



**Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung
Dritte Stellungnahme der Regierungskommission vom 06.12.22
Ergebnisse einer vorläufigen Analyse durch den Verband leitender Krankenhausärztinnen
und –ärzte (VLK)**

Der zunächst relativ simpel erscheinende Titel ist irreführend. Hier ist in Wahrheit eine radikale Umwandlung der Krankenhauslandschaft geplant! Aber warum wird es dann nicht auch so benannt?! Natürlich, weil das Aufgabe der Länder ist und im Bundesrat ohne Aussicht auf Zustimmung wäre. Man muss schon viel zwischen den Zeilen lesen können, um die möglichen Auswirkungen einer solchen Reform, käme sie denn wie vorgeschlagen, zu erkennen.

Vorhaltepauschalen:

Dieser Vorschlag ist sehr zu begrüßen, aber nicht wirklich neu, er wird von fast allen Playern im Gesundheitswesen seit längerem adressiert. Hier könnte endlich der überbordende ökonomische Druck auf Mediziner und Manager abgeschwächt werden. Aber die Vorschläge sind auch schon wieder mit Hürden versehen wie z.B. Prüfung der Behandlungsanteile (Fälle) pro Leistungsgruppe im Verlauf. Vorgaben, die auch wieder mit einem Fehlanreiz in Form einer Mengenausweitung einhergehen. Insgesamt kann der ökonomische Druck aber nur abgesenkt werden, wenn die Frage einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung grundsätzlich geklärt wird; denn finanzielle Defizite oder gar drohende Insolvenz verursachen auch bei einer Abschaffung der Fallpauschalen weiter erheblichen wirtschaftlichen Druck. Dafür gibt es aber keine Vorschläge, außer man hat vor, Standorte so lange zu schließen, bis das Geld wieder reicht.

Versorgungsstufen:

Warum spricht man von einer Einteilung in drei Stufen, plant aber mit Untergruppen fünf? Sind Häuser der Stufe II noch Krankenhäuser oder nicht doch Einrichtungen der Kurzzeitpflege, wenn sie unter Leitung von Pflegekräften stehen? Nicht, dass wir diese in größerer Zahl nicht dringend benötigen, aber das entpuppt sich vor Ort doch rasch als Mogelpackung, wenn keine Möglichkeit zur Notfallversorgung besteht.

Wer außer den Uniklinika hat eine Stufe III U gefordert? Rächt sich hier, dass die Besetzung der Kommission mehr als universitätslastig ist und Maximal-, Grund- und Schwerpunktversorger nicht mit am Tisch saßen? Braucht es alle diese Zusatzfunktionen für die Uni-Kliniken? Dass diese dafür mehr Geld bekommen, ist in Ordnung. Bei der ausschließlich geplanten Umverteilung ohne zusätzliche Mittel muss es den anderen aber weggenommen werden! Dann sollte man sie aber auch in die Planungen mit einbeziehen.

Mindeststrukturvoraussetzungen:

Wie immer steckt der Teufel im Detail. Hier erklärt an einem Beispiel: Voraussetzungen für die Schwerpunktversorger II sind mindestens drei internistische Leistungsgruppen. Viele haben bisher aber nur zwei (meist Gastroenterologie und Kardiologie - bisher Abteilungen genannt) vorgehalten. Kommt hier ein dritter Bereich hinzu und fordert man für jeden mehrere Oberärzte mit der entsprechenden Zusatzbezeichnung, gibt es hierfür kein Personal am Markt und die Stufe II Schwerpunktversorger ist ausgeträumt. Das würde eine erhebliche Zahl an Kliniken betreffen und ihr Leistungsspektrum massiv einschränken.

Abbau von Leistungsgruppen (LG x) je Standort:

In der Berechnung der Vorhaltebudgets der Regierungskommission an einem fiktiven Beispiel fallen von 160 Standorten 2 x 15 Leistungsgruppen (LG x) schon zu Beginn weg, weil sie die Leistungen nicht mehr erbringen können. Am Ende sind nur noch 100 Häuser in der Lage die LG x zu erbringen. Eine Reduktion um fast 40%. Das könnte die Standorte zum Teil erheblich schwächen. Wie ist das kompatibel mit den Vorgaben zahlreicher Komplex-Codes oder der G-BA Richtlinien zu Notfallversorgungsstufen, die die Vorhaltung dieser LG x als Strukturvoraussetzung und deren Facharztpräsenz im Konsiliardienst vorsehen? Wie soll das nach Abteilungstausch gelingen, wenn die LG x nicht mehr am Standort ist? Ist das wirklich schon zu Ende gedacht? Ähnlich verhält es sich mit den Mindestmerkmalen und Strukturvorgaben je Level. Es sind zum Teil Anforderungen eingestreut, die kaum zu erfüllen sind und zum Ausschluss führen könnten.

Bürokratieabbau:

Der ist nicht adressiert! Im Gegenteil wird die Bürokratie bei den komplexen Vorschlägen weiter zunehmen, wie zum Beispiel durch flächendeckende Strukturprüfungen durch den MD für die Anerkennung der Stufen und der Leistungsgruppen. . Dabei treiben diese Prüfungen die Kliniken bei Komplexpauschalen und Notaufnahmen, angesichts der vom MD verordneten Kleinteiligkeit, schon jetzt zum Wahnsinn. Wer und wie soll den Überblick behalten bei 128 Leistungsgruppen ohne Grupper oder ähnliches. Wie soll man sich die technische Abwicklung dieser aufwendigen Berechnung der Vorhaltepauschalen vorstellen? Bitte nicht als zusätzliche Aufgabe für die Kliniken. Wir brauchen das Personal am Patienten und somit einfache Lösungen!

Fazit:

Die Einführung von Vorhaltepauschalen allein löst nicht die generellen finanziellen Defizite in der Krankenhausfinanzierung und den damit verbundenen ökonomischen Druck. Viele Vorschläge sind viel zu kleinteilig und kompliziert. Sie lösen neue Fehlanreize aus. Viele haben offen oder versteckt das Ziel einer radikalen Zentralisierung und eines Abbaus von Standorten. Der Titel müsste also heißen „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung und –planung“!

Damit greift man massiv in die Krankenhausplanung der Länder ein, die sich das nicht gefallen werden lassen. Die zahlreichen Bürgerbegehren von Bayern bis Schleswig-Holstein, die konstruktive Vorschläge zur Strukturreform vor Ort in jüngster Zeit immer wieder verhindern, könnten aber auf Dauer den Ruf nach einem solchen Vorgehen lauter werden lassen.

PD Dr. Michael Weber

Präsident des Verbands leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V.