Reform des Vergütungssystems. Aus Sicht der Verfassenden gibt es zwei Alternativen, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

Die erste Alternative einer zukunftsfähigen Finanzierung könnte eine Kombination aus leistungsunabhängigen Vorhaltungen und leistungsabhängigen DRGs sein. Diese Finanzierungsform bedingt eine Kapazitätsplanung nach dem tatsächlichen Bedarf sowie die verbindlichen Anwendung der Leistungsgruppen für die Abbildung der Strukturqualität. Im Gegensatz zum aktuell im KHVVG vorgesehenen Ansatz sollten die Vorhaltekosten nicht pauschal, sondern basierend auf einer Kalkulation je Leistung beziehungsweise je Leistungsgruppe ermittelt werden und sowohl Personal- als auch Sachkosten beinhalten. Damit wäre eine sachgerechte Finanzierung der geplanten bedarfsgerechten notwendigen Kapazitäten gegeben. Der variable Kostenanteil der Leistungen könnte weiterhin über DRGs vergütet werden. Mit dem Ziel einer möglichst sachgerechten und umfassenden Abbildung der Kosten sollte, anderes als bisher, die Kalkulationsbasis die Kostendaten aller Krankenhäuser umfassen. Die Vergütung für den variablen Kostenanteil über die DRGs sollte zukünftig durch einen Vergütungsanteil bei Erreichen bestimmter Parameter der Ergebnisqualität sinnvoll ergänzt werden.

Die Selbstkostendeckung der Pflegepersonalkosten über die Pflegebudgets und andere Vergütungsbestandteile wie zum Beispiel Ausbildungszuschläge sollten aufgehoben und in die beiden verbleibenden Teile der Vergütung integriert werden.

Aus Sicht der Verfassenden könnte mit dieser Finanzierungsform unter strikter Einhaltung der Vorgaben aus der Kapazitätsplanung das „Hamsterrad“ der Fallzahlerhöhung zur Erlösoptimierung vermieden werden. Klar sein muss dabei, dass zusätzliche Fälle nur vergütet werden dürfen, wenn sie über die bedarfsorientierte Kapazitätsplanung legitimiert werden. Im Sinne der Planungssicherheit der Kliniken muss bei einer Reduzierung der tatsächlich erbrachten Fallzahl einer Klinik im Vergleich zu der laut Kapazitätsplanung vorgesehenen Fallzahl die Differenz im Bereich der leistungsunabhängigen Vorhaltungen vollständig ausgeglichen werden. Das bedingt eine dynamische Kapazitätsplanung, damit Verlagerungen, zum Beispiel aufgrund der gewünschten Ambulantisierung, stetig nachvollzogen werden können.

Eine weitere Alternative besteht in der Rückkehr zur vollständigen Finanzierung in Form von DRGs unter der Voraussetzung einer strikt bedarfsorientierten Kapazitätsplanung und der Einführung von Elementen zur Messung der Indikationsqualität. Der den DRGs hauptsächlich angelastete Fehler besteht in dem Anreiz für die Krankenhäuser, ihre Erlöse zu optimieren, indem sie die stationäre Fallzahl steigern. Diesem Anreiz kann mit einer konkreten Bedarfsplanung für die einzelne Klinik verbunden mit der Prüfung der Indikationsqualität für den einzelnen Behandlungsfall entgegengewirkt werden. Das bedeutet nicht, dass die Indikationsqualität in Form einer Einzelfallprüfung erfolgen sollte. Vielmehr kann über bestimmte, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegende Determinanten eine stetige Prüfung erfolgen. Unter diesen Voraussetzungen können die DRGs nach dem Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ ihren eigentlichen Wirkmechanismus einer leistungsbezogenen Vergütung entfalten.

Zur realen Abbildung der Kosten der Kliniken sollte, anderes als bisher, die Kalkulationsbasis der DRGs die Kostendaten möglichst aller Kliniken umfassen.

Die bei Einführung der DRGs und in den Folgejahren stark kritisierte Preisdegression bei Erhöhung der Fallzahl kann unter dem Umstand der konkreten Bedarfsplanung entfallen. Die bei Einführung der DRGs ebenfalls vielfach beschworene Wettbewerbswirkung der DRGs kann ebenfalls außer Acht gelassen werden. Kliniken sind zwar Unternehmen, sie befinden sich aber aufgrund der Planung nicht in einem freien Wettbewerbsumfeld. Der Ansatz der differenzierten bedarfsgerechten Kapazitätsplanung korrespondiert nun einmal nicht mit einem wettbewerblichen Verhalten. Wie bei der erstgenannten Alternative sollten die DRGs um einen Vergütungsanteil in Abhängigkeit von der nachgewiesenen Ergebnisqualität erweitert werden.

Im Ergebnis können bei der Umsetzung dieser Alternative kalkulierte Ist-Kosten der Kliniken mit Vergütungselementen der Qualität verbunden werden. Das Ganze ließe sich bürokratiearm gestalten, da anders als derzeit zum Beispiel keine Pflegebudgetverhandlungen zu führen wären. Für die Kliniken ist auch bei dieser Alternative Planungssicherheit gegeben, da sie aufgrund der zugewiesenen Leistungsgruppen ihr Leistungsportfolio und die entsprechenden Vergütungen planen können. Lediglich der Anteil der Vergütungen für die Ergebnisqualität ließe sich nicht konkret im Voraus bestimmen.

Die derzeitigen Probleme in der Kliniklandschaft in Deutschland können mit der angedachten Reform nur marginal gelöst werden. Unter dem föderalistischen deutschen System mit der dualen Finanzierung kann eine Lösung nur gelingen, wenn die Verantwortlichen, die Bundesländer und die Kostenträger, ihre Verantwortung nicht nur einfordern, sondern ihr auch nachkommen. Sofern die Bundesländer die bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung sichern und die Kostenträger die dafür notwendigen Betriebsmittel bereitstellen, wäre das Problem zu lösen. Dabei muss den Bundesländern bewusst sein, dass es im

Interesse der Bevölkerung und vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen nur sinnvoll ist, die Investitionen am zukünftig notwendigen Bedarf und nicht an einer historischen Struktur auszurichten.

Für den Teil der Finanzierung der Betriebskosten sind verschiedene Modelle denkbar, die aber alle auf der bedarfsgerechten Planung beruhen müssen. Insofern ist zeitlich gesehen und vor dem Hintergrund des aktuellen Reformvorhabens nach der Reform tatsächlich vor der Reform.

### Literaturverzeichnis

OECD-Gesundheitsdaten 2009, [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/soc\\_glance-2009-39-de.pdf?expires=1731922180&id=id&accname=guest&checksum=801A977F987504DDBDDA062EC977F56E](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/soc_glance-2009-39-de.pdf?expires=1731922180&id=id&accname=guest&checksum=801A977F987504DDBDDA062EC977F56E), abgerufen am 18. November 2024

Statistisches Bundesamt, Statistischer Bericht, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, erschienen am 11. Oktober 2024

Statistisches Bundesamt, Statistischer Bericht, Kostennachweis der Krankenhäuser 2022, erschienen am 5. Dezember 2023, korrigiert am 10. Juli 2024

AOLG - Arbeitsgruppe der obersten Landesbehörden, Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG zu Investitionsfördermitteln der Länder

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022, Stand Dezember 2022