

Bachelorarbeit

im Bachelorstudiengang Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen
an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

Thema

**Die Krankenhausreform – eine Revolution im Krankensektor?
Eine vergleichende Analyse des Krankensektors in Deutschland mit
den Reformvorhaben des Gesundheitsministeriums**

Erstkorrektor/-in: Prof. Dr. Manja Rausendorf-Marzina

Zweitkorrektor/-in: Prof. Dr. Alexander Würfel

Verfasser/-in: Katarina Francisci (Matrikel-Nr.: 299008)

Thema erhalten: 03.04.2024

Arbeit abgegeben: 21.06.2024

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
ZUSAMMENFASSUNG	VI
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Zielsetzung	2
1.2 Aufbau der Arbeit.....	2
2 Grundlagen und Begriffsbestimmungen	4
2.1 Einführung in das deutsche Gesundheitswesen	4
2.2 Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems.....	5
2.2.1 Leistungserbringung	6
2.2.2 Finanzierung	7
2.2.3 Regulierung	7
3 Der Krankenhaussektor in Deutschland	9
3.1 Strukturmerkmale des Krankenhauswesens in Deutschland	9
3.2 Krankenhausvergütung	12
3.3 Systematik der Krankenhausversorgung	13
3.4 Entwicklungen im Krankenhaussektor	14
3.5 Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland	15
3.6 Aktuelle Herausforderungen im Krankenhaussektor	16
4 Die Krankenhausreform	18
4.1 Reformziele	19
4.2 Reformelemente	20
4.3 Krankenhaustransparenzgesetz.....	24
4.4 Statusupdate Krankenhausreform.....	26

4.5	Auswirkungen der Krankenhausreform	27
5	Analyse & Bewertung der Auswirkungen der Krankenhausreform.....	29
5.1	Abgleich der Systeme (Heute vs. Zukunft).....	29
5.1.1	Leistungserbringung	30
5.1.2	Finanzierung	31
5.1.3	Regulierung	37
5.2	Analyse der Krankenhausreform	38
5.2.1	Verbesserungen/Vorteile	38
5.2.2	Offene- und nicht berücksichtigte Themen	39
5.3	Risiken der Krankenhausreform	42
5.4	Abschließende Beurteilung der Krankenhausreform.....	43
5.4.1	Erfolgskriterien.....	43
5.4.2	Weitere Forschungspotentiale	45
6	Fazit.....	48
Literaturverzeichnis		VIII
Eidesstattliche Erklärung		IX

Abkürzungsverzeichnis

BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OPS	Operationen und Prozedurenschlüssel
RKI	Robert Koch Institut

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vergleich der alten vs. der neuen Vergütungssystematik.....	24
Abb. 2: Vergleich der DRG-Erlöse und- Gewinne mit den Vorhalte-Erlösen- und Gewinnen.....	37

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Qualitätskriterien Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ Krankenhausplan NRW 2023.	21
Tab. 2: Abgleich des aktuellen Systems mit dem System nach der Reform.	30
Tab. 3: Fallpauschalen Berechnung im System der Voll-DRG.	33
Tab. 4: Berechnung der Vorhaltefinanzierung.	34
Tab. 5: Berechnung der DRG mit abweichenden Fallzahlen	35
Tab. 6: Berechnung der Vorhaltefinanzierung mit abweichenden Fallzahlen	36

Zusammenfassung

Die Krankenhausreform 2024 von Gesundheitsminister Karl Lauterbach ist ein vielfach diskutiertes Thema im Gesundheitswesen. Die Reform zielt auf die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und die Reduktion der Bürokratie ab. Zu den wichtigsten Neuerungen für den Krankenhaussektor gehören die Einführung einer Vorhaltevergütung, die Zuordnung von Leistungsgruppen zu bundeseinheitlichen Qualitätskriterien und die Einführung einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur, um den heutigen Fehlanreizen der Leistungserbringer entgegenzuwirken. Das Ziel der Arbeit ist die Reformelemente darzulegen, diese zu analysieren, mit der aktuellen Systematik zu vergleichen und die Auswirkungen dieser auf die Leistungserbringung, die Finanzierung und die Regulierung aufzuzeigen sowie weitere Forschungspotenziale darzulegen. Die Ausführungen zeigen, dass die gewünschten Effekte teilweise erreicht werden, sich dadurch jedoch neue Fehlanreize ergeben, die sich negativ auf den Krankenhausmarkt und auf die Patientenversorgung auswirken können, wobei die Komplexität des neuen Systems zunimmt. Die Ausführungen basieren auf dem Eckpunktepapier und den Referentenentwurf der Bundesregierung. Weitere Änderungen nach diesem Stand werden nicht berücksichtigt, womit konkrete Ausgestaltungen teilweise offen bleiben.

Schlüsselwörter: Krankenhausreform, Vorhaltefinanzierung, DRG-System, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, Leistungsgruppen

Abstract

Health Minister Karl Lauterbach's hospital reform 2024 is a much-discussed topic in the healthcare sector. The reform aims to ensure and increase the quality of treatment, guarantee comprehensive medical care and reduce bureaucracy. Among the most important innovations for the hospital sector are the introduction of a new reimbursement system, the allocation of service groups to uniform national quality criteria and the introduction of a cross-sectoral care structure in order to counteract the current disincentives for service providers. The aim of the paper is to present the reform elements, analyze them, compare them with the current system and show the effects

of these on the provision of services, financing and regulation, as well as presenting further research potential. The explanations show that the desired effects are partially achieved, but that this results in new disincentives that can have a negative impact on the hospital market and patient care, with the complexity of the system increasing further. The explanations are based on the key issues paper and the Federal Government's draft bill; further changes after this status are not considered, which means that specific designs remain partially open.

Keywords: Hospital reform, reserve financing, DRG system, cross-sector care facilities, service groups

1 Einleitung

„Wir haben die Balance zwischen Medizin und Ökonomie verloren.“¹ Mit diesen Worten von Gesundheitsminister Karl Lauterbach wird die Dringlichkeit deutlich, mit welchen Problemen das deutsche Gesundheitssystem aktuell konfrontiert ist – insbesondere im Kontext der Krankenhausfinanzierung. Die Mehrheit der deutschen Kliniken kämpft mit roten Zahlen bei gleichzeitig stagnierenden Fallzahlen.^{2,3} Hinzu stellen zahlreiche weitere Herausforderungen, wie die anhaltende Inflation, die hohen Tarifsteigerungen, der Fachkräftemangel und das geringe demografische Wachstum die Häuser vor immense Aufgaben.

Neben den steigenden Kosten für Personal und Material sehen sich die Krankenhäuser mit dem strukturellen Problem des Vergütungssystems konfrontiert. Die Refinanzierung der Kostensteigerungen ist durch das 2003 eingeführte Fallpauschalen System kaum möglich.⁴ Das DRG-System (Diagnosebezogene Fallgruppen) sollte die Kosten senken und zugleich die Behandlungsqualität steigern. Über die Jahre hat sich eine gegenteilige Entwicklung gezeigt: Die falschen Anreize des Systems führen dazu, dass die Ärzteschaft und das Pflegepersonal unter enormen Kostendruck arbeiten. Die Häuser sehen sich gezwungen erhebliche Einsparungen zu treffen, um effizient und effektiv arbeiten zu können. Dies geschieht meist auf Kosten der Patienten und der Qualität – Menschen werden oftmals aus finanziellen Gründen operiert, um Einnahmen zu generieren.⁵

Diese Trends zeigen, dass das deutsche Gesundheitswesen an einem kritischen Punkt angelangt ist und Reformen unumgänglich sind. Die aktuellen Strukturen und das Anreizsystem müssen kritisch hinterfragt werden, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung in der Fläche gewährleisten zu können. Die Krankenhausreform des Gesundheitsministeriums hat sich dieser Aufgabe angenommen und der Gesundheitsminister spricht in diesem Zusammenhang von einer „Revolution“ mit der Zielstellung die Balance zwischen medizinischer Versorgung und der ökonomischen Realität wiederherzustellen.⁶

¹ Vgl. Grabbe/Spiewark 2022, S. 36

² Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut 2022

³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2023b

⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit o.J.

⁵ Vgl. Bundesärztekammer 2022

⁶ Vgl. Schlitt 2022

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Die Entwicklungen, welche in der Einleitung beschriebenen wurden, stellen den Gesundheitsmarkt vor die zunehmende Herausforderung, eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten zu können.

Die bekannten Fehlanreize und die aktuellen Einflussfaktoren auf den Gesundheitsmarkt verdeutlichen die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des aktuellen Systems.⁷ Das Gesundheitsministerium hat diese Fehlanreize erkannt und eine umfassende Reform des Krankenhaussektors auf den Weg gebracht, wodurch die Krankenhauslandschaft und das Finanzierungssystem in seiner Gänze reformiert wird. Aus diesem Grund fokussiert sich die folgende Arbeit auf die Auswirkungen, die Chancen, die Risiken und setzt sich kritisch mit der Krankenhausreform auseinander. Das Ziel der Arbeit ist es, die angestrebten Maßnahmen und die Effekte auf das Krankenhauswesen herauszuarbeiten, zu analysieren sowie aus gesundheitsökonomischer Sicht zu bewerten. Maßgeblich wird untersucht, ob es sich bei den angestrebten Maßnahmen um eine „Revolution“ handelt, wie sie von Gesundheitsminister Lauterbach angekündigt wurde. Zentral wird folgender Frage nachgegangen: Wie unterscheiden sich die Reformvorschläge vom bestehenden Krankenhausssystem in Deutschland und welche potenziellen Auswirkungen haben diese auf den Krankenhaussektor?

1.2 Aufbau der Arbeit

Zur Erreichung des zuvor genannten Ziels und der vollumfänglichen Beantwortung der Fragestellung, ist die Arbeit in sechs Hauptkapitel untergliedert. Nachdem sich der erste Abschnitt mit der Aktualität der Thematik, der Problemstellung und des Forschungspotenzials beschäftigt, legt das Kapitel zwei die Grundlagen für weitere Ausführungen. Dabei wird insbesondere das notwendige theoretische Basiswissen zum deutschen Gesundheitswesen mit den, für die Arbeit relevanten, Kernelementen vermittelt. Diese Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte stellt den Ausgangspunkt für weitere Ausführungen dar.

Darauffolgend wird im dritten Abschnitt der Krankenhaussektor in Deutschland analysiert. Im Detail wird die Grundstruktur des Krankenhauswesens vorgestellt und die

⁷ Vgl. Bundesärztekammer 2022

Vergütung stationärer Leistungen, die Entwicklungen des Krankenhausmarktes sowie die aktuellen Herausforderungen erörtert. Diese Ausführungen legen einen weiteren Grundstein, um das System in seiner Gänze zu verstehen und die damit verbundenen Reformelemente zu überblicken.

Nach diesem detaillierten Einblick in den Gesundheitsmarkt beschäftigt sich das darauffolgende Kapitel vier mit der Krankenhausreform. Dabei werden die Reformziele des Gesundheitsministeriums verdeutlicht, die Reformelemente herausgearbeitet und die Auswirkungen dieser auf den Krankenhaussektor evaluiert. Dadurch wird dem Ziel der Arbeit nachgegangen die Auswirkungen der Maßnahmen zu analysieren und zusammen mit dem vorangegangenen Abschnitt eine fundierte Basis für die darauffolgende Analyse zu schaffen. Neben der kritischen Auseinandersetzung mit der Krankenhausreform wird im fünften Kapitel eine Bewertung sowie eine vergleichende Darstellung des „alten“ und des „neuen“ Systems vorgenommen, bevor die Herausforderungen und Probleme, wie auch Chancen, Risiken und die Erfolgskriterien in diesem Abschnitt herausgearbeitet werden. Daran schließt sich der sechste Teil mit einem Fazit und einem Zukunftsausblick an und fasst die vorangegangenen Ausführungen abschließend zusammen.

2 Grundlagen und Begriffsbestimmungen

Bevor in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich die einleitend angesprochene Zielstellung und die damit verbundene Forschungsfrage beantwortet werden kann, ist es erforderlich, sich zunächst mit den theoretischen Grundlagen auseinanderzusetzen. Dabei wird ein kurzer theoretischer Überblick über die, für die Arbeit relevanten, Aspekte des deutschen Gesundheitswesens gegeben und die Grundprinzipien des Systems erläutert. Diese Ausführungen sind notwendig, um das darauf anknüpfende Krankenhauswesen in Deutschland zu verstehen und die damit verbundenen Reformvorschläge des Gesundheitsministeriums analysieren zu können.

2.1 Einführung in das deutsche Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein komplexes Gebilde aus unterschiedlichen Akteuren und Institutionen, welche die Gesundheitsversorgung der Bürger gewährleisten. Diese Vielfalt spiegelt sich auch in den Grundprinzipien wider, die die soziale Absicherung im Krankheitsfall sicherstellen. Besonders für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind diese Grundsätze von zentraler Bedeutung. Die GKV übernimmt für circa 90% der Bundesbürger den Versicherungsschutz und ist somit einer der bedeutendsten Akteure in dem System.⁸

Als eine der wichtigsten Maximen im Gesundheitssystem gilt das **Solidaritätsprinzip**. Damit wird eine gegenseitige Unterstützung innerhalb der Solidargemeinschaft im Krankheitsfall, unabhängig von den zuvor geleisteten Beiträgen, sichergestellt. Die Beiträge werden einkommensabhängig als prozentualer Anteil am Bruttoeinkommen erhoben und je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen.⁹ Diese Zahlungen sichern das Finanzierungssystem der Krankenkassen ab. Darüber hinaus bezuschusst der Bund die Krankenkassen mit Steuermitteln. Diese sichern die sogenannten versicherungsfremden Leistungen ab, wie beispielsweise die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehegatten oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft.¹⁰

Ein weiteres Element im Gesundheitssystem ist die **Versicherungspflicht**. Damit geht einher, dass für jeden Arbeitnehmer und Angestellten unterhalb der gesetzlich

⁸ Vgl. Verband der Ersatzkassen 2023b

⁹ Vgl. Simon 2021, S. 69

¹⁰ Vgl. Simon 2021, S. 127

festgelegten Einkommensgrenze eine Pflichtmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse besteht.¹¹ Mit der Versicherungspflicht korrespondiert die Verbindlichkeit der gesetzlichen Krankenkassen, Mitglieder aufzunehmen, die einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV unterworfen sind.¹²

Nach dem **Bedarfsdeckungsprinzip** haben die Mitglieder und die Versicherten¹³ einen Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen. Diese müssen ausreichend und zweckmäßig sein und dürfen das „Maß des notwendigen nicht überschreiten.“¹⁴ Die Bedarfsdeckung wird dabei durch eine Vielzahl an Leistungen sichergestellt, die von der GKV bezahlt werden. Diese schließen ambulante- und stationäre Leistungen sowie Rehabilitation, Arzneimittelversorgung und Prävention ein.

Die notwendigen Leistungen werden durch das **Sachleistungsprinzip** bereitgestellt. Dabei schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge. Durch den Vertrag sind die Versorgungseinrichtungen zur Behandlung von Patienten und die Kassen zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.¹⁵ Damit wird sichergestellt, dass Versicherte und Mitglieder, ungeachtet des sozioökonomischen Status, Anspruch auf notwendige medizinische Leistungen haben. Die Leistungen werden direkt von den Leistungserbringern erbracht, dadurch leisten die Versicherten keine direkte Zahlung an den Dienstleister, Ausnahmen gelten bei bestimmten Zuzahlungen.

2.2 Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems

Nachdem die soziale Sicherung im Krankheitsfall beleuchtet wurde, befasst sich der folgende Teil mit den Grundstrukturen, die für das deutsche System charakteristisch sind. Diese Merkmale werden anhand der drei Bereiche **Leistungserbringung**, **Finanzierung** und **Regulierung** beschrieben. Daran anschließend wird im dritten Abschnitt spezifischer auf die Strukturmerkmale und die aktuellen Entwicklungen im Krankenhaussektor eingegangen.

¹¹ Vgl. Simon 2021, S. 75

¹² Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. 2023

¹³ Mitglieder der GKV sind Personen, die aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses pflichtversichert oder freiwillig versichert sind. Familienangehörige eines GKV-Mitglieds sind Versicherte.

¹⁴ Vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V

¹⁵ Vgl. Simon 2021, S. 74

2.2.1 Leistungserbringung

Eine bedeutende Eigenschaft der Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem besteht in der Unterscheidung zwischen der ambulanten Versorgung durch Haus- und Fachärzte sowie der stationären Behandlung durch Krankenhäuser. Zudem soll die Versorgung im Krankenhaussektor und in der ambulanten Pflege insbesondere durch freigemeinnützige und private Einrichtungen bevorzugt gefördert werden.¹⁶

Die **ambulante Versorgung** erfolgt überwiegend durch private, gewinnorientierte Leistungserbringer, hierzu zählen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Masseur, Physiotherapeuten, Logopäden, et cetera. Patienten haben die Wahlfreiheit und können Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, sowie Notfallambulanzen frei wählen, sofern diese einen Versorgungsvertrag mit den Kassen geschlossen haben. GKV-Versicherte können private Gesundheitsdienstleister aufsuchen, allerdings nur gegen Selbstzahlung. Des Weiteren kann die Leistung in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) erfolgen. Die MVZs werden ärztlich geleitet und sind ebenfalls für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassen.¹⁷

Die **stationäre Versorgung** erfolgt durch Krankenhäuser. Hier stellt die Pluralität der Träger eine Besonderheit des Systems dar. Die Leistungserbringung erfolgt durch öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtungen.

Die öffentlichen Träger, bestehend aus Bund, Länder, Gemeinden, Städten und Sozialversicherungen, betreiben die Versorgungseinrichtungen. Abgesehen von Bundeswehrkrankenhäusern betreibt der Bund keine Einrichtungen. Dies obliegt im Rahmen der Selbstverwaltung den Ländern. Die Gemeinden sind vor allem für die Leistungen der stationären Krankenhausversorgung zuständig.¹⁸

Gemeinnützige Organisationen spielen eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem. Dazu zählen kirchliche Organisationen, Wohlfahrtsverbände sowie gemeinnützige Stiftungen. Neben den privaten Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeeinrichtungen zählen zu den privaten Leistungserbringern

¹⁶ Vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG und § 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI

¹⁷ Vgl. Busse/Blümel/Ognyanova 2013, S. 181-187

¹⁸ Vgl. Simon 2021, S. 90

die niedergelassenen Ärzte, Apotheken, das Gesundheitshandwerk sowie sonstige Gesundheitsberufe.¹⁹

2.2.2 Finanzierung

Die Mittel zur Finanzierung des Systems werden hauptsächlich aus den Beiträgen zu den Sozialversicherungen gewonnen. Den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben trägt die gesetzliche Krankenversicherung.²⁰ Die GKV finanziert sich im Wesentlichen über Beiträge der Versicherten, bemessen am Bruttolohn bzw. der Rente. Der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen getragene Anteil zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 14,6%.²¹ Die Sozialversicherungen sind in erster Linie für die Vergütung der, von den Leistungserbringern erbrachten, Leistungen zuständig. Private Haushalte tragen zur Finanzierung des Systems durch Zuzahlungen für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel oder Gesundheitsdienstleistungen bei, die nicht von der Krankenkasse getragen werden.

2.2.3 Regulierung

Das Gesundheitssystem ist durch ein hohes Maß an staatlicher Regulierung gekennzeichnet. Das Bundesgesundheitsministerium fungiert als oberste und maßgebliche Instanz für die Regulierung des Gesundheitswesens, es schafft die erforderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die konkrete Ausgestaltung wird den Akteuren der Selbstverwaltung überlassen, womit den Verbänden, Körperschaften, Landes- und Bundesverbänden, Krankenhausgesellschaften und dem gemeinsamen Bundesausschuss eine zentrale Rolle zukommt.²² Im internationalen Vergleich ist die staatliche Regulierung im deutschen System relativ hoch. Dies zeigt sich in der detaillierten Regelung der Vergütungssysteme oder in der Pluralität der Akteure. Durch den, im Grundgesetz in Artikel 20 und 28 festgelegten, Föderalismus als grundlegendes organisatorisches Instrument, ist die Kennzeichnung der Aufteilung der Macht zentral.²³ Somit sind im Gesundheitssystem die Aufgaben und Zuständigkeiten durch die Gewaltenteilung getrennt: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist die oberste Verwaltungsbehörde. Nachgeordnet finden sich unterschiedlichste Institutionen, wie beispielsweise das Bundesinstitut für Arzneimittel

¹⁹ Vgl. Simon 2021, S. 91

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt 2023

²¹ Vgl. Verband der Ersatzkassen 2023a

²² Vgl. Simon 2021 S. 80-81

²³ Vgl. Art. 20 Satz 2 und Art. 28 Satz 2 Grundgesetz

und Medizinprodukte (BfArM), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das Deutsche Institut für Dokumentation und Information (DIMDI) oder das Robert-Koch-Institut (RKI), um nur einige der Instanzen zu nennen.²⁴ Zentral für die Selbstverwaltung ist die Übergabe der Krankenhausversorgung an die Länder. Damit übernehmen sie im Bereich der Versorgung die Aufstellung von Krankenhausplänen und die Investitionsförderung für die Häuser, welche in den Krankenhausplan aufgenommen wurden (vgl. hierzu Kapitel 3.1).

²⁴ Vgl. Simon 2021, S. 81-82

3 Der Krankenhaussektor in Deutschland

Nachdem in Kapitel zwei das für die Arbeit relevante theoretische Basiswissen über das deutsche Gesundheitswesen vermittelt wurde, ist es unerlässlich, ein aktuelles Bild der Situation auf dem Krankenhausmarkt zu schaffen und die grundlegenden Gegebenheiten des Sektors aufzuzeigen. Dafür wird zunächst das deutsche Krankenhaussystem in seinen Strukturmerkmalen erläutert, bevor auf die aktuellen Entwicklungen und Kennzahlen des Systems eingegangen wird und somit ein weiterer Grundstein für die im vierten Kapitel beschriebene Krankenhausreform und die Auswirkungen dieser auf das Gesundheitssystem gelegt wird.

3.1 Strukturmerkmale des Krankenhauswesens in Deutschland

Die Systematik der stationären Krankenversorgung ist ein komplexes Zusammenspiel und durch eine Reihe an zentralen Merkmalen charakterisiert. Dazu gehören unter anderem das **duale Finanzierungssystem**, die **staatliche Krankenhausplanung**, das **Vergütungssystem**, der **Kontrahierungszwang** oder die **Budgetverhandlungen**.

Das **duale Finanzierungssystem** der Krankenhäuser teilt sich in zwei zentrale Bereiche:

Die Finanzierung der **laufenden Betriebskosten** wird von den Krankenhäusern aus Entgelten für die Behandlung von Patienten erwirtschaftet. Dies betrifft mehr als 90% der Kosten.²⁵ Diese Kosten werden durch das „*Diagnosis Related Groups-System*“ erwirtschaftet, beziehungsweise dadurch abgebildet. Grundsätzlich handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, indem Patienten nach ökonomischen und medizinischen Parametern in Fallgruppen eingeteilt werden. Mit dem System können Krankenhausleistungen für einen bestimmten Behandlungsfall, unabhängig von der Verweildauer und den tatsächlichen Kosten eines Krankenhauses vergütet werden.

Das deutsche System ist ein Mischsystem aus Fallpauschalen und tagesbezogenen Entgelten für die Pflegeleistung.²⁶ Patientenindividuell ergibt sich die Vergütung aus der Anzahl der Belegungstage (Verweildauer des Patienten im Haus), kombiniert

²⁵ Vgl. Simon 2021, S. 244

²⁶ Vgl. Simon 2021, S. 246-247

mit einer für jeden Fall festgelegten Bewertungsrelation sowie dem für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes jährlich verhandelten Landesbasisfallwert. Die Bewertungsrelationen werden jedes Jahr in einem sogenannten Fallpauschalen-Katalog durch das InEK veröffentlicht. Seit 2020 werden die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert und über ein gesondertes Pflegebudget vergütet, um den wirtschaftlichen Druck in diesem Bereich abzumildern. Das Pflegebudget wird krankenhaushausindividuell mit den Krankenkassen selbstkostendeckend kalkuliert und vereinbart. Die Pflegeerlöse werden tagesgleich abgerechnet. Dafür wird der krankenhaushausindividuelle Pflegeentgeltwert mit der tatsächlichen Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus verrechnet.²⁷

Die **Investitionskostenfinanzierung** wird von den jeweiligen Bundesländern übernommen. Dabei sieht diese zwei Arten vor:

Die *Investitionsförderung* und die *Pauschalförderung*. Um die Mittel für eine Investitionsförderung von den zuständigen Ländern zu erhalten, ist ein Antrag des Krankenhauses notwendig. Diese Mittel sind streng zweckgebunden und dürfen nur für Investitionen und nicht für Betriebskosten verwendet werden. Die Pauschalförderung hingegen erfolgt ohne einen gesonderten Antrag. Diese jährlichen Pauschalen werden von den Ländern frei zur Verfügung gestellt und können für kleinere und mittlere Investitionen verwendet werden. Beispielsweise für kleinere Baumaßnahmen oder die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern. Die Pauschalförderung in Bayern betrug im Jahr 2021 278 Mio. Euro.²⁸ Auf diese hat jedes Krankenhaus Anspruch, sofern es in den Krankenhausplan des Bundeslandes aufgenommen wurde.²⁹ Dagegen ist die Einzelförderung beziehungsweise die Antragsförderung für ein Investitionsvorhaben vorgesehen. Über diese Art von Förderung werden vor allem Neu- und Umbauten oder die Erweiterungen von Krankenhäusern gefördert.

Einer der Gründe für die finanzielle Not der Krankenhäuser, sind die unzureichenden Investitions- und Einzelförderungsvolumina der Bundesländer. Das Einzelförderungsvolumen in Bayern im Jahr 2021 betrug 365,43 Mio. Euro.³⁰ Seit einigen Jahren kommen die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nur unzureichend

²⁷ Vgl. GKV Spitzenverband o.J.

²⁸ Vgl. DKG 2021, S. 92

²⁹ Vgl. Simon 2021, S. 242

³⁰ Vgl. DKG 2021, S. 91

nach. Dadurch hat sich ein Investitionsdefizit aufgestaut. Dies wird daran deutlich, dass die Investitionsquote im Jahr 1991 bei 17% lag und bis zum Jahr 2020 auf 3,3% gesunken ist.³¹ Für eine Verhinderung von Insolvenzen und zur Sicherung der Unternehmenssubstanz ist eine Investitionsquote von mindestens 7% erforderlich.³²

Ein weiteres entscheidendes Merkmal im System ist die **staatliche Krankenhausplanung**. Die Bundesländer sind verpflichtet eine Krankenhausplanung durchzuführen, mit dem Ziel eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dabei orientieren sich die Länder meist an der Bettenzahl und berücksichtigen teilweise neben den Planbetten weitere Vorgaben, wie die Bettenzahl pro Fachgebiet und Kapazitäten für ausgewählte Bereiche wie Onkologie oder Geriatrie. Die Kliniken verfügen in diesem System über eine weitgehende Wahlfreiheit der Schwerpunkte und können somit das Versorgungsangebot selbst gestalten. Dadurch entstehen Anreize zur regionalen Unter- oder Überversorgung und die Häuser agieren unter politischen oder regionalen Einflüssen.³³

Nach der Planung ordnen die Länder den Krankenhäusern entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit unterschiedliche Versorgungsstufen zu (siehe hierzu Kapitel 3.3). Mit der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan übernimmt das Krankenhaus einen Versorgungsauftrag. Damit geht einher, dass diese Häuser zur Versorgung von GKV-Patienten zugelassen und zugleich verpflichtet sind sowie die Krankenkassen die Vergütung gewährleisten müssen. Dahingehend haben die GKV-Versicherten einen Anspruch auf die freie Wahl des Krankenhauses, sofern es sich bei dem Krankenhaus um ein Plankrankenhaus handelt. Mit der Zulassung zur Versorgung geht auch der **Kontrahierungszwang** der Kassen einher. Dies bringt Vergütungsverhandlungen zwischen den Häusern und den Kassen mit sich. Die Krankenhäuser haben nach dem **Individualprinzip** Anspruch auf individuelle **Budgetverhandlungen**. Es wird zwischen den Leistungserbringern und den Kassen ein Gesamtbudget verhandelt, über die Anzahl der Leistungen, welche das Haus auf Kosten der Krankenkasse in einem bestimmten Zeitraum erbringen darf. In diesen Verhandlungen sind die Häuser bemüht, ihre Leistungen auszuweiten und die Kassen müssen auf die Vermeidung von unkontrollierten

³¹ Vgl. DKG 2021, S. 89

³² Vgl. Augurzky et al. 2023, S. o.S.

³³ Vgl. Augurzky et al. 2023, S. o.S.

Leistungsausweitungen achten. Somit wird die Summe der Erlöse aus DRG-Fallpauschalen verhandelt und bestimmt die interne Krankenhausplanung.³⁴

3.2 Krankenhausvergütung

Im Jahr 2002 wurde das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierte Fallpauschalen-Systems für Krankenhäuser verabschiedet, welches ab dem Jahr 2004 für alle Leistungserbringer verpflichtend wurde. Diese Reform markierte eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip mit tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einer leistungsorientierten Vergütung.

Die Einführung des neuen Systems brachte tiefgreifende Veränderungen in der Krankenhausvergütung mit sich und war notwendig, um dem herrschenden Ausgabenanstieg und den Fehlanreiz, der Maximierung der Verweildauer, des Systems entgegenzuwirken.

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden die folgenden drei zentralen Aspekte verfolgt:

- 1) Leistungsorientierte Vergütung,
- 2) Förderung des Wettbewerbs,
- 3) Transparenz über Kosten und Leistungen.³⁵

Durch die Einführung der Fallpauschalen hat sich die durchschnittliche Verweildauer seit 1991 um 26,5% reduziert.³⁶ Diese Entwicklung zeigt, dass die Fallpauschalen eine Leistungs- und Kosten-Orientierung der Häuser geschaffen haben. Weiterhin hat das DRG-System zu erheblicher Transparenz über Leistung und Kosten geführt. Mit der Einführung des Systems standen rund 660 DRGs zur Verfügung. Diese Zahl verdoppelte sich bis in das Jahr 2019. Damit kann mit 1.500 ICD-Codes und circa 26.000 Prozeduren-Schlüsseln jeder stationäre Behandlungsfall beschrieben werden.³⁷ Die Einführung des DRG-Systems hat einerseits Transparenz über medizinisch erbrachte Leistungen erzielt und andererseits Standards in der Bewertung von Fällen geschaffen sowie die Häuser zu mehr Effizienz animiert. Nachteilig haben sich die DRGs auf die Fallzahlen ausgewirkt und einen Anreiz zur Erbringung vieler Operationen und komplexer Fälle geschaffen. Zudem verhindern die

³⁴ Vgl. Simon 2021, S. 256

³⁵ Vgl. Reinhold et al. 2009, S. 309-312

³⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024a

³⁷ Vgl. Beivers/Emde 2020, S. 10

Fallpauschalen eine sektorübergreifende Versorgung. Durch diese gegenteiligen Entwicklungen und unter der Prämisse des Fachkräftemangels sowie der immensen Gesundheitsausgaben ist eine grundsätzliche Anpassung des Vergütungssystems notwendig.³⁸

3.3 Systematik der Krankenhausversorgung

Durch die Pluralität der Trägerstruktur und die unterschiedlichen regionalen Krankenhausgrößen werden die Häuser in Versorgungsstufen zugeordnet und gliedern sich in:

1. Versorgungsstufe – Grundversorgung,
2. Versorgungsstufe – Regelversorgung,
3. Versorgungsstufe – Schwerpunktversorgung,
4. Versorgungsstufe – Maximalversorgung.

Bei Häusern der **Grundversorgung** müssen die Fachgebiete Innere Medizin und allgemeine Chirurgie sichergestellt werden.

Kliniken der **Regelversorgung** müssen weitere Fachabteilungen vorhalten. Hierzu zählen Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie Abteilungen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde oder Orthopäde. Leistungserbringer der Schwerpunktversorgung erfüllen einen überregionalen Versorgungsauftrag und haben ein breites Spektrum an Fachgebieten.

Unter **Maximalversorger** fallen Hochschulkliniken, die über ein hoch differenziertes Spektrum an Diagnostik und Therapie verfügen.³⁹ Für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sind die Länder zur Krankenhausplanung verpflichtet. Die Planung erfolgt auf Grundlage der Versorgungsstruktur, der Ausstattung der Häuser, den regionalen Bedürfnissen und den medizinischen Erfordernissen. Die sich daraus ergebende Krankenhausplanung besteht aus dem Krankenhausplan und dem Investitionsplan. In den Krankenhausplan werden die oben beschriebenen Häuser aufgenommen, sofern sie den Versorgungsauftrag erhalten haben und sind damit verpflichtet Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln (vgl. hierzu Kapitel 3.1).⁴⁰

³⁸ Vgl. Beivers/Emde 2020, S. 13

³⁹ Vgl. Simon 2021, S. 238

⁴⁰ Vgl. Simon 2021, S. 236-337

3.4 Entwicklungen im Krankenhaussektor

Im Gesundheitswesen und speziell im Krankenhaussektor lassen sich in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie, zahlreiche Entwicklungen erkennen. Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen zeigt sich insbesondere am Krankenhauszukunftsgesetz des BMG. Sowohl der Bund als auch die Krankenhäuser streben nach einer Erweiterung und einem Ausbau ihrer digitalen Lösungen. Diese Bestrebungen sind angesichts des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen dringend erforderlich.⁴¹

Weiterhin verlassen die geburtenstarken Jahrgänge schrittweise den Arbeitsmarkt und die geburtenschwachen Jahrgänge ab den 2000er-Jahren treten in den Vordergrund. Die alternde Bevölkerung Deutschlands führt zu einem höheren Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere im Bereich der Geriatrie und der Pflege.⁴²

Zusätzlich dazu wird das Krankenhaussystem von bekannten Fehlanreizen beeinflusst, die dazu führen, dass medizinische Eingriffe durchgeführt werden, die nicht zwingend erforderlich sind, aber aufgrund der wirtschaftlichen Anreize profitabel erscheinen (Kapitel 3.2).⁴³ Die Vergütung basiert aktuell auf einem rein leistungsorientierten Modell (ausgenommen Pflegebudget), während ein Großteil der Krankenhauskosten unabhängig von der erbrachten Leistung oder der Fallzahl anfallen (Fixkosten). Die Fixkosten werden durch die Bereitstellung von Kapazitäten verursacht. Diese Situation führt dazu, dass die Leistungserbringer dazu neigen, mehr Leistungen zu erbringen, als medizinisch notwendig sind. Einerseits um die variablen Behandlungskosten zu decken und andererseits, um die fixen Vorhaltekosten zu amortisieren, da die Fallpauschalen kostendeckend kalkuliert sind und sich dadurch keine Rücklagen bilden lassen.⁴⁴ Die Unvereinbarkeit von Wirtschaftlichkeit und Medizin führt zu Mengenausweitungen, Verkürzungen der Verweildauer für Patienten, sowie qualitativen Einsparungen. Diese Entwicklungen intensivieren sich durch den technologischen Fortschritt und den wachsenden Gesundheitsmarkt mit immer mehr Marktteilnehmern und gleichzeitigen Klinikschließungen. Weiterhin sind durch

⁴¹ Vgl. Krankenhauszukunftsgesetz

⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt 2023a

⁴³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022a

⁴⁴ Vgl. Augurzky et al. 2023, S. o.S.

die unzureichenden Investitionsquoten der Länder Investitionsstaus zu erwarten, die aufgrund der notwendigen Digitalisierung, des steigenden Bedarfs an Modernisierung oder dem kompletten Neubau von Krankenhäusern weiterhin wachsen werden.⁴⁵

3.5 Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland

Die Krankenhäuser sind ein wichtiger Bestandteil des Versorgungssystems in Deutschland. Im Jahr 2022 gab es in den deutschen Krankenhäusern knapp 480.000 Betten (*vgl. 2019: 495.000 Betten*), mit rund 16,8 Mio. stationären Behandlungsfällen (*vgl. 2019: 19,4 Mio. Fälle*)^{46,47} und einer durchschnittlichen Krankenhausgröße von 253 Betten. Damit fällt der deutsche Krankenhausmarkt im internationalen Vergleich mit einer hohen Versorgungsdichte und einem hohen Anteil an kleinen Krankenhäusern auf.⁴⁸ Gleichzeitig zeigt sich eine bundesweite Bettenauslastung von 68% im Jahr 2023, wohingegen eine Zielauslastung von 85% angestrebt ist.^{49,50}

Das gesamte Ausgabevolumen für Krankenhäuser belief sich auf 114,2 Mrd. Euro.⁵¹ Die gesetzliche Krankenversicherung gab im Jahr 2022 circa 88,11 Mrd. Euro für Krankenhausbehandlungen aus, was einem Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben der GKV von 32,13% entspricht.⁵² Zum Erhebungszeitpunkt gab es in Deutschland insgesamt 1.893 Krankenhäuser (*vgl. 2010: rund 2000 Häuser*).⁵³ Durch die Vielfalt der Träger sind 539 Häuser in öffentlicher Hand, 598 Häuser befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft und 759 Krankenhäuser sind privatwirtschaftlich ausgerichtet.⁵⁴ Zugleich ist das Krankenhaus ein großer Beschäftigungssektor: Zum Jahresende 2022 waren circa 1,4 Mio. Menschen in Krankenhäusern beschäftigt. Dies entspricht etwa 173.000 Kräften im ärztlichen Dienst und gut 792.000 Kräften im nicht-ärztlichen Dienst im Jahresdurchschnitt.⁵⁵ Die

⁴⁵ Vgl. Augurzky et al. 2023, S. o.S.

⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022a

⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2019

⁴⁸ Vgl. OECD 2019, S. 21

⁴⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2023c

⁵⁰ Vgl. Augurzky et al. 2023, S. o.S.

⁵¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022b

⁵² Vgl. Verband der Ersatzkassen 2022b

⁵³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022a

⁵⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022c

⁵⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022a

Krankenhausfördermittel der Bundesländer belaufen sich im Jahr 2022 im bundesweiten Durchschnitt auf 93 Mrd. Euro, bei stetig steigenden Betriebskosten für die Häuser von etwa 115 Mrd. Euro.⁵⁶ Im europäischen Vergleich weist Deutschland eine hohe durchschnittliche Krankenhausverweildauer (*8,9 Tage*) auf. Nur Serbien (*10,9 Tage*), Tschechien (*9,8 Tage*) und Frankreich (*9 Tage*) liegen über diesem Wert. Am unteren Ende rangiert die Niederlande mit 5,3 Tagen Verweildauer.⁵⁷ Zudem weist Deutschland einen überdurchschnittlich hohen Wert in der Anzahl der stationären Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner (Entlassung der stationären Patienten aus dem Krankenhaus) auf. Hier belegt Deutschland vor Bulgarien (*ca. 26.294*) den zweiten Rang mit rund 21.100 Patienten.⁵⁸ Ungeachtet der im internationalen Vergleich nach wie vor hohen Werte, lässt sich eine deutliche Reduzierung der Bettenzahl und der Verweildauern erkennen. Zwischen 1991 und 2022 sank die Bettenzahl von knapp 665.000 auf circa 480.000 Betten und die durchschnittliche Verweildauer sank in diesem Zeitraum ebenfalls von 14,0 Tagen auf 8,9 Tage. Gleichzeitig stieg die Fallzahl von rund 14,6 auf 16,8 Mio. Behandlungsfälle.⁵⁹ Diese gegenteiligen Entwicklungen sind vor allem auf die demografisch bedingten Veränderungen in Deutschland und auf den wachsenden medizinischen Fortschritt sowie der Zunahme an Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen.

3.6 Aktuelle Herausforderungen im Krankenhaussektor

Die Herausforderungen für Krankenhäuser sind vielfältig. Primär führt eine hohe Inflation und hohe Personalkosten zu größeren Finanzierungsbedarfen der Häuser. Zugleich kommt es zu keiner Anpassung der Fallpauschalen oder des Landesbasisfallwerts. Darüber hinaus stellt eine unzureichende Investitionskostenförderung der Länder die Häuser vor weitere Herausforderungen.^{60,61} Dies erhöht den wirtschaftlichen Druck der Kliniken aus den Betriebseinnahmen eigene Rücklagen für Investitionen zu bilden. Verstärkt wird die Situation durch stagnierende bzw. rückläufige Fallzahlen.⁶² Dies geschieht vor dem Hintergrund der Tatsache, dass immer mehr Leistungen ambulant erbracht werden und die Anzahl der MVZs in den letzten

⁵⁶ Vgl. Verband der Ersatzkassen 2022a

⁵⁷ Vgl. Eurostat 2023a

⁵⁸ Vgl. Eurostat 2023b

⁵⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022a

⁶⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt 2022a

⁶¹ Vgl. Verband der Ersatzkassen 2022a

⁶² Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2022

Jahren konstant gestiegen ist und die Krankenhäuser die Trägerschaft der Zentren übernehmen.⁶³

Zudem kommt es zu vermehrten Schließungen bzw. zu Übernahmen und Zusammenschlüssen von Häusern.⁶⁴ Die Leistungserbringer sehen sich mit einer unklaren strategischen Positionierung konfrontiert: Einerseits haben sie die Aufgabe das kurzfristige wirtschaftliche Überleben zu sichern und Trends wie die Ambulantisierung nicht außer acht zu lassen, andererseits müssen sich die Leistungserbringer mit begrenztem Budget und Ressourcen strategisch ausrichten. Verschärft wird die Situation durch weitere Entwicklungen wie der Digitalisierung, der Telemedizin und der künstlichen Intelligenz, welche weitere Investitionen fordern, um nicht zuletzt einen hohen medizinischen Standard gewährleisten zu können, aber auch administrative Prozesse zu verschlanken und effizienter zu gestalten. Ferner sehen sich die Kliniken mit dem geringen demografischen Wachstum und dem damit einhergehenden Personalmangel sowie den steigenden Behandlungskosten und Fällen konfrontiert.

⁶³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022b

⁶⁴ Vgl. Wehrs 2021

4 Die Krankenhausreform

Der zweite und dritte Teil der Arbeit haben die theoretischen Grundlagen über das deutsche Gesundheitswesen, im speziellen den Krankenhaussektor und die aktuellen Entwicklungen in diesem Bereich aufgezeigt. Darauf aufbauend befasst sich das nachfolgende Kapitel mit den zentralen Aspekten der Krankenhausreform. Allen voran werden die Reformelemente zum jetzigen Zeitpunkt erläutert, die aus dem Referentenentwurf und aus dem Eckpunktepapier der Bundesregierung hervorgehen. Der darauffolgende Teil umfasst das Krankenhaustransparenzgesetz, welches eine Grundlage für die Reform bildet und in seinen, für die Arbeit relevanten Teilen erörtert wird, bevor sich das anschließende Kapitel 5 mit der Analyse der Reform beschäftigt.

Die heutigen Reformüberlegungen basieren auf der im Koalitionsvertrag festgelegten, Einrichtung einer „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.“⁶⁵ Die Kommission veröffentlichte bis zum heutigen Zeitpunkt insgesamt neun Stellungnahmen für eine „bedarfsgerechte und moderne Krankenhausversorgung“, die dritte Stellungnahme empfiehlt eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Auf den Veröffentlichungen beruht das Eckpunktepapier (10.07.2023), gefolgt von einem Arbeitsentwurf (15.04.2024) des Bundesgesundheitsministeriums zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG).

Die erklärten Ziele der Krankenhausreform sind die **Gewährleistung der Versorgungssicherheit**, die **Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität** sowie die **Minimierung des Kostendrucks auf Seiten der Leistungserbringer**.⁶⁶ Damit möchte die Bundesregierung, den in Kapitel 3.3 beschriebenen Herausforderungen entgegenwirken. Das Reformvorhaben soll Anfang 2025 Kraft treten und ab dem Jahr 2029 nach einer Konvergenzphase ohne Einschränkungen Anwendung finden.

⁶⁵ Vgl. Koalitionsvertrag SPD/Grüne/FDP 2021, S. 67

⁶⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024b, S. 1-2

Anmerkung: Die nachfolgenden Ausführungen zur Krankenhausreform beziehen sich auf das Eckpunktepapier (10.07.2023) und den Referentenentwurf (15.04.2024). Alle Weiterentwicklungen nach diesem Stand wurden nicht berücksichtigt.

4.1 Reformziele

Angesichts der vielfältigen Probleme im Krankenhaussektor hat das Bundesgesundheitsministerium eine Regierungskommission eingesetzt, die eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung erarbeiten soll. Mit der dritten Stellungnahme verdeutlicht die Kommission das Ziel eine Krankenhausstruktur zu etablieren, welche sich stärker an Qualitäts- und Bedarfskriterien orientiert, Standorte zentralisiert und die Fehlanreize des heutigen Systems minimiert.⁶⁷

Damit legt die Regierungskommission die drei zentralen Ziele fest:

- 1) Einführung von **bundeseinheitlichen Leistungsgruppen** mit Qualitätsanforderungen als Grundlage für die Krankenhausplanung.
- 2) Einführung einer **weitgehend leistungsunabhängigen Vorhaltevergütung**.
- 3) Stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen durch eine **neue Versorgungsform mit eigener Vergütungssystematik** (Level 1i-Krankenhäuser).

Um die Versorgungsqualität zu verbessern und zu vereinheitlichen, plant die Kommission einen bundeseinheitlichen Katalog einzuführen, der die medizinischen Leistungen nach Leistungsgruppen organisiert. Hierfür ist es vorgesehen alle bestehenden ICD- und OPS-Codes den entsprechenden Leistungsgruppen zuzuweisen. Die Leistungsgruppen werden mit Qualitätskriterien versehen, die an personelle, sachliche und medizinische Ausstattung geknüpft sind.

Ein weiteres zentrales Element der Reform ist die Reduktion des Mengenanreizes durch eine weitgehend leistungsunabhängige Vorhaltevergütung. Diese soll als dritte Erlösquelle die Betriebskostenfinanzierung ergänzen. Durch die neue Vergütungsart werden die Kosten, die für die Bereitstellung von medizinischen Leistungen entstehen, aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und unabhängig von der tatsächlichen Leistung vergütet.

Durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen soll eine neue Versorgungsform entstehen, die ambulante haus- und fachärztliche sowie medizinisch-pflegerische Leistungen vereint. Damit soll die wohnortnahe Grundversorgung, vor

⁶⁷ Vgl. Regierungskommission 2023, S. 3

allem im ländlichen Raum, sichergestellt werden. Für dieses Vorhaben werden insbesondere bestehende Häuser in sektorenübergreifende Level 1i-Krankenhäuser umgewandelt.⁶⁸

Durch die vorangestellten Elemente der Krankenhausreform werden die zentralen Ziele der Reform ersichtlich, welche sich in der Präambel des Eckpunktepapiers wiederfinden:

- 1) **Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität,**
- 2) Gewährleistung einer **flächendeckenden medizinischen Versorgung,**
- 3) **Entbürokratisierung.**⁶⁹

4.2 Reformelemente

Die Krankenhausreform des Bundesgesundheitsministeriums beinhaltet drei zentrale Neuerungen für das System, welche im Folgenden nach aktuellem Kenntnisstand erläutert werden:

Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien: Die Leistungsgruppen stellen ein Kernelement der heutigen Reform dar, wodurch die zukünftige Krankenhausplanung und- zulassung maßgeblich beeinflusst wird. Die neue Leistungsgruppensystematik orientiert sich an dem Krankenhausplan 2022 des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW-Krankenhausplan 2022) und wird zunächst um fünf weitere Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie und spezielle Kinder- und Jugendmedizin) ergänzt.⁷⁰ Die Fälle werden anhand von OPS- und ICD-Codes bestimmten Leistungsgruppen zugeordnet und an bundeseinheitliche Qualitätskriterien je Leistungsgruppe geknüpft. Diese Aufgabe wird durch das InEK übernommen. Tabelle 1 verdeutlicht exemplarisch die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ aus dem Krankenhausplan 2023 in NRW und spiegelt die im Eckpunktepapier beschriebenen Voraussetzungen der Leistungsgruppen wider. Es werden die zwingend zu erfüllenden personellen und apparativen Anforderungen (*orange markiert*) und die Mindestvoraussetzungen (*grün markiert*) vorgegeben. Die Auswahlkriterien (*rot markiert*) können zusätzlich erfüllt werden und bei der Zuweisung von Leistungsgruppen eine Abhebung von konkurrierenden

⁶⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 3-7

⁶⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 1

⁷⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 6-9

Leistungserbringern bedeuten. Die Leistungserbringung in Kooperation (*blau markiert*) wird zukünftig ebenfalls eine Rolle bei der Zuweisung spielen, diese sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht genau definiert. Weiterhin werden Angaben zu personellen Qualifikationen und Verfügbarkeiten vorgegeben (*gelbe Markierung*).⁷¹

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen										
LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene	Erbringung verwandter LG			Fachärztliche Vorgaben ^a	Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
					Standort	Kooperation	Vorhaltung Geräte		Qualifikation	Verfügbarkeit
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin	Kreis	Mindestvoraussetzung LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, EKS, Sonographiegerät, Ballistator 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst) MRT	FA aus dem Gebiet für Innere Medizin	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PPUGV.
					I.S. Frauenheilkunde und Geburtshilfe I.G. Geriatrie					

Tab. 1: Qualitätskriterien Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ Krankenhausplan NRW 2023.⁷²

Der Medizinische Dienst ist für die Einhaltung der Qualitätsvorgaben zuständig. Krankenhäuser haben keinen automatischen Anspruch auf die Zuweisung von bestimmten Leistungsgruppen, auch wenn die notwendigen qualitativen- und strukturellen Voraussetzungen erfüllt sind. Inwieweit Ausnahmeregelungen für spezielle Regionen getroffen werden, ist noch nicht geklärt. Die Leistungsgruppen entscheiden nach der Reform über den Versorgungsauftrag, die Leistungserbringer dürfen demnach nur Leistungen erbringen, für die sie einen Versorgungsauftrag bekommen haben. Die Planungsbehörden müssen den Bedarf analysieren, die Versorgungsbedarfe festlegen und die Gruppen per Bescheid den Krankenhäusern mitteilen. Ab 2028 werden die Leistungsgruppen weiterentwickelt, sowie die Verantwortung zwischen Bund und Länder aufgeteilt.⁷³ Ein Versorgungsvertrag kann in Ausnahmefällen abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus die Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllt, jedoch einen Sicherstellungsauftrag zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung hat.⁷⁴

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen: Mit der Reform kommt es zur Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Damit soll die sektorale Trennung zwischen ambulanten- und stationäre Leistungen aufgehoben werden. Die Level 1i-Krankenhäuser sollen die wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen und interdisziplinäre und interprofessionelle Leistungen erbringen. Diese neue Versorgungsform soll vor allem durch die Umwandlung bisheriger Kliniken, aus ambulanten Versorgungsmodellen oder durch Neubauten

⁷¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 8-9

⁷² Vgl. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023

⁷³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 8-9

⁷⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 10

entstehen.⁷⁵ Die Häuser sind Teil der Krankenhausplanung und haben Anspruch auf die Investitionskostenförderung der Länder. Das geplante Leistungsportfolio der zukünftigen Versorgungsform sieht folgende Leistungen vor:

- Ambulantes Operieren,
- Hybrid-DRGs,
- Übergangspflege,
- Kurzzeitpflege,
- Belegärztliche Leistungen.⁷⁶

Die Vergütung der stationären Leistungen erfolgt zunächst über die herkömmlichen Vergütungsformen. Nach einem Übergangszeitraum werden die DRGs aus dem System herausgenommen und die Finanzierung über ein Gesamtvolumen sichergestellt. Dafür sind drei Erlösquellen vorgesehen: krankenhausindividuelle Tagesentgelte, verringerte Tagesentgelte für Fälle von niedergelassenen Ärzten und weitere Tagesentgelte. Die Vergütung von pflegerischen Leistungen wurde noch nicht detailliert geklärt. Die Zulassung von Level 1i-Krankenhäusern wird durch die Krankenhausplanungsbehörde des jeweiligen Bundeslandes bestimmt.⁷⁷ Schätzungen zufolge könnten bundesweit 300 bis maximal 500 Kliniken in Versorger der Stufe Level 1i umgewandelt werden.⁷⁸ Die Finanzierung des Umwandlungsprozesses erfolgt durch die Errichtung eines Transformationsfonds. Hierfür teilen sich die Länder und die Krankenkassen das Finanzierungsvolumen von insgesamt 50 Mrd. Euro jeweils zu Hälfte auf. Die Mittel sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds⁷⁹ und aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht werden.⁸⁰

Vorhaltebudget: Die Reform der Vergütungssystematik ist das zentrale Element des Gesetzesentwurf. Damit soll die bisherige Finanzierung von somatischen Krankenhäusern, welche in Kapitel 2.2.2 erläutert wurden, durch einen dritten Baustein ergänzt werden. Dabei bleibt das Gesamtvolumen der Vergütung unverändert und es kommt zu einer Umverteilung des Erlösvolumens innerhalb der

⁷⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 11

⁷⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 12-13

⁷⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 12-15

⁷⁸ Vgl. apo Bank 2023

⁷⁹ Der Gesundheitsfond ist die zentrale Geldquelle der GKV. Alle Beiträge der Versicherten fließen in diesen Fond und werden anhand von einem festgelegten Verteilungsschlüssel an die Krankenkassen verteilt.

⁸⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024b, S. 3

Vergütungskomponenten. Die Vorhaltevergütung wird künftig ein Bestandteil der Betriebskostenfinanzierung sein und neben die Finanzierung über DRG-Fallpauschalen und das Pflegebudget treten.⁸¹ Das InEK stuft jedes Krankenhaus in jeder zugewiesenen Leistungsgruppe basierend auf bisherigen Fallzahlen und Fall schwere (Case-Mix-Index) ein. Die Vorhaltevolumina werden aus den DRG-Erlösen ausgegliedert und pauschal abgesenkt. Die Einführung wird in den Jahren 2025 und 2026 budgetneutral erfolgen.⁸² Somit hängt das Erlösvolumen eines Leistungserbringers zunächst von den zugewiesenen Leistungsgruppen ab. Die „reale“ Kalkulation der Vorhaltevergütung wird ab dem Jahr 2027 ermittelt und die Budgetneutralität aufgehoben. Hierfür kalkulieren die Selbstverwaltungspartner die tatsächlichen Vorhaltekosten. Zudem werden die Krankenhäuser regelmäßig in jeder Leistungsgruppe neu eingestuft, um die Veränderungen der Krankenhauslandschaft zu berücksichtigen.⁸³ Wie es zur Auszahlung der Vorhalteanteile kommt, steht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht fest. Für die Übergangsphase werden die DRGs um 60% abgesenkt, womit die neue Finanzierungssystematik entsteht:

- **40% rDRG-Erlöse**
- **40% Vorhaltevergütung**
- **20% Pflegebudget**

Die nachfolgende Abbildung 1 stellt das neue Grundmodell der Vergütungssystematik dar. Die bisherigen aDRG (DRG ohne Pflegepersonalkosten („a“ für „ausgegliedert“)) teilen sich in eine Vorhaltevergütung, sowie in Rest-DRG (rDRG) auf.

⁸¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 3-4

⁸² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 4-5

⁸³ Überprüfung alle zwei Jahre und dann alle drei Jahre. Änderungen von +/- 20% haben keine Auswirkungen auf die Einstufung.

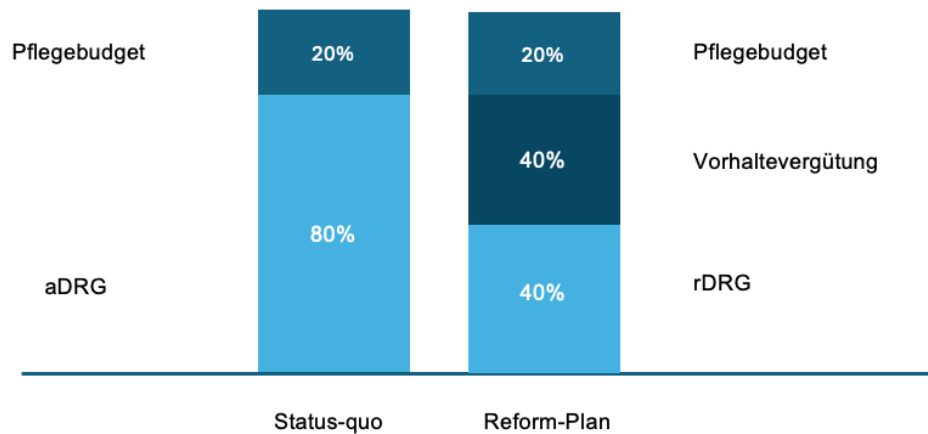


Abb. 1: Vergleich der alten vs. der neuen Vergütungssystematik.⁸⁴

Eine Ausnahme bilden die Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie. Hier ist ein Vorhalteanteil von 60% vorgesehen, um den ökonomischen Druck in diesem Bereich zu senken. Ab 2027 steht für die Krankenhäuser folgendes fest: Sie dürfen keine Leistung mehr abrechnen, für die sie keine Leistungsgruppe zugewiesen bekommen haben. Sollte sich die Leistungsgruppe eines Hauses verändern, verändert sich auch die Höhe der Vorhaltevergütung. Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, spezielle Traumatologie, Intensivmedizin und Notfallversorgung werden Sicherstellungszuschläge bereitgestellt, um diese Leistungsgruppen speziell zu unterstützen.⁸⁵

4.3 Krankenhaustransparenzgesetz

Am 22.03.2024 wurde das Krankenhaustransparenzgesetz verabschiedet und bringt zahlreiche Änderungen im SGB V mit sich. Das Gesetz zielt auf die Einführung eines Transparenzverzeichnis ab, welches die Bundesbürger über verfügbare Leistungen und die Qualität von Krankenhäusern informiert. Das Ziel ist es die Versorgungsqualität der Häuser zu steigern und offenzulegen sowie den Wettbewerb unter den Kliniken zu steigern. Das Gesetz bildet die Basis für die Veröffentlichung eines Online-Verzeichnisses mit Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland. Zugleich bildet das Transparenzgesetz die Grundlage für die anstehende Krankenhausreform.

⁸⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an: Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 4-5

⁸⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 6

Ab 17. Mai 2024 können sich Patienten und einweisende Ärzte im sogenannten „Bundes-Klinik-Atlas“ auf Anheb über Krankenhausbehandlungen informieren. Die Nutzer können erkennen, welche Leistungen das Haus anbietet und wie diese Klinik im Hinblick auf Qualität sowie ärztliches- und pflegerisches Personal aufgestellt ist. Zudem sollen Fallzahlen und Komplikationsraten oder Informationen zu Zertifikaten erhalten sein, wie beispielsweise Informationen zu Krebszentren.⁸⁶

Für die einheitliche Informationsbereitstellung werden die Häuser sogenannten Versorgungsstufen (Leveln) zugeordnet. Für die Zuordnung sind insbesondere Fallzahlen, Versorgungsstufen, personelle Ausstattung, Mindestmengen, Qualitätssiegel und Notfallstrukturen relevant.⁸⁷ Das InEK weist bundeseinheitlich, ab in-Kraft-treten des Gesetzes, den Krankenhäusern Versorgungslevel zu. Die Einteilung der Häuser in Level hat keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung, diese dient dem besseren Verständnis und der Übersichtlichkeit über angebotene Leistungen.

Die Einteilung der Häuser gliedert sich nach:

- **Versorgungsstufe „Level 3 U“** – Hochschulkliniken mit Leistungen aus mindestens fünf internistischen Leistungsgruppen, mindestens fünf Chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppe Intensivmedizin, der Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie weiteren acht Leistungsgruppen.
- **Versorgungsstufe „Level 3“** – Krankenhäuser, die die Leistungen wie bei Versorgungsstufe „Level 3 U“ erbringen, es sich aber nicht um eine Hochschulklinik handelt.⁸⁸
- **Versorgungsstufe „Level 2“** – Einrichtungen, mit Leistungen aus mindesten zwei internistischen Leistungsgruppen, mindesten zwei chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie drei weiteren Leistungsgruppen.
- **Versorgungsstufe „Level 1n“** – Krankenhäuser, welche mindestens Leistungen aus der Leistungsgruppe Intensivmedizin und der Leistungsgruppe

⁸⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit – Bundes Klinik Atlas

⁸⁷ Vgl. § 135d Abs. 1 bis 3 SGB V

⁸⁸ Vgl. § 135d Abs.5 Satz 1 bis 4 SGB V

Notfallmedizin erbringen oder noch nicht der Versorgungsstufe „Level 1F“ oder „Level 1i“ zugeordnet wurden.

- **Versorgungsstufe „Level 1F“** – Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung von bestimmten Erkrankungen, Krankheitsgruppen oder Personengruppen spezialisiert haben.
- **Versorgungsstufe „Level 1i“** – Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen.⁸⁹

Mit dem Transparenzverzeichnis wird ein wichtiger Schritt zu mehr Qualität und Transparenz im Krankenhaussektor geschaffen, womit dem Ziel der Steigerung der Behandlungsqualität nachgegangen wird.

4.4 Statusupdate Krankenhausreform

Das Eckpunktepapier vom 10.07.2023 markiert einen deutlich weiterentwickelten Zwischenstand, der als Grundlage für den Gesetzentwurf dienen soll. Die Länder haben ursprünglich mit dem Gesundheitsminister das Eckpunktepapier gemeinsam erarbeitet und veröffentlicht. Nach Zerwürfnissen wurde, anders als geplant, das Gesetz von Lauterbach im Alleingang geschrieben und so formuliert, dass die Länder im Bundesrat nicht zustimmen müssen.⁹⁰

Im Vergleich zu den Empfehlungen der Regierungskommission wurde die Bedeutung der Level deutlich reduziert, da diese einen drastischen Eingriff in die Planungshoheit der Länder bedeutet hätten. Geplant war das Inkrafttreten der Reform im ersten Halbjahr 2024 mit einer entsprechenden Anpassung der Landesgesetze. Daran anschließend sollte eine budgetneutrale Einführung der Vorhaltefinanzierung erfolgen und der MD sollte die Qualitätskriterien prüfen sowie die Zuweisung der Leistungsgruppen durch das InEK erfolgen. Ab 2028 war eine Weiterentwicklung der Leistungsgruppen geplant.⁹¹

Die Verabschiedung des Gesetzentwurfs wurde zum wiederholten Male verschoben, bis das KHVVG (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) am 15.05.2024 auf Grundlage des Eckpunktepapiers im Bundeskabinett beschlossen

⁸⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 5-6

⁹⁰ Vgl. Tagesschau 2024

⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024b, S. 42

wurde.⁹² Damit ist nach den Verzögerungen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht ersichtlich, wie sich der neue Zeitrahmen für die Reformvorhaben gestalten wird.

4.5 Auswirkungen der Krankenhausreform

In engen Zusammenhang mit den Kernbestandteilen stehen die Auswirkungen der Reform auf den Krankenhaussektor. Im Folgenden werden diese näher beschrieben, um einen umfassenden Überblick zu bekommen:

Qualitätssicherung und Fokus auf Ergebnisqualität: Unumstritten ist die Auswirkung der Reform auf die Qualitätssicherung des deutschen Gesundheitssystems. Durch die Erzielung einer besseren Vergleichbarkeit der Häuser untereinander steigt der Wettbewerb, was zu Qualitätsverbesserungen führt. Damit geht auch die Messung der Ergebnisqualität einher. Die Häuser erhalten strengere Auflagen zu Qualitätsvorgaben, um die Leistungsgruppe zu erhalten und die Vergütung zu sichern. Die Prozess- und Strukturqualität bleibt dabei unberührt.

Höhere Transparenz und Messbarkeit: Die Krankenhausreform, als auch das Krankenhaustransparenzgesetz tragen einen entscheidenden Teil zur Überprüfung und Darstellung von Qualitätsvorgaben bei. Patienten und Ärzte sind durch das Gesetz in der Lage übersichtlich Krankenhäuser miteinander zu vergleichen und Entscheidungen über die Krankenhauswahl zu treffen.

Konsolidierung und Strukturveränderungen: Die Reform strebt eine Konsolidierung der Krankenhäuser an. Dies führt zu Veränderungen in der Krankenhauslandschaft und schafft neue Versorgungsstrukturen. Durch Zusammenschlüsse kommt es zur Bündelung von Ressourcen und zu einer effizienten Verteilung von Leistungen.

Kleinere Häuser: Für kleinere und vor allem ländliche Einrichtungen hat die Reform eine große Bedeutung. Durch Vorhaltepauschalen kann die Existenz der Häuser gesichert werden.

Rechtliche Konflikte: Die Einführung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien kann zu rechtlichen Auseinandersetzungen führen, insbesondere wenn zwei Leistungserbringer in unmittelbarer Nähe die gleiche Leistungsgruppe anbieten können,

⁹² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024a

es aber zur Zuweisung nur in einem der Häuser kommt. Dies kann rechtliche Folgen mit sich bringen.

Umbruch der Krankenhausplanung: Die Reform stellt die Länder bezüglich ihrer Krankenhausplanung vor neue Herausforderungen. Durch die Abkehr von der zum Teil praktizierten Fortschreibung der Krankenhauspläne nach Betten und Fachabteilungen ist eine neue Justierung des Systems eingetreten. Die Länder müssen die Planung an Leistungsgruppen und Mengen anpassen. Zusätzlich erschwert wird die Zuweisung der Gruppen durch die zwingende Einhaltung der maximalen Fahrtzeiten.

5 Analyse und Bewertung der Auswirkungen der Krankenhausreform

Nachdem in Kapitel vier alle wichtigen Kernpunkte der Krankenhausreform ausgeführt wurden und deren Auswirkungen auf das System beschrieben wurden, widmet sich das fünfte Kapitel der Analyse der Reform.

Zunächst werden die Unterschiede zwischen dem aktuellen und dem zukünftigen System vergleichend dargestellt. Im Anschluss folgt eine ausführliche Analyse der Reformvorhaben, die die einzelnen Bereiche detailliert untersucht.

5.1 Abgleich der Systeme (Heute vs. Zukunft)

Nachfolgende Tabelle 2 verdeutlicht die aktuellen Kernelemente des heutigen Systems und vergleicht diese mit den Reformplänen des Bundesgesundheitsministers. Hinsichtlich der Krankenhausplanung wird im „alten“ System die Krankenhausplanung zum einen qualitativ nach Fachgebieten und zum anderen quantitativ nach Betten vorgenommen. Im „neuen“ System erfolgt die Krankenhausplanung Leistungsgruppen- und mengenbezogen.

Die Finanzierung der **Betriebskosten** erfolgt derzeit zu 80% aus DRG-Erlösen und zu 20% aus dem Pflegebudget. Nach der Reform wird die Finanzierung der Betriebskosten in drei Teile aufgeteilt: 40% werden weiterhin durch DRG-Erlöse gedeckt, 40% durch die Vorhaltevergütung und 20% durch das Pflegebudget. Die Finanzierung der Investitionskosten bleibt nach der Reform unverändert, zugleich werden keine zusätzlichen Mittel zur Investitionskostenfinanzierung bereitgestellt.

Der **Versorgungsauftrag** richtet sich nach den vorhandenen Fachabteilungen und medizinischen Schwerpunkten sowie der Notfallversorgung. Künftig ist hier eine Planung nach Leistungsgruppen vorgesehen.

Durch die erstmalige Aufweichung der Sektoren kommt es durch die neue Versorgungsform **Level 1i-Häuser** zur Verbindung von ambulanten und stationären Leistungen. Wobei hier auch eine neue Finanzierungsform entsteht.

Zuvor erfolgte die externe Qualitätssicherung anhand ausgewählter Daten der Leistungsbereiche, dabei werden die Behandlungsergebnisse miteinander verglichen und bei Bedarf Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vorgenommen. Bisher wurde die stationäre Sicherung anhand von 295 Indikatoren und 11 Kennzahlen in

15 QS-Verfahren angewendet. Gemessen wurde unter anderem in den Gebieten der Gefäßchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Unfallchirurgie.⁹³ Mit der Reform lässt sich erstmals die Strukturqualität der Häuser messen, da der Bund Vorgaben zur Strukturqualität in den Leistungsgruppen vornimmt.

Kernelemente	Status-quo	Reform-Plan
Krankenhausplanung	Planung qualitativ nach Fachgebieten & quantitativ nach Betten	Leistungsgruppen- und mengenbezogene Planung
Betriebskostenfinanzierung	80% Leistungsbezogene DRG-Vergütung & 20% Pflegebudget	40% Leistungsbezogene DRG-Vergütung & 40% Vorhaltefinanzierungsanteil anhand der zugewiesenen Leistungsgruppen & 20% Pflegebudget
Versorgungsauftrag	Anhand der vorhandenen Fachabteilungen, med. Schwerpunkte & der Notfallversorgung	Anhand der konkreten Leistungsgruppen
Investitionskostenfinanzierung	Pauschalförderung & Investitionsförderung	Pauschalförderung & Investitionsförderung
Sektoren	Trennung zwischen stationären & ambulanten Leistungen	Aufweichung der Sektorentrennung & Etablierung einer neuen Versorgungsform (Level 1i)
Leistungserbringung	Fachabteilungen	65 Leistungsgruppen Definition nach ICD und OPS-Codes
Qualitätsmessung	295 Qualitätskriterien mit 112 Kennzahlen im stationären Bereich	Leistungsgruppen mit überwiegender Strukturqualität

Tab. 2: Abgleich des aktuellen Systems mit dem System nach der Reform.⁹⁴

5.1.1 Leistungserbringung

Die Krankenhausplanung für stationäre Leistungen erfolgte bislang einerseits durch qualitative Maßstäbe, wie die vorhandenen Fachgebiete eines Hauses und andererseits durch quantitative Gegebenheiten, bezogen auf die Bettenzahl. Die Länder verteilten Versorgungsaufträge unter den zur Verfügung stehenden Krankenhäusern. Dabei wurden die Fachabteilungen der Häuser berücksichtigt und der Bedarf nach Versorgungsgebieten ermittelt. Die Planung orientierte sich überwiegend an den **vorhandenen Betten und Fachabteilungen** eines Krankenhauses. Dem gegenüber steht die neue Krankenhausplanung mit einer Abkehr der bettenbezogenen Planung, hin zu einer **leistungsgruppen- und mengenbezogenen Planung**. Diese Entwicklung führt zu einer radikalen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft, womit die bisherige Versorgungsstruktur mit Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung (siehe Kapitel 3.1) grundlegend verändert wird. Ergänzt

⁹³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023b

⁹⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an: Bundesministerium für Gesundheit 2024b

wird die neue Krankenhausplanung durch die Berücksichtigung der Fahrtzeiten für einzelne Leistungsbereiche (30 Minuten PKW Fahrtzeit für die Leistungsgruppe Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 40 Minuten PKW Fahrtzeit für alle weiteren Leistungsgruppen).⁹⁵

Weiterhin werden die vorhandenen MVZs oder Krankenhäuser dazu genutzt, diese in **Level 1i-Leistungserbringer** umzuwandeln, wodurch es zu einem neuen Versorgungsnetz kommt. Mit dem Inkrafttreten der Krankenhausreform werden die sogenannten Level 1i-Häuser zu wohnortnaher Versorgung von Patienten zugelassen. Mit der neuen Versorgungsform kommt es zu einer Aufweichung der sektoralen Trennung von ambulanten und stationären Leistungen. Damit wird es möglich sein in diesen Einrichtungen medizinische-stationäre Leistungen, als auch ambulante Leistungen zu erbringen. Durch die neue Leistungsform werden in den Häusern der Level 1i-Versorgung erstmals auch pflegerische Leistungen erbracht werden. Diese Leistungen wurden bislang strikt vom stationären Bereich getrennt und nur in Einrichtungen wie beispielsweise Pflegeheimen oder in Einrichtungen der Tagespflege erbracht. Mit den Sektoren-überschreitenden Leistungserbringern entsteht eine neue Finanzierungsform, wodurch die Leistungen nach Tagesentgelten abgerechnet werden. Gleichzeitig sind diese im Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen und haben Anspruch auf die Investitionsförderung.

Zugleich wird durch die Reform die Notfallmedizin als eigene Leistungsgruppe definiert, wodurch die Lücke im DRG-System geschlossen werden kann, da bislang Erlöse für Operationen und Diagnostik generiert werden konnten, nicht aber für die hohen Kosten für die Rund-um-die-Uhr-Bereitstellung von Intensivbetten und Personal.⁹⁶ Zugleich werden durch die Reform strukturelle Maßstäbe geschaffen, welche stärker zur Zentralisierung von Leistungsgruppen, wie beispielsweise der Notfallmedizin führen.

5.1.2 Finanzierung

Das Ziel der DRGs ist es eine effiziente Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen sowie die Transparenz über die erbrachten Leistungen zu schaffen (Kapitel 3.2). Durch die zahlreichen Fehlanreize, welche das System mit sich bringt und die aktuellen Herausforderungen für den Krankenhaussektor (Kapitel 3.3) ist eine Reform

⁹⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024b, S. 33

⁹⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a, S. 8

der Vergütung unabdingbar. Das Eckpunktepapier möchte der Diskrepanz mit der Vorhaltevergütung entgegenwirken. Um einen Überblick über die neuen Finanzierungsreform zu schaffen, wird in der nachfolgenden Tabelle 4 die DRG-Vergütung mit der Vorhaltevergütung an einer exemplarischen Fallpauschale verglichen.

In Tabelle 3 ist das System der **aDRG** (a für „ausgliederter“ Pflegeanteil) dargestellt. Exemplarisch werden für ein fiktives Krankenhaus 1500 Fälle der aDRG F60A (Akuten Myokardinfarkt ohne invasive Diagnostik) pro Jahr angenommen.

Um die Vergütung pro Fall zu erhalten, wird der aktuelle Landesbasisfallwert in Bayern (2024: 4.202,00 €) mit der Bewertungsrelation aus dem Fallpauschalen-Katalog multipliziert (*blaue Markierung*).^{97,98}

Die Vergütung pro Fall wird mit 1500 Fällen multipliziert, um die Umsatzerlöse aus aDRG zu erhalten. Das Beispiel geht von einem Überschuss je Fall von 3% aus, somit wird der Gewinn mit den gesamten Umsatzerlösen multipliziert. Damit entsteht ein rechnerischer Gewinn (ohne Pflege) von 241.663,92 € (*orange eingrahmt*).

Für die Berechnung des Pflegeentgelts wird die Bewertungsrelation, laut Fallpauschalen-Katalog mit dem krankenhausesindividuellen Pflegegelt (*Annahme Pro Fall: 203,00 €*) und der Verweildauer des Patienten multipliziert (*rote Markierung*). Um den Gesamterlös der Pflege zu berechnen, wird der Pflegerlös mit der Fallzahl multipliziert. Das Pflegeentgelt ist kostendeckend kalkuliert, hier wird kein Gewinn erzielt.

⁹⁷ Vgl. Verband der Ersatzkassen 2024

⁹⁸ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2024

Fallpauschalenberechnung	
2024	
Basisberechnung (Basisjahr für Vorhaltefinanzierung)	
	System aDRG (Voll-DRG)
Anzahl der Fälle	1.500
Vergütung je Fall aDRGF60A	5.370,31 €
Umsatzerlöse aus aDRG	8.055.464,04 €
Überschuss je Fall	3%
Gewinn aus DRG (ohne Pflege)	241.663,92 €
Vorhaltevergütung	- €
Gewinn aus Vorhaltevergütung	- €
Pflegeentgelt p. Fall	2.058,82 €
Pflegeentgelt	3.088.231,80 €
Gewinn aus Pflege	- €
Rechnerischer DRG-Gewinn (3%)	241.663,92 €
Gesamterlöse	11.143.695,84 €
Gesamtkosten (97% DRG + Pfleg)	10.902.031,92 €
Gesamtgewinn	241.663,92 €

Landesbasisfallwert Bayern (€) (2024)	4202
Bewertungsrelation bei Hauptdiagnose	1,2780
DRG Vergütung (ohne Pflege)	5.370,31 €

Pflegeerlös Bewertungsrelation	1,0162
Pflegeentgelt (Bsp. Krankenhaus XY)	203
Verweildauer Pflege	10
Pflegeerlös	2.058,82 €

Tab. 3: Fallpauschalen Berechnung im System der Voll-DRG.⁹⁹

Nach der Berechnung der Umsatzerlöse und des Pflegeentgelts kommt das Krankenhaus, unter Einbezug eines 3%-tigen Gewinns zu Umsatzerlösen in Höhe von 11.143.695,84 €. Die Berechnung des Gewinns folgt anschließend in Tabelle 5.

Untenstehende Tabelle 4 zeigt das System der **Vorhaltepauschalen**. Zur vergleichenden Darstellung werden ebenfalls 1500 Fälle der gleichen aDRG F60A angenommen.

Die Vergütung je Fall beträgt nun die Voll-DRG abzüglich des 40%-tigen Vorhalteanteils, womit sich ein DRG-Erlös in Höhe von 2.971,65 € ergibt. Zur besseren Vergleichbarkeit wird hier auch ein 3%-tiger Gewinn angenommen, woraus sich ein reiner DRG-Gewinn von 133.724,35 € für 1500 Fälle ergibt.

Der Vorhalteanteil (*grün eingerahmt*) ist gleich hoch wie die DRG-Vergütung (40%). Somit ergibt sich ein Anteil an den Umsatzerlösen von ebenfalls 4.457.478,34 € für 1500 Fälle. Das Pflegeentgelt beträgt nach neuer Vergütungssystematik (20%) 2.228.739,17 € bei gleichbleibender Fallzahl und Verweildauer der Patienten.

Vergleicht man die Gesamterlöse beider Berechnungen (*Voll-DRG (Tabelle 3) und Vorhaltefinanzierung (Tabelle4)*) sind die Erlöse in beiden Systemen gleich hoch (*gelb eingerahmt*). Durch die neue Vergütungssystematik kommt es zunächst bei

⁹⁹ Eigene Berechnungen

gleicher Fallzahl zu einem identischen Erlösvolumen, die Verteilung der Erlösquellen ändert sich lediglich.

Vorhaltefinanzierung		
		2025
		Berechnung mit Vorhaltefinanzierung bei gleicher Fallzahl
	%-Anteil Voll-DRG	DRG + Vorhaltebudget
Anzahl der Fälle	/	1.500
Vergütung je Fall aDRGF60A	40%	2.971,65 €
Umsatzerlöse aus aDRG		4.457.478,34 €
Überschuss je Fall		3%
Gewinn aus DRG (ohne Pflege)		133.724,35 €
Vorhaltevergütung	40%	4.457.478,34 €
Gewinn aus Vorhaltevergütung		- €
Pflegeentgelt p. Fall	20%	1.485,83 €
Pflegeentgelt		2.228.739,17 €
Gewinn aus Pflege		- €
Rechnerischer DRG-Gewinn (3%)		133.724,35 €
Gesamterlöse		11.143.695,84 €
Gesamtkosten (97% DRG + Pflege)		10.902.031,92 €
Gesamtgewinn		241.663,92 €

Tab. 4: Berechnung der Vorhaltefinanzierung.¹⁰⁰

Tabelle 5 berücksichtigt die **Fallpauschalen-Berechnung** bei abweichenden Fallzahlen. Exemplarisch wird die Erlösstruktur im Voll-DRG-System des Krankenhauses bei abweichenden Fallzahlen (1500, 1000 und 2000 Fälle) verglichen.

Die Berechnungen der Umsatzerlöse, als auch des Pflegebudgets gestalten sich identisch zu den obigen Berechnungen, nur wird die Bewertungsrelation und der Landesbasisfallwert mit der entsprechenden Fallzahl multipliziert, gleiches gilt für das Pflegebudget.

Für den Vergleich des Gesamtgewinns bei unterschiedlichen Fallzahlen wird für das Krankenhaus ein Fixkostenanteil von 80% sowie variable Kosten in Höhe von 20% angenommen (*orangene Tabelle*). Durch das Addieren der Umsatzerlöse aus DRG und des Pflegeentgelts ergibt sich ein Gesamterlös von 11.143.695,84 € bei 1500 Fällen. Um den Gesamtgewinn für das Haus zu erhalten werden die Gesamterlöse von den Gesamtkosten subtrahiert. Damit ergibt sich im ersten Beispiel ein Gesamtgewinn von 241.663,92 €. Diese Berechnung wird folglich für die höhere und die niedrigere Fallzahl vorgenommen.

Bei 1000 Fällen der gleichen aDRG zeigen die Berechnungen einen deutlichen Verlust des Hauses. Wiederum bedeutet die Ausweitung um 500 Fälle für das Krankenhaus einen Gewinnanstieg um 2.987.763,15 €. Dadurch wird der Anreiz im

¹⁰⁰ Eigene Berechnungen

heutigen System ersichtlich: Häuser versuchen mehr Fälle zu generieren, um einen höheren Überschuss zu erwirtschaften (im Rahmen der Budgetvereinbarungen).

Fallpauschalenberechnung			
	2024	2025	2025
	Basisberechnung (Basisjahr für Vorhaltefinanzierung)	Fallpauschalenberechnung mit abweichender Fallzahl	
	System aDRG (Voll-DRG)	Voll-DRG (niedrigere Fallzahl)	Voll-DRG (Höhere Fallzahl)
Anzahl der Fälle	1.500	1.000	2.000
Vergütung je Fall aDRGF60A	5.370,31 €	5.370,31 €	5.370,31 €
Umsatzerlöse aus aDRG	8.055.464,04 €	5.370.309,36 €	10.740.618,72 €
Überschuss je Fall	3%	3%	3%
Gewinn aus DRG (ohne Pflege)	241.663,92 €	161.109,28 €	322.218,56 €
Vorhaltevergütung	- €	- €	- €
Gewinn aus Vorhaltevergütung	- €	- €	- €
Pflegeentgelt p. Fall	2.058,82 €	2.058,82 €	2.058,82 €
Pflegeentgelt	3.088.231,80 €	2.058.821,20 €	4.117.642,40 €
Gewinn aus Pflege	- €	- €	- €
Rechnerischer DRG-Gewinn (3%)	241.663,92 €	161.109,28 €	322.218,56 €
Gesamterlöse	11.143.695,84 €	7.429.130,56 €	14.858.261,12 €
Gesamtkosten (97% DRG + Pflege)	10.902.031,92 €	10.175.229,79 €	11.628.834,05 €
Gesamtgewinn	241.663,92 €	- 2.746.099,23 €	3.229.427,07 €
Fixkosten (80%)	8.721.625,54 €		
Variablen Kosten (20%)	2.180.406,38 €		
Durchschnittliche variable Kosten	1.453,60 €		

Tab. 5: Berechnung der DRG mit abweichenden Fallzahlen.¹⁰¹

Nachfolgende Tabelle 6 zeigt die **Vorhaltevergütung** bei abweichender Fallzahl. Zur Vergleichbarkeit mit den DRG-Erlösen werden Fixkosten von 80% und variable Kosten von 20% unterstellt. Die Berechnung des Gesamtgewinns gestaltet sich wie bei den DRG-Berechnungen. Anhand der Gewinne wird der Unterschied zum Fallpauschalen-System deutlich:

Bei einer Fallzahl von 1500 Fällen generiert das Krankenhaus den identischen Gewinn von 241.663,92 €. Bei 1000 Fällen entsteht bei der Einrichtung in beiden Systemen ein Verlust. Der Verlust ist bei der Vorhaltevergütung um 4.473.589,00 € geringer als der Verlust im DRG-System. Bei einer Fallzahlerweiterung zeigt sich der gegenteilige Effekt: Bei 2000 Fällen generiert das Krankenhaus 1.485.826,11 € weniger Gewinn wie durch DRGs.

¹⁰¹ Eigene Berechnungen

	Vorhaltefinanzierungsberechnung			
	2025		2025	
	Berechnung mit Vorhaltefinanzierung bei gleicher Fallzahl		Vorhaltefinanzierungsberechnung mit abweichender Fallzahl	
	%-Anteil Voll-DRG	DRG + Vorhaltebudget	DRG + Vorhaltebudget (Niedrigere Fallzahl)	DRG + Vorhaltebudget (Höhere Fallzahl)
Anzahl der Fälle	/	1.500	1.000	2.000
Vergütung je Fall aDRGF60A	40%	2.971,65 €	2.971,65 €	2.971,65 €
Umsatzerlöse aus aDRG		4.457.478,34 €	2.971.652,22 €	5.943.304,45 €
Überschuss je Fall		3%	3%	3%
Gewinn aus DRG (ohne Pflege)		133.724,35 €	89.149,57 €	178.299,13 €
Vorhaltevergütung	40%	4.457.478,34 €	4.457.478,34 €	4.457.478,34 €
Gewinn aus Vorhaltevergütung		- €	- €	- €
Pflegeentgelt p. Fall	20%	1.485,83 €	1.485,83 €	1.485,83 €
Pflegeentgelt		2.228.739,17 €	1.485.826,11 €	2.971.652,22 €
Gewinn aus Pflege		- €	- €	- €
Rechnerischer DRG-Gewinn (3%)		133.724,35 €	89.149,57 €	178.299,13 €
Gesamterlöse		11.143.695,84 €	8.914.956,67 €	13.372.435,01 €
Gesamtkosten (97% DRG + Pflege)		10.902.031,92 €	10.175.229,79 €	11.628.834,05 €
Gesamtgewinn		241.663,92 €	- 1.260.273,12 €	1.743.600,96 €

Tab. 6: Berechnung der Vorhaltefinanzierung mit abweichenden Fallzahlen.¹⁰²

Die Berechnungen zeigen deutlich, dass durch das Vorhaltesystem dem Ziel der Mengenreduktion nachgegangen wird: Reduziert das Krankenhaus die Fallzahl, reduziert sich der Gewinn. Ab einer bestimmten Fallzahllhöhe haben die Häuser kein gesondertes Interesse mehr Fälle zu behandeln, da der Gewinn nicht signifikant steigt. Bei weniger Fällen ist der Verlust durch die Vorhaltepauschalen deutlich geringer.

Nachfolgende Abbildung 2 verdeutlicht die beschriebenen Entwicklungen:

In beiden Systemen wird bei einer niedrigeren Fallzahl ein Verlust realisiert, wobei dieser durch die Fallpauschalen früher eintritt als bei der Vorhaltevergütung. Ab 1500 Fällen wird in beiden Systemen Gewinn erzielt, jedoch ist der Gewinnverlauf im „alten“ System deutlich steiler (höher) und flacht bei weniger Fällen stärker ab. Die Erlöse verhalten sich in beiden Systemen identisch zum Gewinn. Die Kosten sind für beide Szenarien gleich: anfangs sind diese deutlich höher, mit der Fallzahlsteigerung tritt die Fixkostendegression ein, wodurch die Kosten nicht mehr im gleichen Ausmaß steigen.

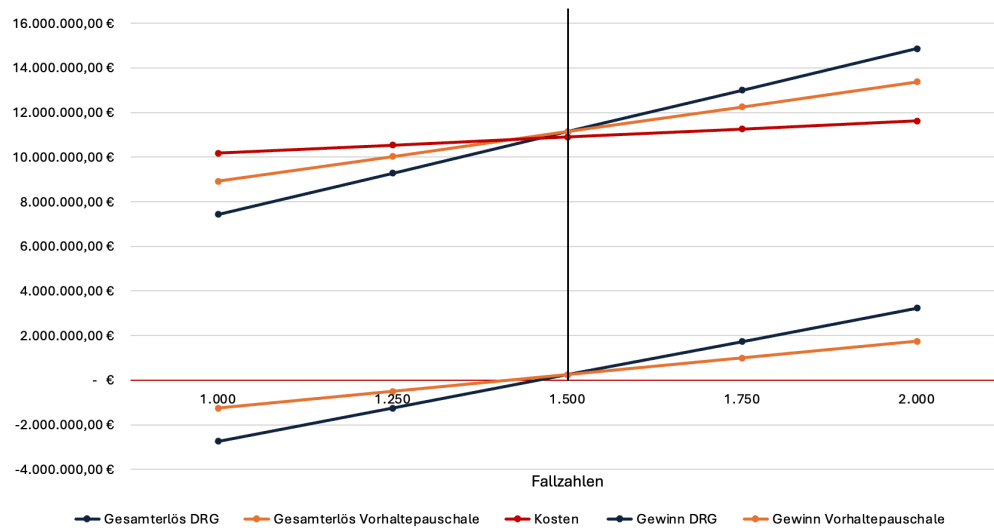


Abb. 2: Vergleich der DRG-Erlöse und- Gewinne mit den Vorhalte-Erlösen- und Gewinnen.¹⁰³

5.1.3 Regulierung

Hinsichtlich der Regulierung des Gesundheitswesens kommen den Selbstverwaltungspartnern neue Aufgaben zu. Das InEK wird die Behandlungsfälle aus dem bisherigen System anhand von OPS- und ICD-Codes den neuen Leistungsgruppen zuordnen. Zur Steigerung der Versorgungsqualität werden die Leistungsgruppen an bundeseinheitliche Qualitätskriterien gekoppelt. Die genaue Ausgestaltung der Anforderungen wird zu einem späteren Zeitpunkt in einer Verordnung festgelegt, wobei vorläufig die Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien des Krankenhausplans NRW als Orientierung dienen. Durch die bundeseinheitlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung übernimmt der Bund eine wichtige Rolle bei der Krankenhausplanung und greift damit stärker in die Planungshoheit der Länder ein.

¹⁰³ Eigene Darstellung, auf Basis vorangegangener Berechnungen

5.2 Analyse der Krankenhausreform

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Systeme im Hinblick auf die Leistungserbringung, Finanzierung und Regulierung miteinander verglichen wurden, widmet sich der nachfolgende Abschnitt der detaillierten Analyse der Krankenhausreform in Bezug auf mögliche Verbesserungen (*Kapitel 5.2.1*), weitere nicht berücksichtigte Aspekte (*Kapitel 5.2.2*) sowie Risiken (*Kapitel 5.3*).

5.2.1 Verbesserungen/Vorteile

Die Krankenhausreform bringt zahlreiche Neuerungen sowie Verbesserungen im System mit sich. Vorangestellt sei die Knüpfung der Leistungen an vorgeschriebene Qualitätskriterien. Diese Neuerung soll einen entscheidenden Fortschritt in Bezug auf Qualitätsstandards und das Qualitätsmonitoring mit sich bringen.

Die Notwendigkeit der Verbesserung der Qualität lässt sich wie folgt darstellen: Im Jahr 2020 wurden mehr als 14.000 Herzinfarktpatienten in deutschen Kliniken behandelt, die über kein Katheter Labor verfügten, dies entspricht 7% aller Herzinfarktpatienten. Gleiches zeigt sich bei der Brustkrebbsversorgung, hier verfügten im selben Jahr insgesamt 43,8% der deutschen Kliniken, die an der Versorgung von Brustkrebspatienten teilnahmen, nicht über ein Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft oder über eine vergleichbare Zertifizierung.¹⁰⁴ Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass eine Notwendigkeit von Spezialisierung und Zentralisierung notwendig ist. Mit der Knüpfung der Leistungsgruppen an Qualitätskriterien erhofft man sich eine Verbesserung der Versorgungsqualität, da nur Häuser eine Leistungsgruppe zugewiesen und diese auch abrechnen dürfen, wenn sie die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Zudem lässt sich durch die Leistungsgruppen erstmals die Strukturqualität der Häuser vergleichen. Das Transparenzverzeichnis sowie die angestrebten Qualitätskriterien können zu Förderung des Wettbewerbs beitragen, da die Patienten von nun an über mehr Wissen über das Leistungsangebot der Einrichtungen verfügen und ausgenommen von Notfällen, eigenständige Entscheidung über den Ort der Behandlung treffen können, womit ein Stück weit der Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen zwischen Leistungserbringer und Patient entgegengewirkt werden kann.

¹⁰⁴ Vgl. Oschmann et al. 2020, S. 220-222

Die Reform sieht zusätzlich eine vollständige Tarifkostenrefinanzierung für alle Beschäftigungsgruppen vor. Diese soll bereits unterjährig und nicht erst für das Folgejahr umgesetzt werden. Weiterhin wird die Obergrenze des Landesbasisfallwerts erhöht, womit den Kostensteigerungen entgegengewirkt werden soll.¹⁰⁵

Hervorzuheben ist die Restrukturierung der Krankenhausplanung, dadurch sind die Planungsbehörden gezwungen, die Planung nicht als Fortschreibung zu sehen, stattdessen wird der Fokus auf Bedarfsplanung und regionale Gegebenheiten gelenkt.

Als weiterer positiver Aspekt der Reform kann die Abmilderung des wirtschaftlichen Drucks für kleinere Häuser gesehen werden. Die Leistungsgruppen bringen durch die Vorhaltung von Strukturen eine zum Teil leistungsunabhängige Vergütung mit sich, wodurch vor allem kleineren Kliniken der wirtschaftliche Druck genommen wird, immer mehr Fälle zu generieren, um das Überleben des Hauses zu sichern. Damit wird zum Teil den DRG-Fehlanreizen entgegengewirkt und die Versorgung im ländlichen Raum sichergestellt.

Die bestehenden Potenziale einer sektorenübergreifenden Versorgung stärker auszuschöpfen ist ebenfalls als positiv anzumerken. Durch Level 1i-Krankenhäuser können attraktive Arbeitszeitmodelle entstehen und die kostengünstigere Ambulantisierung kann weiter vorangetrieben werden. Zu beachten gilt die noch zu entwickelnde Ausgestaltung der Einrichtungen, um nicht in Konkurrenz mit bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen zu treten. Attraktiv sind die Versorger ebenfalls durch ein breites Leistungsspektrum sowie den Anspruch auf Investitionskostenförderung.

5.2.2 Offene- und nicht berücksichtigte Themen

Die Krankenhausreform bringt zahlreiche offene Fragen mit sich, die aus dem Eckpunktepapier und aus dem Referentenentwurf nicht ersichtlich werden. Diese werden folgend aufgeführt.

Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien: Im Hinblick der Koppelung der Qualität an die Leistungsgruppen ergeben sich zwei gegensätzliche Entwicklungen: Einerseits sind diese Leistungsgruppen statisch, dadurch kann das System nicht auf Veränderungen reagieren, insbesondere im Hinblick auf die schnell fortschreitende

¹⁰⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024b, S. 63

Entwicklung in der Medizin. Es wird nicht berücksichtigt, wie sich personelle Wechsel im Krankenhaus auswirken könnten, beispielsweise bleibt offen welche Auswirkungen ein Chefarztaustritt, zusätzliches Pflegepersonal oder Veränderungen in der medizinischen Ausstattung des Hauses auf die bestehende Leistungsgruppe und die damit einhergehende Krankenhausplanung hat. Andererseits lässt die Reform offen, welche Konsequenzen diese Veränderungen haben und wie schnell darauf seitens der Länder reagiert werden kann. Dies spiegelt sich vor allem in der Frage wider, ob den Häusern durch strukturelle Transformationen der Entzug des Versorgungsauftrages droht, beziehungsweise wie auf die Lücke im Versorgungsnetz reagiert werden kann.

Des Weiteren führen die neuen Leistungsgruppen zu einer Umwandlung der Anbieterlandschaft. Die Reform zielt auf eine Konsolidierung und Zentralisierung der Krankenhäuser ab, was zur Entstehung oligopolistischer Strukturen führen kann. Es bleibt abzuwarten, welchen Einfluss diese Marktveränderungen auf die Versorgungsqualität haben und inwieweit der Wettbewerb zwischen den Häusern erhalten bleibt. Sobald einem Leistungserbringer eine Leistungsgruppe zugewiesen wird, stellt sich die Frage, ob und inwieweit der Wettbewerb noch besteht. Die aktuelle Literatur betont, dass eine Zentralisierung sowohl Chancen als auch Risiken mit sich bringt. Einerseits kann sie zu einer höheren Spezialisierung und Effizienz führen, andererseits besteht die Gefahr des verringerten Wettbewerbsdrucks und damit kein Anreiz zur kontinuierlichen Verbesserung an die Patientenbedürfnisse.¹⁰⁶

Hinzu kommt, dass die Zuweisung der Leistungsgruppen auch ein gewisses Rechtstreit-Potential mit sich bringt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Häuser im gleichen Umkreis die gleichen Leistungsgruppen und ähnliche Auswahlkriterien aufweisen oder die Leistungsgruppen nicht hinreichend abgebildet werden oder der MD die Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen nicht anerkennt. Fraglich ist, welche Perspektiven sich für die Krankenhäuser in diesen Fällen bieten. Ferner muss entschieden werden, wie von Seiten der Planungsbehörden in diesen Fällen entschieden wird. Es bleibt offen, ob es zu weiteren Schließungen bei zu viel Angebot der gleichen Leistungsgruppe kommt. Daran schließt sich eine

¹⁰⁶ Vgl. Lindblauer/Schreyögg 2014, S. 365-367

Anpassungsnotwendigkeit der DRG-Kalkulation sowie eine Anpassung der Budgetverhandlungen und der Zusatzentgelte an.

Vorhaltbudget: Durch die Zahlung der Vorhaltevergütung könnte für vereinzelte Leistungserbringer ein falscher Anreiz gesetzt werden. Wie in dem Fallbeispiel in Kapitel 5.1.2 deutlich wurde, besteht, wie von Gesundheitsminister Lauterbach versprochen, ein geminderter Anreiz zur Leistungsausweitung. Durch die Neugestaltung des Systems, haben die Häuser weniger Motivation zur Verbesserung ihrer Leistungen bzw. zur Abhebung von der Konkurrenz. Der Kampf um Patienten verschwindet zunehmend. Die Krankenhäuser können sich nur durch den Zugewinn einer Leistungsgruppe von der Konkurrenz abheben und zusätzliche Erlöse generieren. Die Ausweitung der Gruppen ist aber an viele Voraussetzungen geknüpft. Letztendlich bleibt offen, wie die Reform auf die Effizienz der Häuser einwirkt.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen: Durch die Schaffung der neuen Versorgungsform bleiben auch hier einige offene und nicht berücksichtigte Aspekte. Mit der neuen Versorgungsform geht ein neuer Finanzierungsmix und ein neues Leistungsportfolio der Level 1i-Versorger einher, wodurch einerseits die Komplexität des Systems erheblich erhöht wird und andererseits für die neuen Versorger zahlreiche Fragen offen gelassen werden, mit Blick auf die konkret Ausgestaltung Finanzierungsform und der Abrechnung der Leistungen.

Weiterhin muss bedacht werden, dass ca. 650 der knapp 1900 Krankenhäuser in Deutschland über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verfügen. Diese Krankenhäuser müssten laut der Reform damit rechnen, den Level 1i-Häuser zugeordnet zu werden. Weiterhin bleibt offen, ob es zu den gewünschten Fallzahlenanpassungen kommt. Lukrative Operationen, wie beispielsweise Herz-oder Hüft-Operationen werden durch das neue System weiterhin existieren.

5.3 Risiken der Krankenhausreform

Mit der Krankenhausreform werden zahlreiche Punkte, wie bereits in Kapitel 5.2.2 beschrieben, nicht berücksichtigt. Dies bringt einige Risiken mit sich, die sich auf unterschiedliche Bereiche des Krankenhaus- beziehungsweise das Gesundheitswesen auswirken können.

Finanzierung: Mit der Reform soll das Überleben von vor allem kleineren Häusern gestärkt werden. Anhand des in Kapitel 5.1.2 beschriebenen Finanzierungsvergleichs wird deutlich, dass die Häuser in Teilen immer noch auf eine hohe Fallzahl angewiesen sein werden, um die Kosten zu decken. Hingegen können Einrichtungen von der Vorhaltevergütung profitieren, da sie mehr Leistungsgruppen zugewiesen bekommen, wie beispielsweise Schwerpunktversorger und folglich mehr Vorhaltevergütung bekommen. Kleinere Leistungserbringer sehen sich in dem System weiterhin gefangen – für diese Einrichtungen geht die Reform nicht weit genug.

Kostendeckung: Die Einführung einer Kostendeckung, unabhängig von den tatsächlich geleisteten Fallzahlen, kann zu einem Fehlanreiz führen. Die Vorhaltevergütung kann Ineffizienz seitens der Leistungserbringer hervorrufen, da der wirtschaftliche Druck genommen wird. Ebenso verringert sich der Wettbewerb um Patienten, da die Häuser keinen Anreiz haben, mehr Patienten zu behandeln und eine Ausweitung der Fallzahl zu minimalen wirtschaftlichen Auswirkungen führen kann. Vor allem werden Operationen in sachkostenintensiven Bereichen davon profitieren. Daran schließt sich der Punkt der Wartelisten-Medizin an, wie er von anderen Ländern bekannt ist. Dadurch, dass den Kliniken der Anreiz zur Behandlung von Fällen genommen wird, werden sie dazu neigen, planbare Operationen zu verschieben.

Fallzahlen: Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt sind die Fallzahlen, auf welche im neuen System erneut der Fokus liegt. Vorerst erfolgt die Zuweisung von Leistungsgruppen und der damit verbundene Versorgungsauftrag anhand der Fallzahlen in einem bestimmten Bereich. Dadurch kann für die Häuser erneuert der Anreiz zur Fallausweitung entstehen. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zu den Reform-Anstreben die Fallzahlen zu senken.

5.4 Abschließende Beurteilung der Krankenhausreform

Nachdem vorangegangen die Analyse der Krankenhausreform erfolgt ist, widmet sich der anschließende Abschnitt der Beurteilung der Reform.

5.4.1 Erfolgskriterien

Zentrales Element des Reformvorschlages ist die Einführung einer Vorhaltevergütung, um die Krankenhäuser bei der Deckung ihrer Fixkosten zu unterstützen. Ein fixes Budget, unabhängig von der erbrachten Menge, bedeutet, dass jede zusätzliche Einheit, in diesem Fall jeder weitere Patient, die Kosten des Leistungserbringers erhöht, während die Erlöse konstant bleiben. Das neue System muss Anreize schaffen, die Effizienz weiter voranzutreiben, ohne gleichzeitig die Menge auszuweiten. Aktuell führt das System dazu, dass die Behandlung ab einer bestimmten Fallzahl zu keiner Verbesserung beziehungsweise zu einer Verschlechterung der Ergebnissituation führt, wodurch eine Wartelisten-Medizin oder womöglich eine Unterversorgung entstehen kann.

Entscheidend für den Erfolg der Reform ist die Aufrechterhaltung des Wettbewerbs. Durch die Vorhaltepauschalen besteht die Gefahr des verschwindenden Wettbewerbs. Ein wesentlicher Bestandteil des Wettbewerbs ist die Möglichkeit der Auswahl zwischen unterschiedlichen Anbietern und die Fähigkeit unzureichende Angebote zu sanktionieren. Einweisende Ärzte und Patienten können für planbare Eingriffe zwischen Krankenhäusern wählen. Wenn ein Anbieter ein unzureichendes Angebot bereithält, muss der Nachfrager die Möglichkeit haben, auf ein anderes auszuweichen. Studien zeigen, dass das Fehlen von Wettbewerb und Auswahlmöglichkeit zu schlechteren Angeboten für die Kunden führen kann. Nach der Reform sind die Planungsbehörden für das Leistungsangebot der Kliniken zuständig.¹⁰⁷

Weiterhin entscheidend für einen funktionierenden Wettbewerb ist die Vorgabe von Strukturen und Anreizen. Im Gesundheitswesen sind diese Strukturen umso wichtiger, um die Sicherheit der Patienten gewährleisten zu können. Wird das System so ausgestaltet, dass die Leistungserbringer keinen Anreiz, beziehungsweise keine Notwendigkeit sehen sich um Patienten zu bemühen, da weitere Patienten die Erlössituation nicht verbessern, haben die Patienten keine Option schlechtere

¹⁰⁷ Vgl. Monopolkommission 2022

Anbieter zu sanktionieren. Vielmehr sollte ein Anreiz für die Leistungserbringern in ländlichen Regionen geschaffen werden, um die Häuser zu belohnen, wenn sie die Versorgung in diesen Gebieten mit maximaler Effizienz sicherstellen.

Zudem sollte die Vorhalteverfügung, wie auch das DRG-System zu Effizienzsteigerung führen, wobei aktuell noch nicht ersichtlich ist durch welche Anreize diese entstehen könnten. Im Eckpunktepapier sind diese gegenüber dem Status-quo zu gering und führen zu wenig Anreiz, Standorte zu konsolidieren oder Leistungsgruppen umzuverteilen. Das aktuelle System bietet Motivation zur Spezialisierung und Konsolidierung. Dieser Anreiz muss im neuen System ebenfalls geschaffen werden und nicht durch Verordnungen durchgesetzt werden. Hinzu kommt, dass Standortschließungen oftmals nicht an der Geschäftsführung der Häuser, sondern am politischen Druck scheitern. Dafür bietet das Eckpunktepapier keine Lösung.

Entscheidend bei der Einführung ist die genaue Zuordnung der Fälle zu den entsprechenden Leistungsgruppen. Aktuell sind 65 dieser Gruppen vorgesehen. Vergleicht man die Systematik mit der Schweiz, welche als Vorbild der neuen Krankenhausplanung dient, sind hier insgesamt 148 Leistungsgruppen in 25 Bereiche zusammengefasst.¹⁰⁸ Daran wird deutlich, dass die Definition der Leistungsgruppen ausschlaggebend für den Erfolg ist.

Weiterhin entscheidend für die Durchsetzung der Reform ist die zusätzliche Bereitstellung von finanziellen Mitteln. Die Vorhaltepauschalen haben das Ziel die Krankenhäuser bei der Deckung ihrer Fixkosten zu unterstützen. Im Eckpunktepapier ist für das Vorhaltebudget nur eine Umverteilung des Budgets vorgesehen und keine Erhöhung der Mittel. Hinzu kommt, dass die Investitionsförderung nicht berücksichtigt wird. Die Länder werden in der Reform nicht dazu verpflichtet den unzureichenden Fördermitteln nachzukommen, womit die Gefahr des Scheiterns der Reform groß ist.

Nicht zuletzt ist das deutsche Krankenhauswesen durch unterschiedliche Trägerstrukturen und Häusergrößen charakterisiert. Auf große Einrichtungen, wie beispielsweise die Unikliniken hat die Vorhaltefinanzierung erhebliche Auswirkungen. Diese Kliniken müssen im Status-quo ein breites Spektrum an Leistungen anbieten, wodurch sie im neuen System einen großen Anteil an Vorhaltevergütung bekommen. Kleinere Häuser, die heute schon wirtschaftliche Schwierigkeiten aufweisen,

¹⁰⁸ Vgl. Kurz 2023, S. 753-755

werden nur einen kleinen Teil an Vorhaltefinanzierung bekommen. Durch die Reform profitieren vor allem große Einrichtungen mit vielen Fallzahlen und einem großen Einzugsgebiet. Für kleinere Leistungserbringer ist die Reform nicht weitreichend genug, um die wirtschaftliche Stabilität zu sichern.

5.4.2 Weitere Forschungspotentiale

Das Gesundheitswesen bietet viel Potential zur Verbesserung und Optimierung. Die Reform geht auf wichtige Kernprobleme des Krankenhauswesens ein und hat hierzu einige Ansätze geliefert. Weiterhin wären für die Zukunft folgende Themen relevant und könnten berücksichtigt werden:

Krankenhausplanung unter Berücksichtigung demografischer- und geografischer Faktoren: Unumstritten ist, dass die Planung nach Betten und Fachabteilungen in Deutschland nicht mehr zeitgemäß ist. Die Reform sieht die Planung der Versorgung nach Leistungsgruppen vor, die wiederum auf Fallzahlen basieren. Die Reform berücksichtigt jedoch keine epidemiologischen und demografischen sowie medizinisch-technischen Faktoren, über einen längeren Planungshorizont, wodurch eine Dynamik in der Verteilung und der Ausstattung der Häuser entstehen könnte. Die Länder sollten die Möglichkeit bekommen auf regionale und demografische Unterschiede reagieren zu können und einen holistischen Ansatz verfolgen, um die unterschiedlichen Einzugsgebiete zu berücksichtigen.

Attraktivität der Krankenhäuser steigern: Durch private Einrichtungen hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass der Krankenhaussektor durchaus Potenzial für gewinnorientierte Unternehmen bietet. Darauf sollte aufgebaut werden und diese Entwicklung vorangetrieben werden. Unternehmen sind an einer effizienten und wirtschaftlichen Führung der Häuser interessiert, wodurch sich Einsparungspotenziale bieten würden. Die Krankenkassen würden mit den Unternehmen Versorgungsverträge schließen. Der Staat schafft die rechtlichen Rahmenbedingungen und greift in den Markt ein, wenn kein Unternehmen den Versorgungsauftrag annimmt oder die Versorgung gefährdet ist, wie beispielsweise in ländlichen Regionen.

Ambulantisierung und Privatisierung vorantreiben: Bisher ist das Versorgungssystem in Deutschland durch eine Trennung von ambulanten und stationären Leistungen gekennzeichnet. Die Einführung von Hybrid-DRGs war ein erster Schritt die sektorale Trennung aufzuheben und eine sachgerechte Vergütung sowie eine Ausweitung der Ambulantisierung voranzutreiben. Durch Hybrid-DRGs kann eine

Vielzahl an bisher stationär erbrachten Operationen auch ambulant durchgeführt werden. Diese sind im Durchschnitt 4500 Euro günstiger als stationäre Behandlungen und angesichts der steigenden Gesundheitsausgaben ist diese Verlagerung notwendig.¹⁰⁹ Dem Leitgedanken „ambulant vor stationär“ wird in der Krankenhausreform kein Platz eingeräumt – lediglich durch die Einführungen der komplexen Level 1i-Häuser.

Ferner hat die Pluralität der Trägerstrukturen gezeigt, dass der deutsche Krankenhausmarkt durchaus profitabel und für Investoren interessant sein kann. An diese Entwicklung muss angeknüpft werden und durch richtige Rahmenbedingungen, nicht nur für Privat-Patienten und Selbstzahler, eine zukunftsfähige Versorgungsmöglichkeit nach marktwirtschaftlichen Regeln geschaffen werden. Dadurch kann der Kostensteigerung entgegengewirkt werden, wenn die Häuser als wirtschaftliche Unternehmen agieren und nur in Ausnahmefällen über ein staatliches Sicherheitsnetz verfügen.

Regionale Versorgung: Vorangegangene Ausführungen haben gezeigt, dass kleine Einrichtungen, wie die der Grund- und Regelversorgung auch nach der Reform nicht profitabel werden, da sie aufgrund geringer Auslastung die Gewinnzone nur schwer erreichen können. Denkbar wäre in diesen Einrichtungen nur eine strukturierte Notfallversorgung und die vorgeschlagenen Leistungsgruppen sicherzustellen, welche nach dem Eckpunktepapier in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden sollen, alle weiteren Leistungsgruppen sind aktuell mit einer Fahrtzeit von 40 Minuten angesetzt. Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur muss kritisch hinterfragt werden, ob die Kliniken für planbare Eingriffe wirklich in der angegebenen Zeit erreicht werden müssen. Denkbar wäre eine Krankenhauslandschaft mit hochspezialisierten Zentren, nicht nur Unikliniken, die profitabel agieren können, da sie deutlich mehr Fälle, durch ein größeres Einzugsgebiet generieren können. Für kleinere Einrichtungen wäre in diesem Fall die Vorhaltevergütung ein sinnvolles Instrument, die regionale Grundversorgung sicherzustellen und gleichzeitig nicht auf eine hohe Fallzahl angewiesen zu sein, die in dünnbesiedelten Regionen nicht erreicht werden kann. Mit dieser Versorgungsstruktur würde zugleich dem Fehlanreiz entgegengewirkt werden, in kleineren Einrichtungen immer mehr Operationen durchzuführen

¹⁰⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019

die in manchen Fällen als nicht notwendig angesehen werden, womit gleichzeitig der wirtschaftliche Druck auf diese Kliniken sinkt.

6 Fazit

Die Krankenhausreform 2024 markiert einen bedeutenden Wendepunkt in der Struktur der Finanzierung, der Leistungserbringung sowie der Qualitätssicherung des deutschen Gesundheitswesens. Die im Eckpunktepapier und im Gesetzentwurf skizzierte Umsetzung zeigt jedoch Defizite in der Ausgestaltung auf, die insbesondere die Funktion der Vorhaltevergütung betreffen. Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass die im Vergleich zum Status-quo angestrebten Verbesserungen trotz der hohen Komplexität gering sind. Das Ziel der Mengenreduktion wird teilweise erreicht, dies geschieht allerdings nicht in der Breite und nicht regionen- oder indikationsbezogen, da die Vorhaltefinanzierung keine Existenzsicherung für kleinere Einrichtungen ist und in der aktuellen Ausgestaltung sowie der derzeitigen Krankenhauslandschaft nicht sinnvoll ist. Vielmehr muss die Versorgungsstruktur neugestaltet werden, um einerseits regionale Grundversorgung sicherzustellen und andererseits überregionale Versorgungsstrukturen aufzubauen, die durch ein größeres Einzugsgebiet von einer höheren Fallzahl profitieren können, womit dem bekannten Anreiz zur Mengenausweitung entgegengewirkt werden könnte. Daran schließt sich die Frage an, ob es wirklich einer Reform bedarf, die alle Krankentypen betrifft und nicht den fragmentierten Markt und regionale Unterschiede berücksichtigt. Bei Einbezug dieser Gegebenheiten würde ersichtlich werden, dass es heutzutage bereits Einrichtungen gibt, die profitabel agieren und diese durch die Vorhaltevergütung noch weiter in ihrer Lukrativität unterstützt werden. Hingegen haben die Ausführungen gezeigt, dass kleine Einrichtungen trotz des Vorhalteanteils weiterhin unprofitabel bleiben.

Weiterhin wird dem angestrebten Ziel, den wirtschaftlichen Druck der Häuser abzubauen, mit der Reform nicht ausreichend nachgegangen: Einerseits sind die Zuweisung der Leistungsgruppen von den Fallzahlen abhängig, womit erneut große Einrichtungen profitieren und andererseits ist die Bedeutung der DRGs weiterhin hoch. Damit ist auch der vielfach zitierte Begriff der „Entökonomisierung“ irreführend. Vielmehr bedarf es Ökonomie im Gesundheitswesen, um Knappheiten, Krisen und Fachkräftemangel adäquat zu begegnen und Anreize zu schaffen, um eine exzellente und effiziente Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherzustellen.

Aus heutiger Sicht ist die Komplexität des Systems kritisch zu hinterfragen, da sowohl eine dritte Betriebskostenfinanzierungsart als auch die Knüpfung der

Leistungsgruppen an Qualitätskriterien eine umfangreiche Restrukturierung der Krankenhauslandschaft fordert und weitreichende unerwünschte Auswirkungen auf alle Teilhabenden des Systems mit sich bringt. Dadurch muss das Ziel der Entbürokratisierung in Frage gestellt werden muss, da durch Restrukturierung und die dritte Betriebskostenfinanzierungsart die Bürokratie eher zunimmt, als abnimmt.

Weiterhin steht der Wettbewerbsaspekt im neuen System in Frage, wenn Leistungserbringer kaum Anreize haben, um Patienten zu konkurrieren, wodurch qualitative Defizite entstehen können. Aus dynamischer Sicht sind die Strukturvorgaben kritisch zu bewerten, da dadurch nur personelle und medizinische Vorgaben sichergestellt werden können. Wie letztendlich mit den Ressourcen umgegangen wird, kann durch derartige Maßnahmen nicht adäquat sichergestellt werden. Viele Möglichkeiten, wie beispielsweise die Level 1i-Versorger, die Vorhaltevergütung oder auch die Finanzierung hängen zum heutigen Zeitpunkt von der konkreten Ausgestaltung dieser ab und entscheiden über den Erfolg der Reform.

Schlussendlich zeichnet sich das Eckpunktepapier, als auch der Gesetzentwurf, durch ein hohes Maß an Komplexität aus, es bleibt offen, wie das Konzept weiterentwickelt wird, damit die beschriebenen Risiken ausgeräumt werden und der angestrebte Nutzen der Krankenhausreform tatsächlich realisiert werden kann. Eine Reform, die eine gezielte Krankenhausplanung, eine stärkere Konzentration der Leistungen, erhöhte Spezialisierung und verbesserte intersektorale Versorgung umfasst wäre eine „Revolution“ für den Krankenhausesektor, diese bleibt nach aktuellem Stand jedoch hinter den Erwartungen zurück.

Literaturverzeichnis

- apo Bank (2023): Krankenhausreform, Aufbruch, Umburch...Abruch? URL:
https://www.apobank.de/dam/jcr:608fb589-1a5c-41c0-9424-ad1f0485ca30/2023_stand_der_krankenhaus-reform.pdf (30.04.2024)
- Augurzky, Boris et al. (2023): Krankenhaus Rating Report 2023. Essen: medhochzwei Verlag.
- Beivers, Andreas/Emde, Annika (2020): DRG-Einführung: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Klauber, Jürgen et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Raiting Report 2020. Berlin: Springer.
- Bundesärztekammer (2022): Finanzielle Fehlanreize im Gesundheitssystem gefährden Patientenwohl. URL:
<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/informationsdienste/informationsdienst-baekground/detail/finanzielle-fehlanreize-im-gesundheitssystem-gefaehrden-patientenwohl>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2023a): Eckpunktepapier Krankenhausreform. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Gesundheit (2023b): Qualitätssicherung im Krankenhausbereich. URL:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung> (29.04.2024).
- Bundesministerium für Gesundheit (2024a): Bundeskabinett beschließt Krankenhausreform URL:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-kabinett-pm-15-05-24.html> (15.05.2024).

Bundesministerium für Gesundheit (2024b): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. Berlin Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit (o.J.): Fallpauschalen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen> (04.06.2024).

Busse, Reinhard et al. (2013): Das deutsche Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen. Berlin Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2022): Krankenhausstatistik-Eckdaten der Krankenhausversorgung URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.3._Zahlen-Fakten/Foliensatz_KHstatistik20231017_.pdf (04.06.2024).

Deutsches Krankenhausinstitut (2022): Jahresergebnis der Krankenhäuser 2022 nach Bettengrößenklassen. URL: https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Krankenhaus_Barometer_2023_final.pdf (04.06.2023).

DKG (2021): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5._Publikationen___Downloads/3.4.7._Bestandsaufnahme_im_Krankenhaus/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf (16.06.2024)

Eurostat (2023a): Durchschnittliche Krankenhausverweildauer stationärer Patienten (Tage). URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Healthcare_provision_statistics/de&oldid=320142#Durchschnittliche_Krankenhausverweildauer_station.C3.A4rer_Patienten (17.06.2024)

Eurostat (2023b): Hospitals discharges by diagnosis, in-patients, per 100 000 inhabitants. Eurostat. URL:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_disch2/default/table?lang=en. (17.06.2024)

GKV Spitzenverband (o.J.): Pflegebudget URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/kh_pflegebudget/pflegebudget_kh.jsp (17.06.2024).

Grabbe, Hanna/Spiewark, Martin. (2022): Die Widerstände werden gigantisch sein. In: Die Zeit, Jg. 22 (52), S. 95-97.

GG: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2478) geändert worden ist.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2024): Fallpauschalen-Katalog 2024. URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242> (16.06.2024).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Kennzahlen der ambulanten Versorgung auf einen Blick. URL: <https://www.kbv.de/html/zahlen.php>. (17.06.2024).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022a): Anzahl MVZ, Krankenhaus als Träger. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php> (16.06.2024).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022b): Medizinische Versorgungszentren. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>. (17.06.2024).

KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz, Gliederungsnummer 886, in der veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist.

KHZG: Krankenhauszukunftsgesetz, in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S.886), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. S. 2115) geändert worden ist.

Kurz, Charlotte (2023): Krankenhausreform: Die schweizer machen es vor. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 17 (120), S. 753-755.

Lindblauer, Ivonne /Schreyögg, Jonas (2014): The relationship between hospital specialization and hospital efficiency: do different measures of specialization lead to different results? . In: Health Care Management Science, Jg. 17 (1), S. 365-378.

Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2023): Übersichtstabelle der Qualitätskriterien. URL: https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_qualitaetskriterien.pdf (05.05.2024).

Monopolkommission (2022): Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren. URL: https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf (05.05.2024).

OECD (2019): Health at a Glance. Paris: OECD Publishing.

Oschmann, Laura et al. (2020): Notfallstufen: qualitative Unterschiede in der Notfallversorgung. Wido Qualitätsmonitor

Regierungskommission (2023): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

URL:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (03.04.2024).

Reinhold, Thomas et al. (2009): Gesundheitsökonomische Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland-eine systematische Übersicht. In: Gesundheitswesen, Jg. 71 (5), S. 306-312.

Zeit online (2022): Karl Lauterbach kündigt „Revolution im Krankenhaussektor“ an.

URL: <https://www.zeit.de/gesundheit/2022-12/krankenhaeuser-finanzierungsreform-bundesgesundheitsminister-karl-lauterbach> (18.06.2024).

Simon, Michael (2021): Das Gesundheitssystem in Deutschland - Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern Hoegrefe Verlag.

SPD/Grüne/FDP (2021): Koalitionsvertrag - Mehr Fortschritt wagen. URL:

https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (04.04.2024).

Statistisches Bundesamt (2023): Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

URL:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html> (08.04.2024).

Statistisches Bundesamt (2019): Grunddaten der Krankenhäuser URL:

https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-12.html#633418 (04.04.2024).

- Statistisches Bundesamt. (2022a): Grunddaten der Krankenhäuser Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html.
- Statistisches Bundesamt (2022b): Kosten der Krankenhäuser nach Bundesländern. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/kosten-krankenhaeuser-bl.html> (08.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (2022c): Krankenhäuser 2022 nach Trägern und Bundesländern. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html> (08.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (2023a): Bevölkerung nach Altersgruppen. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-altersgruppen-deutschland.html> (04.05.2024).
- Statistisches Bundesamt (2023b): Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2022. URL: <https://de-statista.com.ezproxy.hnu.de/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/> (04.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (2023c): Pressemitteilung Nr. 286. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/09/PD23_386_231.html#:~:text=Die%20Betten%20insgesamt%20waren%20zu,beziehungsweise%2068%2C2%20%25%20gesunken.&text=Ein%20stationärer%20Krankenhausaufenthalt%20dauerte%20im%20Jahr%202022%20durchschnittlich%207%2C2%20Tage. (04.04.2024).

SGB: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung, Gliederungsnummer 2477, in der veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist.

SGB: Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung, Gliederungsnummer 1015, in der veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Mai (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist.

Tagesschau (2024): Wie die Krankenhausreform aussehen soll. URL: <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/krankenhausreform-122.html> (15.05.2024).

Verband der Ersatzkassen (2022a): Daten zum Gesundheitswesen: Krankenhaus - Krankenhausfördermittel und Brutto-Gesamtkosten. URL: https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_krankenhaus.html (08.04.2024).

Verband der Ersatzkassen (2022b): GKV-Leistungsausgaben. URL: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html (04.04.2024).

Verband der Ersatzkassen (2023a): Beitragsmemessungsgrenzen und Beitragssätze 2024. URL: <https://www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/beitragssaetze.html> (08.04.2024).

Verband der Ersatzkassen (2023b): Daten zum Gesundheitswesen: Krankenhaus - Versichert URL: https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html#:~:text=Von%20den%20mehr%20als%2084,etwa%2090%20Prozent%20der%20Bev%C3%B6lkerung. (08.04.2024).

Verband der Ersatzkassen (2024): Landesbasisfallwerte 2024. URL: https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2024.pdf (30.04.2024).

Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (2023): Versicherungsbeginn. URL: <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/versicherungsbeginn/> (23.04.2024).

Wehrs, Kim (2021): Fusionen verändern die Gesundheitsversorgung. URL: https://www.krankenhausit.de/item.953/fusionen_veraendern_die_gesundheitsversorgung.html (17.06.2024).

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Katarina Francisci

1. dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.
2. dass ich alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht-veröffentlichten Schriften entnommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe.
3. dass ich diese Arbeit bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.
4. dass ich das Thema der Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland einem Prüfer in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Mir ist bekannt, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Sonthofen, 21.06.2024

.....
Ort, Datum



.....
Unterschrift