

Krankenhausplanung und -vergütung

Der Weg zu modernen Strukturen

Eine seit Jahren anhaltende Diskussion über die Strukturen der deutschen Kliniklandschaft scheint erste Früchte zu tragen: Mehrere Landesregierungen haben Reformen angestoßen, die ihre Spielräume bei der Krankenhausplanung deutlich erweitern sollen. Die Initiativen in Nordrhein-Westfalen (NRW) und Niedersachsen werden in der Fachöffentlichkeit mehrheitlich begrüßt. Aber reichen sie auch aus, um die Versorgung nachhaltig zu verbessern?

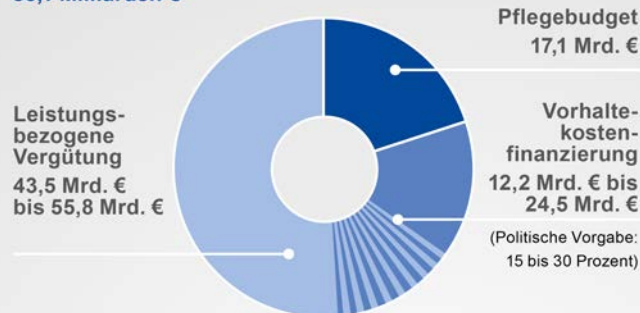
Als erstes Bundesland hat sich NRW von der bettenbezogenen Krankenhausplanung verabschiedet und ein System eingeführt, das sich an qualitativen Merkmalen wie Leistungsbereichen und Strukturvorgaben orientiert. Im November beginnen die ersten Verhandlungen auf der neuen Grundlage. Auch Niedersachsen hat die Planungskompetenzen des zuständigen Sozialministeriums gestärkt. In acht neu zugeschnittenen Regionen sollen jeweils abgestufte Versorgungsstrukturen entstehen. Thüringen und Sachsen haben neue Zielbilder für ihre Kliniklandschaften entwickelt und bereiten entsprechende Gesetzesinitiativen vor.

Grundlage der Revision ist eine Transparenz im Leistungsgeschehen, die erst das DRG-System geschaffen hat. So wurde etwa deutlich, dass die Krankenhäuser ihr medizinisches Angebot teilweise an ökonomischen Kriterien ausgerichtet haben. Vielerorts konzentrieren sich die Träger auf wirtschaftlich ertragsstarke Leistungen, während versorgungsrelevante Angebote fehlen. Infolge der kaum regulierten Entwicklung des Sektors werden in Deutschland außerdem unverhältnismäßig viele Menschen stationär behandelt – erheblich mehr als in anderen Ländern. Experten fordern deshalb, mit der Vergütung mehr Anreize für Qualität zu setzen.

Bessere Krankenhausplanung kann die Optionen der Kliniken einschränken, nicht aber die Fehlanreize im derzeitigen Vergütungssystem eliminieren. Die AOK hat deshalb ein Modell entwickelt, das die Krankenhausplanung mit der Finanzierung von Vorhaltekosten verknüpft. Im Vordergrund stehen dabei der bevölkerungsbezogene Bedarf und strukturelle Voraussetzungen der Häuser – und damit Parameter, die Qualität gewährleisten.

Vorhaltekostenfinanzierung könnte einen signifikanten Anteil ausmachen

Ausgaben für Krankenhausbehandlung 2021
(ohne Leerstandsfinanzierung):
85,1 Milliarden €



Beispiel 2021: Der Anteil DRG-Erlöse könnte deutlich sinken – zugunsten von Vorhaltepauschalen im Umfang von 12,2 bis 24,5 Milliarden Euro. Quelle: KJ-1-Statistik, AOK-BV; Grafik: AOK-BV

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

Wie Kliniken umdenken können

Markt und Meinung Seite 3

Die Inflation ist angekommen

Tagesbehandlung in der Somatik

Krankenhäuser bleiben leer

Versorgung und Service Seite 4

Zu wenig Fälle in Neubrandenburg

Mehr Flexibilität beim Personal

Digitalisierung: Öffentliche Häuser liegen vorn

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

Vorhaltekosten: Neuer Rahmen für die Krankenhausfinanzierung

„Es geht darum, die medizinische Versorgung der Bürger zu sichern. Aber dafür braucht man, überspitzt gesagt, nicht in jedem Dorf ein Krankenhaus.“

Robert Willer, Chef der Krankenkassette Helios in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung

Bedingungen für eine Krankenhausstrukturreform

Wie Kliniken umdenken können

Struktur- und Vergütungsreform müssen Hand in Hand gehen. Sonst werden Kliniken ihre Medizinstrategie auch künftig am möglichen Erlös ausrichten, meint Alexander Geissler, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Schweizer Universität St. Gallen. Ein Plädoyer für einen ganzheitlichen Blick.

Mit der derzeit geplanten Krankenhausreform müssen zwei große Problemkreise adressiert und miteinander verzahnt werden: die Krankenhausplanung und die Krankenhausvergütung. Bisher wurden diese beiden Themen isoliert betrachtet – das führte dazu, dass die Fehlanreize des aktuellen DRG-Systems voll durchschlagen konnten. Im Ergebnis sehen wir einen ruinösen Wettbewerb um Patientinnen und Patienten, aber auch um Personal. Im Mittelpunkt der Reform sollte deshalb eine Krankenhausplanung stehen, die Leistungen nach Bedarf und an Qualität orientiert vergibt und leistungsunabhängige Vergütungskomponenten einbindet.

Auch die neue Klinikstruktur muss tragfähig sein

Sollten die Vergütungsanreize in ihrer derzeitigen Form bestehen bleiben, werden die Kliniken ihre Medizinstrategie – also ihr Leistungsportfolio – weiterhin an den Erlöschancen ausrichten. Denn je nachdem, welche Kosten eine Klinik im Betrieb erzeugt, gibt es für die Häuser attraktive und weniger attraktive Leistungen. Diese Freiheitsgrade resultieren aus der zumeist mangelnden Leistungsplanung der Länder. Eine Vorhaltefinanzierung für regional nachgefragte, aber wirtschaftlich weniger attraktive Leistungen würde den Häusern dagegen helfen, sich auf ein bedarfsgerechtes Angebotsportfolio zu konzentrieren und primär wirtschaftlich motivierte Leistungen aufzugeben. Diese Überlegungen muss jede Krankenhausstrukturreform berücksichtigen, denn auch eine

bedarfsgerechte Struktur muss für die Kliniken wirtschaftlich tragfähig sein. Von zentraler Bedeutung ist jedoch, dass Vorhaltekostenfinanzierung an einen Versorgungsauftrag gekoppelt wird, andernfalls würde sie die vorhandenen Strukturen zementieren. Die Mittel sollten die Vorhaltung von Infrastruktur vor allem dort finanzieren, wo sie nicht kostendeckend betrieben werden kann, aber für die Versorgung relevant ist.

Länderübergreifende Betrachtung ist sinnvoll

Wie lassen sich nun Krankenhausplanung und -vergütung praktisch verknüpfen? Zunächst benötigen die Planungsbehörden ein Instrument, das definierte Leistungsbereiche und -gruppen konkret abbildet. Darauf aufbauend könnte eine Versorgungs- und Bedarfsanalyse zeigen, in welchen Regionen und Leistungsgruppen welcher Versorgungsbedarf heute vorherrscht und künftig zu erwarten ist. Bestenfalls geschieht dies bundesweit einheitlich. Erstens macht der Versorgungsbedarf nicht an Landesgrenzen halt, zweitens ist insbesondere bei komplexen und hochspezialisierten Leistungen eine länderübergreifende Betrachtung sinnvoll. Zudem sollten alle Länder diesen Paradigmenwechsel mit vertretbarem Aufwand nachvollziehen können. Ein auf Bundesebene entwickeltes Instrumentarium würde die Chancen dafür deutlich erhöhen.

Alexander Geissler,
*Professor für Management
im Gesundheitswesen an
der Universität St.Gallen*



Foto: Fokusbild Fotografie

PRESSEECHO

In Bad Hersfeld wird neu gebaut

Der Kreistag Bad Hersfeld hat beschlossen, 60 Millionen Euro für die Umstrukturierung des Klinikums Bad Hersfeld bereitzustellen. Herzstück der Planungen ist ein Klinik-Neubau im Umfeld des Krankenhauses, der unter anderem eine Herz-Chirurgie beinhalten soll. Sowohl der Bund als auch das Land Hessen haben zugesagt, jeweils 60 Millionen Euro beizusteuern, wenn der Landkreis das fehlende Drittel selbst finanziert.

Osthessen-News, 5. Oktober 2022

425,5 Millionen für Göttingen

Wissenschaftsminister Björn Thümler (Niedersachsen) hat den Finanzhilfebesccheid in Höhe von 425,5 Millionen Euro für den Neubau der Baustufe 1 an das Universitätsklinikum Göttingen übergeben. Damit stehen der Baugesellschaft die Mittel für die erste Stufe des Klinikneubaus zur Verfügung. Die Gelder stammen aus dem „Sondervermögen zur Nachholung von Investitionen bei den Hochschulen in staatlicher Verantwortung“.

Die Zeit, 23. September 2022

Uni Mainz mit neuem Campus

Der Campus der Mainzer Universitätsmedizin wird in den kommenden Jahren ein neues Gesicht erhalten. Insgesamt sollen schätzungsweise 2,2 Milliarden Euro für Gebäudesanierung und Neubauten investiert werden, das teilte der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister Clemens Hoch (SPD) am Mittwoch bei der Vorstellung des Masterplans mit. Das Herzstück des Geländes mit den Pavillongebäuden soll bleiben.

Merkur, 14. September 2022

Grundlohnrate und Orientierungswert

Die Inflation ist angekommen

Der Orientierungswert für die Kosten der Krankenhäuser beträgt in diesem Jahr 6,07 Prozent. Das hat das Statistische Bundesamt (Destatis) Ende September mitgeteilt. Damit sind die Kosten der Kliniken mehr als doppelt so stark gestiegen wie in den vergangenen zehn Jahren – der höchste Wert hatte in diesem Zeitraum bei 2,99 Prozent (2019) gelegen. Der Orientierungswert beziffert die Kostenentwicklung der Krankenhäuser im zweiten Halbjahr 2021 und im ersten Halbjahr 2022, die sich ausschließlich aus Preis- und Verdienänderungen ergibt. Die aktuelle Grundlohnrate, die die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen wiedergibt, beträgt 3,45 Prozent.

Reformpläne

Tagesbehandlung in der Somatik

Kliniken sollen bislang vollstationär erbrachte Behandlungen ab Anfang 2023 als sogenannte Tagesbehandlungen durchführen können, sofern sie dies für medizinisch vertretbar halten. Das schlägt die von Gesundheitsminister Lauterbach eingesetzte Regierungskommission zur Krankenhausversorgung vor. Mit dem Modell könnten mehr Leistungen ambulant erbracht und Beschäftigte in der Pflege entlastet werden. Dem Vorschlag zufolge kann die Tagesbehandlung mehrere Tage dauern, dabei sollen jedoch nur Tage abgerechnet werden, an denen der Patient mindestens sechs Stunden im Krankenhaus war und medizinisch oder pflegerisch versorgt wurde. Die Kommissionsmitglieder schätzen, dass etwa 25 Prozent aller bisher stationären Behandlungen umgewandelt werden könnten. Vergütet werden sollen die Tagesbehandlungen – mit Abzügen – nach dem DRG-System.

>> www.bundesgesundheitsministerium.de

Belegung

Krankenhäuser bleiben leer

In der Omikron-Welle sind die Fallzahlen in deutschen Kliniken in ähnlichem Umfang zurückgegangen wie in den vorangegangenen Hochphasen der Pandemie, allerdings aus anderen Gründen. Wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) errechnete, lag die Anzahl somatischer Krankenhausfälle von Januar bis Mai 2022 um 18 Prozent niedriger als im gleichen Zeitraum des Jahres 2019. Anders als zu Beginn der Pandemie dürften die Ursachen jedoch eher bei Personalausfällen zu finden sein als in Absagen geplanter Operationen. Für das Jahr 2021 hatte bereits das Statistische Bundesamt geringe Fallzahlen festgestellt: Die Bettenauslastung betrug insgesamt nur 68,0 Prozent – 2019 waren die Kapazitäten noch zu 77,2 Prozen genutzt worden.

>> www.aok.de/gp

DREI FRAGEN AN ...



... **Dr. Iris Minde,**
Geschäftsführerin des Klinikums
St. Georg in Leipzig

Foto: privatE

Chance auf bessere Versorgung

Warum ist die Vorhaltekostenfinanzierung im Kontext der Krankenhausplanung so wichtig?

Die Länder haben die Krankenhausstruktur bisher kaum planerisch verändert, meist wurde der Krankenhausplan einfach fortgeschrieben. Einer künftigen Fehlversorgung können die Länder aus jetziger Sicht nicht entgegensteuern. Die Kliniken müssen aber unterschiedliche Personal- und Strukturanforderungen vorhalten, und diese Kosten müssen umfangreich refinanziert werden. Krankenhausplanung und Refinanzierung der Personal- und Infrastrukturkosten sollten deshalb aufeinander abgestimmt sein.

Welche Ziele sollten mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung verknüpft werden?

Eine Mindestinvestitionsquote sollten die Länder sicherstellen. Mit einem Anteil für Pflege in der Vorhaltekostenfinanzierung könnte die Refinanzierung der Pflege über das Pflegebudget abgeschafft werden.

Welche Vorteile hätte eine Vorhaltefinanzierung für die Patientenversorgung?

Fachbereiche, die im DRG-System weniger gut abgebildet sind, und kleinere bedarfsnotwendige Einheiten könnten besser finanziert werden. Zudem könnten die Kliniken das Personal besser einsetzen und somit die Versorgungsqualität für die Patienten sicherstellen.

Deutlicher Kostenanstieg sichtbar



Der Orientierungswert für die Kosten der Krankenhäuser liegt in diesem Jahr bei 6,07 Prozent; die aktuelle Grundlohnrate beträgt 3,45 Prozent. Quelle: destatis/BMAS; Grafik: AOK-BV

Frühchen-Versorgung

Zu wenig Fälle in Neubrandenburg

Das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg (Mecklenburg-Vorpommern) darf ab 2023 keine Neugeborenen mit weniger als 1.250 Gramm Geburtsgewicht mehr behandeln. Diese Entscheidung traf die Fachkommission der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen auf Basis der Regelungen zu Mindestmengen im Krankenhaus. Die Klinik müsste demnach im kommenden Jahr mit mindestens 20 entsprechenden Geburten rechnen können. Im Jahr 2021 hat das Perinatalzentrum aber nur sieben solcher Fälle versorgt. Ab 2024 erhöht sich die Mindestmenge für die Versorgung von Frühchen zudem auf 25. Ministerpräsidentin Manuela Schwesig und Gesundheitsministerin Stefanie Drese wollen in Neubrandenburg dennoch eine Ausnahme genehmigung für das Jahr 2023 erwirken.

>> www.aerzteblatt.de

Psychiatrie und Psychosomatik

Mehr Flexibilität beim Personal

Psychiatrische Kliniken erhalten mehr Flexibilität beim Personaleinsatz und können diesen leichter dokumentieren. In diesem Sinne hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Psychiatrie-Personalverordnung (PPP-RL) geändert. Umstrittene stations- und monatsbezogene Nachweispflichten hat das Gremium ab Jahresbeginn 2023 für drei Jahre ausgesetzt; sogenannte Regelaufgaben können die Einrichtungen mit Routinedaten abbilden. Für dezentrale kleine Ta-

geskliniken gibt es Ausnahmeregelungen. Erstmals müssen die Kliniken jedoch bei Nachtdiensten personelle Qualitätsvorgaben einhalten. Der G-BA will die Richtlinie bis Ende 2025 weiterentwickeln. Seit 2020 müssen Psychiatrien und psychosomatische Kliniken dokumentieren, ob und wie sie die Vorgaben der PPP-RL erfüllen. Sanktionen bei Verfehlung der Vorgaben werden ebenfalls um ein Jahr verschoben.

>> www.aok.de/gp

Digitalisierung

Öffentliche Häuser liegen vorn

Das Konsortium DigitalRadar hat die Ergebnisse der ersten Datenerhebung zum digitalen Entwicklungsgrad der deutschen Krankenhäuser veröffentlicht. Demnach erreichen die Kliniken im Bewertungsschema DigitalRadar-Score durchschnittlich etwa 33 von 100 möglichen Punkten. Bei der Datenerhebung im Sommer 2021 hat die Mehrheit der Häuser (70 Prozent) Werte zwischen 23 und 44 Punkten erzielt. Insgesamt verbuchten die öffentlichen Träger die besten Ergebnisse, zudem gibt es auch regionale Unterschiede: Die höchsten Werte haben Krankenhäuser in Berlin, Hamburg und Brandenburg erreicht; Schlusslichter sind Bremen und das Saarland. Nach Angaben des Konsortiums erlaubt die Erhebung auch eine Prognose im Hinblick darauf, wie die Einrichtungen nach dem weltweit etablierten EMRAM-Modell (Electronic Medical Records Adoption Model) abschneiden würden. Demnach stünden die deutschen Kliniken im internationalen Vergleich am unteren Ende der Skala.

>> www.aok.de/gp

TERMINE 2022

4. und 5. November, Hamburg

20. Gesundheitspflege-Kongress

14. bis 17. November, Düsseldorf

45. Deutscher Krankenhaustag auf der „Medica“

24. und 25. November, Berlin

Nationaler Qualitätskongress Gesundheit

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA

Schwering steigt auf



Foto: BARMER

Simone Schwering wird ab 2023 stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer. Die Juristin gehört dem Führungsgremium der Krankenkasse seit Ende 2021 an. In der neuen Position löst sie Jürgen Rothmaier ab, der zum Jahreswechsel in den Ruhestand geht. Neues Vorstandsmitglied wurde der langjährige stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Siegmund Nesch.

Brüggemann folgt auf Godereis



Foto: Andreas Löchte

Dr. Nils Brüggemann hat den Vorstandsvorsitz der St.-Franziskus-Stiftung Münster übernommen. Der Betriebswirt gehört seit neun Jahren zum Vorstand der katholischen Stiftung und verantwortet dort die Finanzen und das Controlling. Brüggemann folgt im Amt auf Dr. Klaus Godereis, der nach fast 25-jähriger Tätigkeit bei dem großen katholischen Krankenhausträger ausgeschieden ist.

Interimsleitung bei der IQM



Foto: UKB

Prof. Axel Ekkernkamp leitet kommissarisch die Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Der IQM-Vorstand und Ärztliche Direktor des BG Klinikums Unfallkrankenhaus Berlin übernimmt damit die Aufgaben von Francesco De Meo, der das Präsidentenamt nach 15 Jahren aus persönlichen Gründen aufgegeben hat. Der neue Präsident soll auf der Mitgliederversammlung der Initiative im Jahr 2023 gewählt werden.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

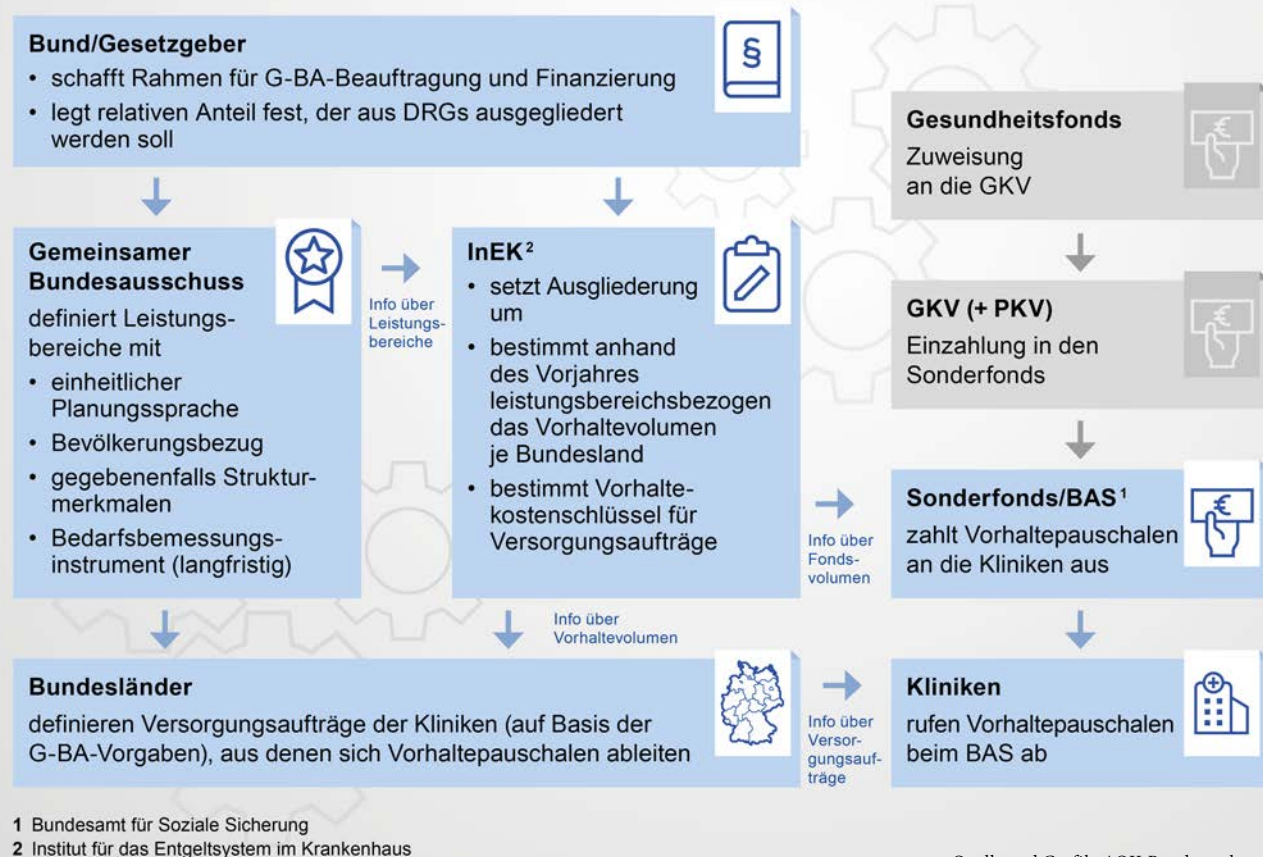
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Vorhaltekosten: Neuer Rahmen für die Krankenhausfinanzierung



Quelle und Grafik: AOK-Bundesverband

Pauschalen mit System

Um die Reform der Vorhaltekostenfinanzierung auf eine solide Basis zu stellen, hat die AOK-Gemeinschaft einen Vorschlag entwickelt. Ziel ist es, die Finanzierung mit der Krankenhausplanung zu verknüpfen. Dem Modell zufolge würden Gesetzgeber und Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) künftig bundeseinheitliche Kriterien für die Vergabe der Mittel festlegen: Der Gesetzgeber bestimmt ein pauschal aus den DRGs ausgliederndes Volumen. Der G-BA definiert Leistungsbereiche mit klarem Bevölkerungsbezug und legt, soweit sinnvoll, Strukturanforderungen fest. Die Länder vergeben auf Basis einer einheitlichen Planungssystematik leistungsbezogen die Versorgungsaufträge – aus denen sich die Vorhaltepauschalen ableiten – an die Kliniken. Ihre Pauschale ruft die jeweilige Klinik bei einem Sonderfonds des Bundesamtes für Soziale Sicherung ab. Vorteil für die Häuser: Mit der pauschalen Zuweisung können sie sicher kalkulieren, und zusätzliche Budgetverhandlungen entfallen. Eine stärkere Konzentration stationärer Leistungen mit klaren Anforderungen an die Strukturen und die Personalausstattung würde die Versorgung der Patientinnen und Patienten ebenso verbessern wie die Arbeitsbedingungen des Klinikpersonals.

>> www.aok-bv.de

Illustrationen: AOK