

01.02.2023 Politik

Weniger Ökonomie, mehr Medizin – Die Krankenhausreform auf einen Blick

Olivia Päßler



(c) iStock/Olivier Le Moal

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern soll künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen. Das empfiehlt die 17-köpfige „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Dafür sollen die Kliniken nach drei neuen Kriterien honoriert werden: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen.

1. Vergütung von Vorhalteleistungen

Derzeit erfolgt die Finanzierung von Krankenhausleistungen weitestgehend über Fallpauschalen. Fixkosten – wie das Vorhalten von Personal, einer Notaufnahme oder notwendiger Medizintechnik – müssen überwiegend ebenfalls über die Fallpauschale erwirtschaftet werden. Um die Bedeutung der Krankenhäuser für die Daseinsvorsorge zu unterstreichen und um den wirtschaftlichen Druck auf möglichst viele Behandlungsfälle zu senken, empfiehlt die Regierungskommission, künftig einen festen Betrag als Vorhaltekosten zu definieren, den Krankenhäuser – je nach ihrer Zuordnung (siehe Punkte 2 und 3) – erhalten.

2. Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln)

Künftig sollen Krankenhäuser in drei konkrete Level eingeordnet und entsprechend gefördert werden:

- Grundversorgung – medizinisch und pflegerische Basisversorgung, zum Beispiel grundlegende chirurgische Eingriffe und Notfälle.
- Regel- und Schwerpunktversorgung – Krankenhäuser, die im Vergleich zur Grundversorgung noch weitere Leistungen anbieten.
- Maximalversorgung – zum Beispiel Universitätskliniken.

Für jedes Level sollen einheitliche Mindestvoraussetzungen gelten. Damit würden erstmals einheitliche Standards für die apparative, räumliche und personelle Ausstattung gelten.

3. Einführung von definierten Leistungsgruppen

Die lediglich grobe Zuweisung von Fachabteilungen (wie „Innere Medizin“) zu Krankenhäusern soll durch genauer definierte Leistungsgruppen abgelöst werden (z. B. „Kardiologie“). Behandlungen sollen künftig nur noch abgerechnet werden können, wenn dem Krankenhaus die entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt wurde. Voraussetzung für die Zuteilung ist die Erfüllung genau definierter Strukturvoraussetzungen für die jeweilige Leistungsgruppe, etwa bezüglich personeller und apparativer Ausstattung.

Auftrag der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Laut Koalitionsvertrag sollte die Regierungskommission Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorlegen, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.

Hintergrund: Die derzeitige Krankenhausfinanzierung

Krankenhäuser decken ihre laufenden Betriebskosten (Kosten für medizinische Behandlung, z. B. Personal, Operationsbedarfe) über die sogenannten Fallpauschalen (DRGs). Das heißt: Sie erhalten einen fixen Betrag, auch wenn die Behandlung tatsächlich mehr oder weniger gekostet hat. Investitionskosten – also zum Beispiel Kosten für Bauten oder bauliche Instandhaltung – sind in ausreichender Höhe von den Ländern zu tragen. Dies geschieht nicht flächendeckend in ausreichendem Maße.

Durch das Fallpauschalensystem besteht ein Anreiz, sehr viele – im Zweifelsfall auch unnötige – Operationen oder anderweitige Behandlungen durchzuführen (sogenannter Leistungs- oder Mengenanreiz), zudem insbesondere die Fallpauschalen abzurechnen, die besonders lukrativ sind – und Fachbereiche, die weniger lukrativ sind, wie die Kinder- und Jugendmedizin, zu schließen.

Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission

Autor des Artikels



Olivia Päßler

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

[> kontaktieren](#)