

Berlin, 23. März 2023

## **Kurzbewertung des Marburger Bundes zu den Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform**

Die Krankenhausversorgung braucht eine Neujustierung. So wie es ist, kann es nicht bleiben. Deshalb ist es sinnvoll, nun auf der Grundlage der Empfehlungen der Regierungskommission über die Reform der Krankenhausvergütung und der Versorgungsstrukturen gemeinsam mit den Beteiligten im Gesundheitswesen zu diskutieren.

Wir sehen das Bemühen, die Krankenhausplanung auf eine neue Grundlage zu stellen. Es ist richtig, Finanzierung und Planung gemeinsam anzugehen. Beides gehört untrennbar zusammen. Dies setzt allerdings voraus, dass Bund und Länder an einem Strang ziehen und die Neuordnung der Krankenhausstrukturen als gemeinsames Projekt begreifen. Wir begrüßen deshalb das Bemühen der Bund-Länder-Gruppe, den Reformprozess gemeinsam zu gestalten.

Dazu gehört es auch, sich die Erfahrungen bereits laufender Reformprozesse in einzelnen Bundesländern zu Nutze zu machen.

Die Reform der Krankenhausversorgung wird nur gelingen, wenn sie von realistischen Annahmen ausgeht. Bekannte Daten müssen durch noch nicht erhobene, aber vorhandene Daten ergänzt werden. So ist derzeit die Anzahl der tatsächlich verfügbaren Betten (mit Personal hinterlegt) in Deutschland nicht bekannt. Solche grundlegenden Defizite müssen behoben werden, bevor die Planungen im Detail erfolgen.

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlichte erste Auswirkungsanalyse der Reformvorschläge zur Krankenhausreform zeigt, dass bei allen weiteren Überlegungen die Versorgungssicherheit im Vordergrund stehen muss. Das gilt insbesondere für die Leistungen, die flächendeckend in erreichbarer Nähe zur Verfügung stehen müssen. Andernfalls droht eine Wartelistenmedizin, wie es sie in anderen europäischen Ländern gibt, wo Patienten mitunter ein Jahr auf eine planbare Operation warten müssen.

---

### **MB-Pressestelle**

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40  
Fax: 030 746846 45  
presse@marburger-bund.de  
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)  
Tel.: 030 746846 41  
freese@marburger-bund.de



Das Ergebnis einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung muss eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung unabhängig von Wohnort und geografischer Lage sein. Deswegen ist es entscheidend, die Notfallversorgung mitzudenken und die ambulante Versorgung zu stärken. Auch die Möglichkeit, durch Telemedizin Spezialkenntnisse in die Fläche zu bringen, muss bei allen Überlegungen zur Krankenhausreform berücksichtigt werden.

Es braucht gut ausgestattete Krankenhäuser und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für das dort tätige Personal. Krankenhäuser werden in Zeiten des Fachkräftemangels noch mehr als bisher um qualifiziertes Personal werben müssen. Weite Anfahrtswege, befristete Beschäftigungsverhältnisse und eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind kein Anreiz für den Arbeitsplatz Krankenhaus. Wer mehr Mobilität von Beschäftigten erwartet, muss bereit sein, bessere Rahmen- und Arbeitsbedingungen zu schaffen. Am Ende steht und fällt die Versorgung mit den Menschen, die sie Tag für Tag leisten.

### **Modifikation des Vergütungssystems ist unzureichend**

Enttäuschend ist, dass die Empfehlungen der Regierungskommission lediglich eine Modifikation des Systems diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) vorsehen, indem das bisherige Vergütungssystem durch eine begrenzte Vorhaltefinanzierung ergänzt werden soll. Das bleibt weit hinter unseren Erwartungen und den Reformfordernissen zurück. Gerade das Fallpauschalensystem hat zu massiven Fehlentwicklungen in der Krankenhausversorgung geführt und müsste deshalb komplett abgeschafft werden.

Der Einstieg in eine Finanzierung von Vorhaltekosten ist zu begrüßen, reicht aber bei weitem nicht, um die Verwerfungen des bisherigen Systems ausreichend zu begrenzen. Die Regierungskommission empfiehlt neben der leistungsabhängigen Vergütung eine Vorhaltefinanzierung, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt sein soll. Diese soll 40 Prozent für die meisten Leistungsgruppen (jeweils etwa 20 Prozent aus Pflegepersonalkostenbudget und aDRG) betragen. Die vorgeschlagene Höhe und Verteilung sehen wir kritisch, weil die Vorhaltefinanzierung an individuelle Veränderungen der Leistungsmenge angepasst werden soll. Auch der Mengenanreiz bei der verbleibenden DRG-Vergütung würde bestehen bleiben. Es gibt im Übrigen keine Hinweise in dem Papier der Regierungskommission, in welchem Verhältnis die bisherigen weiteren Vergütungselemente wie die Zu- und Abschläge (z.B. Mehr-/Mindererlösausgleich) sowie der Sicherstellungszuschlag zur Vorhaltevergütung stehen.

Wir halten es auch für sinnvoll, dass es eine Definition der Versorgungsaufträge geben soll. Welche Rolle die Krankenhausbedarfsplanung dabei spielt, bleibt in den Vorschlägen der Kommission jedoch unklar. Aus der Sicht des Marburger Bundes darf es nicht sein, dass die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung lediglich die Vergütungselemente als Planungselemente nachvollziehen sollen.

In dem Modell der Regierungskommission ist nicht ersichtlich, welche Gründe/Zusammenhänge (medizinisch oder organisatorisch) für den vorgeschlagenen Leistungsgruppenmix und deren Zuordnung zu den Levels maßgebend waren. So ist ein Szenario denkbar, dass einzelne, für die Versorgung notwendige Krankenhäuser bestimmte Strukturvoraussetzungen nicht erfüllen können. Dadurch werden sie niedriger eingestuft, als es ihrem Versorgungsauftrag entspricht. Letztlich werden in diesem Szenario nur die Krankenhäuser, die dem höchsten Level angehören, alle Leistungsgruppen abrechnen können. Das kann nicht die Lösung für Schwerpunktkrankenhäuser sein, die beispielsweise Kriterien für Level II nicht erfüllen. Wir halten die Kopplung von Leistungsgruppen an Leistungslevel nicht für zwingend.

Die Regierungskommission lässt außer Acht, welche Rolle Versorgungsbedarf und Erreichbarkeit für die Versorgung spielen. Das Papier trifft keine Aussagen zu den räumlichen und versorgungsnotwendigen Grenzen von Kooperationen, Leistungsaustausch und Upgrading: Darf z.B. nur im Radius von 5 km Luftlinie kooperiert werden?

Aktuell verfügen geschätzte 650 der knapp 1.900 Krankenhäuser über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). All diese Krankenhäuser müssen damit rechnen, zukünftig dem untersten Level I zugeordnet zu werden. Besonders betroffen sind davon Bundesländer mit vielen dünn besiedelten ländlichen Regionen. Die in dem Papier der Regierungskommission vorgesehenen Mindestvoraussetzungen würden demzufolge zu erheblichen strukturellen Verschiebungen führen.

Die Lösung vieler dieser Probleme liegt im Erfolg von Kooperationen und Leistungsabsprachen. Aus unserer Sicht sollte jedes regionale Krankenhaus mit nahegelegenen überregionalen Versorgern oder Maximalversorgern strukturiert kooperieren (Kooperationsvereinbarungen), auch im Rahmen der telemedizinischen Mitbetreuung von Patientinnen/Patienten. Die telemedizinische Infrastruktur muss dann in den kooperierenden Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus bedarf es der Vernetzung und Anbindung ambulanter Zentren an den Regionalversorger bzw.

eine stärkere Beteiligung des Regionalversorgers an der ambulanten fachärztlichen Versorgung (bedarfsabhängiger ambulanter Versorgungsauftrag).

Aus den genannten Gründen sind aus unserer Sicht insbesondere hinsichtlich der Vergütung folgende grundlegende Änderungen an dem Reformkonzept der Regierungskommission unabdingbar:

- Vorhaltekosten müssen als erlösunabhängige Vergütungskomponenten finanzieren werden.
- Alle patientennahen Personalkosten müssen aus den Fallpauschalen ausgegliedert werden (wie bei den Pflegepersonalkosten über eigenes Budget zu 100 Prozent und Finanzierung auf Nachweis).
- Sach- und weitere Personalkosten, beispielsweise für Verwaltungs- und Reinigungspersonal, verbleiben in einer pauschalierten Finanzierung.

Es muss klar sein, dass sich die Vorhaltefinanzierung nur auf die Betriebskostenfinanzierung bezieht und unabhängig von der Investitionskostenfinanzierung der Länder zu leisten ist. Die Vorhaltefinanzierung darf keinesfalls dazu führen, dass sich Länder aus ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser noch weiter zurückziehen.

### **Ärztliche Weiterbildung muss bei Umbau mitbedacht werden**

Krankenhäuser erfüllen ihre zentrale Rolle als Weiterbildungsstätte zur Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten. Notwendig sind dafür Abteilungsstrukturen, die den Weiterbildungsauftrag ermöglichen. Trägerübergreifende Verbundweiterbildung, die eine nahtlose Rotation durch alle Weiterbildungsabschnitte gewährleistet, ist auszubauen. Krankenhäuser, an denen ärztliche Weiterbildung erfolgt, sind bei der Krankenhausplanung vorzuziehen.

Ärztliche Qualifizierung darf sich nicht nach den Maßgaben der Vergütung richten. Wären Ärztinnen und Ärzte quasi zur Rotation über alle Level verpflichtet, weil sie andernfalls nicht alle erforderlichen Weiterbildungsinhalte erlangen können, würde dies letztlich zu „Flaschenhälsen“ führen. Ein Abgleich und eine Synchronisierung der vorgesehenen Leistungsgruppen mit der ärztlichen Weiterbildung ist daher dringend notwendig, um Weiterbildungsgänge nicht zu erschweren.

Die von der Kommission vorgeschlagenen Umstrukturierungen (Konzentration, bauliche Zusammenführungen etc.) erfordern eine Anschubfinanzierung. Das knappe Geld lediglich neu zu verteilen, kann die Verhältnisse nicht verbessern. Hinzu kommt:

Durch die komplexen Vorschläge zur Leistungsgruppierung und Vorhaltefinanzierung wird sich der bürokratische Aufwand weiter erhöhen, zum Beispiel durch flächendeckende Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes für die Anerkennung der Stufen und der Leistungsgruppen. Nach einer Strukturprüfung zu Beginn sind Wiederholungsprüfungen allenfalls nach relevanten Strukturveränderungen akzeptabel.

Die komplexe Vergütung auf der Basis der feingliedrigen DRG-Systematik wird den Dokumentationsaufwand erhöhen und dem System personelle und finanzielle Ressourcen entziehen. Dies steht dem von der Regierungskoalition verfolgten Ziel eines Bürokratieabbaus in der Versorgung (Koalitionsvertrag) diametral entgegen.

Berlin, 23. März 2023

## **Dr. Susanne Johna bewirbt sich um Präsidentschaft der Bundesärztekammer**

Internistin stellt sich im Mai auf dem Deutschen Ärztetag in Essen zur Wahl

Dr. Susanne Johna wird bei den Vorstandswahlen auf dem 127. Deutschen Ärztetag in Essen (16. - 19.05.2023) für das Spitzenamt der Bundesärztekammer kandidieren: „Ich werde mich um das Amt der Präsidentin der Bundesärztekammer bewerben und mich den Abgeordneten des Deutschen Ärztetages zur Wahl stellen“, kündigte Johna heute in Berlin an. Die 57-jährige Internistin ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer; auf dem 122. Deutschen Ärztetag 2019 wurde sie in diesem Amt bestätigt. Seit November 2019 ist sie 1. Vorsitzende des Marburger Bundes Bundesverband.

„Wir stehen im Gesundheitswesen vor gewaltigen Herausforderungen, insbesondere durch den Fachkräftemangel. Die Schere zwischen denen, die versorgen können, und denen, die versorgt werden müssen, wird immer weiter auseinanderklaffen. Als Ärztinnen und Ärzte in den Gremien unserer Selbstverwaltung sind wir besonders gefordert, miteinander Lösungen aus ärztlicher Sicht zu erarbeiten. Die anstehende Krankenhausreform und der notwendige Ausbau der ambulanten Versorgung wird nur gelingen, wenn wir gemeinsam handeln und statt in Sektoren zu denken, den Fokus auf eine wertorientierte Medizin richten. Ich möchte an vorderster Stelle daran mitwirken, neue Impulse für ärztliche Initiativen geben, die Bundesärztekammer in ihrer Rolle als politische Gesamtvertretung der Ärzteschaft stärken und ihre Sichtbarkeit erhöhen“, sagte Johna.

---

### **MB-Pressestelle**

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40  
Fax: 030 746846 45  
presse@marburger-bund.de  
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)  
Tel.: 030 746846 41  
freese@marburger-bund.de

