

Krankenhausfinanzierung: von der Kostendeckung zu den DRGs – von den DRGs zur Lauterbach - „Revolution“

Achim Teusch 08.05.2024

1949 - 1972

**Monistik
und
Unterfinanzierung**

Achim Teusch 08.05.2024

Krankenhauswesen bis 1972: „Aschenputtel des Wirtschaftswunders“

(Otto Depenheuer, Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen, Bonn, 1986)

Von 1936 – 1972 gab es eine „monistische Finanzierung“ der Krankenhäuser

Der Staat beteiligte sich nicht an der Finanzierung

Grundlage war die „Verordnung über Pflegesätze von Krankenanstalten“
vom 09.09.1954, eine Preis-VO auf Grundlage des allg. Wirtschaftsrechts

Die SV-Träger konnten die Zahlung von Pflegesätzen einschränken

(ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit war zu berücksichtigen, Zinsen auf Fremd- und Eigenkapital waren nicht pflegesatzfähig, die Pflegesätze konnten um öffentliche Zuschüsse reduziert werden, usw.)

Enquête-Kommission der Bundesregierung 1969:
Jährliches Defizit 1966 – 1969 = ca. 1 Mrd. DM

Grundgesetzänderung: Art. 74 GG Nr. 19a

konkurrierende Gesetzgebung des Bundes „über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“

Grundgesetzänderung: Art. 104 a GG

Mitfinanzierungskompetenz des Bundes

Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes am 29. Juni 1972

(„Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“)

1972 - 1984

**Selbstkostendeckung
und
Krankenhausplanung
der Länder**

1972: Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

§ 1 KHG Grundsatz

Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Grundprinzipien:

Selbstkostendeckung und duale Finanzierung (§ 4 Abs. 1)

Krankenhäuser werden durch „Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert“.

Investitionsfinanzierung = Länderaufgabe

Die Fördermittel und die „Erlöse aus den Pflegesätzen“ müssen „zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.“

Finanzierung der Behandlungskosten = Aufgabe der Krankenkassen

Weitere Neuregelungen

Krankenhausbedarfspläne (§ 6)

„Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne sowie ... Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf.“

Regelung der Pflegesätze (§ 16, § 17)

„Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses ... eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.“

Finanzhilfen des Bundes (§ 21, § 22)

„Der Bund gewährt den Ländern Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern. ... Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr für Finanzhilfen ... ein Drittel des Betrages bereit, der in den Ländern ... aufgewendet wird.“

1975: Die neoliberale Wende beginnt -
aus der „Selbstkostendeckung“ wird die „Kostenexplosion“

Kosten der GKV für Krankenhausbehandlung (BT-Kommission 1975)

1968: 4,4 Mrd. DM (= 20,5 % der GKV-Ausgaben)

1972: 9,4 Mrd. DM (= 25,8 % der GKV-Ausgaben)

1973: 11,7 Mrd. DM (= 27,0 % der GKV-Ausgaben)

1974: 15,2 Mrd. DM (= 29,3 % der GKV-Ausgaben)

Von der Planung zur ökonomischen Steuerung

Die Wirtschaftsprüfer kommen

„Die Pflegesatzbehörden der Länder haben bei der Festsetzung der Pflegesätze in verstärktem Umfang Prüfungsgesellschaften zur Nachprüfung der Wirtschaftlichkeit eingeschaltet.“ Ihre Aufgabe ist die „Ermittlung objektiver Kriterien für die Wirtschaftlichkeit“.

Der Stellenabbau beginnt

„Stellenvermehrungen sollen nur aus zwingenden Gründen ... anerkannt werden.“

Die Fallpauschale wird erfunden

„Über die bereits laufenden Modellvorhaben ... hinaus wird eine modellhafte Erprobung von von der Bundespflegesatzverordnung abweichenden Pflegesatzgestaltungen für erforderlich gehalten (degressiver Pflegesatz, **Fallpauschale**, Teilpauschale), mit dem Ziel, eine Senkung der Verweildauer herbeizuführen.“ (BT-Kommission 1975)

1982 -2000

Die neoliberale Wende:

**„Marktberreinigung“ (= Bettenabbau und
Krankenhausschließungen)**

**durch Gewinn- und Verlustmöglichkeiten,
Konkurrenz, Privatisierung und „Deckelung“ der
Einnahmen**

Raus aus der „uniformen Zementwüste des Kollektivismus“!

18. Oktober 1984: Im Bundestag fordert der „Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung“, Dr. Norbert Blüm, die „Entstaatlichung der Daseinsvorsorge“:

„Wer für Entstaatlichung der Daseinsvorsorge ist, der kann bei der Krankenhausreform seinen Mut beweisen.“

„Gegliedertes Sozialsystem, Selbstverwaltung, Pluralität – das ist der Garten, das ist das Feld, auf dem wir leben wollen, nicht aber in einer uniformen Zementwüste des Kollektivismus.“

Entstaatlichung der Daseinsvorsorge = Pluralität = Trägervielfalt =
(Teil)privatisierung des Krankenhauswesens

Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1984: Die Ökonomisierung wird Gesetz

- Der Bund zieht sich aus Krankenhausfinanzierung zurück – die Unterfinanzierung der Investitionen durch die Bundesländer wird bewusst in Kauf genommen
- Prospektive Budgets eröffnen Gewinn- und Verlustmöglichkeiten
- Die Budgetvereinbarung ersetzt die staatliche Pflegesatzfestsetzung
- Private Krankenhäuser dürfen gesetzlich versicherte Patient*innen behandeln – der „Markt“ wird geöffnet
- Die Bundespflegesatzverordnung muss angepasst werden

Neue Grundprinzipien: „Vielfalt“ und Förderung der Privaten Selbstkostendeckung und duale Finanzierung werden eingeschränkt

§ 1 KHG Grundsatz

- (1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, **eigenverantwortlich wirtschaftenden** Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.
- (2) Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die **Vielfalt der Krankenhausträger** zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts **insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser** zu gewährleisten. ...

Bundespfllegesatzverordnung 1986

Erstmals werden **Sonderentgelte** eingeführt

(§ 6 Sonderentgelte)

„Neben den Pflegesätzen... können außerhalb des Budgets für folgende Leistungen auf der Grundlage der vorkalkulierten Selbstkosten **Sonderentgelte** vereinbart werden“:

z.B. Herzoperationen, thorakale Gefäß-Ops, Transplantationen, Replantationen von Gliedmaßen, Implantationen von Herzschrittmachern, Gelenkendoprothesen und Elektroden und Stimulatoren im Bereich der Neurochirurgie, die Behandlung von Koronargefäßverengungen oder –verschlüssen durch mechanische Maßnahmen oder mittels Lyse, die Behandlung mit dem Nierensteinzertrümmerer ...

**Gesundheitsstrukturgesetz 1993:
Die Vollbremsung der Krankenhauskosten**

Der Budgetdeckel kommt!

**Die Selbstkostendeckung wird
weiter aufgeweicht!**

Der Budgetdeckel kommt!

- Die Krankenhausbudgets dürfen nur noch so stark wachsen wie die Einnahmen der Krankenkassen („Budgetdeckel“).
- Die tatsächliche Preisentwicklung (Lohnsteigerungen, Preissteigerungen bei Medikalprodukten, medizinischen Geräten, Dienstleistungen, usw.) bleibt bei der Bemessung der Budgets unberücksichtigt.
- Der Budgetdeckel gilt nach wie vor („Veränderungsrate“ gem.§ 75 Abs. 3 SGB V)

Die Folgen der Budgetdeckelung

- Stellenabbau, v.a. in den Pflegediensten (50.000 Stellen = VZÄ im Zeitraum von 1996 – 2007)
- Outsourcing von Wirtschafts- und Verwaltungsbereichen
- Tariffucht und „Notlagentarifverträge“

Das neue Vergütungssystem – der Probelauf für die DRGs (Fallpauschalen)

- Zusätzliche Sonderentgelte für chir. Eingriffe und aufwendige Diagnostik werden eingeführt
- Erste Fallpauschalen vergüten die gesamte Behandlungsleistung
- Abteilungsspezifische Pflegesätze und ein Basispflegesatz zur Vergütung nichtmedizinischer Kosten lösen den krankenhauseinheitlichen Pflegesatz ab

2000 - 2015

**„Marktbereinigung“
durch Konkurrenzverschärfung
mittels staatlich gelenktem Preissystem
(DRGs = Fallpauschalen)**

2000/2003: Die Fallpauschalen machen Feuer unterm (Budget) - Deckel

Die gesetzliche Beschreibung des „pauschalierenden Entgeltsystems“ (KHG, § 17b Abs. 1):

- Durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem
- Abbildung von Komplexitäten und Komorbiditäten
- Differenzierungsgrad praktikabel
- Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall
- Bundeseinheitliche Festlegung der Fallgruppen und Bewertungsrelationen

Gesondert berechnet

Pflegeentgelte, Zusatzentgelte, krankenhausespezifische Entgelte, Zu- und Abschläge, Erlöse aus Wahlleistungen, Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen und ambulante Leistungen

Wirkungsweise und Folgen des „pauschalierenden Entgeltsystems“

1300 Pauschalpreise statt 17 Mio. „Handwerkerrechnungen“

(pauschalierendes Vergütungssystem, Differenzierungsgrad praktikabel)

Nur die Behandlungskosten werden erstattet

(Mit den Entgelten werden die Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet)

Die Konzentration von Krankenhauskapital („Gewinner-Krankenhäuser“) und die Vernichtung von Krankenhauskapital („Verlierer-Krankenhäuser“) sind die wichtigsten reformbedingten Strukturveränderungen

Ziel ist die Neuordnung des Krankenhauswesens mit wenigen staatlichen, kirchlichen und privaten Großkonzernen

Das gesundheitspolitische Versprechen: „Gut arbeiten“ Das ökonomische Ziel: „Verbesserte Effizienz“

Die Krankenhäuser, die schon heute gut arbeiten, werden gewinnen. Die Krankenhäuser, die eher schlampig geführt sind, werden sich wandeln müssen. Mit einer verbesserten Effizienz - darauf sind wir dringend angewiesen - werden wir in Deutschland vom letzten Platz, was Verweildauer und Bettenzahl angeht, zumindest wieder auf einen mittleren Platz innerhalb der OECD-Staaten vorrücken.

(Horst Schmidbauer, SPD, Deutscher Bundestag , Plenarprotokoll 14/189, 26. September 2001, S. 18486)

Warum Preise? (1)

Ohne Preise kein Markt

Ohne Markt keine Konkurrenz

Ohne Konkurrenz keine Gewinner und Verlierer

**Die DRGs sind der Katalysator für
„Marktaustritte“, Zentralisierung und Privatisierung –
ein Willkommensgruß der Politik an die privaten Krankenhauskonzerne**

Warum Preise? (2)

**Staatliche und kirchliche Krankenhäuser brauchen
keine Preise und keine Gewinne -
Sie brauchen Kostendeckung**

**Das Preissystem zwingt sie dazu, sich so zu verhalten,
als ob sie privat wären**

2008: Die Unruhe wächst –
130 000 Krankenhausbeschäftigte demonstrieren in Berlin!

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG, 2009)
enthält mehrere kleine Zugeständnisse

- Anteilige Refinanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008/2009
- Förderprogramm zur Verbesserung der Stellensituation in der Pflege
- Finanzierung der Praxisanleitung in der Ausbildung
- Bessere Finanzierung der Psych-PV
- Einführung eines „Orientierungswerts“ zur Messung des Kostenanstiegs

2015 -2022

**„Marktberreinigung“
durch
staatlichen Anreiz
und
staatlichen Druck**

Krankenhäuser: Jetzt auch „qualitativ hochwertig“ und „digital ausgestattet“

§ 1 KHG

Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte** Versorgung der Bevölkerung mit **leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und** eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. ...

Krankenhausstrukturgesetz 2015 – Einführung des Strukturfonds

Die große Koalition macht Ernst mit Zentralisierung und
Krankenhausschließungen

Strukturfonds“ = 1 Mrd. € je zur Hälfte von Bund und Ländern für

- „Abbau von Überkapazitäten“
- „Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten“
- „Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen“

Koalitionsvertrag 2018: Die Zentralisierung wird vorangetrieben!

Der Strukturfonds wird „für weitere 4 Jahre in Höhe von einer Mrd. Euro jährlich fortgesetzt.“ (Koalitionsvertrag CDU/SPD 2018)

Dem Strukturfonds werden „in den Jahren 2019 bis 2024 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro ... zugeführt.“ (§ 12a Abs. 1 KHG)

Strukturfonds - was wird gefördert?

- Schließung, Konzentration und Umwandlung
- Bildung von Krankenhausverbänden, Zentrenbildung und Telemedizin
- IT-Sicherheit, integrierte Notfallversorgung und neue Ausbildungskapazitäten

Pay for Performance: Über Qualitätsverträge zu frei verhandelten Preisen („Anreizen“)

In Qualitätsverträgen werden in der Regel Maßnahmen vereinbart, die das Krankenhaus dann anschließend umsetzt. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Um die Umsetzung der Maßnahmen zu fördern, können in Qualitätsverträgen auch sogenannte Anreize vereinbart werden.

Dies können zum Beispiel zusätzliche Zahlungen an das Krankenhaus oder die Empfehlung des Krankenhauses durch die Krankenkasse sein. (G-BA, Stand: 13.04.2023)

Qualitätsverträge in 8 Leistungsbereichen

Im Mai 2017 legte der G-BA folgende 4 Bereiche fest:

- Endoprothetische Gelenkversorgung (bei Hüft-, Knie- und Schultergelenken)
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Im Juli 2022 legte der G-BA folgende 4 Bereiche fest:

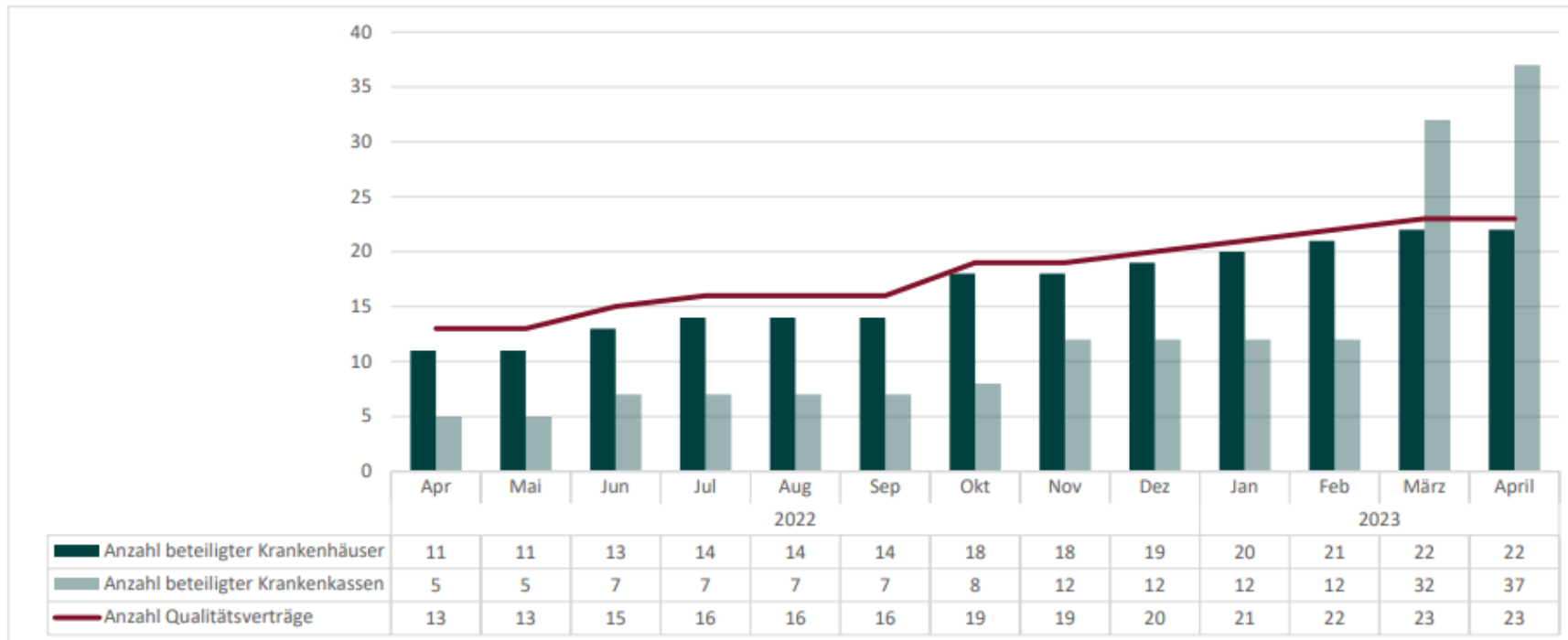
- Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten/Entbindung
- Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Stand: 13.04.2023

Endoprothetische Gelenkversorgung (EG)

Zeitliche Entwicklung



Koalitionsvertrag 2018: Die Selbstkostendeckung kehrt zurück!

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“

„Meteoriteneinschlag“ in die DRGs

„Das war wie ein Meteoriteneinschlag“, sagt Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband. „Das ist völlig ankündigungslos in die Welt gekommen, irgendwann in einer Nacht von Donnerstag auf Freitag.“ Er habe sich gefragt, ob „die jetzt völlig durchgeknallt sind. Wie kann so etwas passieren?“ (DRG-Forum 2019)

Wie kann so etwas passieren???

Der Meteoriteneinschlag in die Krankenkassen war Ergebnis solidarischen gewerkschaftlichen Handelns

Covid 19: Trotz Ausgleichszahlungen wird die „Marktbereinigung“ vorangetrieben

Am 15.12.2022 legten GKV-SV und DKG die Höhe des Ausgleichssatzes für pandemiebedingte Erlösrückgänge in den Jahren 2020, 2021 und 2022 gegenüber dem Jahr 2019 auf 85 Prozent fest.

Erlöse auf Grund von Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschlägen wurden anteilig mit dem Erlösausgleich verrechnet.

Das bedeutete für Krankenhäuser, die im Jahr 2019 Verluste erzielten, in der Regel eine Fortschreibung ihrer Verluste für weitere 3 Jahre!

Energiepreissteigerungen und Inflation: Die zugesagten Hilfen kommen nicht an – Die „Marktbereinigung“ wird weiter vorangetrieben

Neben 1,5 Milliarden Euro, die die Krankenhäuser als pauschalen Ausgleich für die mittelbar durch die gestiegenen Energiepreise verursachten Kostensteigerungen erhalten, stehen 4,5 Milliarden Euro zum krankenhausindividuellen Ausgleich gestiegener Kosten für Erdgas, Fernwärme und Strom zur Verfügung (Zeitraum Oktober 2022 bis April 2024).

Sehr viele Krankenhäuser gehen trotz enormer Preissteigerungen völlig leer aus.

(Pressemitteilung der DKG, 28. Februar 2023, zur „Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ vom 07.04.2021 i.d. Fassung vom 15.12.2022)

Mit Ansage in die Insolvenzswelle

Den Inflationsraten von 8 Prozent 2022 und erwarteten 7 Prozent 2023 stehen gesetzlich gedeckelte Erlössteigerungen von nur 2,3 Prozent im Jahr 2022 und 4,3 Prozent im Jahr 2023 gegenüber.

Alle Rückmeldungen ... zeigen, dass dieses Missverhältnis von Kosten und Erlösen unmittelbare Konsequenzen haben wird. Rücklagen sind aufgebraucht, und die Banken verweigern vielfach weitere Kredite.
(Pressemitteilung DKG, Berlin, 28. Februar 2023)

2023 - 2024

„Entökonomisierung“ und „Revolution“: Das Vorhaltebudget

Was sind Vorhaltekosten?

- Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass die deutschen Krankenhäuser nicht über eine ausreichende Zahl an medizinischen Geräten (z.B. Beatmungsgeräten), an Desinfektionsmitteln und Schutzkleidung verfügten und dass sie nicht genügend Personal hatten, um die plötzlich gestiegenen Anforderungen zu bewältigen.
- Deswegen forderten große Teile der Öffentlichkeit eine Abkehr von der Gewinnorientierung und **zusätzliche** finanzielle Mittel zur Deckung der Vorhaltekosten.
- Vorhaltekosten sind die Sicherstellungskosten für Personal und Sachmittel, die einem Krankenhaus unabhängig von der aktuellen Beanspruchung dadurch entstehen, dass es sich auf jede absehbare Anforderung angemessen vorbereitet.

Krankenhausreform: Lauterbach verspricht „Revolution“

tagesschau.de, 06.12.2022

Viele Kliniken sind aktuell überlastet. Die Regierungskommission zur Krankenhausversorgung hat nun erste Vorschläge vorgestellt, um das zu ändern. Gesundheitsminister Lauterbach spricht von einer "Revolution im System".

"Die Medizin wird wieder in den Vordergrund der Therapie gestellt und folgt nicht der Ökonomie", versprach der SPD-Politiker. Aktuell hätten die Krankenhäuser massive Probleme - vor allem wegen der sogenannten Fallpauschalen, also der Bezahlung für Behandlungen nach pauschalen Sätzen.

(tagesschau.de, Stand: 06.12.2022 13:51 Uhr)

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG): Umverteilung vorhandener Mittel

Die Gesamtsumme der „Bewertungsrelationen“ bleibt unverändert

Die Erlössumme der Krankenhäuser bleibt unverändert

Das Geld wird lediglich umverteilt

Daraus folgt:

Es gibt keine allgemeine ökonomische Entlastung, sondern
„Gewinner“- und „Verlierer“-Krankenhäuser

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG): „Entökonomisierung“ und „Revolution“ sind abgesagt

- 60 % der Kosten, die der Berechnung der Fallpauschalen zugrunde gelegt wurden, werden ausgegliedert und fließen in die Berechnung eines Vorhaltevolumens pro Leistungsgruppe pro Bundesland ein
- Daraus werden die Vorhaltebudgets der einzelnen Krankenhäuser errechnet
- Das geschieht weiterhin nach ökonomischen Kriterien: Fallzahl und Fallschwere
- Die Fallschwere wird eine größere Bedeutung haben als die Fallzahl
- Der finanzielle Anreiz, möglichst viele Fälle zu versorgen, bleibt bestehen
- Der finanzielle Anreiz, möglichst komplizierte Fälle zu versorgen, wird erhöht
- Diese Konstruktion des Vorhaltebudgets begünstigt die Kliniken mit hoher Fallschwere in allen Leistungsgruppen, insbesondere die Unikliniken

Mindestmengeninflation – administrative Vorgaben für Mindestzahlen sollen wissenschaftlich begründete Mindestmengen ersetzen

Bisher:

Mindestmengenregelungen des G-BA für 11 operative Eingriffe

Voraussetzung:

ein wissenschaftlich belegter Zusammenhang zwischen Durchführungshäufigkeit und Behandlungsqualität

Zukünftig:

Für jede Leistungsgruppe soll „eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen“ festgelegt werden, die zahlreiche unterschiedliche Leistungen betrifft (Mindestvorhaltezah, § 135f SGB 5)

Jahr für Jahr soll ein Teil der Leistungen von der Vorhaltevergütung ausgeschlossen werden

Als Grenze „könnte in einer Leistungsgruppe beispielsweise das 20. Perzentil der Behandlungsfälle vorgeschlagen werden“ (KHVVG, Referentenentwurf, S. 111)

Die Mindestvorhaltezah pro Leistungsgruppe greift tief in die Planungshoheit der Länder ein. Sie soll die Zentralisierung des Krankenhauswesens vorantreiben.

Vorgaben zur Erreichbarkeit und Flächendeckung ohne wissenschaftliche Grundlage

Das BGM definiert im § 6a des KHG „Flächendeckung“ neu:

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe ... zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist. Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:

- 1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 PKW-Fahrtzeitminuten,*
- 2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.*

40 Fahrzeitminuten für Kindernotfälle und geburtshilfliche Notfälle?

40 Minuten für Herzinfarkte, Schlaganfälle , Polytraumen, Aortenrupturen ...?

Krebsbehandlungsverbot nach Fallzahl

1. Für alle krebschirurgischen („onkochirurgischen“) Leistungen werden Indikationsbereiche definiert (BfArM, DKG)
2. Die onkochirurgischen Leistungen werden Leistungsgruppen und Indikationsbereichen zugeordnet (Inek)
3. Die Krankenhausstandorte werden pro Indikationsbereich nach Fallzahl aufsummiert, bis 15% aller Fälle erreicht sind (Inek)

Die Krankenhäuser mit niedrigsten Fallzahlen, die zusammen 15% der Fälle erbringen, werden von der Fallvergütung ausgeschlossen (§ 40 KHG, § 8 Abs. 4 S. 6 KHEntgG)

Kein Ausschluss nach Qualitätskriterien (z.B. Zertifizierung), sondern nach Leistungsvolumen

Durch Eingriff des Bundes in die Leistungsgruppenplanung der Länder soll eine stärkere Zentralisierung erzwungen werden

Förderbeträge

Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin werden bundesweit Förderbeträge festgelegt, die „zusätzlich zum Vorhaltevolumen auf die förderfähigen Standorte verteilt werden“ (§ 39 KHG):

1. Pädiatrie: 288 Millionen Euro,
2. Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,
3. Stroke Unit: 35 Millionen Euro,
4. Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,
5. Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.

100 Milliarden Euro – die Kosten der Zentralisierung

Wenn wir dem dänischen Beispiel bei der Zentralisierung folgen wollten, bräuchten wir fast 100 Milliarden Euro für Deutschland als Investitionsmittel. Im Moment haben wir gerade einmal gut fünf Milliarden Euro.

Prof. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Mitglied im „Review Board“ des Bertelsmann-Gutachtens „Zukunftsfähige Krankenhauslandschaft“ aus dem Juli 2019, Mitglied des Corona-Expertenbeirats von Gesundheitsminister Spahn, Mitglied der Regierungskommission von Gesundheitsminister Lauterbach, am 19.10.2020 im Interview mit der „Ärzte-Zeitung“

50 Mrd. Euro Transformationsfonds

In den Jahren 2026 bis 2035 werden dem Strukturfonds „weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds)“ (§ 12b KHG), in gleicher Höhe Ländermittel.

Aus diesen Mitteln können gefördert werden

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten,
2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
4. Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
5. Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und
6. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses

14.11.2023, 13:19 Uhr

Teuerster Bau seit dem BER

1,5 Mrd. Euro Kosten! Zoff um Potsdamer Klinik-Neubau

*Foto des Klinikums fehlt hier,
da keine Bildrechte.*

Der Zentralisierungs-
Bauboom
betrifft fast
ausschließlich
Kommunen –
Private und
Kirchen halten
sich vornehm
zurück!

Das Potsdamer Ernst-von-Bergmann-Klinikum soll komplett abgerissen und neu gebaut werden Foto: Timo Beurich

Achim Teusch 08.05.2024

2024 - ???

Alternativen

Achim Teusch 08.05.2024

Der Ausgangspunkt aller Krankenhausreformen seit 50 Jahren:
Zu viele Krankenhausbetten = zu viele Krankenhaufälle =
explodierende Kosten!

„Wir haben 50 Prozent mehr Krankenhausbetten und auch
50 Prozent mehr Behandlungen als unsere europäischen Nachbarn.“

(Tom Bschor, Vors. der Regierungskommission, wochentaz  11. - 17. märz
2023)

1991 – 2019: Sinkende Bettenzahl – steigende Fallzahl

Die Zahl der Krankenhausbetten:

1991: 665.565 2019: 494.326

Rückgang um ein Viertel

Die Zahl der stationären Behandlungsfälle:

1991: 14,576 Millionen 2019: 19,415 Millionen

Anstieg um ein Drittel

Nach der Logik der Zentralisierungsbefürworter*innen hätte der Bettenabbau zu weniger Fällen und geringerer Belastung führen müssen. Das Gegenteil geschah.

Keine „Ambulantisierung“ ohne multiprofessionelle
bettenführende 24/7 - Versorgungszentren

Schweden: 1.144 Primärversorgungszentren für
10,4 Mio. Einwohner*innen

In einem typischen PVZ arbeiten 4 bis 6 Allgemeinmediziner/innen mit Pflegekräften (District Nurses), Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, etc. zusammen. ... Für die administrativen Aufgaben in einem PVZ gibt es eigenes Personal.

Österreichisches Forum „Primärversorgung“, 18.04.2017

*Schwedische Verhältnisse in Köln =
1-2 PVZ für jedes der 80 „Veedel“*

Die Stellung der Zentren im spanischen Gesundheitssystem

- Die Gesundheitszentren wurden in den 1980er-Jahren eingeführt; von Beginn an spielte der Aufbau multiprofessioneller Teams eine wichtige Rolle.
- Seit 2003 sind die Primärversorgungsteams flächendeckend etabliert (Gené-Badia et al. 2008: 2).
- Heute existieren 3.023 Gesundheitszentren mit 10.081 Stationen (MoHSE 2015: 9).
- **Professionenmix:** Allgemeinmediziner, Pädiater, hochschulisch qualifizierte Pflegende; teils Physiotherapeuten, Hebammen, Zahnärzte, Sozialarbeiter (je nach Region).
- **Leitbild:** teambasierte Versorgung, Herstellung von Versorgungskontinuität durch Abstimmung und Koordination.

PORT – Patienten- orientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung Gesundheitszentren, in Spanien (Centros de Salud), Robert-Bosch-Stiftung, 2018, S. 5

Spanien:

3000
Gesund-
heitszentren
mit 10.000
Stationen
für 47,6
Mio.
Menschen

Kooperation statt Zentralisierung: Das Kölner Infarkt Modell (KIM)

Das Kölner Infarkt Modell (KIM) ist eine 2005 gegründete Kooperation der 16 Kölner Akutkrankenhäuser und des Rettungsdienstes der Stadt Köln mit der Zielsetzung die Behandlung und Therapie von Menschen mit einem ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI) zu optimieren.

Der Zusammenschluss umfasst sechs Krankenhäuser mit einer Herzkatheterbereitschaft über 24 Stunden an jedem Wochentag.

Die weiteren Krankenhäuser übernehmen die zentrale Rolle in der Akutstabilisierung der kritisch kranken Patienten und organisieren den umgehenden Transfer in das nächstgelegene Herzkatheterlabor. Beschreibung auf der Homepage der Unikliniken Köln

Kooperation statt Zentralisierung: Traumanetzwerke der DGU

TraumaNetzwerk DGU®

Unabhängiges Zertifizierungsverfahren mit dem Ziel, für jeden Schwerverletzten an jedem Ort in Deutschland zu jeder Zeit in gleicher Qualität das Überleben und die bestmögliche Lebensqualität zu sichern.

Aktuelle Zahlen

52

TraumaNetzwerke DGU wurden seit dem Start der Initiative im Jahr 2008 in Deutschland, Österreich und der Schweiz zertifiziert.

688

TraumaZentren wurden seit dem Start der Initiative im Jahr 2008 in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Luxembour und Belgien bescheinigt.

Die Alternative zur Zentralisierung ist die planvolle regionale Kooperation

Die Zentralisierung des Krankenhauswesens durch Beschränkung auf 400 Krankenhäuser mit der Lizenz zur Erbringung „komplexer Leistungen“ würde flächendeckend hoch leistungsfähige Strukturen und unser dichtes Versorgungsnetz zerstören.

Die Alternative zur Zentralisierung ist die planvolle Kooperation der Krankenhäuser auf Grundlage demokratischer regionaler Planungen.

Kooperation statt Konkurrenz

- Die Voraussetzung für demokratische regionale Krankenhausplanung und Kooperation ist die Deckung aller Investitions- und Betriebskosten der KH
- Kein Krankenhaus darf in Existenznot geraten, weil es Leistungen an besser geeignete Krankenhäuser abgibt oder weil es zusätzliche Leistungen übernimmt
- Die Bundesländer müssen ihre Investitionsverpflichtungen erfüllen
- Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus, nicht nur für die Pflege, muss es verbindliche gesetzliche Personalregelungen geben
- Kostendeckung kann nur gelingen, wenn auch die Krankenkassen kooperieren statt zu konkurrieren

Vielen Dank

Achim Teusch 08.05.2024