

Thema

Krankenhausfinanzierung
auf dem Prüfstand
S. 4

NRW

Strukturreform geht voran
S. 10

kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Liebe Leserinnen und Leser, immer mehr Stimmen werden laut, die eine Reform der Krankenhausfinanzierung fordern. Die Corona-Pandemie hat die Schwächen des bestehenden Systems nochmals offengelegt. Die knappen Investitionszuschüsse der Länder reichen nicht, um die Digitalisierung in den Kliniken voranzubringen. Zudem fehlt im Fallpauschalen-System eine Säule zur Erstattung von Vorhaltekosten für eine gute Basisversorgung in der Fläche. Doch das ist wesentlich, um überall die Daseinsvorsorge zu garantieren und gleichwertige Lebensverhältnisse zu erreichen.

Der Vorstand des kkvd hat sich in den zurückliegenden Monaten intensiv mit der Frage beschäftigt, wie die Krankenhausfinanzierung

und -planung zukunftsfähig reformiert werden kann. In unseren verbandsinternen Gremien haben wir dazu ein Modell entwickelt, das Ihnen in dieser Ausgabe ausführlich vorgestellt wird. In den kommenden Monaten möchten wir diesen Ansatz mit Expert(inn)en diskutieren und weiterentwickeln, denn natürlich gibt es zu diesen komplexen Zusammenhängen viele Meinungen und Veränderungsideen. Daher finden Sie in diesem Heft auch ein Interview mit einem Wissenschaftler, der die Probleme eher darin begründet sieht, dass das ursprünglich eingeführte DRG-System nicht konsequent umgesetzt und finanziert wurde. Welcher Ansicht auch immer man folgt, eines ist sicher: Das Thema Krankenhausfinanzierung und -planung wird

uns im kommenden Wahljahr intensiv beschäftigen. Vorab schauen wir gespannt auf die Entwicklungen zur Landeskrankenhausplanung in NRW, die nach wie vor als Blaupause für eine Neuregelung auf Bundesebene gehandelt werden. Mit dem Ende des Jahres wird auch unsere Kampagne „Vielfalt ist gesund“ ihren offiziellen Schlusspunkt erreichen. Durch die Pandemie konnte die Kampagne nicht so rollen wie erhofft. Doch umso erfreulicher ist, wie viele Einrichtungen mitgemacht und sich für Vielfalt und Zusammenhalt in unserer Gesellschaft stark gemacht haben. Einige weitere Beispiele dazu finden Sie am Ende dieses Heftes.

In seiner vor wenigen Wochen veröffentlichten Enzyklika „Fratelli tutti“ erinnert uns Papst Franziskus an den hohen Wert von Geschwisterlichkeit und sozialer Freundschaft. Unter Verweis auf den heiligen Franz von Assisi mahnt er uns zu einer freundschaftlichen Offenheit, die es erlaubt, jeden Menschen jenseits des eigenen Umfeldes und jenseits des Ortes in der Welt, wo er geboren ist und wo er wohnt, anzuerkennen, wertzuschätzen und zu lieben.

Dass diese Offenheit in unseren Krankenhäusern gelebt wird, zeigt sich nicht nur an den bunten Plakaten und Aktionen im Rahmen unserer Kampagne. Es zeigt sich im alltäglichen Umgang der Mitarbeitenden untereinander, mit den Patient(inn)en und ihren Angehörigen. Das war und ist gerade in der Pandemie, die uns soziale Distanzierung und hohe Schutzmaßnahmen beim Kontakt mit erkrankten Menschen abverlangt, eine große Herausforderung. Dafür gebührt ihnen allen unser besonderer Dank!

Viel Freude beim Lesen und herzliche Grüße!

Ihr
Theo Paul



Theo Paul
Vorsitzender des kkvd
E-Mail: t.paul@bistum-os.de

Politik

Krankenhauszukunftsgesetz verabschiedet

Bundestag und Bundesrat haben ein Drei-Milliarden-Euro-Paket zur Förderung der Digitalisierung in Kliniken verabschiedet. Dem ging eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages voraus, zu der auch der kkvd geladen war. Geschäftsführerin Bernadette Rümmlin kritisierte dort die im Gesetz vorgesehene Regelung, dass Fördermittel nur ausgezahlt werden sollen, wenn die Bundesländer oder die jeweiligen Klinikträger 30 Prozent der Kosten kofinanzieren. Sie forderte eine verbindliche Finanzierung des zusätzlichen Anteils durch die Länder. Zudem machte der kkvd Vorschläge, wie die Nachfolgeregelung zum Covid-19-Klinikschutzschirm nachgebessert werden sollte.

Pflegepersonaluntergrenzen vor Ausweitung

Mit einer neuen Verordnung wird das Bundesgesundheitsministerium alle noch ausgesetzten Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus wieder in Kraft setzen und neue Vorgaben für die innere Medizin, allgemeine Chirurgie und Pädiatrie treffen. In einer Stellungnahme zur Verordnung hat der kkvd deutlich gemacht, dass diese starren Untergrenzen nicht geeignet sind, um für eine am Bedarf der Patient(inn)en orientierte Pflegepersonalausstattung zu sorgen. Parallel dazu hat der kkvd die Forderung nach baldmöglichster Einführung der Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 unterstrichen, die

von Deutscher Krankenhausgesellschaft, Deutschem Pflegeverband und der Gewerkschaft Verdi gemeinsam erarbeitet wurde.

Verlängerung des Reha-Schutzschirms gefordert

Der Deutsche Caritasverband und der kkvd haben in einer gemeinsamen Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) gefordert, den Covid-19-Schutzschirm für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu verlängern und zu erweitern. Die Versorgung in diesen Einrichtungen kann derzeit nur im eingeschränkten pandemiebedingten Regelbetrieb stattfinden, so dass es in vielen Einrichtungen aufgrund geringerer Auslastungsquoten zu erheblichen Mindereinnahmen kommt. Daher sollte die bereits gesetzlich vorgesehene Möglichkeit der Verlängerung des Schutzschirms bis zum 31. März 2021 genutzt werden, indem das Bundesministerium für Gesundheit eine entsprechende Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erlässt, so die Verbände in ihrer Stellungnahme. mö

INFO

Mehr Informationen zu Positionen und Stellungnahmen des kkvd sind im Internet zu finden unter: www.kkvd.de/politik

Meinung**Weniger Schwarz-Weiß-Denken**

Carola Reimann ist seit 2017 Sozialministerin von Niedersachsen, zuständig auch für die Gesundheitspolitik. Auf einer Tagung erteilte sie vor einigen Wochen eine Konzentration der Klinikstrukturen in ihrem Bundesland eine Absage. *kkvd-aktuell* sprach mit ihr über ihre Pläne für die niedersächsische Krankenhauslandschaft und bundespolitische Einflussnahme auf die Planungshoheit der Länder.

Sie haben sich kürzlich gegen eine Konzentration der Klinikstrukturen in Niedersachsen ausgesprochen. Warum?

Weil ich der Überzeugung bin, dass wir eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Gesundheitsversorgung brauchen. Dazu gehört aus meiner Sicht auch eine Krankenhausstruktur, die nicht nur auf einige wenige große Zentren setzt. Die Debatte über die Kliniklandschaft ist aber häufig sehr von einem Schwarz-Weiß-Denken geprägt. Uns ist auch klar, dass nicht jedes Krankenhaus eine langfristige Perspektive hat, das ist auch eine wirtschaftliche Realität. Wir wollen aber in Niedersachsen durch Zusammenschlüsse und die Spezialisierung von Kliniken dafür sorgen, dass auch kleinere Häuser mit einer hohen Versorgungsqualität bestehen können. Wir müssen in dieser Debatte weg von den Verallgemeinerungen: Ein kleines Krankenhaus im ländlichen Raum ist nicht per se schlechter als ein Haus der Maximalversorgung in einem Ballungsraum. Auf der anderen Seite darf der Erhalt von Standorten kein Selbstzweck sein – im Vordergrund müssen die Patientinnen und Patienten stehen, die eine gute Gesundheitsversorgung brauchen.

Wie kann aus Ihrer Sicht die Gesundheitsversorgung in der Fläche nachhaltig gesichert werden und welche Aufgaben sollten Kliniken dabei übernehmen? Sehen Sie in dieser Debatte Unterschiede zwischen der landespolitischen und bundespolitischen Perspektive?

Ich bin eine überzeugte Verfechterin der sektorenübergreifenden Versorgung, gerade auch im ländlichen Raum. Hier wurden in den letzten Jahren auf lokaler Ebene viele Projekte angeschoben, die zu einer besseren Verzahnung der ambulanten und Krankenhausebene beitragen. Gerade dort, wo Standorte aus wirtschaftlichen Gründen keine Zukunft mehr haben und Fahrtwege länger werden, brauchen wir eine enge Kooperation zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Ansonsten muss es wie gesagt darum gehen, durch Spezialisierung und Kooperationen von Krankenhäusern eine sinnvolle Steuerung der Patientenströme zu erreichen. Ich glaube, auf Bundesebene dominiert manchmal noch



das angesprochene Schwarz-Weiß-Denken, das häufig sehr gesundheitsökonomisch geprägt ist.

Sehen Sie Änderungsbedarf bei der bisherigen Form der Krankenhausfinanzierung? Wenn ja, welchen?

Es könnte immer noch mehr Geld sein. Aber im Ernst, in Niedersachsen investieren Land, Bund und Kommunen wirklich erhebliche Mittel in unsere Krankenhauslandschaft, allein mehr als eine Milliarde Euro zwischen 2019 und 2022 – dazu kommen jetzt noch die Mittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz. In einem Flächenland wie dem unseren ist das vielleicht auch noch einmal wichtiger als in einem Stadtstaat. Wir werden diesen Weg konsequent weitergehen, gerade weil wir der Überzeugung sind, dass eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Krankenhausstruktur eine ganz wichtige Investition in die Zukunft unseres Landes und ein elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge ist.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz bekommen die Kliniken einen Anschub für Digitalisierungsprojekte, allein in Niedersachsen einen dreistelligen Millionenbetrag. Wie könnte die Finanzierung von Investitionen in die Digitalisierung der Krankenhäuser verstetigt werden?

Es ist ein wichtiger Schritt, dass wir mit den Mitteln aus dem Bund nun noch einmal rund 420 Millionen Euro zusätzlich in die Digitalisierung und die Modernisierung unserer Krankenhäuser investieren können. Eine Verstetigung durch den Bund wäre natürlich wünschenswert, aber wir sehen auch, dass der finanzielle Spielraum durch die Corona-Krise nicht unbedingt größer geworden ist.

Krankenhausplanung ist Ländersache. Haben Sie Sorge, dass zunehmende Finanzierung aus Bundesmitteln die Planungshoheit der Länder einschränkt?

Zunächst einmal ist es zu begrüßen, dass auch der Bund Verantwortung bei der Krankenhausfinanzierung übernimmt. Die Beträge, die in diesem Bereich nötig sind, um eine moderne und gute Krankenhausversorgung für die Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen, würden die Haushalte der Länder auch überfordern. Die Planungshoheit muss allerdings dort bleiben, wo die Kenntnis der Verhältnisse vor Ort am größten ist und das ist in den Ländern. Ich bin der festen Überzeugung, dass ein dezentraler Ansatz bei der Krankenhausplanung den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten am besten gerecht werden kann.

Welche Rolle spielt die Vielfalt aus öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Klinikträgern für die Strukturen der Zukunft?

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir diesen gesunden Mix brauchen. Wir sehen in anderen Ländern, dass eine zu starke Konzentration auf einzelne Träger im schlechtesten Fall negative Effekte für die Versorgungsqualität haben kann.

Thema

Krankenhausfinanzierung reformieren

Die Pandemie hat nochmals gezeigt, dass die Planung und Finanzierung der Krankenhausstrukturen auf den Prüfstand müssen. Eine Arbeitsgruppe (AG) des kkvd-Vorstands hat in den vergangenen Monaten ein Modell erarbeitet, das auf eine bedarfsorientierte, teilflexible Finanzierung setzt.

„Die Anforderungen, welche an moderne Krankenhäuser gestellt werden, wachsen von Jahr zu Jahr. Sie erfordern fortwährende Neuan-schaffungen, kostspielige Um- und Neubauten. Die Unkosten müssen durch den Betrieb wieder gedeckt werden.“ Diese Zeilen stammen nicht etwa aus einem aktuellen Report zur Lage der Krankenhäuser, sondern aus der Erklärung zur Gründung des Katholischen Krankenhausverbandes im Jahr 1910 (damals noch: „Freie Vereinigung der katholischen Krankenhausvorstände Deutschlands“). Damit wird ein zentrales Thema angesprochen, mit dem sich Kliniken auch heute konfrontiert sehen: ihrer Finanzierungsgrundlage.

Das Thema Krankenhausfinanzierung tauchte auch in späteren Positionierungen und öffentlichen Auseinandersetzungen immer wieder auf. So brachte sich der Verband 1972 intensiv in die Verhandlungen für ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz ein. Im Jahr 1977 folgte das Konzept eines „patientenorientierten flexiblen und wirtschaftlichkeitsfördernden Finanzierungssystems“ sowie zur Krankenhausplanung.

Damals wie heute steht das System an einem Wendepunkt. Von allen Seiten werden grundsätzliche Änderungen der Finanzierungssystematik angemahnt, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden zu können. Denn auch wenn sich das Gesundheitssystem in der Covid-19-Pandemie prinzipiell bewährt hat, treten die negativen Folgen eines primär auf Effizienz ausgerichteten Vergütungssystems, mit Anreizen für Leistungsmengen und zu niedrigen Investitionsmitteln immer stärker zutage. Das bisherige Krankenhausfinanzierungssystem ist nicht krisensicher. Im Rahmen der DRG-Systematik sind wichtige Vorhaltestrukturen der Grund- und Regelversorgung in der Fläche nicht auskömmlich abbildbar. Es gibt keinen Puffer, stattdessen müssen Budgets auf Kante genäht werden. Dies gefährdet die Daseinsvorsorge und damit schließlich auch die Akzeptanz des gesamten Systems in der Bevölkerung. Für den kkvd ist dies Anlass genug, auch heute Stellung zu beziehen und die öffentliche Debatte konstruktiv zu begleiten.

Die eigens eingesetzte Vorstands-AG des kkvd hat sich intensiv mit verschiedenen Ansätzen und Modellen beschäftigt. Herausgekommen ist ein Diskussionsansatz für ein Alternativmodell zum bisherigen System durchgängiger Fallpauschalen. Ein Blick in die Chronik des Verbands zeigt: Schon vor 50 Jahren haben die katholischen Krankenhäuser drei zentrale Prämissen für ein funktionsfähiges Finanzierungssystem ausgemacht, die auch 2020 gelten:

- 1) eine „patientenorientierte (heute: bedarfsgerechte) Versorgung,
- 2) flexible Ausgestaltungsmöglichkeiten und
- 3) Lösungen, die den wirtschaftlichen Gegebenheiten Rechnung tragen“.

Diese Merkmale finden sich im Modell der „teilflexiblen Bedarfsfinanzierung“ wieder.

Das Modell „teilflexible Bedarfsfinanzierung“

Im Zentrum stand die Frage, was eine gute und nachhaltige Gesundheitsversorgung auszeichnet. In der AG bestand Einigkeit, dass

- ♦ sie den konkreten Versorgungsbedarfen der Patient(inn)en gerecht werden muss,
- ♦ das System eine verlässliche und für alle Bevölkerungsgruppen gut erreichbare Grund- und Regelversorgung bereithalten muss,
- ♦ eine erweiterte Versorgung auf bereits vorhandenen Schwerpunkten bestimmter Krankenhäuser aufbauen sollte,
- ♦ im Gegensatz zur jetzigen Praxis der hohen Deckungsbeiträge für bestimmte Eingriffe eine insgesamt auskömmliche Finanzierung garantiert sein sollte,
- ♦ nicht Standortgröße, sondern Qualität und Erreichbarkeit entscheidende Faktoren sind,
- ♦ am ehesten die direkt beteiligten Akteure in der Lage sind, die regionale Gesundheitsversorgung zu gestalten und
- ♦ vor dem Hintergrund der Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft eine nachhaltige Finanzierbarkeit gewährleistet sein muss.

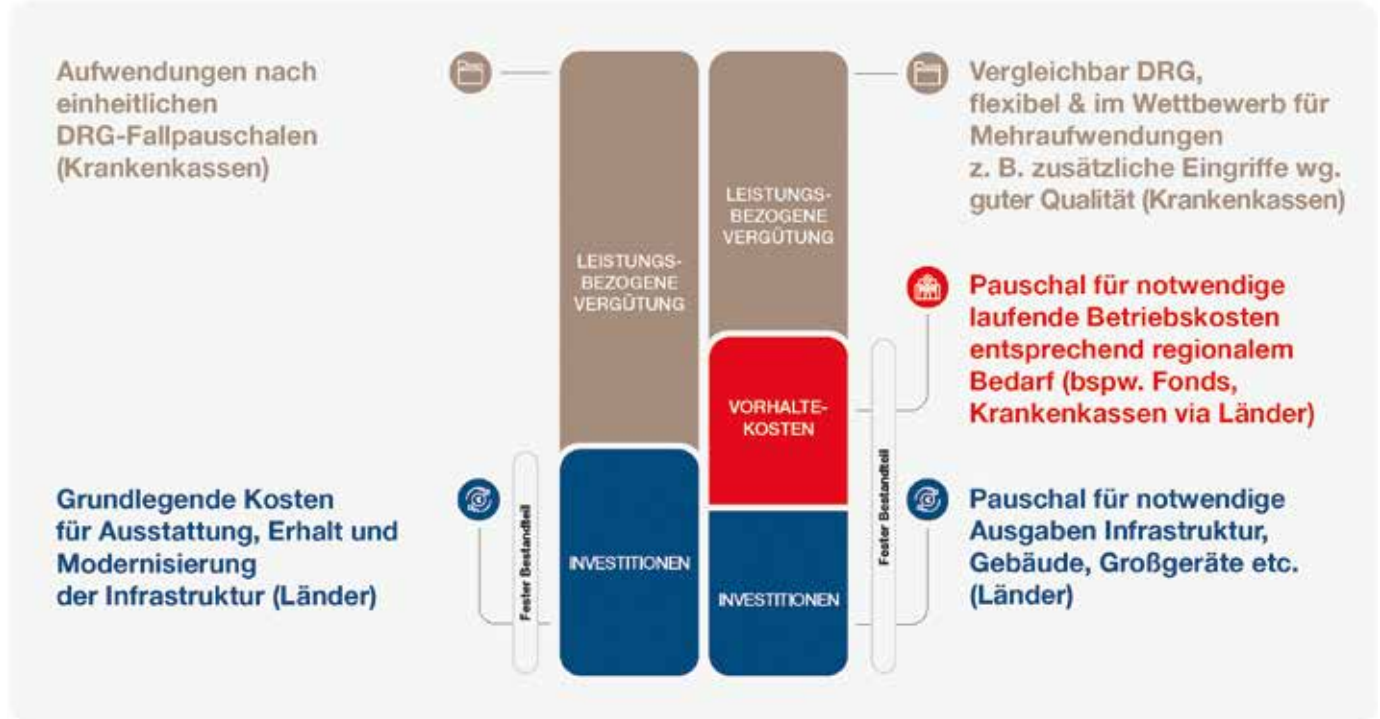
Um die momentanen Fehlanreize im System abzustellen, muss ein neues Finanzierungsmodell auf den konkreten Versorgungsbedarfen der Patient(inn)en aufbauen. Gerade in Regionen, in denen Krankenhäuser heute die notwendigen Mindestvorhaltekosten nicht über Fallpauschalen finanzieren können, sind diese aktuell gezwungen, zusätzliche Abrechnungsfälle zu erreichen. Dies darf nicht der Maßstab für das Versorgungsgeschehen sein. Vielmehr muss der Anspruch sein, eine flächendeckende medizinische Grundversorgung langfristig und nachhaltig sicherzustellen. Daher war in der AG sehr schnell Konsens, dass es sinnvoll ist, notwendige Vorhaltekosten zu erstatten. So könnten bedarfsnotwendige Kliniken eine verlässliche Finanzierungsgrundlage erhalten. Anstelle der bisherigen zweigeteilten Finanzierung durch DRG-Fallpauschalen (zusammen mit dem seit 2020 geltenden Pflegebudget) für erbrachte Leistungen und den Investitionsmitteln der Bundesländer schlägt der kkvd eine Dreiteilung der Vergütungssystematik vor. Neben der weiterhin existierenden fallbezogenen leistungsbezogenen Vergütung soll ein Finanzierungssockel mit fallzahlunabhängigen Pauschalen stehen:

Weiterhin leistungsbezogene Vergütung

Für ambulante und stationäre Leistungen, die über die Basisversorgung hinausgehen, sollen Fallpauschalen abgerechnet werden. Einrichtungen stehen im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern

Abb.: DRG-System im Vergleich zur teilflexiblen Bedarfsfinanzierung

Quelle kkvd



www.kkvd.de



Leistungsbezogene Vergütung
mit fallbezogenen Pauschalen



Vorhaltekosten
Lebensmittel, Personal, IT, Miete



Investitionen
Betten, Großgeräte, Strukturen

und können damit auch leistungsabhängig Mehreinnahmen erwirtschaften. Die Vergütung erfolgt durch die Krankenkassen.

Daneben fallunabhängige Pauschalen: Erstattung von Vorhaltekosten

Laut Landesplanung bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhalten die für die Versorgung notwendigen laufenden Betriebskosten (wie Personal, Ausbildung, Verbrauchsmaterial oder Betriebsausgaben). Der Versorgungsbedarf wird sektorenübergreifend (ambulant/stationär) ermittelt. Die Vorhaltekosten werden den jeweiligen Leistungserbringern von den Krankenkassen pauschal erstattet.

Erstattung für Investitionsmittel

Bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhalten für notwendige Investitionen in Infrastruktur, beispielsweise bauliche Maßnahmen und medizinische Ausstattung (zum Beispiel Großgeräte), eine vom regionalen Bedarf abhängige Pauschale. Die dafür notwendigen finanziellen Mittel werden von den Ländern bereitgestellt.

Dies wäre ein deutlicher Bruch mit der momentanen Finanzierungssystematik, allerdings auch nicht gänzlich unbekannt. Ein Blick über den eigenen Tellerrand zeigt Beispiele, die dem gleichen Schema folgen. So verdient die Feuerwehr auch kein Geld für jeden Brand, der

gelöscht wird. Es werden konstant vorzuhaltende Leistungen erstatet, um die Bevölkerung zu versorgen und zu schützen. Und auch im Klinikbereich gibt es bereits heute mit den Sicherstellungszuschlägen Ansätze, um notwendige Leistungen bereithalten zu können.

Die Grundlage für diesen Finanzierungssockel ist die „Bedarfsnotwendigkeit“. So lässt sich für jede Region mittels Rahmenvorgaben ein konkreter Versorgungsbedarf (zum Beispiel notwendige Betten pro Einwohner(innen), vorzuhaltende Leistungen) sektorenübergreifend definieren. Anhand dieser Größe müssen notwendige Behandlungskapazitäten organisiert werden, deren Finanzierung wiederum auskömmlich sichergestellt wird. Zugleich können damit auch Vorgaben zu Qualität und Erreichbarkeit Berücksichtigung finden. Ein Leistungserbringer, zum Beispiel ein Krankenhaus, das diese Leistungen für die Bevölkerung bereithält, wird dementsprechend finanziell ausgestattet.

Entscheidend für die lokale Daseinsvorsorge ist, dass es eine verlässliche und sichere Basisversorgung gibt – darunter fallen die Behandlungsoptionen, die jedem/jeder Bürger(in) unabhängig vom Wohnort (urbaner Raum oder ländlich geprägt) in erreichbarer Nähe zur Verfügung stehen müssen. Nur so kann eine Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse gewahrt bleiben. Mit Behandlungsschwerpunkten, die über eine solche Grund- und Regelversorgung hinausreichen,

gibt es Möglichkeiten der Spezialisierung und um medizinische Exzellenz zu fördern. So könnte beispielsweise ein Krankenhaus ein Modul mit kardiologischem Schwerpunkt bereithalten, während sich eine benachbarte Einrichtung auf onkologische Fälle spezialisiert. Auch bei solchen erweiterten Modulen würden Teile der Kosten fallunabhängig und pauschal erstattet, da sie für eine größere Region bedarfsnotwendig sind. Zugleich bliebe aber auch der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern erhalten, da Patient(inn)en abhängig von beispielsweise der Qualität eine Wahlmöglichkeit haben.

Ein solches Finanzierungssystem würde eine vernünftige Balance zwischen Kostenaspekten und einer passgenauen Erfüllung vorhandener Bedarfe leisten. Zudem ließe sich die ambulante Erbringung von Leistungen gut abbilden. Entscheidend ist allerdings eine konsequente Planung. Mit Hilfe von Bedarfs- und Angebotsalgorithmen könnten Ressourcen weitaus sinnvoller als heute genutzt werden. Anstatt nach bundespolitisch definierten Vorgaben (zum Beispiel Größe des Hauses) medizinische Versorgung zu organisieren, würden vorhandene Stärken der Versorgungslandschaft in den Blick genommen werden. So könnten eine flächendeckende Grund- und Regelversorgung erhalten bleiben und gleichzeitig fachspezifische Cluster gebildet werden. All diese Maßnahmen würden die Versorgung in jeder Region und somit die Daseinsvorsorge langfristig sichern. rü/mk

Rückblick

Einführung der DRGs: Systemwechsel im Sprint

Vor 20 Jahren fiel die Entscheidung, Fallpauschalen (DRGs) zur Grundlage der Krankenhausfinanzierung in Deutschland zu machen. Nadine Schmid-Pogarell, Geschäftsführerin des Krankenhauses Barmherzige Brüder München, blickt zurück auf die Anfänge dieses einschneidenden Systemwechsels.

Können Sie sich noch an den Sommer 2000 erinnern? Die Katastrophenszenarien zu einem befürchteten Absturz vieler relevanter IT-Systeme zum Millenniumswechsel 1999/2000 waren gerade Geschichte. Da entschieden die Selbstverwaltungspartner am 27. Juni, die „Australian Refined Diagnosis Related Groups“ (AR-DRG) der Version 4.1 als Grundlage für die Entwicklung eines deutschen pauschalierten Entgeltsystems zu übernehmen.

Im Vergleich zu Australien, das sich für die Planungen acht Jahre Zeit nahm, begann man in Deutschland einen Sprint, um die vorbereitenden Maßnahmen innerhalb kürzester Zeit zu erledigen.

Ende des Jahres 2000 fehlten noch wesentliche Teile der Infrastruktur für die Entwicklung und Umsetzung eines deutschen DRG-Systems. Es gab beispielsweise noch kein Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Das InEK wurde erst am 10. Mai 2001 gegründet. Zur Prüfung des ersten Kalkulationshandbuchs wurden zunächst Pretests an 27 Krankenhäusern durchgeführt. Nach dem

Optionsjahr 2003 folgte schließlich ab 2004 die verpflichtende Umsetzung des DRG-Systems bundesweit für alle Krankenhäuser.

Von dem Systemwechsel erhoffte man sich einen Qualitätsgewinn durch eine deutlich transparentere und vor allem umfassendere Dokumentation und die weitere Reduktion der Verweildauer. Erwartet wurden auch positive wirtschaftliche – durchaus marktbereinigende – Effekte sowie eine gerechte Vergütung stationärer Leistungen nach dem Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“.

Für Krankenhäuser bedeutete die DRG-Einführung oft eine drastische Veränderung der bestehenden Managementstrukturen. So hieß es im Deutschen Ärzteblatt¹: „Das neue Vergütungssystem erzwingt den Aufbau eines kompetenten, qualifizierten Managements zur rationalen Leistungs- und Ressourcensteuerung und Planung.“ Und weiter, dass „die Einführung der DRGs eine Art Quantensprung für das Krankenhausmanagement“ bedeute.

Das hat sich in den letzten 20 Jahren ganz sicher erfüllt, veränderte sich das Management von Krankenhäusern seither doch stark. Erfreulicherweise schafften es die meisten Kliniken in einem exzellenten, dem Haus förderlichen Miteinander zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aus Ärzt(inn)e(n), Pflegekräften und Manager(inn)e(n), eher „verwaltungslastige“ Führungsstrukturen durch ein echtes, zukunftsfähiges Management zu ersetzen.

Rasch begannen erste Benchmarking-Projekte, medizinische Fachgesellschaften beauftragten Studien und viele Kliniken suchten Anbieter von Analyseverfahren der eigenen Falldaten.

Im Vergleich zu heute war die IT-Ausstattung häufig rudimentär, die Digitalisierung der Krankenhäuser stand noch relativ am Anfang. Gefühlt gehörte man schon zu den fortschrittlichen Abteilungen, wenn man einen „Stand-alone-PC“ mit Internetzugang (genau, mit Modem...) zur Verfügung hatte.

Schnell wurde auch klar, dass es sich bei der Einführung von DRGs keinesfalls „nur“ um ein neues Entgeltsystem handelte, vielmehr erforderte dieses System von Anfang an die Prozessanalyse der stationären Versorgung von Patient(inn)en. Clinical Pathways wurden entwickelt, um möglichst standardisierte Behandlungen mit planbarer Dauer umzusetzen. Kosten- und Leistungstransparenz ermöglichte erste Vergleiche von Fachabteilungen und Kliniken.

Dies alles führte zum politisch durchaus gewünschten Wettbewerb. Die Zahl der Krankenhäuser sank von 2242 im Jahr 2000 auf 1925 im Jahr 2018.² Ob diese Reduktion alleinige Folge der DRG-Einführung ist, sei dahingestellt, auch sind zahlreiche Fusionen darunter. Dass die DRGs aber einen erheblichen Einfluss hatten, wird niemand ernsthaft bestreiten können.

Selbst die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) und von Verträgen zur integrierten Versorgung wurden letztlich erst durch das DRG-System angestoßen oder beschleunigt. Der Druck zur Verweildauerreduktion verlangte von Anfang an von den Krankenhäusern, die Schnittstellen zu weiterversorgenden Einheiten und die Grenzen zu den anderen

Sektoren (ambulante Versorgung und Rehabilitation) möglichst gut zu organisieren.

Was bleibt nun mein Fazit nach 20 Jahren? Das G-DRG-System hat viele positive Effekte, aber es wurden auch Fehlanreize geschaffen. Ein „Weiter-so“ war im Jahr 2000 keine Alternative und ist es heute erst recht nicht. Unbedingt muss man dafür Expert(inn)en aus den Krankenhäusern einbinden und – auch vonseiten der Politik – mit etwas mehr Geduld an notwendige Veränderungen herangehen. Um einen Marathon zu gewinnen, sollte man nicht zu früh sprinten.

Dr. Nadine Schmid-Pogarell
Geschäftsführerin des Barmherzige Brüder
Krankenhauses München



Anmerkungen

1. KLITZSCH, W.: Krankenhäuser – Diagnosebezogene Fallpauschalen. Chancen und Risiken. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 42, 20. Oktober 2000.
2. STATISTISCHES BUNDESAMT: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1, 1 Krankenhäuser 1999 bis 2018.

Meinung

„Das DRG-System würde genügen“



Steffen Fleßa, Professor an der Universität Greifswald, Mitglied der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung“ des Landtages Mecklenburg-Vorpommern

Professor Steffen Fleßa lehrt an der Universität Greifswald Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement. Er forscht zu kleinen Krankenhäusern und finanzierbarer Versorgung im ländlichen Raum. Dieses Thema behandelt auch sein aktuelles Buch „Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum“, das bei Springer erschienen ist. kkvd-aktuell sprach mit Fleßa über das DRG-System, Versorgung in der Fläche und die Stärken katholischer Krankenhäuser.

Das DRG-System ist in der Kritik. Zu Recht?

Die Mütter und Väter der G-DRGs waren nicht naiv, dumm oder gar böse. Sie hatten das Bestreben, mit gegebenen, knappen Ressourcen eine alternde Bevölkerung mit steigendem Krankenhausbedarf und eine stetig verbesserte Medizin dauerhaft zu finanzieren. Ich betone das, weil wir das gerne vergessen: Erstens wurden die DRGs nicht zum Spaß eingeführt, sondern als Antwort auf schwerwiegende Effizienzprobleme im Krankenhauswesen. Zweitens wäre das Beharren im bestehenden System unweigerlich in einer Unterversorgung gemündet, weil wir uns ohne Anreize für effizientes Handeln irgendwann den technisch-medizi-

nischen Fortschritt nicht mehr hätten leisten können. Drittens – und das ist mir besonders wichtig – sahen die Politiker(innen) und Wissenschaftler(innen) schon von Anfang an die Probleme des DRG-Systems. So erkannten sie, dass jede pauschalierte Entgeltung zu Qualitätsproblemen führen könnte. Deshalb wurden zeitgleich mit dem DRG-System auch zahlreiche zusätzliche Maßnahmen der Qualitätssicherung eingeführt. Die berühmt-berüchtigte „blutige Entlassung“ wurde zwar immer als Schreckensgespenst aufgemalt, dürfte aber doch die Ausnahme geblieben sein. Weiterhin sah man schon damals, dass für manche Krankheiten und insbesondere für innovative Behandlungen die DRGs unzureichend sein würden. Deshalb hat man Zusatzentgelte (ZE) und neuere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) als weitere Entgeltformen eingeführt. Und es war auch schon damals klar, dass es Krankenhäuser gibt, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, die jedoch mit den bestehenden Entgelten nicht auskommen würden, insbesondere im ländlichen Raum. Deshalb hat man Sicherstellungszuschläge ins System eingebaut.

Also sind wir mit dem DRG-System eigentlich gut aufgestellt?

Ein DRG-System mit ZEs, NUBs und Sicherstellungszuschlägen würde aus meiner Sicht bis heute genügen, um alle versorgungsnotwendigen Krankenhäuser auskömmlich zu finanzieren. Aber was passierte dann? Die Innovationsfinanzierung über NUBs wurde angesichts knapper Kassen so eng gehalten, dass Innovationen kaum mehr im System finanzierbar sind. Und viele Bundesländer haben Sicherstellungszuschläge notorisch abgelehnt, vor allem bei Krankenhäusern, die dem Staat nicht selbst gehören. Ich schließe mich der allgemeinen Kritik überhaupt nicht an: Das DRG-System würde wunderbar funktionieren, wenn wir die ursprünglich angelegten Instrumente auch richtig nutzen würden. Und jede Veränderung des DRG-Systems oder gar ein gänzlich anderes System (zum Beispiel Ausgliederung von Personalkosten) wird scheitern, wenn wir die Instrumente nicht ausreichend finanzieren und konsequent umsetzen.

Sie zielen auf die vielen Modifikationen am DRG-System ab ...

Seit 2003 gab es zahlreiche Änderungen. Vor allem gab es immer mehr DRGs und ZEs. Die Dokumentationspflichten wurden stetig erhöht, komplexe DRGs (zum Beispiel Palliativmedizin, Geriatrie) wurden eingeführt und zuletzt die Pflege in den A-DRGs ausgeklammert. Ist das alles sinnvoll? Meiner Meinung nach nicht. Die Krankenhäuser hätten ein paar Härten von zu breiten Fallklassen schon verkraftet, wenn die Finanzierung insgesamt passen würde. Und wenn unser System nicht von ständigem Misstrauen geprägt wäre. Der Sicherstellungszuschlag ist ein gutes Beispiel dafür, dass Neuerungen nicht per se sinnvoll sind. Ursprünglich war geplant, dass Krankenhäuser für Leistungen, die aus Versorgungssicht notwendig, aber bei gegebener Fallzahl nicht finanzierbar sind, einen kostendeckenden Betrag erhalten. Typisch sind hierfür die Kinder-

medizin und die Geburtshilfe in kleinen, ländlichen Krankenhäusern. Aber viele Länder haben das verweigert. Stattdessen gibt es nun 400.000 Euro für „ländliche“ Krankenhäuser. Das führt zwar dazu, dass in Mecklenburg-Vorpommern fast alle Krankenhäuser diesen Betrag erhalten, aber davon überhaupt nicht ihre Existenz sichern können. Das ist kein Fortschritt. Eine Rückkehr zum alten Sicherstellungszuschlag und vor allem seine großzügige Anwendung wäre deutlich sinnvoller, würde aber voraussetzen, dass wir den Begriff „versorgungsrelevant“ definieren beziehungsweise in einen politischen und gesellschaftlichen Diskurs eintreten, welche Form von Gesundheitswesen wir uns leisten wollen.

Was ist zu tun, um eine gute Krankenhausversorgung in der Fläche zu sichern?

Es spricht einiges dafür, kleinere Krankenhäuser zu schließen und Leistungen zu konzentrieren. Vor allem sind sie pro Fall tendenziell teurer und kommen mit der derzeitigen DRG-Finanzierung nicht aus. Das DRG-Entgelt ist so berechnet, dass das durchschnittliche Krankenhaus die durchschnittlichen Kosten des durchschnittlichen Falls decken kann. Aber kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum sind eben nicht durchschnittlich. Sie haben weniger Fälle und sind deshalb teuer pro Fall. Hinzu kommt noch, dass es auch im Gesundheitswesen Lerneffekte gibt, das heißt, die Qualität steigt mit der Fallzahl (in gewissem Rahmen). Damit ist die Zentralisierung nicht nur eine Frage des Geldes, sondern auch der Qualität.

Dem widerspricht, dass wir die Krankenhäuser im ländlichen Raum brauchen, um die Bevölkerung wohnortnah zu versorgen. Aus versorgungspolitischer Sicht geht kein Weg daran vorbei. Entscheidend ist dabei, dass wir definieren, was wohnortnah ist beziehungsweise welche Distanz zumutbar ist. Das ist kulturell sehr unterschiedlich. Für Menschen in Nordfinland ist 150 Kilometer Entfernung noch wohnortnah, in Mecklenburg-Vorpommern vielleicht 30 Kilometer, in Ballungsräumen deutlich geringere Distanzen. Und Distanzen sind nicht immer gleich wirksam: Für Präventionsleistungen sind zehn Kilometer schon zu viel, um noch nachfragewirksam zu sein. Für elektive Patient(inn)en könnten auch große Distanzen zumutbar sein, für Notfälle nicht. Die Systemqualität ist ja nicht nur eine Frage der Qualität im Krankenhaus, sondern auch der Qualität bis zum Krankenhaus, das heißt, die Erreichbarkeit ist qualitätsrelevant. Es gibt zweifelsohne Krankenhäuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, die jedoch auf Basis der derzeitigen DRG-Finanzierung nicht überleben können. Für sie wurde der Sicherstellungszuschlag entwickelt – aber die Länder haben sich diesem verweigert und stattdessen hat der Bund ein Trostpflaster von 400.000 Euro draufgelegt. Damit kann man nicht überleben.

Was empfehlen Sie Klinikträgern, um sich zukunftsgerichtet aufzustellen?

Diese Frage scheint mir pauschal kaum zu beantworten, denn Kran-

kenhäuser unterscheiden sich in Leistungsangebot, Größe und Standort erheblich. Trotzdem gibt es ein paar Aspekte, die durchaus allgemeingültig sind. Erstens müssen Krankenhäuser kooperieren. Das ist natürlich ein alter Hut, aber ich meine damit nicht, dass man gemeinsam eine Einkaufsgenossenschaft gründet. Ich würde eher eine gemeinsame Leistungsprogrammplanung angehen: Was kannst du, was kann ich am besten? Nicht jedes Haus muss in räumlicher Nähe exakt dasselbe Angebot vorhalten. Wir können uns spezialisieren und trotzdem den Versorgungsauftrag aufrechterhalten, wenn wir uns absprechen. Spezialisierung impliziert höhere Qualität und geringere Fallkosten. Wir müssen aber auch gleichzeitig die Erreichbarkeit durch Verbesserung des Transportwesens berücksichtigen. Öffentlicher Nahverkehr, Taxiunternehmen oder Rettungsdienste sind alle Kooperationspartner. Und in Zukunft wird das spannend: Drohnen werden eilige Blutprodukte und Laborröhrchen fliegen, Patienten werden mit selbstfahrenden, günstigen Systemen weite Strecken zurücklegen, auch wenn sie alt und krank sind. Zweitens müssen wir noch mehr als bisher die zentrale Ressource des Gesundheitswesens fokussieren: unsere Mitarbeitenden. Die primäre Aufgabe des Managements ist es, Mitarbeitende zu gewinnen, zu fördern, zu motivieren und zu erhalten. Gerade in kirchlichen Häusern muss Realität werden, dass auch meine Mitarbeitenden vom Chefarzt bis zur Reinigungskraft Gottes Ebenbilder von unendlichem Wert sind, begabt mit der Schöpferkraft und gleichzeitig zu Fehlverhalten fähig. Personalführung und Organisation im Spannungsfeld von Vertrauen und Versuchung müssen immer wieder neu erkundet werden. Aber die Frage, wie ich mit meinem Personal umgehe, entscheidet letztlich über den Erfolg des Krankenhauses in jedem Finanzierungssystem.

Welche Strategien empfehlen Sie katholischen Häusern, um ihr Profil zu schärfen?

Hier würde ich zwischen Nebenbedingungen und Zielen unterscheiden. Eine gute Qualität ist eine Nebenbedingung, die auf keinen Fall vernachlässigt werden darf. Wenn die Patient(inn)en im Krankenhaus nicht nach dem State of the Art behandelt werden, dann werden sie dort nicht hingehen, auch wenn die Mitarbeitenden noch so freundlich sind. Nur wenige gehen in ein katholisches Krankenhaus, wenn sie dort nicht bestmöglich medizinisch-pflegerisch versorgt werden und gesund werden können. Auch wenn der Chefarzt sich klar als gläubiger Mensch zeigt – ich werde mich ihm nicht anvertrauen, wenn ich nicht den Eindruck habe, dass er fachlich kompetent ist.

Aber die objektive Qualität eines Hauses ist ein notwendiges Kriterium für das Überleben, kein hinreichendes. Denn es gibt an vielen Standorten Deutschlands mehrere Krankenhäuser, aus denen der Patient auswählen kann. Unter der Annahme, dass die anderen auch objektive Qualität produzieren, werde ich das Haus wählen, in dem noch mehr geboten wird. Dieses „Noch-mehr“, diese Added Values,

muss nun jedes Krankenhaus für sich definieren. Warum soll ein Patient zu mir kommen? Warum soll er zwei andere Krankenhäuser liegenlassen und bis zu mir fahren? Was biete ich, was die anderen nicht können? Etwas fachlicher gefragt: Was definiert die Gravität eines Krankenhauses?

Die Antwort liegt bei katholischen Krankenhäusern auf der Hand. Persönliche Annahme, Fürsorge, Begleitung, spirituelle Unterstützung und – so es der Patient wünscht – geistliche Gemeinschaft mit Gebet und Sakrament. Diese „weichen“ Faktoren sind nicht einfach nur Beiwerk aus christlicher Tradition, sondern sie entscheiden darüber, ob Patient(inn)en unser Haus priorisieren, ob es Anziehungskraft hat. Dabei nimmt – zumindest in manchen Landesteilen – der Anteil der christlich geprägten Patient(inn)en immer mehr ab. Aber auch Menschen, die keinen Bezug zum christlichen Glauben (mehr) haben, nehmen wahr, mit welchem Geist die Mitarbeiter(innen) hier arbeiten. Wenn kirchliche Krankenhäuser ihre Stärken ausbauen, dann habe ich keine Zweifel, dass sie auch in Zukunft einen wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft leisten werden. Und für viele Menschen werden sie zum Symbol der christlichen Kirche im 21. Jahrhundert: fachlich kompetent, den Menschen zugewandt und von spiritueller Tiefe.

Praxis

Gleichbehandlung statt Gleichmacherei

Die TGE-gTrägersgesellschaft mbH für die Einrichtungen der Schwestern vom Göttlichen Erlöser Provinz Deutschland betreibt zwei Krankenhäuser in Gießen und in Nürnberg. Geschäftsführer Rainer Beyer berichtet, wie sich der Covid-19-Klinikschutzschirm in den beiden sehr unterschiedlichen, von der Pandemie betroffenen Häusern in der Praxis ausgewirkt hat.

Nach Aufruf der Bundeskanzlerin im März 2020 haben wir unsere Häuser mit Blick auf Erfahrungsberichte aus Italien auf die Pandemie welle vorbereitet. Wir können seitdem jederzeit in unseren Häusern die Patient(inn)en auch in Corona-Zeiten sicher versorgen.

Unsere Krankenhausteams und die dahinterstehenden Menschen haben alles Menschenmögliche zur Bekämpfung des Virus getan. Wir haben erlebt, wie die Situation die Mitarbeiterschaft zusammenschweißte hat. Wir wissen es heute noch besser, welch großes Engagement in den Mitarbeiter(inne)n unserer Krankenhäuser steckt.

Wir haben bei unserem Tun nicht taktiert in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung. Wir haben uns vielmehr auf das Versprechen von Gesundheitsminister Jens Spahn verlassen, dass die Krankenhäuser wegen der Corona-Krise und den angeordneten Maßnahmen keinen Schaden nehmen werden. Entsprechend stellten wir den Betrieb mit elektiven Operationen beherzt ein und sämtliches frei werdendes Personal wurde für die Behandlung von Covid-19-Patient(inn)en geschult. Die Krankenhäuser organisierten wie überall konsequent ihre Prozesse neu (wie Aufnahme, Covid-Verdachtsstation, Covid-

Station oder Quarantänestation). Wir haben auch unsere Intensivstationen jeweils um vier bis sechs Plätze inklusive Beatmungsmöglichkeiten erweitert.

Am Standort Nürnberg kamen viele Covid-Verdachtsfälle und Covid-Kranke in unser Haus. Von Mitte März bis Ende April waren ständig etwa zwanzig Covid-Patient(inn)en stationär, davon zwei bis vier beatmete Patient(inn)en auf der Intensivstation. Hinzu kam eine große Zahl an Covid-Verdachtsfällen, viele auch aus Altenheimen. Statistisch gesehen waren wir in der Region Nürnberg das Haus mit den meisten Covid-Patient(inn)en nach dem städtischen Großklinikum. Das bekümmerte uns, weil die Infektionspatient(inn)en offensichtlich nicht gleichmäßig verteilt wurden, wie von den regionalen Krisenstabsverantwortlichen propagiert. In Nürnberg konnten Patient(inn)en aus Altenheimen aufgrund einer Landesverordnung, die für Altenheime einen Aufnahmestopp angeordnet hatte, nicht zurückverlegt werden. Das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg führte diese Regelung sehr eigenwillig fort, so dass wir eine „14-Tage-Quarantänestation“ einrichten mussten, auf der genesene, oft pflegebedürftige Menschen die Krankenhausbetten belegten. Finanziell gesehen ist eine derartige Verweildauerüberschreitung für ein Krankenhaus die „Höchststrafe“, da eine solche Unterbringung mit den Erlösen einer Kurzzeitpflege nicht zu refinanzieren ist.

Am Standort Gießen hatten wir eine völlig andere Situation. Bis heute hatten wir nur wenige Verdachtsfälle und keine bestätigten Covid-Patient(inn)en im Haus.

Mit Blick auf die Struktur des differenzierten Finanzierungssystems für die Bewältigung der Krise wurde unser Nürnberger Krankenhaus mit höheren Vorhaltekosten und sachkostenlastigeren DRGs benachteiligt. Vor allem aber führte ein höheres Infektionsaufkommen zu einer nicht gedeckten Finanzierungslücke:

- ♦ So hatten wir in Nürnberg im Jahr 2019 bei ausgeglichenem Ergebnis relevante Krankenhauserlöse (DRG-Erlöse zuzüglich Wahlleistungen) an jedem Belegungstag von 776 Euro. Die Freihaltelpauschale beläuft sich auf 560 Euro. Bis zum 30. Juni 2020 fehlten uns im Vergleich zum Vorjahreserlös unter Abrechnung von 3685 Freihaltelpauschalen 796.000 Euro.
- ♦ Durch die erläuterte erhöhte Verweildauer der Covid-Patient(inn)en ist die festgelegte abrechenbare Fallpauschale auch nicht auskömmlich und Freihaltelpauschalen gehen verloren.

Außerdem werden im Finanzierungssystem bestimmte Sachverhalte grundsätzlich nicht sachgerecht abgebildet:

- ♦ Bei den Kosten persönlicher Schutzausrüstung fehlen uns in beiden Häusern im Jahr 2020 derzeit jeweils circa 300.000 Euro aufgrund erhöhter Preise und Mengen. Die bayerische Staatsregierung hat dankenswerterweise nochmals 70 Euro je bestätigtem Covid-Patienten im Zeitraum April bis Juli 2020 zusätzlich finanziert. Nicht so in Hessen. Wir haben während der ersten Pandemiewelle die Zugänge durch Security-Personal und über die Aufstellung von Containern kanalisiert. Auch das sind Kosten, die nicht refinanziert werden. »

- ♦ Durch die hygienebedingte Verkleinerung der Bettenanzahl pro Station entstehen zusätzliche Personalkosten, da eine Servicekraft 20 Patient(inn)en versorgt, vorher hat sie 30 Patient(inn)en versorgt. Gleiches gilt für den Nachtdienst und die Pflegeassistenz. Hier greift hoffentlich das derzeit mit den Kassen nicht zu einigende Pflegebudget. Dadurch entstehen mindestens Liquiditätseinschränkungen. Insgesamt ist es aber auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, da Personal eben nur schwer zu bekommen ist.

Unklar bleibt die Finanzierungszusage zusätzlicher Intensivkapazitäten:

- ♦ Unkonventionell und bedingungslos wurden 50.000 Euro für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett zugesagt, die in Bayern gar nicht ausbezahlt werden, wenn nicht Kostennachweise erbracht werden.

Ergänzend sei noch hinzuzufügen, dass das Aussetzen des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) zwar eine feine Sache für Häuser ist, die in den Jahren 2018 und 2019 Wachstum zu verzeichnen hatten, aber ob das diejenigen Krankenhäuser sind, die auch den entsprechenden Aufwand mit Covid-Patient(inn)en hatten, sei dahingestellt.

Krisenhaft „pandemiesicher“ war der „Rettungsschirm“ für die Krankenhäuser im Ergebnis deshalb nicht. Erstens wurden tendenziell Krankenhäuser bessergestellt, die eine geringe Zahl an Covid-Patient(inn)en aufzuweisen hatten. Zweitens wird zum Beispiel über das Aussetzen des FDA zu viel Geld dorthin verteilt, wo es nicht benötigt wird. Und drittens erhalten Krankenhäuser mit geringeren Sachkosten in ihren Leistungen und wenig Covid-Patientenaufkommen an manchen Stellen zu viel Geld im Vergleich zum Jahr 2019.

Einen Lösungsansatz in der Krise bot der gemeinsame Vorschlag von Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und AOK in der Gesetzgebungsphase an: Krankenhäuser wären pauschal auf dem Niveau des Vorjahres abgesichert worden. Es wäre zum einen unbürokratisch gewesen. Den Krankenhäusern genauso wie den Kostenträgern entstand durch den „Rettungsschirm“ ein hoher vermeidbarer Administrationsaufwand. Es lag zum anderen Zukunftsperspektive in diesem Vorschlag, da er im Grunde eine Finanzierung von Vorhalte- oder Fixkosten vorsah, wie sie jetzt in der Diskussion um eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung diskutiert wird. Eine pandemiesichere Finanzierung kann nach diesen Erfahrungen nicht durch Gleichmacherei über Preisfestlegungen erzielt werden, wie es mit der 560 Euro Freihaltepauschale versucht wurde. Auch hier musste nachgebessert werden, weil ein Preis eben nicht für jedes Krankenhaus passt. Und die Nachbesserung führte am Ende wieder zu Gewinnern und Verlierern der Krise. Die Pandemie hat für die Krankenhausfinanzierung gezeigt: Jedem Krankenhaus individuell die durch die Kapazitätsfreihaltung entstandenen entgangenen Erlöse im Vergleich zum Vorjahr auszugleichen, wäre sachgerecht und käme einer echten Gleichbehandlung in der Krise gleich.

Dr. Rainer Beyer

Hauptgeschäftsführer

*TGE-gTrägersgesellschaft mbH für die Einrichtungen
für die Schwestern vom Göttlichen Erlöser*



Aktuell

NRW: Ein herausfordernder Prozess

In Nordrhein-Westfalen vollzieht sich derzeit eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung. Statt Bettenzahlen soll der Klinikplan künftig auf Leistungsbereichen und Leistungsgruppen basieren. Elke Held vom Diözesan-Caritasverband Aachen berichtet vom Stand der Beratungen.

In der Krisenzeit der Corona-Pandemie wurden vermehrt Forderungen laut, den eingeschlagenen Weg zur Neuaufstellung des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen aufzugeben. Es habe sich gezeigt, dass jedes Haus bedarfsnotwendig ist und gerade die Häuser in der Fläche einen wichtigen Beitrag zur Krisenbewältigung geleistet haben.

Ein Resümee der Krise kann auf jeden Fall gezogen werden: Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben qualitativ einen Top-Job gemacht, indem sie schnell in den Krisenmodus umgeschaltet und mit Flexibilität und Kooperation die Patientenversorgung sichergestellt haben. Quantitativ ist das nordrhein-westfälische Gesundheitssystem an keiner Stelle an seine Grenzen gestoßen.

Gleichwohl bleiben die für die Neuaufstellung des Krankenhausplanes ausschlaggebenden Gründe existent und warten auf eine Antwort. Vor und nach Corona sind die Fragen der strukturellen Unterfinanzierung und der Fehlallokationen auf der Tagesordnung. Die katholischen Träger stimmen mit dem Land Nordrhein-Westfalen in der Zielsetzung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgungsstruktur überein. Dabei verfolgen die Häuser das wohlverstandene Interesse der Patient(inn)en an der Sicherstellung der genannten Kriterien.

Folgerichtig bleiben das Land Nordrhein-Westfalen und Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann bei ihrem Beteiligungsprozess, bei dem die im Landesausschuss für Krankenhausplanung vertretenen wichtigen Akteure an der zukunftsfähigen Gestaltung der Versorgungslandschaft mitwirken können. Die katholischen Träger und mit ihnen die Caritas sind dazu aufgerufen, diesen Prozess weiterhin konstruktiv zu begleiten.

Die umfangreiche Arbeit der Unterarbeitsgruppen und Arbeitsgruppen ist abgeschlossen. Gegenwärtig werden Auswirkungsanalysen erstellt, die Klarheit bringen sollen über die Folgen der bisherigen Arbeitsergebnisse für die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen. In der Bewertung der Analysen wird es speziell darauf ankommen, herauszuarbeiten, welche Konsequenzen sich für die katholischen Krankenhäuser ergeben.

Im Frühjahr 2021 soll die Umsetzung des neuen Krankenhausplans in regionalen Planungsverfahren begonnen werden. Was jetzt schon deutlich wird – Krankenhausplanung kann nicht am Reißbrett entstehen und Algorithmen bilden keine Versorgungsrealität ab. Versorgungswirklichkeit entsteht in den Regionen und somit wird den

INFO

Das Positionspapier der Caritas NRW können Sie abrufen unter: www.caritas-nrw.de/stellungnahmen/zukunft-der-krankenhaeuser-in-nordrhein-westfalen/1760275

regionalen Planungsverfahren eine entscheidende Aufgabe bei der Ausgestaltung des Planes zukommen.

Die fünf Diözesan-Caritasverbände in Nordrhein-Westfalen – Aachen, Essen, Köln, Münster und Paderborn – haben sich in einem gemeinsamen Papier zur Zukunft der Krankenhäuser und zur Neuaufstellung des Krankenhausplans in NRW positioniert.

Kernaussagen des Positionspapiers beziehen sich auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft, die Beachtung der Interdependenzen zwischen Krankenhausplanung und Finanzierung, den Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan, der Abkehr von der reinen Kapazitätsplanung hin zur Planung, orientiert an Qualitätsvorgaben, der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, die Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung sowie der Innovation in der digitalen Versorgung.

Resümee des bisherigen Planungsprozesses

Das Land muss seiner sozialstaatlichen Verpflichtung zur Sicherung der Daseinsvorsorge nachkommen und hat die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung. Die Trägervielfalt muss weiterhin sichergestellt sein.

Die sich verändernde Versorgungslandschaft bedarf einer kontinuierlichen Beobachtung, Weiterentwicklung und des dialogischen Monitorings durch die Planungsbehörde und die an der Krankenhausplanung beteiligten Akteure.

Für die Träger und ihre Krankenhäuser ist die unbedingte Rechtssicherheit beim zukünftigen Versorgungsvertrag unverzichtbar. Die Vorschriften des Krankenhausgestaltungsgesetzes müssen diese Rechtssicherheit eindeutig aufweisen.

Es muss für die Leistungserbringer einen stabilen und zuverlässigen Planungshorizont geben. Vereinbarungen zur Leistungsmenge dürfen nicht ein starres Korsett bilden, sondern sie müssen über regional gestaltbare Korridore Flexibilität und Entwicklung zulassen.

Die katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen bilden auch zukünftig eine zentrale Säule in der Versorgung der Patient(in)en sowie beim Vorhalten bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen für die Menschen in NRW.

Elke Held

*Fachreferentin für Krankenhäuser
im Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.,
Vertreterin des Katholischen Büros im Landes-
ausschuss für Krankenhausplanung in NRW*



„Vielfalt ist gesund“: Das Gewinner-Motiv des Bonifatius Hospital in Lingen



Instagram: @bonifatiushospitalgesellschaft

Kampagne Ein Gewinn für alle

Den Sommer und Herbst haben zahlreiche katholische Krankenhäuser nochmals genutzt, um die Kampagne „Vielfalt ist gesund“ sichtbar zu machen. So hat das St. Marienstift Friesoythe eine große Plakate mit Fotos von Mitarbeitenden und dem Kampagnenmotto an seine Fassade gehängt. In Schwerte, Halle, Ratingen, Wiesbaden und Erlangen wurden unterdessen neue Kampagnen-Motive mit Mitarbeitenden der Häuser zusammengestellt. Anfang Oktober konnte bei Instagram aus 16 Bewerbungen das beliebteste Kampagnenmotiv ausgewählt werden. Gewonnen hat das Bonifatius Hospital in Lingen (siehe oben), das als Dankeschön für die Mitarbeitenden einen Preis von 1000 Euro erhalten hat. Anfang November besucht die Kampagnenbotschafterin und Integrationsbeauftragte der Bundesregierung, Annette Widmann-Mauz, die Alexianer-Krankenhäuser in Berlin, bevor das Jahr und damit auch der offizielle Teil der Kampagne sich langsam dem Ende neigt. Schon jetzt ein herzliches Dankeschön an alle, die mitgemacht und sich auf diese Weise für Vielfalt und Zusammenhalt engagiert haben. »

Beiträge zur kkvd-Kampagne „Vielfalt ist gesund“



Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle
Instagram: @ekbk_halle



St. Marienstift Friesoythe
Facebook: @StMarienstiftFriesoythe



Marienkrankenhaus Schwerte
Instagram: @marienkrankenhaus_schwerte



St. Josefs-Hospital Wiesbaden
Instagram: @joho_wiesbaden



Banner am St. Marienstift Friesoythe

IMPRESSUM

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vorkamp (vo),
(Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (mö), Michael Kretschmer (mk), Manuela Blum (neue caritas)
Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kk)

Redaktionssekretariat: Christiane Heise, Tel. 0 30/2 40 83 68-11, Fax: 0 30/2 40 83 68-22, E-Mail: kkvd-aktuell@caritas.de

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-26, Fax: 3 68 25-33,
E-Mail: neue-caritas@lambertus.de

Titelbild: stock.adobe.com/Andy Dean

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.

