

Vorschläge der Monopolkommission für eine Krankenhausstrukturreform

Vor dem Hintergrund der geplanten Krankenhausstrukturreform hat die Monopolkommission Ende Mai ihr Sondergutachten „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“ vorgelegt. Die Autoren befassen sich darin mit der Wirksamkeit des Wettbewerbs insbesondere mit Blick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Im Ergebnis werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung sowohl der Krankenhausplanung als auch der Krankenhausfinanzierung entwickelt.

Zum Download

Sondergutachten der Monopolkommission „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“

Problemanalyse: Defizite in der Krankenhausversorgung

In ihrem an die Bundesregierung übergebenen Gutachten beschreibt die Monopolkommission eine Vielzahl an Defiziten der deutschen Krankenhausversorgung. So seien die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen mit Blick auf Wirtschaftlichkeit und Kapazitätsverteilung nicht optimal:

- Es sei eine Tendenz zur Überversorgung in Ballungszentren (zum Beispiel im Rhein-Ruhr-Gebiet) sowie zur Unterversorgung im ländlichen Raum (zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern) erkennbar.
- Gleichzeitig spreche eine Reihe von Indizien dafür, dass es in Deutschland eine große Anzahl zu kleiner Krankenhäuser gebe. Die Autoren stellen fest, dass 69 Prozent aller Kliniken Häuser mit weniger als 300 Betten sind. Hohe Bettenkapazitäten in vielen kleinen, wenig spezialisierten Allgemeinkrankenhäusern wirkten sich dabei negativ auf die Versorgungsqualität aus.
- Kritisch sehen die Autoren auch die sich stetig verschlechternde finanzielle Lage vieler Kliniken. Diverse Untersuchungen hätten gezeigt, dass die Insolvenzgefahr deutscher Krankenhäuser seit Jahren stetig zugenommen habe. Dabei gelten kleine Krankenhäuser sowie Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft als wirtschaftlich besonders gefährdet.

Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Die Monopolkommission stellt fest, dass mit der Einführung von DRGs nicht nur die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Krankenhäuser gestärkt worden sei, sondern die Krankenhäuser auch Anreize erhalten hätten, ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Das System der Fallpauschalen sei jedoch intransparent und nicht konsequent ausgestaltet. Deshalb empfiehlt die Monopolkommission, das Fallpauschalensystem künftig durch einen wissenschaftlichen Beirat weiterzuentwickeln.

Gleichzeitig plädieren die Autoren für die Einführung eines Vorhaltezuschlags zur zielgerichteten Finanzierung versorgungsnotwendiger Strukturen. Diese sei mit der Investitionskostenfinanzierung der Länder aktuell nicht sichergestellt. Der Vorhaltezuschlag solle alle neben der regulären Krankenhausfinanzierung (DRG-Fallpauschalen und Investitionskostenförderung) existierenden Finanzierungsmittel wie Zentrums- oder Sicherstellungszuschläge zusammenführen und die Mittelvergabe insgesamt neu ausrichten.

Die Kommission schlägt weiterhin vor, die bisherige Investitionskostenfinanzierung in das Fallpauschalensystem einzugliedern: Damit würden die Krankenkassen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser im Rahmen gemeinsamer Fallpauschalen finanzieren. Die neuen Vorhaltezuschläge sollen zudem gemeinsam durch Krankenkassen und Länder getragen werden. In der Summe würde mit der Umstellung der Finanzierungsaufwand bei beiden Kostenträgern gleichbleiben, aber der Anteil der DRG an

der Gesamtfinanzierung ähnlich wie in anderen Ländern gesenkt. Dadurch würde der Anteil leistungsabhängiger Vergütungsbestandteile (DRG-Fallpauschalen und Investitionskostenförderung) an der gesamten Krankenhausvergütung reduziert und im Gegenzug der Anteil nicht leistungsabhängiger Vergütungsbestandteile in Form des neu einzuführenden Vorhaltezuschlags erhöht.

- Die DRG-Fallpauschalen haben sich bewährt, sollten allerdings weiterentwickelt werden. Grundlage dafür ist zunächst jedoch eine Anpassung der Krankenhauslandschaft auf Basis eines konsequenten Versorgungsstufenmodells. Dabei würden die Leistungen den einzelnen Versorgungsstufen zugeordnet und die Zulassung zur Leistungserbringung an die Erfüllung leistungsspezifischer Qualitätsvorgaben gebunden. Da die Länder ihrer Verantwortung für die Investitionsfinanzierung seit Jahren nicht ausreichend nachkommen, könnten der Bund und die Krankenkassen regelhaft an der Investitionskostenfinanzierung beteiligt werden. Dafür müssen beide jedoch ein verbindliches Mitwirkungsrecht in der Krankenhausplanung erhalten.

Neue Möglichkeiten in der Krankenhausplanung

Weiterhin empfiehlt die Monopolkommission, die Krankenhausplanung in den Ländern klarer und wirksamer auf die Versorgung auszurichten. So solle die Planung darauf konzentriert werden, die Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Statt das Versorgungsangebot vollumfänglich vorzuplanen, würden die Länder künftig lediglich einen Mindestversorgungsbedarf bis zu einer so genannten Sicherstellungsgrenze ausweisen. Für den Fall, dass diese unterschritten wird, erhalten die Planungsbehörden die Möglichkeit, Zusatzbedarfe bis zur berechneten Sicherstellungsgrenze auszuschreiben. Die Ausschreibungsmöglichkeit würde der Planungsbehörde die Möglichkeit eröffnen, mehrere Angebote unterschiedlicher Krankenhäuser zu erhalten und miteinander zu vergleichen. Um Überkapazitäten abzubauen, könne zusätzlich eine Bedarfsobergrenze gesetzlich festgelegt werden. Die Bedarfsplanung würde damit vornehmlich auf solche Bedarfe ausgerichtet, die für die Vorhaltung eines bestimmten Versorgungsniveaus notwendig sind.

- Die bisherige Krankenhausplanung der Länder folgt oft weder dem tatsächlichen Versorgungsbedarf noch der medizinischen Entwicklung. Bestehende Strukturen werden lediglich fortgeschrieben. Für die Zukunft ist eine Planung der stationären Versorgungsbedarfe in einzelnen Regionen zum Beispiel auf Basis von medizinischen Leistungsgruppen notwendig. Weiterhin sind zwingend Schritte zu einer sektorenübergreifenden Leistungsplanung einzuleiten.

Eine Sicherstellungsgrenze für die nötigen Versorgungsbedarfe aller Leistungsbereiche in einer Region ist dabei durchaus denkbar. So könnten die bedarfsnotwendigen Vorhaltekosten leistungsorientiert verteilt werden. Die Finanzierung von Vorhaltekosten in Form von ergänzenden Pauschalen sollte ebenfalls versorgungsstufenbezogen differenziert werden.

Stärkere Qualitätsorientierung durch Leistungsgruppen und bundesweite Vorgaben

Da nach wie vor nicht alle Bundesländer die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebenen Qualitätsindikatoren in ihren Krankenhausplanungen berücksichtigen, schlägt die Monopolkommission die Einführung des Leistungsgruppenkonzepts vor. Dabei werden die Versorgungskapazitäten eines Bundeslandes auf Basis verschiedener Leistungsgruppen geplant, die spezifische medizinische Behandlungsleistungen abbilden. Dieses Verfahren soll künftig in Nordrhein-Westfalen angewendet werden.

Des Weiteren solle geprüft werden, ob das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) insbesondere auf Basis der bereits erhobenen Qualitätsindikatoren die Planungsbehörden bei Auswahlentscheidungen unterstützen kann. Empfohlen wird auch, dass das IQTIG künftig einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung erstellt. Diese Aufgabe ist bisher dem G-BA vorbehalten, dieser ist dem gesetzlichen Auftrag bislang allerdings noch nicht nachgekommen.

➤ **Eine Planung auf Basis von Leistungsgruppen kann zu einer stärkeren Qualitätsorientierung beitragen. Allerdings sollten diese Leistungsgruppen bestimmten bundeseinheitlichen Versorgungsstufen zugeordnet werden, so dass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen kann, sondern erst einer bestimmten Versorgungsstufe im Rahmen der Landesplanung zugeordnet werden muss.**

Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang auch die Vorgabe bundesweit einheitlicher Kriterien durch den G-BA zur Unterstützung der Landeskrankenhausplanung. Diese Kriterien müssen allerdings rechtssicher und für die Krankenhausplanung verbindlich ausgestaltet werden. Das Beispiel der Qualitätsindikatoren, die im G-BA gemeinsam mit dem IQTIG entwickelt wurden, hat in den letzten Jahren gezeigt, dass ein solches Instrument nicht immer das gewünschte Ziel erreicht.

Reform der Notfallversorgung in der Diskussion

Eines der ersten Themen, dem sich die durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eingesetzte Regierungskommission widmen soll, ist eine Reform der Notfallversorgung. Bereits in der letzten Legislaturperiode hatte das BMG einen Gesetzentwurf für eine Reform vorgelegt. Dieser wurde jedoch nicht weiterverfolgt, da er auf die Kritik vor allem von Seiten der Bundesländer stieß.

In ihrem Koalitionsvertrag haben sich die Regierungsparteien SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf die Entwicklung eines integrierten Modells der Notfallversorgung geeinigt: Dieses sieht die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) vor, in denen die Notfallversorgung in enger Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern erfolgen soll. Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung kommt dabei den KVen zu, es sei denn, diese übertragen die Verantwortung ganz oder teilweise an das Krankenhaus.

In der Öffentlichkeit findet bereits eine Diskussion über die mögliche Neuausrichtung der Notfallstrukturen statt: So hat zum Beispiel die Bertelsmann Stiftung ein Gutachten veröffentlicht, das den pragmatischen Weg wählt, die Strukturen der Notfallversorgung aufgrund der politischen Widerstände zunächst untergesetzlich zu vereinheitlichen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 2/2022). Aktuell haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Marburger Bund gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGiNA) Positionspapiere vorgelegt.

Zentrale Anlaufstelle im Notfall notwendig

Zur schnellen Orientierung benötigen Patientinnen und Patienten im Notfall eine zentrale Anlaufstelle, die für die Abklärung ihres Hilfebedarfs in einem Ersteinschätzungsverfahren und möglicherweise für eine sofortige Behandlung zuständig ist. Die DKG fordert dazu die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an jedem Krankenhaus, das gemäß den

Vorgaben des G-BA einer Stufe des stationären Notfallstufensystems zugeordnet ist, in strukturschwachen Regionen können dies auch Krankenhäuser ohne Basisnotfallstufe sein. Ein INZ soll verpflichtend sowohl einen gemeinsamen Tresen zur Ersteinschätzung der Patienten vorhalten als auch eine zentrale Notaufnahme des Krankenhauses und eine Bereitschafts- oder Portalpraxis der KV.

Marburger Bund und DGiNA sehen eine gemeinsame Anlaufstelle ab der Basisnotfallstufe als sinnvoll an. Sie wollen hier die von der KV betriebene Notdienstpraxis und die Notaufnahme des Krankenhauses personell und technisch miteinander verknüpfen und sehen für den gemeinsamen Tresen einen Kooperationsvertrag vor.

Nach Vorstellung der DKG sollen die Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxen der KVen sowie die Notfallaufnahme der Krankenhäuser im INZ hingegen jeweils organisatorisch, wirtschaftlich und medizinisch eigenständig betrieben werden. Die von den KVen in den vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen vorzuhaltende personelle und apparative Ausstattung in den INZ soll der G-BA bundeseinheitlich festlegen, analog der Vorgaben zur gestuften stationären Notfallversorgung.

➤ **Bei der anstehenden Reform der ambulanten Notfallversorgung sollte ein integriertes System geschaffen werden, das die Angebote des ambulanten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, der Klinikambulanzen sowie der Notaufnahme im Krankenhaus miteinander verbindet. Die von der DKG unterbreiteten Vorschläge zum Betrieb jeweils eigenständiger Notfallstrukturen von KVen und Krankenhäusern würden jedoch die sektorale Trennung im Bereich der ambulanten Notfallversorgung erhalten und verfestigen.**

Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung

Die DKG fordert eine zeitliche Abgrenzung der Zuständigkeiten für die ambulante Notfallversorgung. Tagsüber (7:00 bis 19:00 Uhr) sollen die KVen sowohl das telefonische Ersteinschätzungsverfahren für Notfallpatienten als auch die Versorgung in den INZ übernehmen. Nachts (19:00 bis 7:00 Uhr) und an Feiertagen würde diese Verantwortung auf die Krankenhäuser übergehen, sodass auch die Behandlung von unmittelbar behandlungsbedürftigen Patienten in den Notfallstrukturen des Krankenhauses durchgeführt würde. Gleiches gilt für die Zuständigkeiten am gemeinsamen Tresen: Tagsüber wäre das Personal der KV verantwortlich, nachts und an Feiertagen das des Krankenhauses.

Für Krankenhäuser soll die Möglichkeit geschaffen werden, Notfallpatienten zur Beobachtung bis zu 48 Stunden als ambulante-klinische Fälle aufzunehmen – dies bei adäquater Vergütung. Die DKG fordert zudem, dass KVen auf Antrag von den Ländern von der Pflicht zur Einrichtung von Notfallstrukturen an den Krankenhäusern befreit werden können, die ambulante Notfallversorgung würden in diesem Falle die Krankenhäuser übernehmen. Marburger Bund und DGiNA betonen den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und sehen die Sicherstellung für die ambulante Notfallversorgung grundsätzlich bei den KVen, unter der Bedingung, dass sich alle niedergelassenen Ärzte am Notfall- beziehungsweise Bereitschaftsdienst beteiligen.

➤ **Die INZ am Krankenhaus sollten nach Auffassung der BARMER als erste niederschwellige Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten über einen sektorenübergreifenden Tresen verfügen. Hier wird die Einschätzung der patientenindividuellen Behandlungsdringlichkeit durch qualifiziertes medizinisches Personal vorgenommen, um Patienten entweder direkt zu versorgen oder zur adäquaten Versorgung weiterzuleiten. Die Patienten werden am gemeinsamen Tresen möglichst von vertragsärztlichem und Klinikpersonal gemeinsam betreut, eine zeitliche Abgrenzung der Zuständigkeiten von KV- und Klinikpersonal**

widerspricht einer sektorenübergreifenden, integrierten Ausrichtung der Notfallversorgung.

Die INZ sollten Einrichtungen der KVen sein, die für die Erbringung der Leistungen Kooperationsverträge schließen können, die sie dem Land und den Krankenkassen anzeigen müssen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren