

Einleitung

»Wir lösen das System der Fallpauschalen ab, durch ein System der Vorhaltepauschalen. Die Kliniken erhalten so Geld dafür, dass sie bestimmte Leistungen anbieten – selbst dann, wenn sie sie nicht immer erbringen. Das nimmt den ökonomischen Druck von den Kliniken, erlaubt eine Entbürokratisierung und sorgt für mehr Sicherheit und Qualität bei der medizinischen Versorgung von Patienten. Das ist eine Revolution.«

(Prof. Karl Lauterbach, damaliger Bundesgesundheitsminister, BMG, 2023b)

»Die Krankenhausreform darf nicht durch ein inhaltlich unzureichendes, handwerklich schlecht gemachtes, überstürztes und verfassungswidriges Gesetz geregelt werden. Ich appelliere an die Bundestagsfraktionen, den Entwurf grundlegend zu ändern. Nehmen Sie die Warnungen der Länder und der gesamten deutschen Fachwelt ernst!«

(Prof. Dr. Kerstin von der Decken, Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Rüter, 2024, S. 693)

»Eine Revolution«, die den ökonomischen Druck von den Kliniken nimmt, entbürokratisiert und für mehr Sicherheit und Qualität in der medizinischen Versorgung sorgt: der Wechsel vom Fallpauschalsystem zum Vorhaltesystem. Diese Aussage des damaligen Gesundheitsministers steht im deutlichen Kontrast zu den Aussagen, dass die Krankenhausreform »inhaltlich unzureichend« und »verfassungswidrig« sei, wie es andere Experten der Branche formulierte. Warum haben Fachleute und Beteiligte aus dem Gesundheitsbereich so unterschiedliche Perspektiven auf die Reform? Um das zu verstehen, müssen wir tiefer in das Reformpaket und die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems blicken.

Trotz der unterschiedlichen Bewertungen der oben zitierten Personen sind sich die meisten Experten und Beobachter der deutschen Krankenhauslandschaft in der Bewertung der Ausgangslage

und der Motivation für eine umfassende Reform einig. Auch die wesentlichen Ziele und prinzipiellen Instrumente sind weitestgehend Konsens unter den Akteuren des Gesundheitswesens in Deutschland (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2023a). Das liegt darin begründet, dass die relevanten Herausforderungen deutlich sichtbar und die systemischen Schwächen offensichtlich scheinen.

Es lassen sich sechs Megathemen bzw. Krisen identifizieren, die erheblichen Druck auf das deutsche Krankenhauswesen ausüben. Erstens führt der demografische Wandel in den nächsten Jahren zu einem veränderten (insgesamt steigenden) und aktuell nicht refinanzierten Versorgungsbedarf. Zweitens resultiert aus dem demografischen Wandel, wie in anderen Branchen auch, ein erheblicher Fachkräfte- und Personalmangel, der durch Veränderungen der Ausbildung und zusätzliche Anstrengungen in der Personalakquise nicht ausreichend kompensiert werden kann (Statistisches Bundesamt, 2023b; SVR, 2024). Drittens zeigen sich in den letzten Jahren zunehmende wirtschaftliche Probleme in der Krankenhauslandschaft. Es besteht ein erheblicher Sanierungsstau, der auf die duale Finanzierung und die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen ist. Gleichzeitig arbeiten viele Krankenhäuser defizitär, häufig verursacht durch einen Leistungsrückgang, sodass für 2024 davon auszugehen ist, dass über 70 % der Kliniken ein negatives Jahresergebnis verzeichnen werden. Für das Jahr 2025 erwarten etwa zwei Drittel der Häuser, rote Zahlen zu schreiben (DKI, 2020; RWI, 2024; DKG, 2024e). Ohne Reformen oder die Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen in den einzelnen Regionen, einschließlich medizinstrategischer Anpassungen, ist keine Verbesserung der Ausgangssituation in Sicht.

In den Jahren 2020, 2021 und 2022 hat die COVID-19-Pandemie strukturelle Schwächen in unserem Gesundheitssystem offen gelegt. Die darauffolgende Inflation und Energiekrise, maßgeblich ausgelöst durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, haben zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung geführt, die den wirtschaftlichen

Druck auf viele Krankenhäuser weiter erhöht hat. In den Jahren 2023 und 2024 haben wir daher vermehrt Insolvenzen und Krankenhaussschließungen beobachtet, ein Phänomen, das in den Jahrzehnten zuvor nur sehr selten zu beobachten war. Allein im Jahr 2023 mussten 40 Klinikstandorte Insolvenz anmelden, während es im Jahr 2024 mindestens 24 Kliniken waren (Deutsches Ärzteblatt, 2024).

Diese Ausgangslage, geprägt von multiplen Krisen und einem wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser, der größtenteils keine positive langfristige Fortführungsprognose erlaubt, macht deutlich, dass eine Reform notwendig ist. Die daraus resultierenden Probleme haben eine politische Dringlichkeit entfaltet, sodass ein Aufschieben einer umfassenden Reform über die Legislaturperioden hinaus der Regierung nicht mehr möglich erschien.

Ein wesentlicher Kritikpunkt am bis zur Reform vorherrschenden System ist die übermäßige Ökonomisierung und Bürokratisierung des Gesundheitswesens, im Kern getrieben durch die Abrechnung nach Fallpauschalen (► Kap. 1). Neben der Kritik an der Ökonomisierung hat Covid-19 den Wert vorgehaltener (zu normalen Zeiten nicht rentabler) Betten verdeutlicht. Daher ist einer der Grundgedanken der Reform, ein System zu entwickeln, das medizinische Notwendigkeit über wirtschaftliche Erwägungen stellt. Dies soll Anreize schaffen, bestimmte Leistungen vorzuhalten, ohne die Vergütung an tatsächliche Fälle zu binden.

Angesichts des demografischen Wandels und eines Finanzierungsproblems auf gesamtgesellschaftlicher sowie volkswirtschaftlicher Ebene zielt die Reform ferner darauf ab, ein effizienteres System trotz verminderter ökonomischen Drucks (aufgrund der Vorhaltepauschale) zu schaffen. Gleichzeitig soll eine flächendeckende Versorgung sichergestellt und die Qualität sowie Transparenz erhöht werden.

Um dies zu erreichen, wird eine starke Leistungskonzentration und Spezialisierung angestrebt. Diese Konzentration soll zu einer besseren Qualität und gleichzeitig zu einer wirtschaftlich effizienteren Versorgung führen. Vereinfacht gesprochen sieht die Krankenhausreform vor, die Notfall- und Akutversorgung in der Fläche

sicherzustellen und spezialisierte und vor allem elektive Versorgungen in großen Strukturen wie Maximal- und Schwerpunktversorgern zu organisieren.

In diesem Buch soll eine allgemein verständliche Erklärung zur Krankenhausreform und deren Implikationen für die Krankenhäuser, deren Mitarbeiter sowie Patienten gegeben werden.

Das Buch richtet sich dabei an alle, die die Reform sachlich einordnen möchten, eine Erklärung der Hintergründe und zentralen Begriffe wünschen und sich in die Lage versetzen wollen, die aktuellen Entwicklungen reflektieren zu können. Dies schließt insbesondere Pflegekräfte, Ärzte, Verwaltungsmitarbeiter, gesundheitsinteressierte Bürger und politisch Interessierte ohne tiefere Vorkenntnisse ein.

Hierfür erscheint es sinnvoll, zunächst eine überblicksartige Einführung in das deutsche Krankenhausssystem zu geben (► Kap. 1). Dies beinhaltet insbesondere die Finanzierung, die grundsätzliche Struktur und die historische Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland. Anschließend werden die Inhalte und Ziele der aktuellen Reform dargestellt. Dabei werden neben den politischen und gesellschaftlichen Zielen auch die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen sowie die Grundprinzipien der neuen Krankenhausreform erläutert. Nach einem kurzen Vergleich mit ausgewählten international angewendeten Modellen (► Kap. 2) wird sich ein Kapitel mit den möglichen Auswirkungen der Krankenhausreform beschäftigen (► Kap. 3). Hierbei wird neben den Auswirkungen auf die medizinische Versorgung, ebenfalls auf die Patienten und auf die Strategieentwicklung für Krankenhäuser eingegangen.

Anschließend werden die unterschiedlich weit fortgeschrittenen Umsetzungen der Reform in den einzelnen Bundesländern dargestellt (► Kap. 4). Da in Nordrhein-Westfalen bereits ein Leistungsgruppensystem eingeführt wurde, das nominal nur wenige Unterschiede zur bundeseinheitlichen Leistungsgruppen-Systematik aufweist, wird hierauf ein besonderer Fokus gelegt und erste Erkenntnisse aus den dortigen Beobachtungen abgeleitet sowie systematische Unterschiede dargestellt. Das Buch endet mit einem Blick

in die Zukunft (► Kap. 5) inklusive des zum Zeitpunkt der Erstellung des Buches aktuellen Kabinettsentwurfs zum Krankenhausreformanpassungsgesetz und einem abschließenden Fazit (► Kap. 6).

Die vier Hauptkapitel: »Grundlagen« (► Kap. 1), »Die Krankenhausreform 2025« (► Kap. 2), »Auswirkungen der Krankenhausreform« (► Kap. 3) und »Umsetzung in den Bundesländern« (► Kap. 4) sind jeweils ähnlich strukturiert. Jedes Unterkapitel beginnt mit einer Zusammenfassung, die unter dem Titel »Kurz & Knapp« die essenziellen Informationen darstellt. Leser, die bereits über fundierte Kenntnisse in bestimmten Bereichen verfügen, haben so die Möglichkeit, (Unter-)Kapitel zu überspringen und dennoch einen Überblick über die behandelten Themen zu erhalten. Für diejenigen, die ihren Lesefluss zwischendurch unterbrechen oder eine Wiederholung des Inhalts wünschen, bieten sie eine knappe Zusammenfassung als hilfreiche Übersicht.

In allen Kapiteln gibt es zudem Infoboxen, die kurze Exkurse zu relevanten Randthemen oder Begriffen vertiefend bieten. Für das Verständnis des folgenden Textes sind diese Exkurse jedoch nicht zwingend notwendig und können vom »eiligen Leser« ignoriert werden.

1 Grundlagen

Das Krankenhauswesen ist ein zentraler Bestandteil des Gesundheitssystems und zeichnet sich durch hohe Komplexität sowie eine Vielzahl verschiedener Akteure aus. Selbst für Fachexperten ist der Krankenhaussektor aufgrund seiner Komplexität und strengen Regulierung nur schwer zu beschreiben und die Zusammenhänge zu erläutern.

Allein die Definition eines Krankenhauses sowie die Frage nach der Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland können Fachleute zu intensiven Diskussionen anregen.

Eine rechtliche Definition für »ein Krankenhaus« findet sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Gemäß § 107 dieses Gesetzes sind Krankenhäuser Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, über fachlich medizinisch ausgebildetes Personal verfügen und unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Dazu gehören insbesondere Universitätskliniken, Fachkliniken und in eingeschränktem Maße auch Rehabilitationskliniken sowie bestimmte Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, sofern sie stationäre Leistungen im Sinne des Gesetzes erbringen (BMJV a).

Für statistische Zwecke betrachtet man vereinfachend häufig die sogenannte Institutionskennziffer (IK-Nummer) als definierendes Merkmal eines Krankenhauses. Diese neunstellige Nummer wird vom GKV-Spitzenverband vergeben und ist insbesondere für die Abrechnung stationärer Leistungen sowie bei Verträgen mit Krankenkassen erforderlich. In diesem Sinne gibt es in Deutschland 1.874 Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt, 2024b). Um ein tiefergehendes Verständnis der Zusammenhänge im deutschen Gesundheits- und Krankenhauswesen zu erlangen, ist neben der Kenntnis der Anzahl und Definition von Krankenhäusern auch ein fundiertes Wissen über die zentralen Akteure sowie die rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen erforderlich. ► Abb. 1.1 zeigt die

wesentlichen Akteure im deutschen Gesundheitswesen – allein die Anzahl dieser Akteure verdeutlicht, dass eine schnelle Einführung in das Thema sehr anspruchsvoll ist. Grundsätzlich lassen sich drei Ebenen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems unterscheiden.



Abb. 1.1: Akteure des deutschen Gesundheitssystems

Die höchsten Ebene entspricht der gesamtstaatlichen Perspektive. Bundestag und Bundesrat beschließen gemeinsam Gesetze, die den gesetzlichen Rahmen bilden. Das Bundesministerium für Gesundheit ist mit einer Vielzahl von Aufgaben betraut, die die operative Umsetzung, Steuerung sowie Kontrolle der Ausführung gesetzlicher Regelungen sicherstellen.

Die mittlere Ebene umfasst zahlreiche Organisationen. Dazu gehören insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als

zentrales Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die Spitzenverbände der Privaten und Gesetzlichen Krankenkasse als Kostenträger der Betriebskosten sowie die Bundesländer, welche für die Investitionskostenfinanzierung und Krankenhausplanung zuständig sind. Sowohl die sogenannte Duale Finanzierung als auch die Selbstverwaltung sind charakteristische und im europäischen Vergleich besondere Merkmale des deutschen Gesundheitssystems (siehe Exkurs und ► Abb. 1.2).

Exkurs: Selbstverwaltung



Die Selbstverwaltung ist ein zentrales Strukturprinzip des deutschen Gesundheitssystems. Sie bedeutet, dass viele wichtige Aufgaben nicht direkt vom Staat übernommen werden, sondern von eigenständigen Organisationen, die gesetzlich beauftragt und in der Regel als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind. Diese Einrichtungen handeln im öffentlichen Interesse und übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens – beispielsweise für die medizinische Versorgung, die Qualitätssicherung oder die Vergütung von Leistungen.

Zur Selbstverwaltung gehören unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen und ihr Spitzenverband (GKV-Spitzenverband), die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und ihre Bundesvereinigung (KBV), ebenso wie die Ärztekammern, Zahnärztekammern, Apothekerkammern und – in einigen Bundesländern – Pflegekammern. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und akkreditierte Patientenorganisationen sind Teil dieses Systems. Typisch für die Selbstverwaltung ist die gesetzlich vorgeschriebene Mitgliedschaft, die eigenverantwortliche Organisation sowie die staatliche Rechtsaufsicht, ohne dass der Staat direkt in Entscheidungen eingreift.

Ein zentrales Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er legt unter anderem

fest, welche medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Damit nimmt die Selbstverwaltung eine Schlüsselrolle bei der praktischen Ausgestaltung des Gesundheitswesens ein – und entlastet zugleich den Staat von Aufgaben, die dieser ansonsten selbst erfüllen müsste (BMG, 2024b).

Weitere wichtige Akteure sind der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für Gesundheit zuständigen Landesministerien und entsprechenden Landesverbände. Auch spezialisierte Verbände wie diejenigen für die PKV, Arbeitgeber und Gewerkschaften, Patienten, Pharma- und Medizintechnikunternehmen sowie Apotheker und Pflegekräfte gehören zu den relevanten Stakeholdern der mittleren Ebene.

Auf der untersten Ebene befinden sich verschiedene Individuen und Gruppen innerhalb von Organisationen. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie die im Fokus stehenden Krankenhäuser und beispielsweise Reha-Kliniken gehören ebenfalls zu dieser Kategorie.

Neben den Akteuren ist für eine Betrachtung des deutschen Krankenhauswesens auch die Finanzierung von zentraler Bedeutung. Ohne an dieser Stelle ins Detail zu gehen, soll zunächst die duale Finanzierung vorgestellt werden (► Abb. 1.2).

Die duale Finanzierung bedeutet, vereinfacht gesagt, dass es zwei Finanzierungsquellen gibt. Die Investitionskosten, z.B. für Neubauten, Modernisierungen, Erweiterungen und die medizinische Grundausstattung, werden durch die Länder finanziert, wofür letztlich die Steuerzahler aufkommen. Die Betriebskosten, zu denen Personal, Verbrauchsmaterialien, Energie und administrative Aufgaben gehören, werden hingegen von den Krankenversicherungen bzw. anderen Kostenträgern übernommen. Diese werden wiederum über die Beitragszahler finanziert. Dieses System soll sicherstellen, dass sowohl die baulichen und infrastrukturellen Grundlagen als

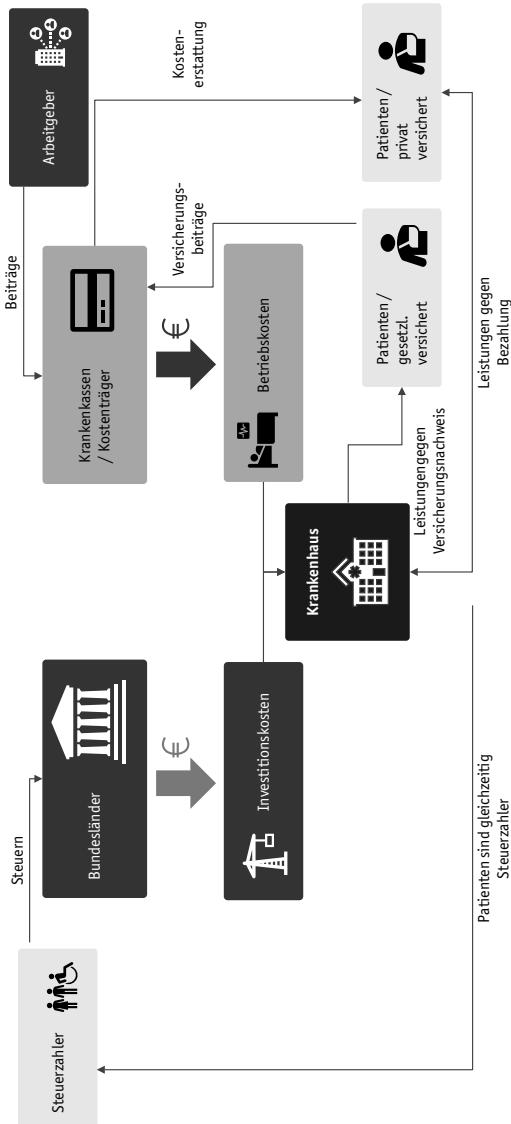


Abb. 1.2: Duales Finanzierungssystem