



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Krankenhausreform 2023

Punkt für Punkt

Bewertungen und Vorschläge
zu den Reformplänen

Stand: 03.08.2023

Der BDPK möchte die Krankenhausreform konstruktiv unterstützen. Dazu haben wir in diesem Papier unsere Bewertungen und Vorschläge zu den Reformplänen Punkt für Punkt in Kurzform zusammengefasst.

- **Grundsätzliches**

Hinweise und Änderungsvorschläge im Einzelnen:

- **Level**
- **Leistungsgruppen (LG)**
- **Vorhaltefinanzierung**
- **Sektorübergreifende Versorgung (Level Ii)**
- **Fachkrankenhäuser**

Wenn Sie hierzu Fragen haben oder weitere Erläuterungen und Informationen wünschen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

○ Grundsätzliches

Die Reform muss sich darin messen lassen, inwieweit es gelingt die grundlegenden Probleme der Krankenhausversorgung zu lösen: Unterfinanzierung, Fachkräftemangel, ineffiziente Sektorengrenzen stationär/ambulant und den demografischen Wandel.

Um diese Ziele zu erreichen, sind Nachbesserungen notwendig. Eine aktuelle Umfrage des DKI zeigt, dass 69 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser ihre wirtschaftliche Existenz bis zum Wirksamwerden der geplanten Reform im Jahr 2027 ernsthaft gefährdet sehen. Große Mehrheiten der Befragten gehen davon aus, dass die Versprechen der Reform nicht gehalten werden können: 68 Prozent halten die Ankündigung der „Entökonomisierung“ für ein leeres Versprechen und sogar 91 Prozent erwarten keinerlei Entlastung bei der Bürokratie. 72 Prozent der Krankenhäuser erwarten mittel- bis langfristig keine Verbesserung und sogar 56 Prozent eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage.

Folgende Punkte sind aus Sicht des BDPK bei der Ausformulierung des Gesetzentwurfs zu berücksichtigen:

Finanzierung

- Krankenhäuser brauchen dringend ein Vorschaltgesetz zum Ausgleich von Inflation und gestiegenen Personal- und Sachkosten. Werden Kostensteigerungen nicht refinanziert, wird der kalte Strukturwandel kurzfristig zu Versorgungslücken führen. Gerade ländliche Regionen werden hiervon betroffen sein.
- Die vom Bund angekündigte Prüfung von Maßnahmen zur schnelleren Auszahlung des Pflegebudgets ist grundsätzlich positiv, hat aber ausschließlich die Liquidität im Fokus. Um Kostensteigerungen auszugleichen ist aber eine basiswirksame Anpassung der Landesbasisfallwerte an Inflation, Energiekostensteigerungen dringend vorzusehen. Personalkostensteigerungen müssen vollständig refinanziert werden.
- Strukturveränderungen, Umwandlungen und auch Schließungen benötigen finanzielle Mittel. Die geeinten Eckpunkte nennen einen Strukturfonds, dessen Ausgestaltung aber offen bleibt.

- Wege zur Finanzierung: z. B. die Anhebung Bundeszuschuss an Gesundheitsfonds zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, Dynamisierung des Bundeszuschusses, Finanzierung der Beiträge von Beziehern von Bürgergeld aus Steuermitteln, Absenkung Mehrwertsteuer für Arzneimittel auf 7 Prozent.

Bürokratieabbau

- Entbürokratisierung ist eines der drei Hauptziele der Reform. Konkrete Maßnahmen zum Bürokratieabbau finden sich in den Eckpunkten allerdings keine. Neu vorgesehen sind dagegen viele neue Kontrollen und Nachweise (z. B. MD und Leistungsgruppen) und die Dokumentation und Pflege paralleler Finanzierungssysteme (rDRG, Vorhaltefinanzierung, Pflegebudget, degressive Tagessätze Level II, etc.).
- Der BDPK setzt sich für eine radikale Entbürokratisierung ein: Jede bestehende Regelung sollte überprüft werden, ob sie notwendig ist. Doppelstrukturen müssen abgeschafft werden (MD-Fehlbelegungsprüfung, FDA, Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegequotient, Qualitätsrichtlinien des G-BA, etc.). Konkrete Vorschläge zum Bürokratieabbau hat der BDPK hier veröffentlicht.

Ambulante Öffnung

- Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur ambulanten Öffnung von Krankenhäusern (AOP-Katalog, Hybrid-DRG, Tagesbehandlung) greifen zu kurz und richten sich ausschließlich auf die Ambulantisierung von stationären Leistungen. Damit die Überwindung der Sektorengrenzen gelingt, müssen Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung geöffnet werden.
- Der BDPK schlägt vor, dass immer wenn die fachärztliche Versorgung regional nicht gewährleistet ist (keine Terminvermittlung innerhalb von 4 Wochen), Krankenhäuser automatisch ermächtigt werden, ambulante fachärztliche Leistungen zu Lasten des KV-Budgets zu erbringen.

- Level II Krankenhäuser sollten regelhaft an der ambulanten fachärztlichen Versorgung beteiligt werden.
- Die Ambulantisierung der bislang stationär erbrachten Behandlungen kann nur mit sinnvollen Anreizen gelingen (z. B. durch die Budgetfortschreibung in der Phase der Umsetzung).

○ Level

Sachstand

- Das BMG plant zur Information und Aufklärung von Patientinnen Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekten zu veröffentlichen.
- Dafür will der Bund Krankenhäusern Versorgungsstufen (Level) zuordnen und die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Die Veröffentlichung soll keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder oder die Krankenhausvergütung haben.
- Das Vorhaben soll über ein zustimmungsfreies Gesetz umgesetzt werden.

Bewertung BDPK

- Private Klinikträger befürworten Initiativen zur Verbesserung von Qualitätstransparenz und setzen sich hierfür auch mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Portal Qualitätskliniken.de ein.
- Die Veröffentlichung von Leveln ist für Transparenz nicht geeignet und sollte entfallen.

Vorschlag BDPK

- Konsequente und laienverständliche Darstellung der Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser.
- Fokus sollte auf Behandlungsergebnissen liegen, die sich zum Beispiel mit Komplikations- und Mortalitätsraten aus Routinedaten messen lassen.

○ Leistungsgruppen (LG)

Sachstand

- Grundlage NRW: Zusätzlich fünf ergänzende Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie.
- Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung
 - Stufe 1: Initiative Bund und Länder
 - Stufe 2: Wissenschaftliche Vorarbeit AWMF, InEK, BfArM (nach Beauftragung Bund/Länder)
 - Stufe 3: Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss (Leitung Bund/Länder, BÄK, Pflege, DKG, GKV-SV)
 - Stufe 4: Rechtsverordnung mit Zustimmung Bundesrat
- Die Zuordnung der Leistungsgruppen erfolgt durch die Landesplanungsbehörden.

Bewertung BDPK

- Leistungsgruppen sind grundsätzlich geeignet, um die Anforderungen an eine gute Patientenversorgung zu definieren.

Bisher zu starker Fokus auf Strukturvorgaben; Die Zahl der Fachabteilungen und der Beschäftigten allein sind kein Beleg für gute Medizin. Ausschlaggebend sind vielmehr die erzielten Behandlungsergebnisse.
-

Vorschlag BDPK

- Bei der Festlegung von Qualitätsanforderungen sollte bürokratiearmen Kriterien wie Mindestmengen und Ergebnisqualitätsindikatoren Vorrang gegenüber Strukturvorgaben gegeben werden.
- Durch die Einführung der Leistungsgruppen redundant gewordene Qualitätsvorgaben sind entsprechend zu streichen (Qualitätsrichtlinien des G-BA, PpUGV, StrOPS, etc.).
- Regionale Unterschiede müssen berücksichtigt werden. Z. B. LG Neuro-Frühreha setzt in NRW die LG Intensivmedizin voraus, die in anderen Bundesländern häufig nicht vorgehalten wird. In den Bundesländern müssen Leistungsgruppen an die regionalen Gegebenheiten angepasst und individuell definiert werden können.

○ Vorhaltefinanzierung

Sachstand

- Pauschaler, gesetzlich vorgegebener Vorhalteanteil von 40 Prozent. Zusätzlich Pflegebudget 20 Prozent, abgesenkte Residual-DRG 40 Prozent.
- Ausweisung des aus den Fallpauschalen ausgegliederten Volumens nach Land und Leistungsgruppen.
- Jedes Krankenhaus wird vom InEK in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach bisheriger Fallzahl und Fallschwere eingestuft; Neueinstufung ist zunächst nach zwei Jahren, danach alle drei Jahre vorgesehen.
- Fallzahlveränderungen innerhalb eines Korridors von +/-20 Prozent soll keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl haben, die Fallschwere soll umfassend berücksichtigt werden.
- Zuschläge für koordinierende und vernetzende Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger sowie zusätzlich Zuschläge in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung sowie Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin.
- Anspruch auf Vorhaltebudget, wenn Land die Leistungsgruppe zugeordnet hat und Qualitätskriterien der LG erfüllt sind.

Bewertung BDPK

- Bund greift durch die Verknüpfung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung indirekt in die Krankenhausplanung ein. Ziel ist die Reduzierung der Patientenzahlen im Krankenhaus „um jeden Preis“.
- Kombination von Kapazitätsreduzierung und Vorhaltefinanzierung wird letztlich zu Wartelisten für medizinisch notwendige Behandlungen führen.
- Zu befürchten sind ineffiziente Strukturen: die Vorhaltefinanzierung motiviert die Krankenhäuser nicht dazu, mehr Patient:innen zu versorgen. Kliniken mit wenigen Patienten würden ebenso bezahlt wie die mit hoher Leistung.

- Ökonomische Entlastung der Kliniken ist zweifelhaft, da mit der Reform den Krankenhäusern neue kostenverursachende Strukturansforderungen durch Leistungsgruppen auferlegt werden.

Vorschlag BDPK

- Vorhaltefinanzierung an Sicherstellung knüpfen: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten entweder von bedarfsnotwendigen Leistungsgruppen (z. B. Notaufnahme, Notfallambulanz (INZ), Geburtshilfeabteilung, Intensivstation) oder von Krankenhäusern in ländlichen Regionen (entsprechend dem System des Sicherstellungszuschlags).
- Einführung eines „atmenden“ Vorhaltebudgets, das schneller auf Fallzahlveränderungen reagiert.

○ Sektorübergreifende Versorgung (Level II)

Sachstand

- Level II Einrichtungen sind Plankkrankenhäuser, soweit sie stationäre Leistungen erbringen. Länder entscheiden welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen zugewiesen werden.
- Bundesgesetzlich Katalog von Leistungen die nicht von Level II erbracht werden dürfen.
- Stationäre Behandlung mindestens Allgemeinmedizin oder Geriatrie, zusätzlich können Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden.
- Weitere Leistungen: Ambulante Leistungen aufgrund Ermächtigung, Leistungen des AOP-Katalogs § 115b SGB V, Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG), Institutsambulanzen aus strukturellem Grund mit Zustimmung des Landes, belegärztliche Leistungen, Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI (außer stationäre Langzeitpflege, ins. Übergangspflege § 39e SGB V und Kurzzeitpflege).
- Die Leistungserbringung wird durch krankenhausindividuelle, degressive Tagessätze vergütet.

Bewertung BDPK

- Das Leistungsspektrum für Level II Einrichtungen wird unabhängig von der Versorgungssituation in der Region bundeseinheitlich auf wenige Leistungsgruppen limitiert.
- Der Ausschluss von Vorhaltevergütung und regelhafter Finanzierung von Investitionen schränkt die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Level II Einrichtungen massiv ein.
- Die Umwandlung von Krankenhäusern in Level II-Einrichtungen wird Sonderinvestitionsbedarf in zweistelliger Milliardenhöhe auslösen.

Vorschlag BDPK

- Level Ii Einrichtungen sind zwingend in die Investitionsplanung der Länder einzubinden.
- Level Ii-Einrichtungen müssen dauerhaft zur Erbringung ambulant medizinischer Leistungen ermächtigt werden. Landesbehörden muss ermöglicht werden, sie hierzu ohne Zustimmung der KV zu ermächtigen.
- Die Umwandlung von Krankenhäusern in Level Ii-Einrichtungen wird Sonderinvestitionsbedarf in zweistelliger Milliardenhöhe auslösen, der im angekündigten Transformationsfonds berücksichtigt sein muss.
- Level Ii-Einrichtungen müssen sich im bestehenden System refinanzieren können. In der Phase der Umsetzung ist die Fortschreibung der Budgets sinnvoll.

○ Fachkrankenhäuser

Sachstand

- Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesen sind, und sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben und die in relevantem Umfang zur Behandlung in ihrem Spezialisierungsbereich beitragen -> konkrete Definition wird zwischen Bund und Ländern abgestimmt.
- Landesplanungsbehörden entscheiden, inwieweit Fachkliniken ausnahmsweise auch an der Notfallversorgung teilnehmen sollen.

Bewertung BDPK

- Eine Einschränkung der Definition auf die Krankenhäuser, die in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesen sind, führt zu einem Ausschluss bedarfsnotwendiger Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.
- Unbestimmte Rechtsbegriffe wie „relevantem Umfang“ müssen präzisiert werden, andernfalls drohen unterschiedliche Auslegungen bei der Umsetzung.
- Es ist sinnvoll, dass Länder Fachkrankenhäuser in die Notfallversorgung integrieren können. Zur Sicherstellung der allgemeinen Notfallversorgung sind Fachkrankenhäuser allerdings nicht verpflichtet und es darf kein Abschlag zur Anwendung kommen.

Vorschlag BDPK

- Definitionsvorschlag: „Fachkrankenhäuser sind auf ausgewählte medizinische Fachgebiete spezialisiert und zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Patient:innen der jeweiligen Krankheitsbilder aus. Häufig haben sie einen überregionalen Versorgungsauftrag in wenigen ausgewählten Fachdisziplinen. Fachkrankenhäuser stehen im Mittelpunkt der spezialisierten Behandlung für die jeweiligen Fachdisziplinen und behandeln auch die schweren und schwersten Krankheitsbilder ihres Disziplinspektrums. Fachkrankenhäuser zeichnen sich je nach Indikation und medizinischem Konzept durch sektorübergreifende Behandlungskonzepte aus.“

Der BDPK vertritt seit 1955 die Interessen der deutschen Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft



 **723** Krankenhäuser

 **613** Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

in privater Trägerschaft

8 Mio.



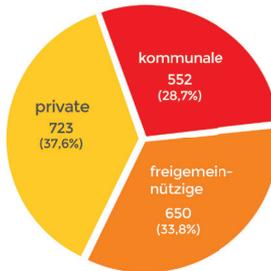
Patient:innen
jährlich

250.000

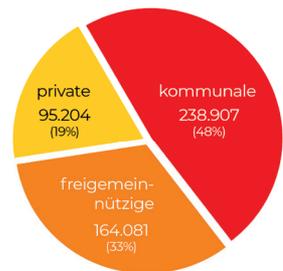


Mitarbeiter:innen

Krankenhäuser

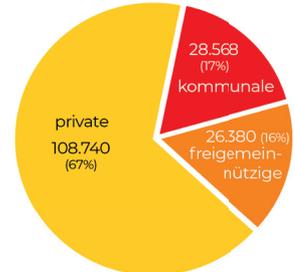
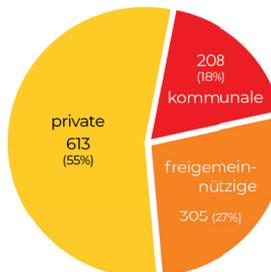


Anzahl



Betten

Reha-/Vorsorgeeinrichtungen





BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

BDPK
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Friedrichstraße 60 | 10117 Berlin
post@bdpk.de
Telefon +49 30 / 2400899-0
Fax + 49 30 / 2400899-30
www.bdpk.de

Folgen Sie dem BDPK
auch auf LinkedIn und Twitter.

