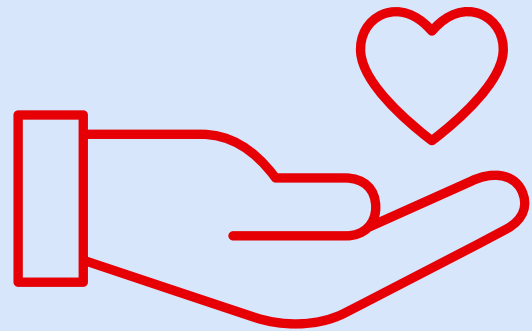


Brennpunkt Wohlfahrt

Nr. 04/2023



Krankenhauskrise konstruktiv begegnen!

Es entstehen weiße Flecken der gesundheitlichen Versorgung. Viele Menschen, die dringend in Krankenhäusern versorgt werden müssen, werden auf Wartelisten landen oder lange Reisen auf sich nehmen. Kreißsäle werden knapp. Vielleicht werden wir auch Betten mit Kranken sehen, die in Gängen statt in gut ausgestatteten Zimmern liegen. Die Menschen in Deutschland werden sich an Bilder gewöhnen müssen, die sie bisher nur aus Auslandsreportagen kannten. Der Grund: Das System gerät an seine Grenzen, Arbeitskräftemangel, demografischer Wandel und weitere Faktoren machen sich langsam aber sicher bemerkbar. In der Öffentlichkeit wird eine Krankenhausreform diskutiert; tatsächlich setzt bis zu einer solchen längst völlig unorganisiert ein Krankenhaussterben ein, das regionale Disparitäten verstärkt und ein Gesundheitssystem erzeugt, in dem Menschen mit geringen Ressourcen unterversorgt sind.

Die Krise der Krankenhäuser ist längst da.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) warnt vor einer Insolvenzwelle schon in der zweiten Jahreshälfte 2023, die rund 20 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland erfassen könnte. Dies entspräche der Gesamtentwicklung von 1992 bis 2021, in der die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland von 2.381 um 20,7 Prozent auf 1.887 zurückging. Nach Schätzungen der DKG können Inflation und gesunkene Fallzahlen noch in diesem Jahr ein Defizit von bis zu 15 Milliarden Euro bewirken. **Der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser rechnet für 2023 mit bis zu 100 Krankenhausinsolvenzen.** Ein Abbau von Strukturen erscheint angesichts sinkender finanzieller Möglichkeiten und des Arbeitskräftemangels unvermeidlich. Grundlegende systemische Veränderungen, die eine generelle Aufrechterhaltung der Versorgung ermöglichen würden, sind nicht auf der von Sparzwängen gekennzeichneten Agenda der Bundesregierung.

Die Finanzierung der Krankenhäuser ist mit den steigenden Sach- und Personalkosten längst nicht mehr kostendeckend. Eine flächendeckende Refinanzierung der Kostensteigerung bleibt weiter aus. Vorschläge zum Auffangen der Kostensteigerungen wurden unterbreitet, politische Handlungen sind

jedoch ausgeblieben. Dass Krankenhäuser ohne jede Steuerung und ohne jeden Plan insolvent gehen und schließen, ist unverantwortlich. Auch ist es nicht zukunftsweisend, dass die Krankenhäuser, denen nicht unmittelbar eine Schließung droht, vor diesem Hintergrund fällige Investitionen zurückstellen müssen. Daher betont das DRK die Unerlässlichkeit eines Vorschaltgesetzes, das die Kostensteigerungen auffängt.

Zusammenfassung

- **Krankenhaussterben** hat massive Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.
- **Kurzfristige gesetzliche Maßnahmen** zum Auffangen der steigenden Kosten sind zwingend notwendig.
- **Ein geordneter Abbau von Strukturen** scheint angesichts der aktuellen Sparzwänge und des Arbeitskräftemangels unausweichlich.
- **Vereinbarte Eckpunkte** einer Krankenhausreform sind nachvollziehbar, z.B. eine Stärkung der Vorhaltefinanzierung.
- **Das DRK fordert Augenmaß und Nachsteuerungen** in einigen Punkten hinsichtlich der weiteren Umsetzung, z. B. den Erhalt eines eigenständigen Pflegebudgets.
- **Das DRK stellt die besondere Verlässlichkeit gemeinnütziger Träger heraus**; ausgerechnet sie haben besonders große Existenzsorgen.
- **Die Frage der Trägerschaft** sollte Eingang in die Debatte finden.
- **Die Notfallversorgung ist dringend zu berücksichtigen** in allen weiteren politischen Planungen.

Abbau orientiert am Bedarf, mehr Planungssicherheit und weniger Fehlanreize: So sehen die Pläne der Bundesregierung aus.

Gegenmaßnahmen zum Stopp einer ungesteuerten Abwärtsspirale sind dringend erforderlich. Das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) ausgegebene Ziel, „unnötige Klinikschließungen zu vermeiden und flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung auch in ländlichen Regionen sicherzustellen“ ist unterstützenswert. Die nun zwischen den Bundesländern und dem Bund vereinbarten Eckpunkte der Krankenhausreform, z.B. bzgl. der Stärkung der Vorhaltefinanzierung als verlässliche Grundlage für den Betrieb von Krankenhäusern, sind in diesem Sinne nachvollziehbar. Versorgungsaufträge bzw. die zukünftigen Leistungsgruppen und die damit verbundenen Vorhaltepauschalen sollen sich am Bedarf der Bevölkerung orientieren. Dieser Ansatz einer bedarfsgerechten Sicherung von Krankenhausstrukturen ist ein geeignetes Mittel zur Abwehr eines unkontrollierten Verlustes von Krankenhausstrukturen, die zur Aufrechterhaltung stationärer medizinischer Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.

Durch die Definition und Implementierung von einheitlichen Krankenhaus-Versorgungsstufen (sogenannte Level) sollen nach gegenwärtigen Plänen die jeweiligen Leistungsfähigkeiten der Krankenhäu-

ser transparent gemacht werden. Eine Koppelung von zugewiesenen Leistungsgruppen für ein Krankenhaus an den jeweiligen Level-Stand des Krankenhauses soll es nicht geben. Die Zuordnung zu verschiedenen Levels soll an Mindestvoraussetzungen bzgl. Kriterien wie Leistungsspektrum, Notfallversorgung, Intensivmedizin und Ausstattung mit ärztlich/ pflegerischem Personal gebunden werden. Wichtiger wird dann die ergänzende Zuordnung von Leistungsgruppen zu den jeweiligen Krankenhäusern. Die Anzahl der grundsätzlich zu etablierenden Leistungsgruppen wird sich nach dem aktuellen Stand der Diskussion bei ca. 65 Leistungsgruppen einpendeln. Jede Leistungsgruppe wird dann noch einmal Qualitätskriterien erhalten, die das jeweilige Krankenhaus erfüllen muss. Zudem soll das mengenbezogene Diagnosis Related Groups-System (DRG) um die bereits erwähnte Vorhaltefinanzierung ergänzt werden, um unerwünschte Anreizeffekte auszutarieren. Die Vorhaltefinanzierung soll dabei an die durch die Planungsbehörden der Bundesländer zugewiesenen Leistungsgruppen gekoppelt werden.

In der Gesamtsicht erscheinen die geplanten Maßnahmen sinnvoll. Durch die für die Krankenhäuser zukünftig vorgesehene Möglichkeit einer Vorhaltevergütung und durch die dafür erforderliche bundeseinheitliche Leistungsgruppendifinition könnte eine Verbesserung der Struktur der Krankenhäuser bewirkt werden. **So könnte durch die Kombination aus Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung ein besseres Gleichgewicht aus Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Ökonomie erreicht werden.** Hierzu kann das aktuelle gemeinsame Momentum der wesentlichen Akteure (Politik, Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte und Pflege) genutzt werden, im Rahmen der anstehenden Reformen auch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens in den Blick zu nehmen. Schließlich hat beispielsweise der Marburger Bund mit einem Beschluss auf seiner Hauptversammlung im Mai die Sorge ausgedrückt, dass betriebswirtschaftliche Maßstäbe die Patientenversorgung gefährden.

Das BMG möchte seine Reformpläne als innovativ und zukunftsweisend verstanden wissen und stellt auf seiner Website entsprechend dar, dass die Ampel-Koalition eine "moderne und bedarfsgerechte" Krankenhausversorgung anstrebt, bei der die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Die Ziele unterstreicht das DRK mit Nachdruck.

Nachsteuerungen sind zwingend notwendig.

Wie bei jedem großen Eingriff in bestehende Strukturen sollte vorsichtig und achtsam vorgegangen werden. Leider hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bei der ersten Präsentation seiner Reformpläne im Dezember 2022, die der Bundesgesundheitsminister als „Revolution“ angekündigt hat, versäumt, eine Auswirkungsanalyse zu erstellen. Dies wurde auf Druck und Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zwischenzeitlich nachgeholt. Diese Auswirkungsanalyse prognostiziert eine Welle von Krankenhausschließungen, wenn nicht an zentralen Punkten der Reform nachgesteuert wird. Aus gutem Grund wurde zwischenzeitlich die Koppelung von Level und Leistungsgruppen aufgegeben. Ein wichtiges Detail hier war es, für die jeweilige Leistungsgruppe „nur“ Mindestvoraussetzungen zu definieren. Aus den Mindestvoraussetzungen sind nun Qualitätskriterien geworden. Sollte der Gesetzgeber an dieser Stelle überziehen, drohen weitere Krankenhausschließungen. Darum ist es nachvollziehbar und legitim, dass die Bundesländer in diesem Punkt ein Mitbestimmungsrecht einfordern.

Anreizsysteme sind komplex und sollten behutsam angegangen werden. In der Debatte um die Formen und Instrumente der Reorganisation der Krankenhauslandschaft sollte entsprechend berücksichtigt werden, dass sich die DRGs als Steuerungsinstrumente in Teilen durchaus bewährt haben. Es wäre fährlässig, nun alle betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Verbesserungen, mit deren Hilfe viele Krankenhäuser in den vergangenen Jahren zu qualitativ guter Leistungserbringung gelangt sind, zurückzudrehen.



© Willing-Holtz / DRK

Am Ende des Reformprozesses wird sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland verändert haben und voraussichtlich die Krankenhäuser erhalten bleiben, die in der Lage sein werden, ausreichend viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechend angemessener Qualifikation und Anzahl vorzuhalten, um die Patientenversorgung zu sichern. Die Umsetzung eines geeigneten Personalbemessungsinstruments (wie die PPR 2.0) und eine gesicherte Refinanzierung der Pflegefachkräfte sind hierfür wesentliche Voraussetzungen. Die Einbeziehung der „Kosten für Pflegepersonal am Bett“ in die Vorhaltekosten ordnet die Pflege der Patienten (wieder) als Kostenfaktor ein. Das Bestreben der Krankenhäuser diesen möglichst gering zu halten, liegt nahe. Daher sollte das Pflegebudget unabhängig davon erhalten bleiben. Der Verband der Schwesternschaften vom DRK hat gemeinsam mit anderen Verbänden ein Policy Paper veröffentlicht, das Reformvorschläge pflegefachlich einordnet (<http://deutscher-pflegerat.de/2023/06/27/pflegeverbaende-veroeffentlichen-policy-brief/>).

Gemeinnützigkeit mitdenken, Krankenhäuser als Knotenpunkte verankern

Die DRK-Krankenhäuser sind, neben den privaten und öffentlichen, als freigemeinnützig getragene ebenfalls von der Krise der Krankenhäuser betroffen. Der Status der Gemeinnützigkeit verpflichtet sie, ihre Überschüsse zu reinvestieren und so die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgung stetig zu verbessern. Sie werden somit unmittelbar in Patientennutzen überführt und sind kein Mittel zur Generierung von Renditen. Die Frage der Art der Leistungserbringung (staatlich, profitorientiert, gemeinnützig) scheint bisher kaum eine Rolle in der Debatte um die Zukunft der Krankenhäuser zu spielen. Dabei könnten gerade gemeinnützige Strukturen als erstes zusammenbrechen. Also gerade die, die einerseits dauerhaft zur Verfügung stehen und garantiert nicht abwandern und andererseits auch nicht staatlich betrieben werden. Daran kann niemand ein Interesse haben. Ein Szenario, in dem profitorientierte Krankenhauskonzerne, die aufgrund ihrer hohen Ausstattung mit Liquidität möglicherweise von einer „Marktbereinigung“ profitieren, dominieren, würde dazu führen, dass in steigendem

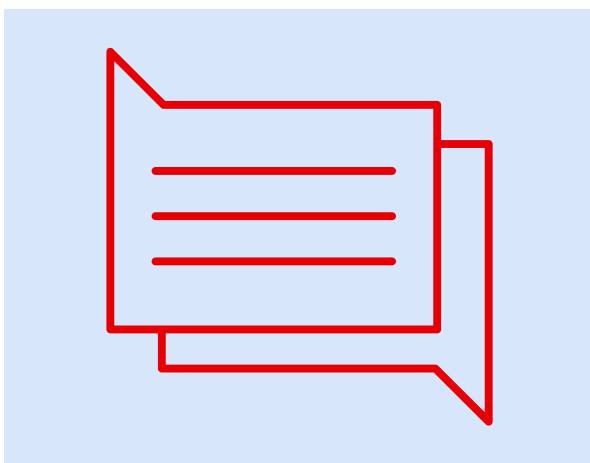
Maße Gewinne aus dem Sozialversicherungssystem an Investmentfonds etc. fließen und Profitabilität als Zielgröße noch weiter in den Vordergrund rückt. Auf der anderen Seite stehen zahlreichen Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft steuerfinanzierte Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung, über die andere Kliniken zu ihrem Nachteil nicht verfügen. Derzeit ist das Bild noch uneinheitlich. Es ist möglich, dass sich eher Verstaatlichungstendenzen zeigen oder eine weitere Konzentration von Marktmacht durch Großkonzerne. **Fakt ist: Gemeinnützige Krankenhäuser haben die schlechteste Ausgangsposition in der aktuellen Situation. Die Frage nach der Rechtsform muss daher in die Gestaltung des Versorgungsmixes und entsprechend zwingend in die Krankenhausreform einfließen.**

Mit Blick auf das Zusammenwirken von Krankenhäusern mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege (Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, Sozialstationen, Rettungsdiensten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Apotheken) ist es zudem angezeigt, den Blick zu weiten und Krankenhäuser nicht isoliert zu betrachten. Aus Sicht des DRK sind Krankenhäuser Knotenpunkte im Gesundheitsnetz und Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Die Gewährleistung ihrer Funktionalität und des bewährten Ineinandergreifens von Medizin, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Pflege sind unverzichtbare Bausteine für die Resilienz des Gesundheitswesens und der Gefahrenabwehr im Katastrophenfall. So nimmt das DRK als nationale Hilfsgesellschaft die Unterstützung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr wahr (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Art. 26 des I. Genfer Abkommens und § 2 DRK-Gesetz – DRKG); Unterstützung im Sinne von Kooperation).

Die Notaufnahmen der Kliniken sind neben dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und dem Rettungsdienst Teil der Notfallversorgung. Dabei bildet der Rettungsdienst die (notfall-) medizinische Brücke zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitswesen. Insofern bilden die an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser auch bei den rettungsdienstlichen Planungen einen wichtigen Einflussfaktor („Golden Hour“; Weiterbehandlung der Notfallpatientinnen und -patienten) und sind deshalb bei den Planungen zwingend mit zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend für Großschadenslagen oder Katastrophen bzw. im Falle eines bewaffneten Konflikts. Die Krankenhausreform muss deshalb im Einklang der für diese Legislaturperiode vorgesehenen Reform der Notfallversorgung gesehen und umgesetzt werden, auch damit u.a. die Notaufnahmen der Kliniken spürbar entlastet werden und die Qualität der Behandlung „echter“ Notfälle gesteigert wird.

Thomas Schade, Gunnar Sevecke, Dr. Joß Steinke

Berlin, den 20. Juli 2023



**Führen Sie die Debatte
mit uns weiter unter
[drk-wohlfahrt.de](https://www.drk-wohlfahrt.de)**

JETZT MITDISKUTIEREN