

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

Thema

**Analyse und Bewertung der zukünftigen
Krankenhausreform in Deutschland: Herausforderungen, Chancen und
Auswirkungen für die Akteure im Gesundheitswesen**

Erstkorrektor/-in: Prof. Dr. Manja Rausendorf-Marzina
Zweitkorrektor/-in: Prof. Dr. Alexander Würfel

Verfasser/-in: Lea Cikoglu (Matrikel-Nr.: 308384)

Thema erhalten: 26.08.2024
Arbeit abgegeben: 06.12.2024

Zusammenfassung

Die ab 2025 geplante Krankenhausreform zielt darauf ab, die Behandlungsqualität zu verbessern, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen und die Bürokratie im Gesundheitssystem zu reduzieren. Um diese Ziele zu erreichen sind verschiedene Änderungen vorgesehen, darunter eine Umstrukturierung der Finanzierung durch die Einführung von Vorhaltevergütungen sowie die Etablierung von Leistungsgruppen und Versorgungslevels. Eine sektorenübergreifende Versorgung soll ebenfalls dazu beitragen, vor allem in den ländlichen Regionen die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Ziel dieser Arbeit ist es, einen umfassenden Überblick über die Krankenhausreform und die damit verbundenen Veränderungen zu geben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt darauf, Auswirkungen der Reform auf die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zu untersuchen. Die Analyse zeigt, dass die Reform sowohl Chancen als auch Herausforderungen für die Beteiligten mit sich bringen wird. Die Arbeit zielt darauf ab, diese positiven und negativen Veränderungen transparent zu machen und so ein differenziertes Verständnis für die bevorstehenden Umbrüche im Gesundheitswesen zu schaffen.

Schlüsselwörter: Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen, Levels, sektorenübergreifend, Krankenhaus

Abstract

The hospital reform planned from 2025 aims to improve the quality of treatment, ensure comprehensive care and reduce bureaucracy in the healthcare system. Various changes are planned in order to achieve these goals, including a restructuring of financing through the introduction of upfront payments and the establishment of service groups and care levels. Cross-sectoral care should also help to improve healthcare provision, particularly in rural regions. The aim of this paper is to provide a comprehensive overview of the hospital reform and the associated changes. A particular focus is on examining the effects of the reform on the various players in the healthcare system. The analysis shows that the reform will bring both opportunities and challenges for those involved. The work aims to make these positive and negative changes transparent and thus create a differentiated understanding of the upcoming upheavals in the healthcare system.

Key words: Retention payment, Performance groups, Levels, cross-sectoral,
hospital

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	VII
1. Einleitung.....	1
1.1 Gegenstand der Arbeit	2
1.2 Wissenschaftliche Einordnung.....	2
1.3 Aufbau der Arbeit	3
2. Begriffserklärung.....	4
2.1 Reform	4
2.2 Kostenträger	4
2.3 Leistungserbringer	5
2.4 Leistungsempfänger.....	5
3. Grundlagen der Reform.....	6
3.1 Aktuelle Situation der Krankenhausstruktur.....	6
3.2 Allgemeine Daten der Krankenhausreform.....	11
3.3 Ziele	14
4. Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Akteure	17
4.1 Kostenträger	17
4.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung	17
4.1.1.1 Mehrausgaben GKV.....	18
4.1.1.2 Einführung der Stichprobenprüfung	20
4.1.2 Private Krankenversicherung	23
4.1.2.1 Mehrausgaben PKV	24
4.2 Leistungserbringer	26
4.2.1 Leistungsgruppen.....	27
4.2.2 Levels	31
4.2.3 Sektorenübergreifende Versorgung.....	38
4.2.4 Vorhaltevergütung	43
4.3 Leistungsempfänger.....	47

4.3.1 Verbesserung der medizinischen Versorgung.....	48
4.3.2 Negative Auswirkungen aufgrund der Reform	48
5. Wirtschaftliche Auswirkungen der Reform.....	50
6. Schlussfolgerung	52
Literaturverzeichnis.....	55
Anhang	VIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Duale Krankenhausfinanzierung	10
Abbildung 2: Investitions- & Betriebskosten	11
Abbildung 3: Ablauf der LG Bestimmung und Weiterentwicklung.....	28
Abbildung 4: Unterteilung in Levels	36
Abbildung 5: Anzahl der Krankenhauslevels	38
Abbildung 6: Zusammensetzung der Tagesentgelte	41
Abbildung 7: Komponenten der zukünftigen Krankenhausfinanzierung.....	44
Abbildung 8: Ausgliederung Vorhaltebudget	45

Abkürzungsverzeichnis

KV	Krankenversicherung
PV	Pflegeversicherung
UV	Unfallversicherung
RV	Rentenversicherung
DRG	Diagnosis Related Groups
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst
InEK	Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
LG	Leistungsgruppen
CT	Computertomographie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit

1. Einleitung

Das Krankenhaussterben hat seit dem Jahre 2023 stark zugenommen. Die Krankenhäuser schreiben vermehrt rote Zahlen. Bei einer Umfrage, bei welcher 388 Krankenhäusern befragt wurden, zeigt sich ein alarmierendes Bild. 303 dieser Häuser kämpfen mit roten Zahlen. Neben steigenden Personalkosten und erhöhten Materialpreisen belasten insbesondere die explodierenden Energiekosten die ohnehin angespannte Lage. Die Aussichten auf Besserung sind düster, viele der befragten Kliniken erwarten auch für 2024 keine Entlastung. 71 % der Krankenhäuser erwarten eine weitere Verschlechterung der Situation. Das Problem für die Insolvenzen und die roten Zahlen ist, dass die laufenden Kosten nicht mehr gedeckt werden können, da die Einnahmen zu gering sind. Die Branche steht damit vor großen Herausforderungen, die das wirtschaftliche Überleben vieler Einrichtungen gefährden könnten.¹ Außerdem ist die Versorgungslage in strukturschwachen Regionen besorgniserregend. Während Ärzte und Krankenhäuser sich vorwiegend auf städtischen Ballungszentren konzentrieren, bleiben viele ländliche Gegenden unterversorgt. Hier müssen Patienten oft weite Wege auf sich nehmen, um medizinische Hilfe zu erhalten. Die fehlende wohnortnahe Versorgung bedeutet nicht nur längere Anfahrtszeiten, sondern stellt auch eine erhebliche Belastung für die ohnehin knappe medizinische Infrastruktur dar. Die Menschen in ländlichen Gebieten stehen vor einer Versorgungslücke, die langfristig nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet.² Um diesen Problemen entgegenzuwirken, wird seit 2022 an einer Krankenhausreform gearbeitet. Diese wurde am 17.10.2024 vom Bundestag beschlossen und die Änderungen sollen ab 2025 nach und nach eingeführt werden.³ Sie trifft jedoch auf Skepsis seitens der Betroffenen, welche mit den Änderungen konfrontiert werden.

Im Rahmen der Arbeit wird die Reform näher beleuchtet und analysiert, welche Veränderungen und potenziellen Verbesserungen durch diese Reform angestrebt werden. Dabei wird auch die Skepsis der Betroffenen berücksichtigt, die im Verlauf der Analyse deutlich wird. Ziel ist es, die Reform aus verschiedenen

¹ Vgl. Business Insider Deutschland (2023).

² Vgl. Wolfgang Hoffmann, Steffen Fleßa, Neeltje van den Berg (2021).

³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024b).

Perspektiven objektiv zu betrachten und die Erwartungen sowie die Bedenken der betroffenen Gruppen sachlich darzustellen.

1.1 Gegenstand der Arbeit

Diese Arbeit widmet sich einer umfassenden Analyse der Krankenhausreform in Deutschland und untersucht dabei die Herausforderungen, Chancen und Auswirkungen, die sich durch diese Reform für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen ergeben. Im Mittelpunkt stehen sowohl die konkreten Veränderungen, die die Reform für Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger mit sich bringt, als auch die wirtschaftlichen und strukturellen Konsequenzen für das Gesundheitssystem insgesamt. Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet: „Welche Auswirkungen hat die Krankenhausreform auf die Qualität der medizinischen Versorgung und inwiefern beeinflusst sie Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger?“ Diese Frage ist von entscheidender Bedeutung, um beurteilen zu können, ob die Reform zu einer Verbesserung im Gesundheitswesen führt und wie sie dessen zukünftige Entwicklung prägt. Ziel ist es, ein fundiertes Verständnis der Reform und ihrer Implikationen für alle Beteiligten zu gewinnen. Außerdem sollte abschließend beurteilt werden können, ob die Akteure durch die neue Reform Vorteile erzielen können oder ob die derzeitige Situation weiterhin bestehen bleibt.

1.2 Wissenschaftliche Einordnung

Die Krankenhausreform ist für die Akteure im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung, da das System vor einer grundlegenden Umstrukturierung steht. Diese Reform entscheidet maßgeblich über die Zukunft des Krankenhaussystems, was auch für die Patienten von großer Bedeutung ist, da nur ein funktionierendes System eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherstellen kann. Ursprünglich war die Einführung der Reform für Anfang 2024 vorgesehen, jedoch verzögerte sich der Prozess aufgrund von Differenzen zwischen Bund und Ländern. Nun soll die Reform Anfang 2025 in Kraft treten.⁴

⁴ Vgl. Britta Spiekermann (2024).

Zur Beantwortung der in Abschnitt 1.1 aufgeführten Fragestellung wird eine Vielzahl an Literatur- und Internetquellen herangezogen. Dabei kommen sowohl wissenschaftliche Publikationen als auch einschlägige Online-Ressourcen zum Einsatz, um eine fundierte und differenzierte Analyse zu ermöglichen. Ziel ist es, verschiedene Perspektiven und Erkenntnisse zur Fragestellung darzustellen. Die ausgewählten Quellen werden kritisch miteinander verglichen und in den Kontext der bestehenden Forschung eingeordnet, um ein präzises und umfassendes Bild der Thematik zu vermitteln.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in insgesamt sechs Kapitel unterteilt, die systematisch aufeinander aufbauen. Das erste Kapitel bietet eine Einführung in das Thema und beschreibt den zentralen Untersuchungsgegenstand. Dabei werden sowohl die Relevanz des Themas als auch die spezifische Fragestellung, die in dieser Arbeit behandelt wird, dargelegt. Im zweiten Kapitel wird der Fokus auf die Definition und Erläuterung grundlegender Begriffe gelegt, die für das Verständnis der Thematik wesentlich sind. Die Definition der grundlegenden Begriffe gewährleistet eine einheitliche Basis für das Verständnis des Themas, sodass Missverständnisse oder Unklarheiten vermieden werden. Im dritten Kapitel wird die aktuelle Situation der Krankenhäuser ausführlich beschrieben. Diese Darstellung bildet eine zentrale Grundlage für die anschließende Analyse der Reform sowie für die Beantwortung der Hauptfragestellung der Arbeit. Daraufhin werden die allgemeinen Fakten zur Reform sowie deren angestrebte Ziele erläutert. Kapitel vier behandelt die Veränderungen, die die Reform für die verschiedenen Akteure – Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger – mit sich bringt, einschließlich der jeweiligen Vor- und Nachteile. In Kapitel fünf werden die wirtschaftlichen Auswirkungen analysiert, um eine umfassende Perspektive auf das Thema zu erhalten. Abschließend bietet Kapitel sechs eine Zusammenfassung der Ergebnisse und beantwortet die zentrale Fragestellung im Rahmen der Schlussbetrachtung.

2. Begrifflichkeiten

Nachdem in der Einleitung kurz erläutert wurde, welches Thema in der vorliegenden Arbeit behandelt wird, kommen wir nun zu der Bedeutung der verschiedenen Begriffe. Die im nachfolgenden genannten Begriffe, sind von hoher Bedeutung für die Arbeit. Somit ist es wichtig zu wissen, was man unter diesen Begriffen versteht, damit es nicht zu einer fehlerhaften Interpretation kommt und jeder dasselbe Verständnis über die Begriffe hat. Die Begriffe, welche erläutert werden, sind die Begriffe Reform, Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger.

2.1 Reform

Der Begriff „Reform“ stellt das zentrale Fundament dieser Arbeit dar, da sämtliche Überlegungen und Analysen sich um das Thema der Krankenhausreform gruppieren. In diesem Kontext bezieht sich „Reform“ auf eine gezielte Umgestaltung oder Optimierung bestehender Strukturen und Abläufe. Der Anstoß zu einer Reform ergibt sich häufig aus der Notwendigkeit, bestehende Systeme zu überarbeiten, insbesondere wenn sie ineffizient oder veraltet sind. Das Hauptziel einer solchen Reform ist es, eine positive Entwicklung zu erreichen und die aktuellen Gegebenheiten nachhaltig zu verbessern. Durch die Implementierung von Veränderungen sollen sowohl die Qualität der Patientenversorgung als auch die organisatorischen Abläufe in den Krankenhäusern gesteigert werden, um den Anforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden.⁵

2.2 Kostenträger

Kostenträger, darunter gibt es eine Vielzahl an Interpretationen. In einigen Bereichen, wie in der Betriebswirtschaft, zählen zu den Kostenträgern nämlich die Dinge, durch welche die Kosten anfallen. Im Krankenhaus wären das zum Beispiel die verschiedenen Fälle, durch welche Kosten entstehen.⁶ Die Interpretation, welche für diese Arbeit von Bedeutung ist, ist jedoch eine andere. In dieser Arbeit ist es wichtig zu wissen, dass man unter Kostenträgern Einrichtungen bezeichnet, welche für die anfallenden Kosten der Behandlungen verantwortlich

⁵ Vgl. Gerd Schneider (2024).

⁶ Vgl. Lexware (2024).

sind, heißt, dass Sie für die Kosten aufkommen müssen. Hierbei gibt es verschiedene Einrichtungen, die bei unterschiedlichen Vorfällen herangezogen werden. Zu diesen Einrichtungen zählen die Krankenversicherung (KV), Pflegeversicherung (PV), Unfallversicherung (UV) und die Rentenversicherung (RV).⁷

2.3 Leistungserbringer

Die Leistungserbringer nehmen eine zentrale Rolle in unserem Gesundheitssystem ein, da sie die Personen und Institutionen sind, die medizinische Leistungen erbringen, um das Gesundheitsniveau der Bevölkerung zu sichern. Zu den Leistungserbringern zählen unter anderem Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Apotheker und zahlreiche weitere Fachkräfte.

Diese Akteure arbeiten eng mit den Kostenträgern, wie beispielsweise den gesetzlichen und privaten Krankenkassen, zusammen, um fundierte Entscheidungen über die im Gesundheitssystem verfügbaren Behandlungen und Therapiemöglichkeiten zu treffen. Diese Kooperation erfolgt im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses.⁸

2.4 Leistungsempfänger

Abschließend zu den zentralen Begriffen wird die Bedeutung der Leistungsempfänger, die im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle einnehmen, hervorgehoben. Leistungsempfänger sind die Personen, die auf die Angebote der Leistungserbringer angewiesen sind, um eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands zu erreichen. In diesem Zusammenhang sind Leistungsempfänger die Patienten, die mit unterschiedlichen Beschwerden medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Arztpraxen aufsuchen, um eine umfassende Behandlung und Versorgung zu erhalten.⁹

⁷ Vgl. Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH.

⁸ Vgl. vdek (2021).

⁹ Vgl. Patrick Messner (2014).

3. Grundlagen der Reform

Um das Thema der Reform umfassend zu beleuchten, werden in Kapitel drei zunächst die wesentlichen Grundlagen detailliert dargestellt. Diese grundlegende Einführung ist notwendig, um ein fundiertes Verständnis für die Kernaspekte und Ziele der Reform zu entwickeln, bevor die Analyse in spezifische Details und Hintergründe vertieft wird. Die Beschäftigung mit den Grundlagen schafft die Basis dafür, die Bedeutung und Tragweite der Reform für das Gesundheitswesen in ihrer Gesamtheit nachvollziehen zu können. Außerdem folgt eine ausführliche Analyse der aktuellen Situation in den Krankenhäusern. Diese Bestandsaufnahme umfasst sowohl strukturelle als auch organisatorische und finanzielle Aspekte und gibt einen umfassenden Überblick über die derzeitige Lage in den Krankenhäusern. Die Analyse ist ein wesentlicher Bestandteil, um die Unterschiede zwischen dem Status quo und den mit der Reform angestrebten Änderungen präzise herauszuarbeiten. Ein vertieftes Verständnis der aktuellen Gegebenheiten und Herausforderungen ist unverzichtbar, um die Forschungsfrage fundiert zu beantworten und die Relevanz der geplanten Reformen sowie ihre potenziellen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem kritisch einordnen zu können.

3.1 Aktuelle Situation der Krankenhausstruktur

In diesem Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf der aktuellen Situation der Krankenhäuser, ihrer Organisationsstruktur und ihrer Finanzierungsweise. Die Krankenhäuser sind aktuell in verschiedene Versorgungsstufen unterteilt, die verschiedene Aufgaben und Fachbereiche abdecken. Es gibt vier zu unterscheidende Stufen: Die Fachkrankenhäuser, Regel-/ Grundversorger, Schwerpunktversorger und die Maximalversorger. Bei den Fachkrankenhäuser handelt es sich um Einrichtungen, welche sich auf eine Fachrichtung spezialisieren, wie zum Beispiel psychiatrische Einrichtungen. Sie bieten im Gegensatz zu den anderen Stufen spezialisierte Diagnosen und Behandlungen an. Darüber hinaus verfügen sie über das Fachpersonal, welches für diese speziellen Behandlungen notwendig ist.¹⁰ Die Krankenhäuser der Regel-/ Grundversorgung umfassen meistens zwei

¹⁰ Vgl. Celina Wagner (2022).

Bereiche, nämlich die allgemeine Chirurgie und die innere Medizin. Hinzu kommen können auch die Notfallversorgung oder pädiatrische Behandlungen. Diese Einrichtungen stehen somit zur Erstversorgung bereit und sind oftmals in ländlicheren Regionen zu finden. Sie sind die Anlaufstelle für kleinere gesundheitliche Beschwerden. Schwerpunktversorger hingegen betreiben mehrere Abteilungen, wie zum Beispiel zusätzlich die Gynäkologie, Strahlentherapie oder Gefäßchirurgie. Außerdem verfügen sie über Spezialisierungen in einigen Bereichen. Die Maximalversorger bieten eine Vielzahl an Fachabteilungen an, in welchen es auch zu Spezialisierungen kommen kann. Sie bieten die umfassendste und komplexeste medizinische Versorgung an. Bei den Maximalversorgern werden aufgrund ihrer breiten Aufstellung seltene und komplexe Krankheiten behandelt. Außerdem werden die Maximalversorger auch als Hochschulmedizin bezeichnet, da die Universitätskliniken dazugehören, in welchen die Studenten ausgebildet werden.¹¹ Diese Versorgungsstufen sollen zukünftig jedoch ersetzt werden. Die Problematik dieser Stufeneinteilung besteht darin, dass es dafür keine einheitliche Definition gibt. Somit haben sich die Krankenhäuser trotz derselben Stufenzuteilung erheblich durch ihre Abteilungen unterschieden, da es keine klaren Vorgaben gibt, was die Abteilungen vorzuweisen haben.¹²

Des Weiteren wird die Finanzierung um einen zusätzlichen Teil ergänzt, um einen Anreiz für qualitativ hochwertigere Behandlungen zu schaffen. Bisher werden die Behandlungen der Patienten über das Diagnosis Related Groups-System (DRG-System) vergütet. Hierbei werden die Behandlungsfälle verschiedenen Fallgruppen zugeordnet. Bei der Zuordnung der Fälle sind die Haupt- und Nebendiagnosen und auch der Umstand zu beachten, welche Operationen durchgeführt werden. Nachdem im System alle Informationen erfasst wurden, erhält man die sogenannte Fallpauschale. Die Fallpauschale, auch DRG genannt, setzt sich aus zwei Hauptkomponenten zusammen, der Bewertungsrelation und dem Landesbasisfallwert. Die Bewertungsrelation ist ein dynamischer Faktor und variiert je nach Schweregrad und Komplexität des jeweiligen medizinischen Eingriffs. Durch diese Differenzierung wird sichergestellt, dass verschiedene Behandlungen, die unterschiedliche Ressourcen und Aufwände erfordern, angemessen vergütet werden. Für kleinere Operationen, wie beispielsweise eine Blinddarmoperation, wird eine niedrigere Bewertungsrelation angesetzt, während

¹¹ Vgl. Hanna Degen (2024), S.15f.

¹² Vgl. Regierungskommission (2022), S.9.

für aufwendigere Eingriffe, wie Herzoperationen, eine höhere Bewertungsrelation zum Tragen kommt. Diese Bewertungsrelation wird von dem Institut für Entgeltsysteme (InEK) ermittelt, und zwar unter Mithilfe von Krankenhäusern, die ihre Daten zur Verfügung stellen. Der Landesbasisfallwert hingegen ist ein fester Betrag, der für jede Behandlung gilt. Er wird jährlich zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen neu verhandelt. Die Kosten, die für einen einzelnen Fall anfallen, werden in der Regel von der Krankenkasse übernommen.¹³ Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser nur dann Einnahmen erzielen können, wenn sie Patienten behandeln und diese Fälle erfolgreich abrechnen. Vor diesem Hintergrund sind Krankenhäuser zunehmend darauf angewiesen, eine hohe Anzahl an Patienten zu behandeln und die jeweiligen Behandlungsfälle abzurechnen, um ihre laufenden Kosten zu decken. Dies kann dazu führen, dass bestimmte Behandlungen nicht mehr ausschließlich aus medizinischen Gründen durchgeführt werden, sondern auch zur Steigerung der Einnahmen, um die wirtschaftliche Stabilität des Krankenhauses sicherzustellen.¹⁴

Bei der Finanzierung der Krankenhäuser spricht man auch von einer dualen Krankenhausfinanzierung, was bedeutet, dass die Kosten von zwei Hauptträgern übernommen werden. Dieses System wurde 1972 eingeführt, um eine klare Aufteilung der finanziellen Verantwortung im Gesundheitswesen zu schaffen. Die Finanzierung teilen sich im Wesentlichen die Krankenkassen, die für die laufenden Betriebskosten aufkommen, und die Bundesländer, die für die Investitionskosten der Krankenhäuser zuständig sind. Wie bereits erwähnt, liegt die Aufgabe der Krankenkassen darin, die laufenden Kosten zu decken, die durch die klinische Versorgung entstehen. Sie sind maßgeblich für die Finanzierung des täglichen Krankenhausbetriebs zuständig. Im Gegensatz dazu tragen die Bundesländer die Verantwortung für die Deckung der Investitionskosten. Darunter zählen Kosten für den Neubau, Umbau oder Erweiterungsbau, aber auch Kosten für die Beschaffung eines Anlagegutes. Ihre Aufgabe ist es, sicherzustellen, dass den Patienten qualitativ hochwertige und leistungsfähige Krankenhäuser zur Verfügung stehen.¹⁵ Es lassen sich zwei verschiedene Formen der Investitionsförderung unterscheiden. Zum einen die Einzelförderung und zum anderen die Pauschalför-

¹³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2024).

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.1.

¹⁵ Vgl. hc Consulting AG (2024).

derung. Bei der Einzelförderung muss ein Antrag eingereicht werden, um die Förderung zu erhalten. Dieser Antrag muss vom jeweiligen Land bewilligt werden. Im Rahmen der Einzelförderung beantragt man die Kosten, die für die Erstaussstattung eines Krankenhauses und für die Anlagegüter anfallen. Die Pauschalförderung hingegen benötigt keinen Antrag. Bei der Pauschalförderung geht es, wie man aus dem Begriff „pauschal“ ableiten kann, um einen festen Betrag, der sich je nach Land unterscheidet. Dieser Betrag bemisst sich an der Kostenentwicklung. Enthalten sind in der Pauschalförderung kleine Baumaßnahmen und Anlagegüter, welche kurzfristig beschafft werden müssen. Mit der Pauschalförderung können die Krankenhäuser frei wirtschaften.¹⁶ Die Förderungen sollten die notwendigen Investitionskosten größtenteils decken. Um den genannten Anforderungen gerecht zu werden, entwickeln die einzelnen Länder spezifische Investitionsprogramme. Diese Programme sind darauf ausgerichtet, die erforderliche Infrastruktur im Gesundheitswesen sowohl aufzubauen als auch kontinuierlich zu verbessern. Ziel dabei ist es, eine bedarfsgerechte und moderne Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die den aktuellen und zukünftigen Anforderungen der Bevölkerung entspricht.¹⁷ Die beigefügte Abbildung zeigt deutlich, wie das System der dualen Krankenhausfinanzierung in Deutschland funktioniert. Sie zeigt die Aufteilung der finanziellen Verantwortung zwischen Krankenkassen und Bundesländern sowie die Rolle der Versicherten und Steuerzahler in diesem System.

¹⁶ Vgl. DKG (2022), S.4f.

¹⁷ Vgl. hc Consulting AG (2024).

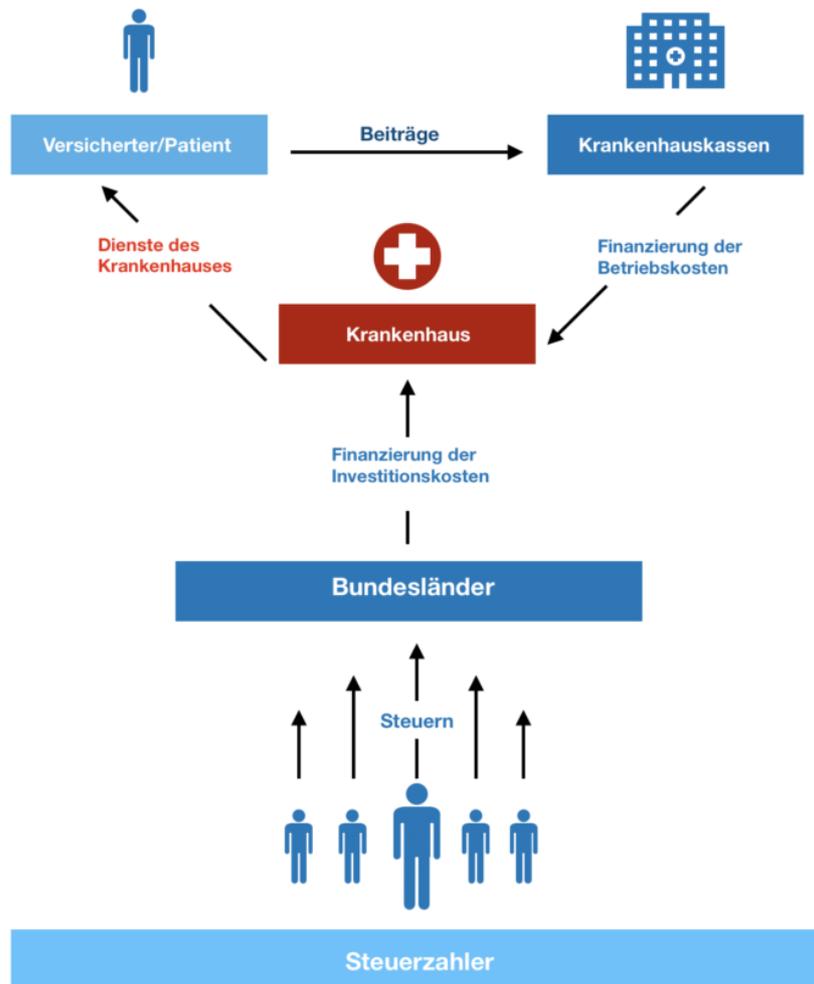


Abbildung 1: Duale Krankenhausfinanzierung

Quelle: hc Consulting AG (2024)

Ein Problem der dualen Krankenhausfinanzierung besteht darin, dass die Bundesländer ihrer Verantwortung für Investitionsmaßnahmen zunehmend nicht mehr gerecht werden. Dadurch sind die Investitionen in Krankenhäuser über die Jahre zurückgegangen. Im Jahr 2017 lagen die Investitionsausgaben bei etwa 2,98 Milliarden Euro, während sie 1991 noch 3,64 Milliarden Euro betragen – ein Rückgang von 18 %. Diese Entwicklung zeigt, dass die Bundesländer nur einen begrenzten Anteil an der Finanzierung der Krankenhäuser leisten, wodurch die Krankenkassen zunehmend die Hauptlast der Kosten tragen. Die vorliegende Statistik zeigt auf, dass die Länder weniger als 4 % zur Finanzierung der Krankenhäuser beitragen. Diese geringe Beteiligung hat Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Gesundheitseinrichtungen. Zudem zeigt die Statistik, dass die Ausgaben der Krankenkassen kontinuierlich steigen. Dieser Anstieg ist in erster Linie auf die zunehmende Anzahl von Krankenhausbehandlungen zurückzuführen.

ren, was den Druck auf die Finanzierungssysteme erhöht.¹⁸ Um diesen Herausforderungen entgegenzuwirken, verfolgt die Reform in der Krankenhausfinanzierung das Ziel, die Finanzierungslage der Krankenhäuser zu verbessern und nachhaltig zu stabilisieren. Durch gezielte Maßnahmen und Veränderungen soll eine gerechtere und effektive Verteilung der finanziellen Mittel erreicht werden, um die Qualität der medizinischen Versorgung langfristig sicherzustellen.

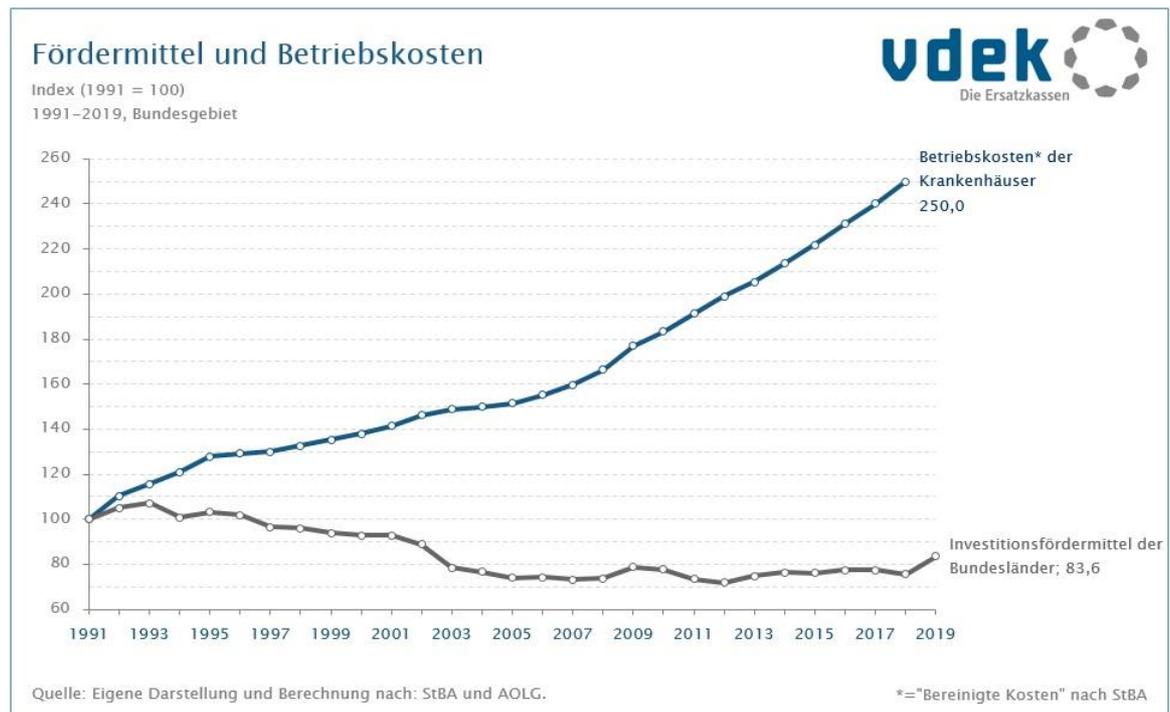


Abbildung 2: Investitions- & Betriebskosten

Quelle: Verband der Ersatzkassen e.V. (2021)

3.2 Allgemeine Daten zu der Krankenhausreform

Nachdem die gegenwärtige Situation der Krankenhäuser betrachtet wurde, widmen wir uns im Folgenden zwei zentralen Aspekten der geplanten Krankenhausreform. Diese beiden Unterpunkte bieten einen strukturierten Überblick über die wesentlichen Reformansätze und deren Ziele, bevor in einem späteren Abschnitt detaillierter auf die spezifischen Maßnahmen und Herausforderungen eingegangen wird. Bereits im Jahr 2022 wurden erste Vorschläge für eine umfassende Reform des Krankenhaussystems präsentiert, die darauf abzielten, die Struktur und die Versorgung in den deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Diese Empfehlungen wurden im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

¹⁸ Vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. (2021).

(KHVVG) zusammengefasst, das eine grundlegende Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft in Deutschland anstrebt. Nachdem die Regierungskommission den entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt hatte, war es an den weiteren relevanten Akteuren im Gesundheitswesen, die wesentlichen Eckpunkte auszuarbeiten. Hierbei kamen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Regierungsfractionen sowie die Gesundheitsministerien der einzelnen Bundesländer zum Zug, um gemeinsam an der Konzeption und Umsetzung der Reform zu arbeiten. Die Ausarbeitung dieser Eckpunkte umfasste sowohl die Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen als auch die Optimierung der Versorgungsstrukturen, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen.¹⁹

Mit dieser Reform soll künftig die Qualität der Patientenbehandlung im Mittelpunkt stehen, anstatt wie bisher die finanziellen Interessen der Krankenhäuser. Derzeit sehen sich viele Einrichtungen gezwungen, sich durch die Aufnahme von Patienten in stationäre Behandlungen wirtschaftlich über Wasser zu halten, auch wenn dies oftmals nicht notwendig ist. Ziel der Reform ist es, den wirtschaftlichen Druck von den Krankenhäusern zu nehmen, indem die Finanzierung in eine andere Richtung gelenkt wird. Man möchte Anreize schaffen, die eine verstärkte ambulante Versorgung fördern und die Notwendigkeit stationärer Behandlungen reduzieren. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Patienten eine bestmögliche Behandlung erhalten, ohne dass finanzielle Überlegungen die medizinische Notwendigkeit in den Hintergrund drängen. Dadurch kann ebenso eine Belastung des stationären Sektors verringert und die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig verbessert werden. Durch die Verringerung des ökonomischen Drucks, der oft mit der Notwendigkeit einhergeht, eine möglichst hohe Anzahl von Patienten in kurzer Zeit zu behandeln, wird die Möglichkeit geschaffen, eine intensivere und individuellere Betreuung zu gewährleisten. Dies ermöglicht es den Fachkräften, sich mehr Zeit für jeden einzelnen Patienten zu nehmen, sodass deren spezifischen Bedürfnisse und Anliegen besser berücksichtigt werden können. Außerdem werden die zukünftigen Kosten nicht mehr ausschließlich durch die Quantität der Behandlungsfälle gedeckt, sondern auch durch eine stärkere Fokussierung auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten. Eine verbesserte Qualität der Versorgung kann langfristig auch ökonomische Vorteile für das Gesundheitssystem mit sich bringen, da präventive Maßnahmen und effektive

¹⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024b).

Behandlungen dazu beitragen können, Folgekosten zu reduzieren.²⁰ Mit der bevorstehenden Reform zielt man außerdem darauf ab, klinische Einrichtungen, die besonders in ländlichen Regionen vor finanziellen Herausforderungen stehen, zu bewahren, um die flächendeckende Versorgung beizubehalten. Die geplanten Änderungen in der Finanzierung sollen dazu beitragen, dass die Kliniken weiterhin bestehen bleiben und soll diese auch vor einem unkontrollierten Kliniksterben retten. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Rettung der Kliniken, vor allem derjenigen, die von hoher Bedeutung für die Versorgung der Patienten sind.²¹ Es wird jedoch nicht möglich sein, alle Krankenhäuser zu erhalten, insbesondere in den Ballungsgebieten, in denen häufig viele Betten ungenutzt bleiben und das erforderliche Personal nicht verfügbar ist. Die Reform führt daher nicht zu einem unkontrollierten Kliniksterben, sondern zu einer organisierten Schließung von Krankenhäusern. Bei diesem Prozess wird darauf geachtet, welche Einrichtungen eine besondere Bedeutung haben, insbesondere in ländlichen Regionen, und welche Krankenhäuser geschlossen werden können. Die gezielte Schließung bestimmter Krankenhäuser trägt dazu bei, die wirtschaftliche Stabilität der verbleibenden Einrichtungen zu fördern. Durch die Reduzierung der Anzahl der Kliniken kann eine bessere Ressourcennutzung und eine effizientere Versorgung gewährleistet werden, was letztlich dazu beiträgt, die Qualität der Gesundheitsversorgung für die Patienten zu sichern.²² Eine zentrale Fragestellung im Zusammenhang mit der Reform ist die Klärung der Finanzierungsmodalitäten. Die Finanzierung der Reform des stationären Sektors ist ein zentrales Anliegen, das mit einem Transformationsfonds realisiert werden soll. Dieser Fonds wird ein Volumen von insgesamt 50 Milliarden Euro umfassen und dient dazu, die notwendigen Umstrukturierungen und Anpassungen innerhalb der Krankenhäuser weitestgehend zu finanzieren. Dieser soll ab dem Jahr 2026 bis 2035 zur Verfügung stehen und die Krankenhäuser unterstützen. Die Mittel des Fonds werden sowohl vom Bund als auch von den Ländern bereitgestellt, wobei die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für die Finanzierung durch den Bund verantwortlich sind. Die Mittel, die aus dem Transformationsfonds bereitgestellt werden, sollen die geplante Reform und Investitionen in den Krankenhäusern über einen Zeit-

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a).

²¹ Vgl. ZDFheute (2024).

²² Vgl. Jan Zimmermann (2024).

raum von zehn Jahren unterstützen. Dies bedeutet, dass die finanziellen Ressourcen schrittweise und bedarfsgerecht an die jeweiligen Einrichtungen ausgezahlt werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die notwendigen Veränderungen nachhaltig umgesetzt werden können. Ziel ist es, die strukturellen und qualitativen Anforderungen der Gesundheitsversorgung zu erfüllen und die Zukunft der Krankenhäuser langfristig zu sichern.²³ Jedes Land hat die Möglichkeit, jährlich bis zu 95 % seines Anteils aus dem Transformationsfond zu beantragen. Die verbleibenden 5 % des Fonds sind für länderübergreifende Förderungen vorgesehen. Der jährlich verfügbare Anteil für jedes Bundesland wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung bekannt gegeben. Diese Regelung soll sicherstellen, dass die Mittel effektiv verteilt werden und den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Länder gerecht werden.²⁴

Diese Änderungen treffen jedoch auf Gegenwind von Seiten der Krankenhäuser. Sie sind sich unsicher, ob die Umstrukturierungen eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage bringen werden. Sie sorgen sich darum, dass die Veränderung der Finanzierung weiterhin zu Problemen führen kann, falls die Fallzahlen absinken werden. Das Vertrauen dieser Einrichtungen muss durch ein klares Konzept geschaffen werden, was die wichtigsten Änderungen klar veranschaulicht und auch die zukünftigen Veränderungen aufzeigt.²⁵

3.3 Ziele

Nachdem die wichtigsten Punkte zu der Reform aufgezeigt wurden, wird das Thema weiter vertieft, indem die wesentlichen Ziele betrachtet werden. Mit der Krankenhausreform werden drei übergeordnete Ziele verfolgt. Diese Ziele sind die Gewährleistung der Versorgungssicherheit, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und die Entbürokratisierung.²⁶

Die Gewährleistung der Versorgungssicherheit, insbesondere in ländlichen Regionen, bleibt von zentraler Bedeutung, um eine medizinische Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Die Menschen, die in abgelegenen Gebieten leben, sollen in Zukunft keine langen Anfahrtswege zu den notwendigen Dienstleistungen haben. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass die Patienten im

²³ Vgl. Agnieszka Kreutzberg (2024).

²⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.34.

²⁵ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2024).

²⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024c).

Falle eines Notfalls in der Lage sind, innerhalb von weniger als 30 Minuten das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zu erreichen, um dort zeitnah behandelt zu werden. Eine wohnortnahe Versorgung trägt nicht nur zur gesundheitlichen Sicherheit der Betroffenen bei, sondern fördert auch die Lebensqualität im ländlichen Raum, indem sie den Zugang zu medizinischer Hilfe erleichtert. Daher ist es notwendig, gezielte Maßnahmen zu ergreifen, um die Erreichbarkeit von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen in ländlichen Gebieten zu optimieren.

Bei dem Ziel, eine Steigerung der Behandlungsqualität herbeizuführen, geht es vor allem darum, die Gesundheit der Patienten zu fördern und damit die Morbiditätslast sowie die Mortalität zu reduzieren. Gleichzeitig soll auch die Lebensqualität durch qualitativ hochwertige Behandlungen gesteigert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden zukünftig verschiedene Qualitätskriterien definiert, die die Krankenhäuser je nach festgelegter Einstufung erfüllen müssen. Diese Kriterien sollen dazu beitragen, dass die Versorgung der Patienten kontinuierlich verbessert wird. Ein weiterer Aspekt, welcher bei diesem Ziel eine Rolle spielt, ist die Sicherstellung, dass die angebotenen Dienstleistungen in den Krankenhäusern den festgelegten Anforderungen entsprechen. Dies bedeutet, dass sich alle Einrichtungen aktiv mit den Qualitätskriterien auseinandersetzen und ihre Prozesse entsprechend anpassen müssen, um die gewünschten therapeutischen Ergebnisse zu erzielen. Die Neuausrichtung des Fokus auf die Qualität wird zudem durch eine Veränderung der Finanzierungsstrukturen in den Krankenhäusern unterstützt. Durch diese Veränderung wird sichergestellt, dass nicht mehr primär der finanzielle Gewinn im Vordergrund steht, sondern die Qualität der medizinischen Versorgung und das Wohl der Patienten. Dieser Ansatz stellt sicher, dass alle Maßnahmen und Strategien auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ausgerichtet sind.²⁷ In einem späteren Kapitel werden die finanziellen Aspekte aufgegriffen und deren Einfluss auf die Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung analysiert.

Das letzte übergeordnete Ziel der Entbürokratisierung bezieht sich auf die gezielte Reduzierung bürokratischer Hürden, die in verschiedenen Bereichen, insbesondere im Gesundheitswesen, häufig eine erhebliche Belastung darstellen. Der Fokus liegt darauf, die vorhandenen Prozesse zu optimieren, um sowohl

²⁷ Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. (2023).

Fachkräften als auch Patienten den Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen zu erleichtern. Im Gesundheitswesen wird angestrebt, den Aufwand für Prüfungen und die damit verbundene Dokumentation zu minimieren. Diese Dokumentationspflichten nehmen oftmals einen Großteil der Arbeitszeit in Anspruch, wodurch die eigentliche Patientenversorgung in den Hintergrund rückt. Die Entbürokratisierung soll daher insbesondere durch eine Vereinfachung der Dokumentationsanforderungen erreicht werden. Dies könnte durch standardisierte Formulare, digitale Lösungen oder vereinfachte Berichtssysteme geschehen, die weniger Zeit und Ressourcen erfordern. Ein weiterer zentraler Aspekt dieser Entbürokratisierungsstrategie ist die zukünftige Verantwortung des Medizinischen Dienstes (MD) für alle Prüfungen, die einmal jährlich durchgeführt werden sollen. Durch die Zentralisierung der Prüfungsprozesse beim MD soll der Bürokratieaufwand signifikant verringert werden. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass ein einheitlicher Standard für Überprüfungen etabliert werden kann. Zudem kann der MD als zentrale Anlaufstelle sofortige Klarheit über Anforderungen und Abläufe schaffen, wodurch Missverständnisse und zusätzliche Bürokratie abgebaut werden. Ein weiterer Punkt, welcher mit diesem Ziel einhergeht, ist, dass die Daten, wie zum Beispiel Prüfungsergebnisse oder Berichte, an den MD über eine gesicherte Datenbank elektronisch übermittelt werden dürfen. Die Prüfungen werden außerdem in eine Norm integriert, um die Entlastung zu gewährleisten. Des Weiteren sollen Zertifikate von Anbietern desselben Standes allgemein verbindlich sein, sodass beispielsweise die Zertifikate des InEk auch für den MD gelten. Dadurch wird weitere Bürokratie abgebaut, da man künftig denselben Bericht nicht öfters erstellen muss, nur für eine andere Institution. Somit wird der Bürokratieaufwand in mehreren Punkten reduziert und führt zu einer Entlastung des Personals und der Einrichtungen.²⁸ Aus diesen Zielen der Krankenhausreform lässt sich ableiten, dass grundsätzlich ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem angestrebt wird, dass den Bedürfnissen der gesamten Bevölkerung gerecht wird und das hohe Standards in der medizinischen Versorgung garantiert.

²⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.2, 126, 128f., 135, 182.

4. Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Akteure

Im Anschluss an die Darstellung der grundlegenden Aspekte in Kapitel drei sollen nun die Auswirkungen für die Akteure in den Blick genommen werden. Erst durch die Untersuchung der aktuellen Situation der Krankenhäuser, ist es möglich, ein besseres Verständnis für die bevorstehenden Änderungen zu entwickeln und zu beurteilen, ob die Reform positive oder negative Auswirkungen haben wird. Die Regierung erhofft sich eine Besserung der aktuellen Lage der Krankenhäuser, weshalb die Veränderungen, welche in dem folgenden Kapitel genannt werden, eingeführt werden sollen. Beurteilen, ob diese Veränderungen zu einer Besserung führen, können jedoch nur die Personen, welche dadurch direkt betroffen sind. Ihre individuellen Erfahrungen und Perspektiven sind entscheidend für die Einschätzung der tatsächlichen Auswirkungen und der eingetretenen Veränderungen. Zunächst werden in Kapitel vier die Kostenträger analysiert und die Veränderungen bewertet. Anschließend werden die Leistungserbringer und die Leistungsempfänger betrachtet, um einen Rundumblick zu bekommen, wer mit welchen Veränderungen konfrontiert wird und wie diese sich auf die Akteure auswirken werden.

4.1 Kostenträger

Zu Beginn dieser Analyse werden die Kostenträger betrachtet, die den größten Kostenblock der Krankenhäuser abdecken. Hierbei wird zwischen der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV). Zunächst soll eine eingehende Erläuterung der beiden Systeme der KVen erfolgen, um die wesentlichen Unterschiede zwischen ihnen herauszustellen. Anschließend wird eine detaillierte Darstellung der bereits eingetretenen sowie der zu erwartenden Veränderungen vorgenommen, die beide Systeme betreffen. Der Schwerpunkt liegt dabei zunächst auf der GKV.

4.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV spielt eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem und betreut etwa 90 % der Bevölkerung. Ihr Hauptziel besteht darin, den Menschen einen umfassenden Gesundheitsschutz zu bieten und die Kosten für medizinische Behandlungen zu übernehmen, sodass die Versicherten im Krankheitsfall finanziell abgesichert

sind. Die Leistungen der GKV umfassen sowohl präventive Maßnahmen als auch die Behandlung von Verletzungen und Krankheiten. Um in den Genuss dieser Leistungen zu kommen, müssen Bürger Mitglied in der GKV sein und regelmäßig einen monatlichen Beitrag entrichten. Bei den Elternteilen, welche bei der GKV versichert sind, besteht außerdem die Möglichkeit die Kinder mitzuversichern, ohne einen Beitrag entrichten zu müssen (sogenannte Familienversicherte). Es reicht aus, wenn ein Elternteil gesetzlich versichert ist, um das Kind beitragsfrei mitzuversichern.²⁹ Der Beitrag der Versicherten richtet sich dabei nach ihrem individuellen Einkommen. Neben dem allgemeinen Beitragssatz, der auf dem Einkommen basiert, erheben die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag, dessen Höhe je nach Krankenkasse variieren kann. Dieser Zusatzbeitrag orientiert sich an einem Satz, der vom BMG festgelegt und veröffentlicht wird. Eine weitere Besonderheit der GKV ist, dass die Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags für ihre Beschäftigten übernehmen, wodurch die finanzielle Belastung für die Versicherten verringert wird. Außerdem bekommen bei der GKV alle Versicherten, unabhängig von ihrem Einkommen oder ihrem Status in der Gesellschaft, dieselben Leistungen.

Es ist wichtig zu beachten, dass Versicherte in der GKV nur so lange krankenversichert sind, solange ihr jährliches Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 62.100 Euro nicht überschreitet. Sobald das Einkommen diesen Beitrag übersteigt, kann es notwendig werden, sich bei der GKV freiwillig zu versichern oder Mitglied der PKV zu werden.³⁰ Somit haben die Versicherten ein Wahlrecht, wie sie sich versichern lassen wollen.

4.1.1.1 Mehrausgaben GKV

Nachdem umrissen wurde, für wen und was die GKV zuständig ist, werden nun die Veränderungen und deren Auswirkungen analysiert. Zuerst zu den bevorstehenden Mehrausgaben, welche die GKV betreffen werden. Ein Hauptgrund für die entstehenden Mehrausgaben ist die Tarifrefinanzierung der Beschäftigungsgruppen. Im laufenden Jahr 2024 entstehen dadurch bereits Mehrausgaben in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrags. Für die kommenden Jahre lässt sich der Betrag jedoch noch nicht beziffern. Ab dem Jahr 2025 fallen zudem

²⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024a).

³⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024d).

Ausgaben für den Erhalt der ländlichen Krankenhäuser in einer Höhe von 15 Millionen Euro an. Ebenfalls fallen in dem Jahr 2025 und 2026 jährliche Mehrausgaben von circa 378 Millionen Euro, für Pädiatrie und Geburtshilfe Zuschläge an. Ab 2027 kommen weitere Mehrkosten in Höhe von 495 Millionen Euro für die unbefristeten Zuschläge hinzu. Für die finanzielle Absicherung der Hochschulkliniken werden weitere Kosten in Höhe von 180 Millionen Euro auf die GKV zukommen. Um die Notfallversorgung auch weiterhin gewährleisten zu können, erhöht sich ebenfalls der Zuschlag für die Teilnahme der Krankenhäuser daran. Diese Kosten für die Notfallversorgung belaufen sich jährlich auf circa 29,7 Millionen Euro. Da die GKV ebenfalls an der Einzahlung in den Transformationsfonds beteiligt ist, entstehen hierdurch weitere Mehrausgaben. Die GKV müssen sich zur Hälfte beteiligen, was 25 Milliarden Euro entspricht. Durch den Transformationsfonds steigen die Mehrausgaben für zehn Jahre um jeweils weitere 2,5 Milliarden Euro an. Dieser Anteil wird aus dem Gesundheitsfonds der GKV abgeschöpft. Dies sind die Mehrausgaben, welche in ihrer ungefähren Höhe schon feststehen. Es können jedoch noch weitere Ausgaben für die Einführung der Tarifrefinanzierung und für den Wegfall des Fixkostendegressionsabschlags anfallen, welche in ihrer Höhe noch nicht bekannt sind und erst im Laufe der Umstrukturierung bekannt werden. Anfangs hat die GKV mit einem großen Verlust zu rechnen, welcher später durch die sogenannten Effizienzgewinne oder Minderausgaben ausgeglichen werden soll. Diese Gewinne entstehen durch eine verbesserte und hochwertigere Versorgung der Patienten, durch eine verbesserte Versorgungsstruktur sowie durch die Spezialisierung der Krankenhäuser und die Beschränkung auf wirklich notwendige Behandlungen. Dadurch sollen sich die Ausgaben der GKV in einem Umfang von 330 Millionen Euro reduzieren. Vor allem durch das Wegfallen von unnötigen Behandlungen, welche derzeit zum Erhalt der Krankenhäuser durchgeführt werden, können die Krankenkassen Kosten sparen. Durch die Reduzierung der Behandlungen um nur ein Prozent, können bereits Kosten in Höhe von 650 Millionen Euro jährlich eingespart werden. Durch die Spezialisierungen der Krankenhäuser und die damit verbundene Erhöhung der Qualität können Wiederaufnahmen und Komplikationen oder Fehler vermieden werden. Auch durch die zunehmende sektorenübergreifende Versorgung, können die Patienten ambulant anstatt stationär behandelt werden, was zu Kosteneinsparungen führt. Die genannten Minderausgaben, welche durch die

oben aufgeführten Effekte realisiert werden sollen, sollen ab 2026 auf eine Milliarde Euro ansteigen und sich von Jahr zu Jahr steigern. Somit ist laut dem Gesetzesentwurf mit einem kontinuierlichen Anstieg der Minderausgaben zu rechnen.³¹

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Mehrausgaben für die GKV zunächst eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen, was ein erhöhtes Engagement der Krankenkassen als auch der Versicherten darstellt. Dennoch ist zu erwarten, dass die Krankenkassen im Laufe der Jahre von erheblichen Minderausgaben profitieren werden. Wenn die jährlichen Einsparungen durch die optimierte Gesundheitsversorgung die anfänglichen Mehrausgaben übersteigen, ergibt sich insgesamt eine positive Bilanz. In diesem Zusammenhang würde es bedeuten, dass die anfänglichen Investitionen in Form von Mehrausgaben zwar belastend sind, jedoch auf lange Sicht eine wirtschaftliche Rentabilität für die GKV mit sich bringen.

4.1.1.2 Einführung der Stichprobenprüfung

Eine weitere Änderung ergibt sich für die GKV bei der Prüfung der Behandlungsfälle, die vom MD durchgeführt wird. Hier sollen zukünftig statt Einzelfallprüfungen Stichprobenprüfungen erfolgen. Ziel ist es den Prüfungsprozess effizienter zu gestalten. Bei der bisherigen Einzelfallprüfung prüft die Krankenkasse die Leistungen, welche von den Krankenhäusern erbracht werden. Entdecken die Krankenkassen hierbei Auffälligkeiten oder Unstimmigkeiten, leiten sie ein Prüfverfahren ein, das durch den MD durchgeführt wird. Das Prüfverfahren muss innerhalb von vier Monaten eingeleitet werden, sobald der Krankenkasse alle relevanten Informationen und Daten zu der Krankenhausleistung zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, dass man sich im Rahmen der Einzelfallprüfung gezielt einen Fall zur Prüfung heraussucht. Der Fokus liegt nicht nur dabei Auffälligkeiten zu entdecken, sondern auch darauf, die Angemessenheit und Notwendigkeit des Falles zu prüfen. Dies stellt für die Krankenkassen einen erheblichen Aufwand dar, da sie die Fälle einzeln durchgehen müssen, um zu schauen, bei welchen Fällen es Auffälligkeiten gibt und ob man die zu zahlenden Rechnungsbeträge reduzieren kann.³² Die Krankenkassen dürfen eine beliebige Anzahl an Fällen

³¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.4f., 132-134.

³² Vgl. GKV-Spitzenverband (2021).

prüfen. Die Anzahl der Prüfungen ist zwischen 2014 und 2018 um ein Drittel angestiegen. Mit dem Anstieg der Prüfungen erhöht sich auch die Summe, welche die Krankenkassen von den Krankenhäusern zurückfordern können. Im Jahre 2018 lag dieser Betrag bei circa drei Milliarden Euro. Aufgrund dessen, dass die Prüfquoten ansteigen und die damit verbundene Erfolgsquote weiter zunimmt, sehen sich die Krankenkassen nicht verpflichtet, die Prüfungen zu reduzieren. Die Krankenkassen sehen die positiven Entwicklungen in der Erfolgsquote, was für sie darauf schließen lässt, dass die Prüfungen effektiv und notwendig sind, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherzustellen. Daher wird die Notwendigkeit, die Prüfungen zu verringern, von den Krankenkassen nicht erkannt, da sie daraus Profit schlagen. Jedoch ist mit den zunehmenden Prüfungen eine starke Belastung für die Krankenhäuser und den MD verbunden, zumal das Personal in anderen Bereichen dringender benötigt wird, aufgrund des Fachkräftemangels. Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels ist es besonders wichtig, dass die Fachkräfte im Gesundheitswesen dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Die Fokussierung auf administrative Tätigkeiten könnte daher die Versorgungsqualität beeinträchtigen. Das Ziel, welches mit dieser Änderung der Prüfverfahren einhergehen soll, ist, dass der administrative Aufwand reduziert wird, eine regelkonforme Abrechnung gefördert und die Effektivität des Systems gesteigert wird. Darüber hinaus sollen die Konflikte zwischen den Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MD verringert werden.³³

Diese Ziele, nämlich die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, sollen mit der Stichprobenprüfung realisiert werden. Diese Umstellung kann allerdings für die Krankenkassen und auch für die Krankenhäuser finanzielle Auswirkungen haben. Diese finanziellen Auswirkungen können jedoch noch nicht abgeschätzt werden, da die Ausgestaltung des Verfahrens sowie das Konzept noch entwickelt und vereinbart werden müssen. Die Ausgestaltung wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grundlage eines Konzeptes des MD vereinbart. Bei dieser Stichprobenprüfung geht es darum, ein effizientes und effektives Verfahren zu etablieren. Außerdem erzielt man durch das neue Prüfverfahren eine bürokratische Entlastung, da die Fälle nicht mehr einzeln angeschaut und durchgegangen

³³ Vgl. Boris Augurzky, Thorben Korfhage, Simon Reif, Antonius Reifferscheid (2019)

werden müssen. Um zu wissen, welche Fälle und wie viele geprüft werden dürfen, wird ein gewisser Prozentsatz festgelegt.³⁴ Der prozentuale Anteil der Stichprobenprüfung kann von der Größe und des Leistungsspektrums eines Krankenhauses abhängen. Somit kann der Anteil an Prüfungen bei kleineren Krankenhäusern größer sein als bei großen. Die Abrechnungen der betreffenden Fälle werden geprüft und anschließend daran wird eine durchschnittliche prozentuale Rückforderung für die Fälle bestimmt, welche in der Stichprobe enthalten sind. Diese Rückforderung wird anschließend auf die Gesamtheit der Fälle in einem Krankenhaus hochgerechnet. Bei der Stichprobenprüfung werden die zu prüfende Fälle nicht mehr von der Krankenkasse bestimmt. Die Ziehung findet zufällig durch den MD oder ein anderes Institut statt, somit hat die Krankenkasse keinen Einfluss mehr über den Prüfungsprozess. Dies führt dazu, dass die Prüfung objektiv und transparent abläuft, ohne dass die Krankenkasse in irgendeiner Form steuernd eingreift. Einmal jährlich wird diese Stichprobenprüfung durchgeführt und erfolgt in verschiedenen Etappen, was dazu beiträgt, dass der anfallende Aufwand für die Krankenhäuser besser verteilt und organisiert werden kann. Durch die jährliche Planung können sich die Einrichtungen gezielt auf die Prüfung vorbereiten, wodurch ein unerwartetes Überraschen und damit verbundener Stress vermieden werden. Diese strukturierte Herangehensweise ermöglicht es den Krankenhäusern, die notwendigen Schritte rechtzeitig einzuleiten und eine reibungslose Durchführung der Prüfung zu gewährleisten. Ein weiteres Vorteil, der mit dieser Umstellung verbunden wäre, besteht darin, dass es dann ein bundesweit einheitliches Verfahren gäbe, das allein vom MD durchgeführt wird und auf das keine andere Einrichtung Einfluss nehmen kann. Insgesamt wird der Aufwand reduziert, da die Krankenkassen nicht mehr die einzelnen Fälle durchgehen müssen und die Krankenhäuser dadurch, dass weniger Fälle geprüft werden, weniger Aufwand haben. Die vorgesehene Umstellung des Prüfverfahrens erscheint daher sinnvoll. Zu beachten ist jedoch, dass mit der Einführung auch finanzielle Risiken verbunden sind, da die Fälle in der Stichprobe eine höhere Bedeutung haben. Das neue Verfahren beinhaltet ein gewisses Konfliktpotenzial. Es kann dazu kommen, dass die Krankenhäuser höhere Summen an die Krankenkassen zurückzahlen müssen oder dass es zu einer Erhöhung der Rechnungsbeträge kommt und die Krankenkassen nachzahlen müssen. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen das neue Modell skeptisch betrachten, da es ihren

³⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.126, 133.

Handlungsspielraum bedeutend einschränkt. Letztendlich lässt sich jedoch sagen, dass die Vorteile überwiegen und das neue Verfahren zu einer spürbaren Entlastung für beide Seiten führen kann.³⁵

4.1.2 Private Krankenversicherung

Die PKV stellt den zweiten Kostenträger im deutschen Gesundheitssystem dar und umfasst etwa 10 % der Bevölkerung. Der Zugang zur PKV steht bestimmten Personengruppen offen. Dazu zählen Personen, deren Jahreseinkommen die Beitragsbemessungsgrenze von 62.100 Euro jährlich überschreitet, sowie Selbstständige, Beamte, Richter und andere Personengruppen, die beihilfeberechtigt sind. Ein wesentlicher Vorteil der PKV besteht darin, dass junge Versicherte in der Regel von niedrigen Beiträgen profitieren können, solange sie gesund sind und keine Vorerkrankungen aufweisen. Dies macht die PKV besonders attraktiv für Berufsanfänger, die gerade in das Arbeitsleben eintreten und noch keine gesundheitlichen Probleme aufweisen. Allerdings ist zu beachten, dass die Beiträge im Laufe der Zeit, insbesondere mit zunehmendem Alter und dem Auftreten von gesundheitlichen Problemen, ansteigen können. Um die Versicherten im Alter vor diesen hohen Beiträgen zu schützen, aufgrund der Multimorbidität, gibt es einen Basistarif. Dieser Basistarif orientiert sich am Vertragsniveau der GKV. Außerdem sind Altersrückstellungen von der Versicherung zu bilden, um die hohen Beiträge für die älteren Versicherten abzufangen. Somit basiert die Beitragsberechnung auf verschiedenen Faktoren, wie zum Beispiel dem Alter, dem Gesundheitszustand und darauf, welchen Schutz die Versicherten wählen. Zudem zeichnen sich die Verträge in der PKV durch ihre individuelle Gestaltung aus, wodurch sie speziell auf die Bedürfnisse und Anforderungen jeder einzelnen versicherten Person zugeschnitten werden können. Dies bedeutet, dass die Leistungen und Bedingungen variieren können, je nachdem, welche Leistungen die Versicherten in Anspruch nehmen möchten. Im Gegensatz zur GKV ist zudem zu beachten, dass Familienmitglieder bei der PKV nicht kostenfrei mitversichert werden. Dies bedeutet, dass jeder Versicherte eine separate Versicherung abschließen muss. Infolgedessen fallen zusätzliche Beiträge für jedes weitere Familienmitglied an. Ein weiterer Unterschied zu der GKV besteht darin, dass der Arbeitgeber bei den Arbeitnehmern nicht mehr die Hälfte der anfallenden Kosten

³⁵ Vgl. Boris Augurzky, Thorben Korfhage, Simon Reif, Antonius Reifferscheid (2019), S.31f.

übernimmt. Stattdessen trägt der Arbeitgeber lediglich einen Teil, der dem Arbeitgeberanteil in der GKV entspricht. Dadurch sind die Arbeitnehmer in diesem Fall gezwungen, einen größeren Teil der Kosten selbst zu tragen. Die Kosten, die bei einer ärztlichen Behandlung entstehen, werden zunächst von den Versicherten selbst getragen und nachträglich mit der PKV abgerechnet, da das Prinzip der Kostenerstattung bei der PKV greift. Wesentliche Vorteile, die die PKV zu bieten hat, sind in der Regel kürzere Wartezeiten für Behandlungstermine, Einzelzimmer bei Krankenhausbehandlungen und wie bereits erwähnt, die individuellen Leistungen.³⁶ Die kurzen Wartezeiten bei privat Versicherten haben ihre Ursache darin, dass die ärztliche Vergütung höher ausfällt. Die Vergütung fällt im Vergleich zur GKV um das 2,28-fache höher aus. Bei Fachärzten, wie zum Beispiel Radiologen, kann dieser Faktor noch höher sein. Somit ist es für die Ärzte wirtschaftlich attraktiver, PKV-Patienten zu behandeln als GKV-Patienten.³⁷

4.1.2.1 Mehrausgaben PKV

Die Veränderungen, die die PKV betreffen, spiegeln sich ähnlich wie bei der GKV in den zunehmenden Mehrausgaben wider. Die Mehrausgaben betreffen die Tarifrefinanzierung, welche für das Jahr 2024 erwartet werden. Es wird vermutet, dass die notwendigen Mittel zur Refinanzierung der Tarifsteigerungen auf insgesamt 39 Millionen Euro anwachsen. Für das Jahr 2025 kommen weitere Mehrausgaben aufgrund der Tarifsteigerung auf die PKV zu. Diese sind in der Höhe noch nicht zu benennen, da sie von den Tarifabschlüssen abhängen und somit variieren können. Durch die Reform soll außerdem die ländliche Versorgung und die Unterstützung wichtiger sozialer Bereiche gesichert werden. Daher ist zu erwarten, dass die PKV ab dem Jahr 2025 jährlich mit zusätzlichen Ausgaben von etwa 1,3 Millionen Euro belastet wird. Darüber hinaus sind für die Förderung der Versorgung von Kindern- und Jugendlichen sowie der Geburtshilfe in den Jahren 2025 und 2026 jeweils Kosten in Höhe von 31,5 Millionen Euro einzuplanen. Diese finanziellen Aufwendungen sind notwendig, um eine umfassende Versorgung und Unterstützung in ländlichen Regionen zu gewährleisten. Die unbefristeten Förderbeträge führen bei der PKV jährlich zu zusätzlichen Ausgaben in Höhe von 41,25 Millionen Euro. Diese Summe stellt jedoch nur einen Teil der

³⁶ Vgl. Rechnungswesen-verstehen (2019).

³⁷ Vgl. Hans Böckler Stiftung (2008).

Gesamtausgaben dar. Hinzu kommen weitere finanzielle Belastungen, insbesondere durch Zuschläge, die für die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vorgesehen sind. Zudem umfasst die Finanzierung der Hochschulkliniken weitere Mehrausgaben, die sich auf 15 Millionen Euro belaufen. Ähnlich wie die GKV ist auch die PKV verpflichtet, die Kosten für die Sicherstellung der Notfallversorgung sowie die finanziellen Auswirkungen des Wegfalls des Fixkostendegressionsabschlags zu tragen. Die jährlichen Mehrausgaben für die Notfallversorgung belaufen sich auf insgesamt 2,475 Millionen Euro. Die genaue Höhe der Mehrausgaben, die durch den Wegfall des Fixkostendegressionsabschlags entstehen, ist jedoch bislang nicht bekannt.

Die PKV sieht sich nicht nur erhöhten Ausgaben gegenüber, sondern erzielt auch, ähnlich wie die GKV, Effizienzgewinne oder Minderausgaben. Diese ergeben sich aus einer insgesamt besseren und qualitativ hochwertigeren Patientenversorgung, die auf spezialisierten Behandlungsansätzen basiert und den Verzicht auf unnötige medizinische Maßnahmen fördert. Die Minderausgaben der PKV sind analog zu jenen der GKV, weshalb eine eingehende Erläuterung an dieser Stelle entbehrlich ist. Dennoch bleibt die Höhe der Minderausgaben innerhalb der PKV bislang unklar. Während die GKV die eigenen Mehrausgaben und Einsparungen, wie Effizienzgewinne offenlegt, fehlen bei der PKV diesbezügliche Informationen zur genauen Quantifizierung dieser Einsparungen.³⁸

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kostenträger von der Reform nach der erfolgreichen Einführung erheblich profitieren werden. Durch die gezielte Optimierung ihrer Prozesse können sie nicht nur die Effizienz ihrer Arbeitsabläufe steigern, sondern auch signifikante Kosteneinsparungen, durch Effizienzgewinne, realisieren. Diese Entlastung wird sich sowohl in einer verbesserten finanziellen Situation der Kostenträger als auch in einer erhöhten Leistungsfähigkeit niederschlagen. Ein wesentlicher Aspekt der Reform ist die Einführung der Stichprobenprüfung, die zu einer spürbaren Reduktion des bürokratischen Aufwands führt. Weniger Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten eröffnet den Kostenträgern Raum für strategische Überlegungen und fördert die Konzentration auf die Kernaufgaben. Die damit verbundene Steigerung der Effizienz wird es den Akteuren ermöglichen, ihre Ressourcen gezielter einzusetzen und damit auch die Qualität ihrer Dienstleistungen zu verbessern.

³⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.7, 155.

4.2 Leistungserbringer

Nach der eingehenden Analyse der Kostenträger und der anstehenden Änderungen soll nun der Blick auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gerichtet werden. Im zweiten Kapitel wurden bereits die unterschiedlichen Typen von Leistungserbringern thematisiert. Für dieses Kapitel liegt die Konzentration hauptsächlich auf den Krankenhäusern, da sie in naher Zukunft signifikanten Veränderungen gegenüberstehen. Eine der zentralen Herausforderungen, die Krankenhaussysteme heute bewältigen müssen, ist die Reform der Finanzierung. Die traditionellen Finanzierungsmethoden, die oft auf Fallpauschalen basieren, könnten an ihre Grenzen stoßen. Die anstehende Reform zielt darauf ab, ein gerechteres und effizienteres Finanzierungsmodell zu schaffen, das sowohl der Qualität der Versorgung als auch den finanziellen Bedürfnissen der Krankenhäuser gerecht wird. Außerdem wird die bisherige Unterteilung in die Versorgungsstufen künftig durch eine Unterteilung in Levels abgelöst. Bevor jedoch näher auf die Veränderungen eingegangen wird, zunächst erst noch ein paar Worte zu dem Begriff Krankenhaus. Ein Krankenhaus ist eine Einrichtung des Gesundheitswesens, die der stationären, teils auch der ambulanten medizinischen Versorgung von Patienten dient. Es zeichnet sich durch spezialisierte medizinische Fachkräfte, modernste technische Ausstattung und umfassende Leistungen in der Diagnostik und Therapie aus. Krankenhäuser spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung, da sie sowohl für akute Erkrankungen als auch für langfristige Behandlungen von chronischen Krankheiten zuständig sind. In Krankenhäusern werden zu jeder Tageszeit ärztliche und pflegerische Leistungen angeboten. Krankheiten, Schmerzen und Verletzungen werden in dieser Einrichtung festgestellt, behandelt, geheilt oder gelindert. Dies ist jedoch noch nicht alles, was ein Krankenhaus ausmacht. Ein wesentlicher Punkt, in welchem sich ein Krankenhaus von einer Arztpraxis unterscheidet, ist, dass die Patienten dort untergebracht und gepflegt werden können.³⁹

Nachdem die Rolle der Krankenhäuser erläutert wurde und in Kapitel drei die gegenwärtige Lage dargestellt wurde, folgt nun eine Beschreibung der anstehenden Veränderungen sowie eine Analyse ihrer Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung. Zunächst wird die Unterteilung in Levels und Leistungsgruppen

³⁹ Vgl. Martin Werding.

(LG) behandelt. Dies ist entscheidend, um ein fundiertes Verständnis für die Thematik zu entwickeln, da diese Differenzierung für die Vorhaltekostenvergütung von großer Bedeutung ist (siehe dazu nachfolgendes Kapitel 4.2.4).

4.2.1 Leistungsgruppen

Um die unterschiedlichen Levels ausführlich erläutern zu können, ist es zunächst entscheidend das Konzept der LG selbst zu verstehen. LG beziehen sich nicht auf separate Fachabteilungen oder Erkrankungen, sondern gliedern sich innerhalb der bestehenden Abteilungen in spezifische Unterkategorien oder Spezialisierungen. Diese Spezialisierungen beziehen sich auf bestimmte Bereiche innerhalb einer Abteilung und ermöglichen eine präzisere Zuordnung und Behandlung der Patienten. So kann ein Patient mit einer spezifischen Diagnose direkt an eine Abteilung mit der passenden LG verwiesen werden, was oft zu schnelleren und effektiveren Behandlungsergebnissen führt. Ein Beispiel aus der Chirurgie verdeutlicht diese Unterteilung. Hierunter fallen unter anderem die plastische Chirurgie, die orthopädische Chirurgie, die Herzchirurgie sowie die Viszeralchirurgie.⁴⁰ Jede dieser Unterkategorien hat ihre eigenen Schwerpunkte und Techniken, die auf bestimmte medizinische Probleme und Patientenbedürfnisse abgestimmt sind. Ähnlich verhält es sich in anderen Fachabteilungen, die ebenfalls in verschiedene LG unterteilt werden können, abhängig von der jeweiligen Spezialisierung (siehe Anlage 1).⁴¹ Die Definitionen und Weiterentwicklungen der LG müssen kontinuierlich vorangetrieben werden, um stets aktuell zu bleiben. Dieser Prozess erfolgt in vier Stufen. In der ersten Stufe übernehmen der Bund und die Länder die Verantwortung. Sie sind maßgeblich an der Ausdifferenzierung der Qualitätskriterien beteiligt und entscheiden über notwendige Ergänzungen oder Streichungen. Nachdem dies erledigt ist, beauftragen Bund und Länder in der zweiten Stufe die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft, das InEK sowie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit der wissenschaftlichen Vorarbeit. Im Anschluss daran wird ein Ausschuss, welcher unter der Leitung von Bund und Ländern steht, mit der Ausdifferenzierung beauftragt. Akteure, die in diesem Ausschuss vertreten sind, sind

⁴⁰ Vgl. praktischArzt (2024).

⁴¹ Vgl. Regierungskommission (2022), S.17f.

die Bundesärztekammer, Vertreter der Pflege und Deutschen Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband. Es ist wichtig zu erwähnen, dass auf dieser Stufe noch keine Ausdifferenzierung erfolgt, sondern erst in Stufe vier, durch das BMG mit Zustimmung des Bundesrates. Somit verbleibt die letztendliche Entscheidung über die LG beim Gesetzgeber.⁴² Dieser Zyklus wird durch die nachfolgende Abbildung vereinfacht dargestellt.

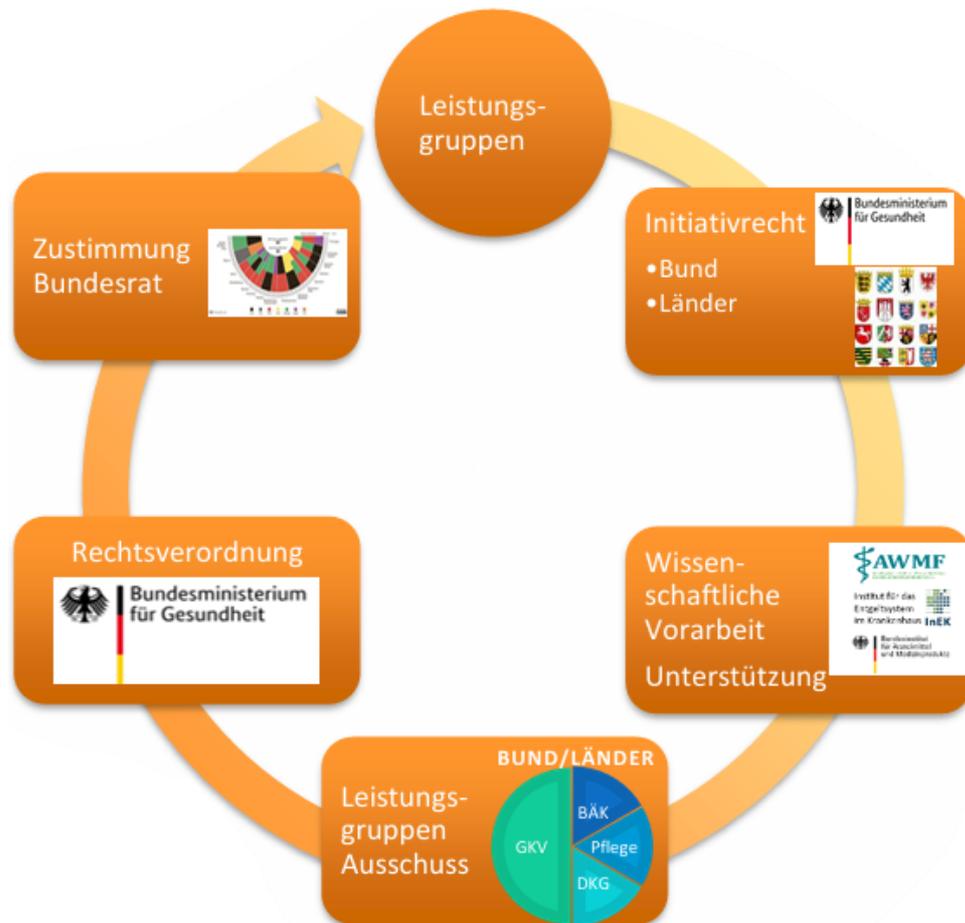


Abbildung 3: Ablauf der LG Bestimmung und Weiterentwicklung

Quelle: Klinikverbund Hessen e. V. (2024), S. 28

Eine genaue Definition der LG und was sie beinhalten, erfolgt auf Basis der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) sowie dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssels (OPS).⁴³ Es werden zu Beginn 65 LG gebildet in Anlehnung an Nordrhein-Westfalen, welche die LG schon eingeführt haben.⁴⁴ Jede LG

⁴² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.8f.

⁴³ Vgl. Regierungskommission (2022), S.17f.

⁴⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2024).

ist mit speziellen Qualitätskriterien verknüpft, die erfüllt werden müssen, um der jeweiligen Gruppe zugeordnet zu werden. Diese Qualitätskriterien sind entscheidend, da sie gewährleisten, dass die Leistungen den erforderlichen Standards entsprechen. Je nach zugeordneter LG variieren die Anforderungen und Qualitätskriterien. Diese Unterschiede spiegeln die Komplexität und den Umfang der erbrachten Leistungen wider.⁴⁵ Die Bewertungskriterien werden in vier verschiedene Bereiche unterteilt. Hierzu zählen die personelle und sachliche Ausstattung, Struktur- und Prozesskriterien sowie die Erbringung verwandter LG. Unter der Erbringung verwandter Leistungen versteht man die LG, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort vorhanden sein müssen, um eine umfassende und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Diese verwandten Leistungen spielen eine entscheidende Rolle für die ganzheitliche Versorgung der Patienten. Für diese vier Bereiche gibt es Parameter, welche erfüllt werden müssen, um einer LG zugeordnet zu werden. Diese werden regelmäßig von dem MD überprüft, um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser weiterhin den entsprechenden Anforderungen und Qualitätsstandards genügen. Die Erfüllung der Qualitätskriterien allein reicht jedoch nicht aus. Es ist zudem erforderlich, eine umfassende Prüfung vorzunehmen, ob an dem betreffenden Standort ein tatsächlicher Bedarf für eine solche LG besteht. Um dies zu gewährleisten, müssen entsprechende Bedarfsprognosen erstellt werden, die anschließend auf die spezifische Fallzahl des jeweiligen Standorts heruntergebrochen werden. Diese Analyse ermöglicht es, fundierte Entscheidungen zu treffen und sicherzustellen, dass die angebotenen Dienstleistungen den tatsächlichen Anforderungen der Region angepasst sind. Ziele, die mit der Unterteilung in LG einhergehen sind zum einen die Optimierung von Prozessen und Ressourcen, darunter Personal, Geräte und Finanzmittel, gezielter einsetzen. Außerdem soll die Behandlungsqualität durch die Fokussierung auf eine bestimmte LG verbessert werden. Dadurch kann eine vertiefte Expertise und damit eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung für spezifische Erkrankungen erreicht werden.⁴⁶ In ländlichen Regionen kann es erforderlich sein, bestimmten medizinischen Leistungen einem Krankenhausstandort zuzuordnen, um die dringend benötigte stationäre Versorgung sicherzustellen. Bei dieser Vorgehensweise werden die üblichen Qualitätskriterien nicht immer berücksichtigt, da das primäre Ziel darin besteht,

⁴⁵ Vgl. Regierungskommission (2022), S.18.

⁴⁶ Vgl. Reimbursement Institute (2023).

die Versorgungssituation in diesen Gebieten zu verbessern, in denen die Einhaltung solcher Kriterien oftmals nicht gewährleistet werden kann. Diese Maßnahme verfolgt den wichtigen Zweck, den Patienten eine wohnortnahe medizinische Versorgung zu ermöglichen und somit ihre Zugänglichkeit zu lebenswichtigen Gesundheitsdiensten zu erhöhen.⁴⁷ Die Krankenhäuser werden alle drei Jahre daraufhin überprüft, ob sie die Qualitätskriterien erfüllen. Ist dies nicht mehr der Fall, sind die LG, welche den Anforderungen nicht mehr entsprechen, aufzuheben. Das bedeutet, dass das jeweilige Krankenhaus in dieser LG nicht mehr tätig sein darf.⁴⁸ Mit diesen regelmäßigen Prüfungen ist ein Mehraufwand für den MD aber auch für die Krankenhäuser verbunden. Sie müssen dauerhaft versuchen, die Anforderungen zu erfüllen. Dadurch stehen die Krankenhäuser unter Druck, da die Gefahr besteht, LG zu verlieren bei Abweichung der Kriterien. Des Weiteren gilt künftig eine Mindestvorhaltezah an Behandlungen, die pro LG durchgeführt werden müssen. Durch diese Mindestvorhaltezahlen wird ebenfalls Druck ausgeübt. Bei der Festlegung spielen mehrere Faktoren eine Rolle, wie die ständige Anwesenheit eines Facharztes, die Sicherstellung der Versorgung und das Wirtschaftlichkeitsgebot sind von Bedeutung. Die Verantwortung für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen liegt beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie beim InEK. Diese Institutionen sind beauftragt, auf Anweisung des BMG, Empfehlungen zu erarbeiten und mögliche Weiterentwicklungen in diesem Bereich vorzunehmen. Das BMG legt anschließend fest, welche Mindestvorhaltezahlen gelten sollen. Die Daten werden jedes Jahr überprüft und treten ab dem Jahr 2027 in Kraft. Die Einteilung der LG sowie die damit verbundene Festlegung der Mindestvorhaltezahlen sind von Bedeutung, um zu einem späteren Zeitpunkt die Vorhaltevergütung zu bestimmen. Die genannten Faktoren innerhalb der LG spielen hierbei eine entscheidende Rolle, da sie die Grundlage für die Berechnungen der Vorhaltevergütung bilden. Durch eine präzise Zuordnung und Bewertung dieser Faktoren kann gewährleistet werden, dass die Vergütung den tatsächlichen Anforderungen und Gegebenheiten der jeweiligen LG gerecht wird. Dies trägt nicht nur zur Transparenz der Vergütungsstrukturen bei, sondern fördert auch eine faire und bedarfsgerechte Vergütung für die erbrachten Leistungen.⁴⁹ Diese Einteilung in LG bereitet den Krankenhäusern

⁴⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.10.

⁴⁸ Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S. 36f.

⁴⁹ Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S. 30-34.

schon jetzt einen erhöhten Aufwand, da sie planen müssen, welche LG sie zukünftig erfüllen können. Außerdem müssen Überlegungen angestellt werden, mit welchen Krankenhäusern Kooperationen eingegangen werden können. Die Kooperationen dienen dazu, dass die Krankenhäuser trotz der nicht Erfüllung der Qualitätskriterien, die LG zugewiesen bekommen. Dies führt dazu, dass sie ein höheres Level erlangen können. Der damit verbundene Aufwand ist zunächst hoch, bis der Prozess der Zuweisung und Umstrukturierung erfolgt ist.

4.2.2 Levels

Nachdem die LG erläutert wurden, folgt nun eine detaillierte Betrachtung der verschiedenen Levels. Diese Einteilung in die sogenannten Levels soll die bisherigen Versorgungsstufen ablösen und eine zeitgemäße Struktur bieten. Durch diese Neugestaltung wird angestrebt, den spezifischen Bedürfnissen der Versicherten besser gerecht zu werden und eine klarere, intuitivere Orientierung innerhalb des Versorgungssystems zu ermöglichen. Die Unterteilung erfolgt in drei verschiedene Levels, die im folgenden Abschnitt detailliert erläutert werden. Doch bevor tiefer in die spezifischen Merkmale und Anforderungen der einzelnen Levels eingetaucht wird, zunächst einige grundlegende Aspekte, die mit dieser Strukturierung verfolgt werden. Durch die Einteilung in verschiedene Levels wird die Kooperation zwischen den Krankenhäusern gefördert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass nicht jedes Krankenhaus die Befugnis hat, jeden Patientenfall eigenständig zu behandeln. Die Zuteilung der LG erfolgt so, dass jedes Krankenhaus lediglich die Behandlungen anbieten kann, die in seinen speziellen Leistungsbereich fallen. Diese Regelung schafft die Notwendigkeit einer engen Vernetzung und Kommunikation zwischen den Einrichtungen. Dadurch wird eine qualifizierte Versorgung der Patienten sichergestellt, da die jeweiligen Krankenhäuser ihre Expertise und Ressourcen optimal miteinander teilen können. Dies trägt zu einer besseren Qualität der medizinischen Versorgung bei und ermöglicht eine gezielte und effektive Behandlung der Patienten im Rahmen ihrer spezifischen Bedürfnisse.⁵⁰ Die enge Vernetzung der verschiedenen Krankenhäuser bietet eine wertvolle Gelegenheit, den Auszubildenden umfassende Einblicke in unterschiedliche medizinische Fachrichtungen und Versorgungsebenen zu gewähren. Durch diesen interdisziplinären Austausch können die Auszubildenden

⁵⁰ Vgl. Regierungskommission (2022), S.11f.

nicht nur ihre praktischen Fähigkeiten erweitern, sondern auch ein besseres Verständnis für die vielfältigen Abläufe und Strukturen im Gesundheitswesen entwickeln. Zusätzlich ermöglicht die Zusammenarbeit der Krankenhäuser, dass die Auszubildenden von verschiedenen Experten lernen können, wodurch sie unterschiedliche Behandlungsmethoden und pflegerische Ansätze kennenlernen. Dies fördert nicht nur ihre fachliche Kompetenz, sondern auch ihre persönliche und soziale Entwicklung. Zudem profitieren sie von einem breiten Netzwerk an Mentoren und Kollegen, was ihren Einstieg in die Berufswelt erheblich erleichtert. Durch rotierende Einsätze in verschiedenen Abteilungen und Einrichtungen können die Auszubildenden wertvolle Erfahrungen sammeln und ihre beruflichen Interessen besser herausfiltern. Diese Vielseitigkeit trägt dazu bei, dass sie am Ende ihrer Ausbildung bestens auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet sind und fundierte Entscheidungen hinsichtlich ihrer beruflichen Laufbahn treffen können.⁵¹

Die Unterteilung der Versorgung erfolgt in verschiedene Levels, wobei Level eins in zwei Untergruppen unterteilt wird: Level Ii und Level In. Dieses erste Level entspricht in seiner Struktur dem bestehenden Niveau der Regel- und Grundversorgung. Level Ii Krankenhäuser spielen eine zentrale Rolle in der Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie fokussieren sich auf die wohnortnahe Betreuung der Patienten und bieten eine Vielzahl von allgemeinen sowie spezialisierten ambulanten Leistungen an. Diese Leistungen umfassen ebenfalls Akutpflegebetten, die zur Beobachtung und Überwachung nach einer Verlegung aus einem Krankenhaus der Level II oder III genutzt werden. Das Besondere ist, dass in Krankenhäusern des Levels Ii die Leitung nicht zwingend durch einen Arzt erfolgen muss, vielmehr kann sie auch von einer qualifizierten Pflegefachkraft mit entsprechender Zusatzweiterbildung übernommen werden. Darüber hinaus muss in diesen Einrichtungen nicht rund um die Uhr ein Arzt anwesend sein. Das bedeutet, dass die Ärzte nachts oder an Wochenenden auf Abruf in diese Einrichtung kommen und ihren Sitz nicht vor Ort haben. Außerdem gibt es keine Notfallversorgung und keine Intensivstation. Strukturvoraussetzung für dieses Level sind neben den Akutpflegebetten und der Leitung durch eine qualifizierte Pflegefachperson noch das Vorhandensein einer Inneren Medizin und/ oder der Chirurgie. Ein Labor, Röntgen und Ultraschall müssen vorhanden

⁵¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2022).

sein und tagsüber die Anwesenheit eines Arztes.⁵² Unter Berücksichtigung dieser Aspekte können die Krankenhäuser der Kategorie Level II durchaus als Gesundheitseinrichtungen interpretiert werden. In der Tat fehlen viele charakteristische Merkmale, die ein klassisches Krankenhaus auszeichnen. Daher hängt die Einstufung als Krankenhaus von der Perspektive des Betrachters ab. Für manche Menschen mag es sinnvoll sein, diese Einrichtungen als eine Form der Kurzzeitpflege mit ärztlicher Betreuung zu betrachten.⁵³ Einrichtungen, die dem Versorgungslevel In zugeordnet sind, sind speziell für Regionen vorgesehen, die eine Anfahrtszeit von mehr als 30 Minuten zu einem Krankenhaus der Levels II oder III haben. Diese Einrichtungen müssen bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehört die Bereithaltung einer chirurgischen Abteilung sowie einer Abteilung für Innere Medizin, in denen grundlegende medizinische Behandlungen durchgeführt werden können. Zudem muss sichergestellt sein, dass qualifiziertes ärztliches Fachpersonal während der Werktage durchgehend verfügbar ist, um eine adäquate Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Außerhalb der Kernarbeitszeiten stehen die Ärzte dann auf Abruf bereit, ähnlich wie im Level II. Es ist darauf zu achten, dass stationäre Betten jederzeit zur Verfügung stehen, ebenso wie eine Intensivstation, die mindestens mit sechs Intensivbetten ausgestattet ist. Darüber hinaus können weitere LG angeboten werden. Ein zentrales Anliegen im Rahmen des Level In ist die Sicherstellung einer adäquaten Notfallversorgung. Dies gewährleistet, dass Patienten im Falle von Notfällen wohnortnah und zeitnah versorgt werden können.⁵⁴ Es gibt verschiedene Notfallstufen, welche sich je nach Level unterscheiden. In Level In muss mindestens die Notfallstufe eins vorhanden sein. Hierbei geht es um die Basisnotfallversorgung, bei welcher ein Arzt und eine Pflegekraft, mit den notwendigen Weiterbildungen, den Notfällen klar zugeordnet werden können und in der Notaufnahme verfügbar sind. Hierzu werden außerdem die Abteilungen gezählt, welche vorhanden sein müssen. Außerdem müssen die Einrichtungen über einen Schockraum verfügen. Unerlässlich ist ebenfalls die Computertomographie (CT), welche 24 Stunden zur Verfügung stehen muss. Da in diesen Krankenhäusern nicht alle Fälle behandelt werden dürfen, muss eine Weiterverlegung in eine höhere Stufe sichergestellt

⁵² Vgl. Regierungskommission (2022), S.12, 15f.

⁵³ Vgl. Klaus Emmerich (2023), S.9.

⁵⁴ Vgl. Regierungskommission (2022), S.12f., 15f.

sein.⁵⁵ Ferner muss eine telemedizinische Anbindung zu höheren Versorgungsstufen bestehen, um Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen und Fachärzten zu ermöglichen. Die höheren Level II und III unterscheiden sich in der Anzahl der erforderlichen LG. Für die Einstufung als Level II ist es notwendig, mindestens drei internistische und drei chirurgische LG zur Verfügung zu haben. Im Gegensatz dazu muss eine Einrichtung, die das Level III anstrebt, mindestens fünf internistische und fünf chirurgische LG anbieten. Ein Level III Krankenhaus beschäftigt sich intensiv mit der komplexen Intensivmedizin und muss daher eine größere Anzahl an Intensivbetten vorhalten als ein Level II Krankenhaus, das sich auf die allgemeine Intensivmedizin spezialisiert hat. Darüber hinaus sind auf der Ebene der Level II Krankenhäuser mindestens fünf Leistungsgruppen erforderlich, während Level III Krankenhäuser mindestens acht unterschiedliche LG anbieten müssen. Beide Levels setzen sich außerdem mit der Notfallmedizin auseinander, wobei sich die Tiefe und die Schwerpunkte in den jeweiligen Bereichen unterscheiden. Level III Krankenhäuser sind darauf ausgelegt, ein breiteres Spektrum an akuten und komplexen Fällen zu behandeln und verfügen über spezialisierte Fachkräfte und Ressourcen, um den höchsten Anforderungen der Patientenversorgung gerecht zu werden.⁵⁶

Level II Krankenhäuser werden in die erweiterte Notfallversorgung eingestuft, welche über die Grundversorgung hinausgeht. Um in diese Stufe eingeteilt zu werden, muss die oben genannte Anzahl an LG erfüllt werden. Bei der erweiterten Notfallversorgung muss ein Schockraum vorhanden sein, jedoch benötigt es noch weitere Funktionen. Die Ärzte müssen die Möglichkeit haben, am oberen Gastrointestinaltrakt eine Intervention durchführen zu können, sowie die perkutane koronare Intervention muss möglich sein. Dies ist notwendig, um Patienten mit Herzerkrankungen effektiv behandeln zu können. Außerdem benötigt man für Level II zusätzlich zum CT einen Magnetresonanztomographen. In den betreffenden Krankenhäusern werden auch Schlaganfälle behandelt, weshalb es erforderlich ist, dass dort die Möglichkeit zur Einleitung einer initialen Therapie gegeben ist. Aufgrund der Komplexität der Fälle ist es zudem notwendig, geeignete Beobachtungsbetten für Notfallpatienten anzubieten, um eine umfassende Überwachung und adäquate Versorgung zu gewährleisten. Für die Level III Krankenhäuser, welche in die umfassende Notfallversorgung eingestuft werden, gelten

⁵⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss.

⁵⁶ Vgl. Regierungskommission (2022), S.16.

dieselben Regelungen. Der einzige Unterschied besteht, wie bereits erwähnt, in der Anzahl der verfügbaren LG, die vorgehalten werden müssen. Somit erfordern die beiden Notfallversorgungsstufen ein umfassendes Spektrum an technischen Geräten, Fachpersonal und spezialisierten Behandlungsansätzen, um eine effektive und zeitgerechte Versorgung der Patienten sicherzustellen.⁵⁷ Die beiden Level II und III weisen mehrere Gemeinsamkeiten auf, die für die Strukturierung und den Betrieb der Einrichtungen von entscheidender Bedeutung sind. Eine der zentralen Gemeinsamkeiten ist die telemedizinische Anbindung, die es ermöglicht, Patienten durch digitale Technologien effizient zu betreuen und den Austausch von medizinischen Informationen zwischen verschiedenen Fachbereichen zu fördern. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Präsenz eines Sozialdienstes in beiden Levels, der eine essenzielle Unterstützung für Patienten und deren Angehörige darstellt. Dieser Dienst hilft dabei, soziale Probleme zu identifizieren und Lösungen zu finden, die über die medizinische Versorgung hinausreichen. Beide Levels haben zudem einen Fokus auf die Onkologie, indem sie zertifizierte Zentren für die Behandlung von Krebserkrankungen anbieten. Dies gewährleistet, dass Patienten, die an Krebs erkrankt sind, Zugang zu spezialisierten und qualitativ hochwertigen Therapien und betriebsinternen Ressourcen haben. Eine Vorschrift, welche für Krankenhäuser des Levels III gilt, ist die Bereitstellung eines Hubschrauberlandeplatzes. Dieser ist von entscheidender Bedeutung, da er die schnelle Anlieferung schwer verletzter Patienten ermöglicht, die umgehend medizinisch versorgt werden müssen. Zusätzlich fungieren sowohl die Einrichtungen des Levels II als auch die des Levels III als Pflegeschulen und tragen somit zur Ausbildung der kommenden Generation von Pflegekräften bei. Diese Ausbildungseinrichtungen fördern das Fachwissen und die Kompetenzen der Auszubildenden, um die Qualität der Patientenversorgung in der Zukunft zu sichern. Zu Level III zählen unter anderem die Universitätskliniken, die in einer speziellen Unterkategorie als Level IIIU klassifiziert werden. Diese Kliniken übernehmen nicht nur die bereits genannten Aufgaben, sondern tragen auch die Verantwortung für die überregionale Koordination innerhalb des Gesundheitssystems. Sie spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung und Implementierung von Systemlösungen sowie bei der Planung zukunftsorientierter Strategien im Gesundheitssektor. Darüber hinaus sind Universitätskliniken maßgeblich

⁵⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss.

an der Weiterentwicklung des medizinischen Fächerspektrums beteiligt und fungieren als Treiber von Innovationen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Dadurch leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Dienste und zur Förderung fortschrittlicher Behandlungsmethoden. Die aufgeführten Levels lassen sich eindeutig voneinander abgrenzen. Fachkliniken hingegen können sowohl dem Level II als auch dem Level III zugeordnet werden. Diese Einrichtungen sind, wie in Kapitel drei erläutert, auf spezifische Fachrichtungen spezialisiert und bieten daher keine Notfallversorgung an. Aufgrund ihrer Expertise in bestimmten medizinischen Bereichen nehmen sie dennoch eine bedeutende Rolle innerhalb der Krankenhauslandschaft ein. Aus diesem Grund werden sie hinsichtlich ihrer inhaltlichen Ausrichtung den oberen beiden Levels zugeordnet. Diese Klassifikation verdeutlicht die Wichtigkeit der Fachkliniken in der Gesundheitsversorgung, trotz ihrer Einschränkung bei der Notfallbehandlung. Um die verschiedenen Levels und ihre ineinandergreifenden Beziehungen zu veranschaulichen, anbei eine Abbildung, die diese Struktur deutlich macht. In dieser Darstellung werden die einzelnen Ebenen systematisch angeordnet, sodass ersichtlich wird, wie sie aufeinander aufbauen und miteinander interagieren. Je höher das Level eingestuft ist, desto herausfordernder gestalten sich die Aufgaben und die darauf basierenden Behandlungen.⁵⁸

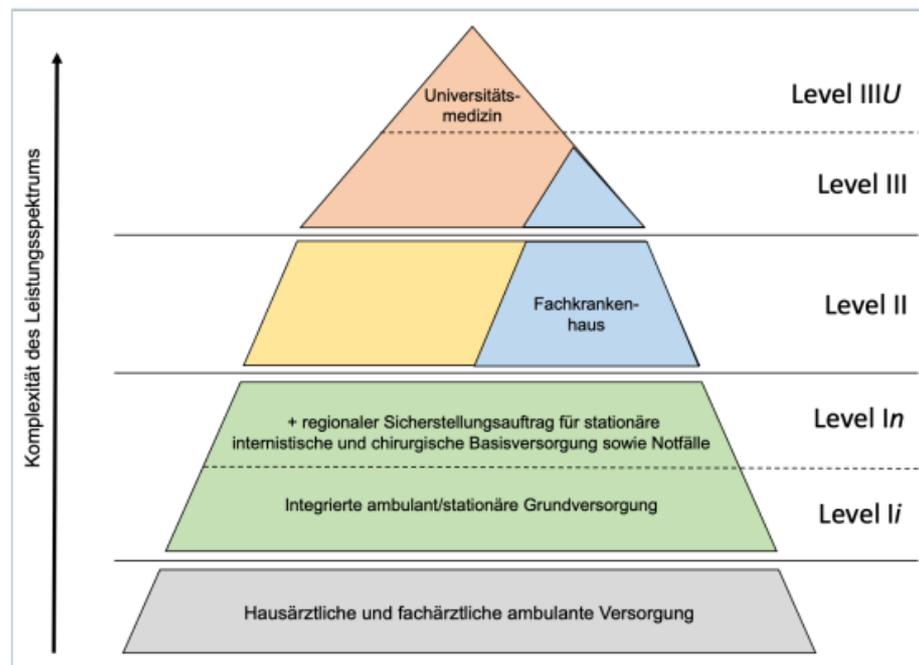


Abbildung 4: Unterteilung in Levels

Quelle: Regierungskommission (2022), S. 13

⁵⁸ Vgl. Regierungskommission (2022), S.15f.

Es ist außerdem wichtig, die Auswirkungen der Unterteilung in verschiedene Levels auf die Krankenhauslandschaft hervorzuheben. Aktuell sind die Krankenhäuser der unterschiedlichen Versorgungsstufen regional verteilt. Mit der anstehenden Reform wird sich dieses Bild jedoch ändern. Künftig werden die Krankenhäuser in der Versorgungsstufe „Level II“ und „Level III“ überwiegend in städtischen Ballungsgebieten angesiedelt sein, während die kleineren Einrichtungen, wie die Level Ii und Level In Krankenhäuser, vermehrt in ländlichen Regionen zu finden sein werden. Diese Umstrukturierung könnte erhebliche Konsequenzen für die medizinische Versorgung in Deutschland nach sich ziehen, insbesondere in Bezug auf die Zugänglichkeit und die Qualität der Gesundheitsversorgung in weniger dicht besiedelten Gebieten. Die Herausforderung besteht darin, eine angemessene Versorgungssituation für alle Bevölkerungsschichten sicherzustellen, unabhängig von ihrem Wohnort. Das Problem, das sich in den Krankenhäusern des Levels Ii abzeichnet, liegt darin, dass komplexe Behandlungen dort nicht durchgeführt werden können. Dies führt dazu, dass Patienten trotz der angestrebten Umstrukturierungen längere Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen, um die erforderliche medizinische Versorgung zu erhalten. Ein weiterer besorgniserregender Aspekt, der die Stabilität des Krankenhauswesens gefährden könnte, ist die drohende Schließung einiger Einrichtungen. Denn einzelne Kliniken sind oftmals nicht in der Lage, die geforderten Qualitätsstandards zu erfüllen. Die Folgen hiervon sind, dass es zu einer organisierten und steuerbaren Schließung der Krankenhäuser kommt. Die Tatsache, dass die Einrichtungen des Levels Ii nicht mehr als traditionelle Krankenhäuser gesehen werden, sondern stattdessen als Gesundheitseinrichtungen, führt zu einem Rückgang der Gesamtanzahl an Krankenhäusern. Das Diagramm veranschaulicht die Verteilung der Krankenhäuser nach den unterschiedlichen Levels und zeigt deutlich, wie viele Einrichtungen in jedem Level eingeordnet werden können. Anhand dieser Daten lässt sich zudem ableiten, dass es in Deutschland ohne die Level Ii Einrichtungen noch etwa 1.077 Krankenhäuser gibt.⁵⁹

⁵⁹ Vgl. Klaus Emmerich (2023), S.8f.

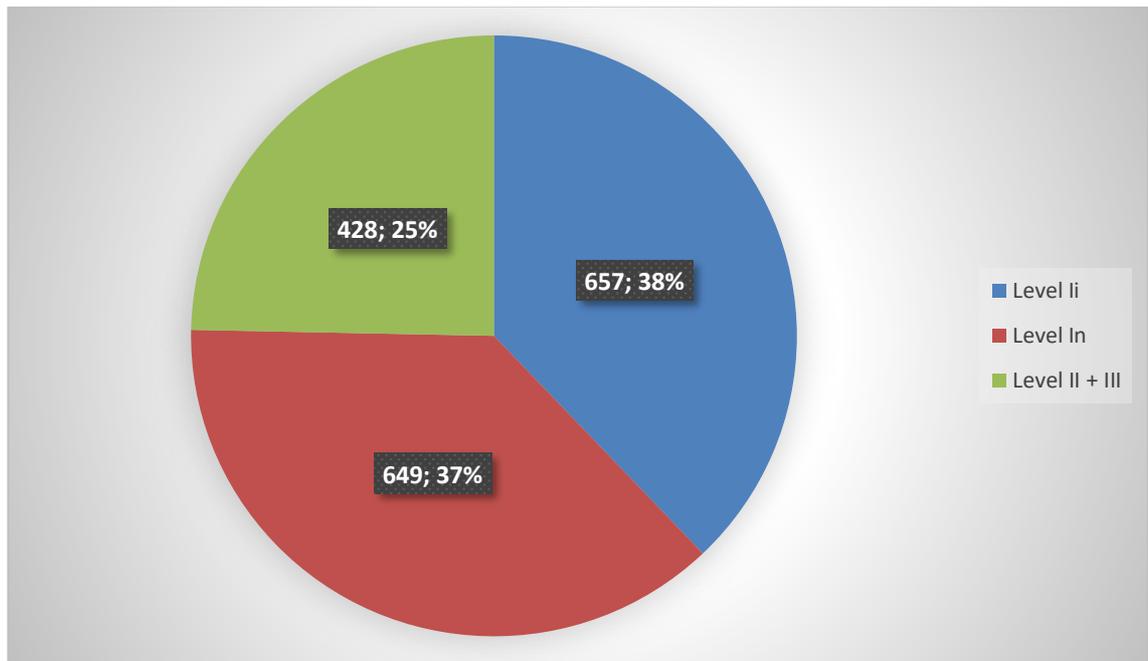


Abbildung 5: Anzahl der Krankenhauslevels

Quelle: Eigene Darstellung nach Klaus Emmerich (2023), S.8

Die Umstellung auf LG und Levels stellt eine erhebliche Veränderung für die Krankenhäuser dar. Diese neue Struktur erfordert nicht nur eine Anpassung der internen Prozesse, sondern auch eine Neuausrichtung der gesamten Versorgungslandschaft. Krankenhäuser müssen zunehmend leistungsorientierte Ansätze implementieren, um den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Dies bedeutet, dass die Qualität der Versorgung entscheidend in den Fokus rückt und an Bedeutung gewinnt. Außerdem ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren und der Sektoren im Gesundheitswesen notwendig, um dieses Ziel der Steigerung der Behandlungsqualität zu erreichen. In diesem Kontext gewinnt die sektorübergreifende Versorgung, die im nachfolgenden Kapitel dargestellt werden soll, an Bedeutung.

4.2.3 Sektorenübergreifende Versorgung

Einer der Hauptgründe für die Etablierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist die wohnortnahe Versorgung, welche zu den Zielen der Reform zählt. Die Einrichtungen sollen in den ländlichen Regionen zur Verfügung stehen und die interdisziplinären Leistungen bündeln. Die Einrichtungen gehen größtenteils aus schon bestehenden Krankenhäusern hervor. Damit eine solche

sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung entstehen kann, muss das Krankenhaus in dem Landeskrankenhausplan aufgenommen sein.⁶⁰ Die sektorenübergreifende Versorgung vereint den stationären und ambulanten Sektor. Die Vernetzung und Kooperation der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen spielt dabei eine zentrale Rolle. Beispielsweise können ambulant tätige Ärzte mit Krankenhäusern oder Rehaeinrichtungen zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit wird deutlich gefördert und bringt Vorteile für die Patienten mit sich. Grund für diese Überlegungen ist, dass es Schwierigkeiten in der Vollständigkeit der Patientenakten gibt. Oftmals kommt es dazu, dass Unterlagen fehlen, oder die Informationen verspätet zur Verfügung stehen oder gar nicht weitergereicht werden. Dies führt zu Komplikationen und Zeitverlust, was für beide Seiten ein erheblicher Nachteil ist. Durch die vorgesehene verbesserte Verzahnung der Sektoren, sollen sowohl Ärzte als auch Patienten profitieren. Doppelte Untersuchungen werden vermieden und Informationen stehen rechtzeitig zur Verfügung, was für beide Seiten positive Auswirkungen hat. Zum einen wird der Behandlungsprozess beschleunigt und zum anderen werden Zeit als auch Kosten gespart, die durch die zusätzlichen Untersuchungen anfallen würden. Dies führt zu einer Entlastung für die Leistungserbringer und zu einem besseren und schnelleren Behandlungsgeschehen für die Patienten. Bereits derzeit agieren Belegärzte sektorenübergreifend, da sie zwar ambulant tätig sind, jedoch in einem Krankenhaus eine gewisse Anzahl an Betten haben, welche sie belegen.⁶¹ Dieses Konzept der sektorenübergreifenden Versorgung soll durch die Reform weiter ausgebaut werden. Dadurch werden viele Behandlungsabläufe vereinfacht. Außerdem möchte man zukünftig mit allen Maßnahmen aber vor allem durch die sektorenübergreifende Versorgung die Patienten mehr in den Vordergrund rücken und die Leistungen an ihren Bedürfnissen ausrichten. Um dies zu erreichen, sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen eingerichtet werden. Diese sind auch bekannt als Level II Einrichtungen, welche in einem vorherigen Abschnitt erläutert wurden. Ergänzend zu den aufgeführten Kriterien der Level II Versorger, können weitere Funktionen für sektorenübergreifende Einrichtung hinzukommen. In diesen Einrichtungen werden zusätzlich ambulante Leistungen angeboten, wenn die Einrichtung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Daneben sollen ebenfalls ambulante Operationen durchgeführt werden, welche

⁶⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.11.

⁶¹ Vgl. Doctolib (2023).

in einem Katalog für ambulante Operationen, aufgeführt sind. In sektorenübergreifenden Einrichtungen, dürfen auch bestimmte stationäre Leistungen und Belegärztliche Leistungen erbracht werden. Diese sind ebenfalls durch den Versorgungsauftrag des Landes geregelt. Festgelegt werden diese Leistungen durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, welche diese mit dem Verband der privaten KV vereinbaren. Die genannten Institutionen entscheiden grundlegend darüber, welche stationären Leistungen angeboten werden müssen und welche sie erbringen können. Wenn die Einrichtung zusätzlich über eine telemedizinische Kooperation mit den Krankenhäusern der höheren Levels verfügt, dürfen weitere stationäre Leistungen erbracht werden. Da die Leistungen mit unterschiedlichen Qualitätsfaktoren verbunden sind, werden zudem die betreffenden Anforderungen gestellt. Dies hat zur Folge, dass die Leistungen nur erbracht werden dürfen, wenn die betreffenden Anforderungen der LG entsprechen. Dies gilt auch für die Dokumentation und die Patientensicherheit.⁶² Aus dem vorherigen Abschnitt ist bekannt, dass die Level II Versorger keine Notfallversorgung anbieten dürfen. Es ist jedoch selbstverständlich, dass die Einrichtungen bei einem auftretendem Notfall Hilfeleistung erbringen müssen. Dies bedeutet, dass eine Person in einer akuten Notfallsituation behandelt werden muss.⁶³ Des Weiteren dürfen Leistungen der Übergangs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege angeboten werden. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass die Pflegeabteilung separat angesiedelt sein muss. Das bedeutet, dass eine klare räumliche Trennung zwischen Pflegeabteilung und ärztlichen Behandlungen nötig ist. Diese Trennung erfolgt sowohl wirtschaftlich als auch organisatorisch. Letztlich handelt es sich um eine normale Pflegeeinrichtung, die direkt an der Einrichtung angesiedelt ist. Wichtig ist, dass die Pflegeeinrichtungen oder -abteilungen den Anforderungen des § 72 SGB XI entsprechen. Ansonsten dürfen die pflegerischen Leistungen nicht erbracht werden. Dadurch, dass Pflegeplätze angeboten werden dürfen, wird die pflegerische Versorgung insgesamt verbessert, was bei der alternden Gesellschaft ein großer Vorteil ist. Um die Versorgungssicherheit der Patienten ebenfalls aufrecht zu erhalten, besteht die Möglichkeit, dass die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Dies ist ins-

⁶² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.10f., 53, 125, 164f.

⁶³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.13.

besondere für den Fall vorgesehen, dass in der Region eine hausärztliche Unterversorgung besteht.⁶⁴ Ein wichtiger Punkt, welcher für die Akteure von erheblicher Bedeutung ist, ist die Finanzierung der Leistungen in der Einrichtung. Die Leistungserbringer wollen natürlich wissen, wie eine Vergütung in einem neuen Gebiet aussieht. Da es schon einige sektorenübergreifende Leistungen gibt, orientiert man sich an der Vergütung dieser Leistungen. Die erbrachten voll- und teilstationären, sowie die medizinisch-pflegerischen Leistungen in den sektorenübergreifenden Einrichtungen werden mit krankenhaushausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet. Diese Entgelte werden zuerst auf Bundesebene und anschließend auf Ortsebene von den Vertragsparteien vereinbart. Auf Bundesebene geht es grundsätzlich erstmal um Formalitäten und Rahmenbedingungen. Es kommt zur Klärung, wie sich das Gesamtvolumen zusammensetzt, wie man die Tagesentgelte richtig ermittelt, welche Unterlagen vorzulegen sind und wie die Dokumentation zu erfolgen hat. Außerdem wird vereinbart, welche Abrechnungsbestimmungen gelten. Anschließend kommt es auf Ortsebene zu der Vereinbarung des Gesamtvolumens. Das Gesamtvolumen enthält die voll- und teilstationären, sowie die medizinisch-pflegerischen Leistungen. Hierzu zählen sowohl das Tagesentgelt mit den ärztlichen Leistungen der Krankenhausärzte, als auch das verringerte Tagesentgelt, welches bei Vertragsärzten zum Einsatz kommt. Beides mal ist die Degression mit zu berücksichtigen. Um ein besseres Verständnis zu bekommen, was bei der Kalkulation der Tagesentgelte zu berücksichtigen ist, anbei eine Auflistung der wichtigsten Faktoren. Zu berücksichtigen sind der Leistungsumfang, die Abgrenzung zu den anderen Leistungsbereichen, die Pflegepersonalkosten sowie die Zu- und Abschläge. Um dies genauer zu veranschaulichen, anbei eine Abbildung, welche die Zusammensetzung einfach erklärt. Abgebildet ist, wie im vorherigen Satz beschrieben, woraus sich die Tagesentgelte zusammensetzen.

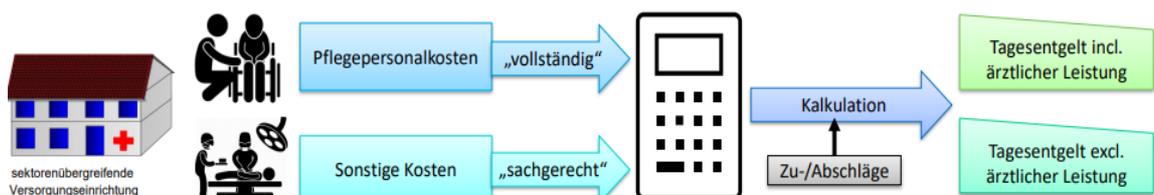


Abbildung 6: Zusammensetzung der Tagesentgelte

Quelle: Klinikverbund Hessen e. V. (2024), S. 14

⁶⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S. 164.

Wichtig erscheint der Hinweis, dass alle stationären Leistungen in den sektorenübergreifenden Einrichtungen zukünftig über die Tagesentgelte abgerechnet werden. Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden, wenn sie nach der Feststellung des MD die Strukturmerkmale nicht erfüllen. Somit bleiben die Einrichtungen in diesem Fall auf ihren Kosten sitzen. Die Tagesentgelte werden jährlich neu bestimmt. Werden die zukünftig abzurechnenden Tagesentgelte erst nach Beginn des Jahres bestimmt, müssen bis zu diesem Zeitpunkt die vorherigen Tagesentgelte abgerechnet werden. Wenn die Tagesentgelte vereinbart wurden, treten sie ab dem ersten Tag des Monats, in welchem sie vereinbart wurden in Kraft. Belegärztliche Leistungen werden ebenso mit den Tagesentgelten abgerechnet. Hier ist lediglich zu unterscheiden, ob die Belegärzte einen Honorarvertrag haben oder nicht. Wenn dies nicht der Fall ist, werden die verringerten Tagesentgelte abgerechnet.⁶⁵ Die ambulanten Leistungen in den Einrichtungen werden weiterhin je nach Status des Versicherten über EBM oder GOÄ direkt mit den Krankenkassen abgerechnet.⁶⁶ Die Abrechnung der erbrachten Leistungen stellt zu Beginn einen komplexen Prozess dar, da zunächst verschiedene Aspekte definiert und Vereinbarungen getroffen werden müssen. Dies führt zu einem erheblichen Arbeitsaufwand für die Krankenhäuser als auch für die Organe, welche die Entgelte und Regelungen festlegen müssen. Dieser Aufwand ist insbesondere auf die erforderlichen Umstrukturierungen und die Vielzahl an Verhandlungen zurückzuführen. Die Notwendigkeit zur Klärung von Details und zur Schaffung eines klaren Rahmens für die Zusammenarbeit erhöht den initialen Aufwand, ist jedoch entscheidend für die langfristige Effizienz und Klarheit in der Leistungsabrechnung. Grundsätzlich stellen die sektorenübergreifenden Einrichtungen ein Gewinn für die Gesellschaft dar, da sie insbesondere dazu beitragen, die Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten zu sichern. Durch die Umstrukturierung von Krankenhäusern zu sektorenübergreifenden Einrichtungen wird erreicht, dass Einrichtungen, welche die hohen Standards nicht erfüllen können, vor einer Schließung bewahrt werden. Außerdem zielt die Reform darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitssektoren zu fördern und die Versorgungsstrukturen effizienter zu gestalten. Dies ermöglicht eine bessere Nutzung von Ressourcen und eine ganzheitlichere Patientenversorgung.

⁶⁵ Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S.12-16.

⁶⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.14.

4.2.4 Vorhaltevergütung

Die Thematik der Finanzierung zieht sich nicht nur durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, sondern ist auch im stationären Bereich von zentraler Bedeutung. Bislang stützten sich die Krankenhäuser ausschließlich auf die sogenannten Fallpauschalen, ein System, das sich als ineffizient hinsichtlich der Patientenbehandlungen erwiesen hat. Diese Praxis führte dazu, dass die Qualität und Individualisierung der Behandlungsprozesse oft beeinträchtigt wurden. Daher ist es notwendig, neue Finanzierungsansätze zu entwickeln, die sowohl die Effizienz als auch die Versorgungsqualität im Krankenhaussektor nachhaltig verbessern. Zukünftig wird angestrebt, dem bestehenden Kostendruck in den Krankenhäusern entgegenzuwirken durch eine Überarbeitung der Finanzierungsstruktur. Hierbei soll ein neues Finanzierungskonzept in Form eines zwei Säulen-Modells eingeführt werden. Dieses Modell beinhaltet weiterhin die Fallpauschalen, ergänzt jedoch um die innovative Vorhaltevergütung. Die Vorhaltevergütung soll durch die Planungsbehörden der jeweiligen Länder zugewiesen werden. Diese Ergänzung soll dazu beitragen, die finanziellen Belastungen der Krankenhäuser zu reduzieren. Dies bedeutet, dass sich die Finanzierung der Krankenhäuser in eine fallmengenunabhängige und fallmengenabhängige Richtung entwickelt (s. Abbildung 7). Fallmengenunabhängig bedeutet, dass die Erlöse erwirtschaftet werden, ohne die Erbringung eines Falles. Hierzu zählen das Pflegebudget und das Vorhaltebudget. Bei dem Vorhaltebudget handelt es sich um die Vergütung der vorgehaltenen Betten unabhängig von der Belegung. Die fallmengenabhängigen Erlöse werden dementsprechend aus den Behandlungsfällen generiert. Die erste Säule der Pflegebudgets wird übernommen aus den bestehenden Vereinbarungen. Das Vorhaltebudget hingegen muss erst noch für die jeweiligen LG berechnet und vereinbart werden, wohingegen die Fallpauschalen ebenfalls schon bestehen. Diese werden jedoch aufgrund der neuen Finanzierung abgeändert.⁶⁷

⁶⁷ Vgl. Regierungskommission (2022), S.20f.

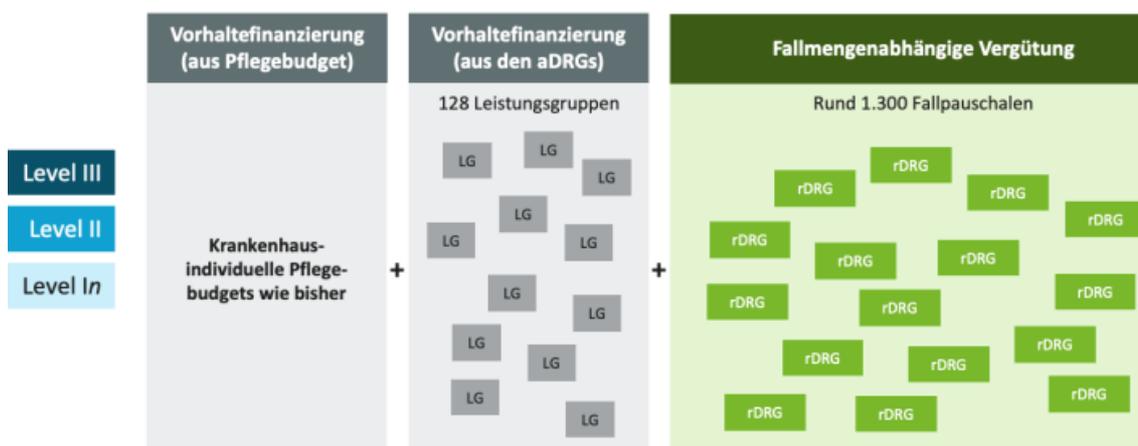


Abbildung 7: Komponenten der zukünftigen Krankenhausfinanzierung

Quelle: Regierungskommission (2022), S. 21

Würde man die Vorhaltevergütung zusätzlich zu den Fallpauschalen erbringen, ohne diese abzusenken, würde es zu einer Überfinanzierung der Krankenhäuser kommen. Deshalb ist es erforderlich die Fallpauschalen abzusenken, damit das Erlösvolumen unverändert bleibt. Das Vorhaltebudget soll in den Jahren 2025 und 2026 zunächst auf 60% festgelegt werden. Dies erleichtert es den Krankenhausträgern in der Übergangsphase der Umstrukturierung, die Häuser über Wasser zu halten. Darin ist das Pflegebudget, welches sich aus den Pflegepersonalkosten bildet, ebenfalls enthalten. Ab 2027 werden dann die „richtigen“ Vorhaltebudgets für die LG ermittelt. Diese Bestimmungen über den Anteil der Vorhaltevergütung und der Fallpauschalen werden von dem InEK ermittelt, indem sie sich die Vorjahreswerte der Krankenhäuser ansehen und es auf dieser Basis berechnen. Dazu werden verschiedene Teile der Fallpauschalen ausgegliedert, welche in den Vorhaltevergütungen wieder zu finden sind.⁶⁸ Der nachfolgende Abschnitt beschreibt den Prozess der Ermittlung der Vorhaltevergütung. Die Pflegepersonalkosten stehen bereits fest und bleiben in ihrer Vergütung unberührt. Sie werden in einem späteren Schritt der Vorhaltevergütung zugerechnet. Nachdem diese herausgenommen wurden, ergeben sich die sogenannten aDRGs. Aus diesen aDRGs ergibt sich anschließend nach Ausgliederung bestimmter Faktoren die neue Fallpauschale und das Vorhaltebudget. Faktoren, welche ausgegliedert werden und sich in den zukünftigen Fallpauschalen wiederfinden sind, die variablen Sachkosten. Diese müssen von den Gesamtkosten abgezogen werden, daraus ergeben sich die verminderten Kosten. Anschließend werden von den

⁶⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S.5.

verminderten Kosten die 60%, welche auf die Vorhaltevergütung zurückzuführen sind, abgezogen. Abschließend werden die Pflegekostenanteile abgezogen, da diese in dem Vorhaltebudget enthalten sind (s. Abbildung 8).⁶⁹ Dadurch kommt man auf eine Pflegebudget von 20%, ein Vorhaltebudget von 40% und DRG-Erlöse ebenfalls von 40%.⁷⁰ Zu beachten ist hierbei, dass für bestimmte Stationen, wie zum Beispiel die Pädiatrie, Stroke Unit oder die Intensivmedizin Zuschläge dazugerechnet werden, um den Druck gänzlich von den Stationen zu nehmen. Auf diesen Stationen soll das Vorhaltebudget 60% betragen.⁷¹ Dieser Prozess ist sehr komplex und mit einem hohen Aufwand verbunden. Für die Leistungserbringer besteht erstmal ein geringer Aufwand in der Berechnung der neuen Finanzierung, jedoch müssen Sie sich mit dem neuen Finanzierungssystem vertraut machen, was mit Aufwand verbunden ist.

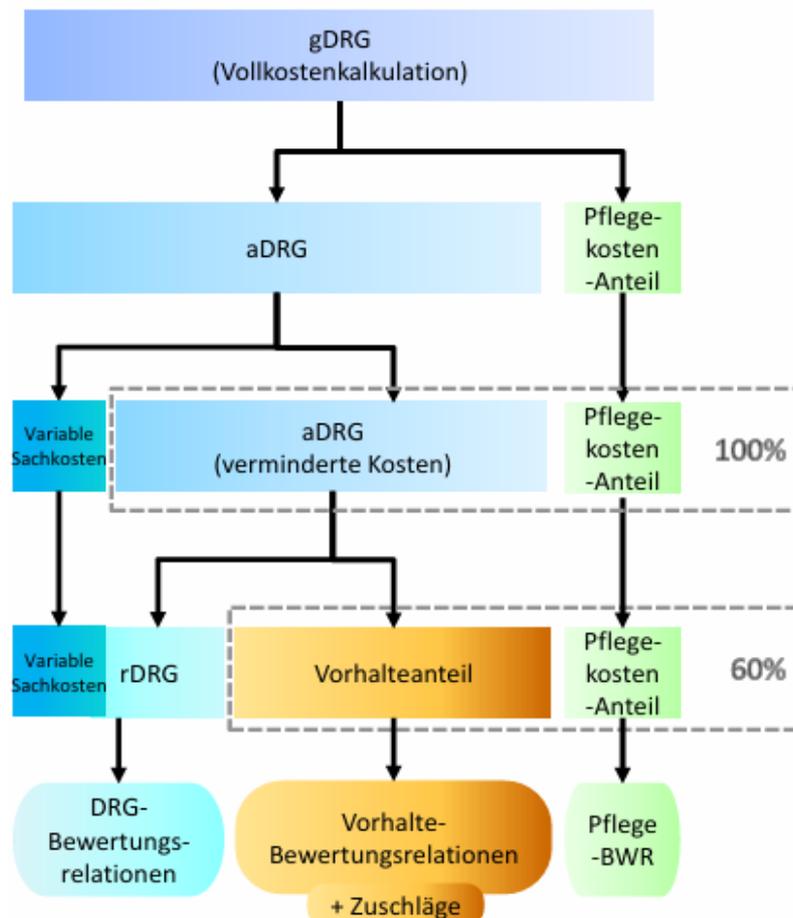


Abbildung 8: Ausgliederung Vorhaltebudget

Quelle: Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S. 55

⁶⁹ Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S.55.

⁷⁰ Vgl. Regierungskommission (2022), S.22f.

⁷¹ Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S.55.

Das InEK ist somit verpflichtet, das Vorhaltebudget auf die verschiedenen Krankenhäuser aufzuteilen. Dazu müssen sie zuerst den Vorhalteanteil der Länder ermitteln, welcher sich aus den LG und den Fallzahlen bestimmen lässt. Anschließend wird das Vorhaltebudget für die jeweiligen Krankenhäuser ermittelt. Hierfür werden die Fallzahlen des Vorjahres und der Case Mix Index benötigt. Wichtig bei den LG ist, dass die Qualitätskriterien und die Mindestvorhaltezahlen erfüllt sind, ansonsten findet keine Zuteilung des Vorhaltebudgets statt. Dieses Verfahren für die Berechnung der Vorhaltevergütung pro Krankenhaus findet alle zwei bis drei Jahre statt. Dies dient dazu, zu ermitteln, ob die LG noch vorhanden sind oder ob es Veränderungen in den Krankenhäusern gab. Wenn der Fall eintritt, dass Krankenhäuser schließen mussten oder fusionierten, findet eine komplette Neuberechnung in dem Land statt.⁷² Es kann der Fall eintreten, dass LG von einem Standort zu einem anderen verlegt werden. In diesem Fall wird die Vorhaltepauschale, welche für die LG berechnet wurde, auf den neuen Standort übertragen.⁷³ Bei Krankenhäusern, welche Zuschläge für einige LG bekommen, läuft die Berechnung anders ab. Für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben stehen bundesweit 125 Millionen Euro zur Verfügung. Dieser Betrag wird durch das InEK auf die Länder aufgeteilt und anschließend auf die Standorte. Ebenso gibt es einen bundesweiten Zuschlag für die Universitätskliniken in Höhe von 75 Millionen Euro. Diese Zuschläge stehen erstmals ab dem Jahr 2027 zur Verfügung. Zuschläge, welche für bestimmte Funktionen und Universitätskliniken ausbezahlt werden, lassen sich berechnen, indem man den Förderbetrag mit der Fallzahl dividiert. Außerdem werden einige LG gefördert, wie die Geburtshilfe, Stroke Unit und die Pädiatrie. Bei Ihnen wird der Zuschlag prozentual zu der Bewertungsrelation hinzu gerechnet. Bei Krankenhäusern ohne Förderung wird die Berechnung anders durchgeführt. Man multipliziert die Vorhaltebewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert, um das Vorhaltebudget zu ermitteln. Somit wird deutlich, dass sich das Vorhaltebudget an den Fällen ausrichtet.⁷⁴ Das wichtige dabei ist, dass die Krankenhäuser nachweisen können, welchem Level sie zugewiesen sind und welche LG sie haben. Auf Basis dieser Angaben kann das Vorhaltebudget schlussendlich berechnet werden. Für die erstmalige Berechnung

⁷² Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S. 60-63.

⁷³ Vgl. Jens Mau (2023).

⁷⁴ Vgl. Klinikverbund Hessen e.V. (2024), S. 71-81.

der Vorhaltevergütung je Krankenhaus sollen die Daten der bisherigen Fallzahlen in den LG der letzten zwei Jahre herangezogen werden. Damit möchte man die Krankenhäuser finanziell absichern, bevor das Finanzsystem umgestellt wird.⁷⁵

Das Ziel, welches mit diesem Finanzierungssystem verfolgt wird, ist das in Zeiten geringer Nachfrage eine Grundversorgung der Bevölkerung sichergestellt und eine finanzielle Stabilität der Einrichtungen gegeben ist. Diese Regelung soll verhindern, dass Krankenhäuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten, die durch eine unvorhergesehene Flaute in der Patientenaufnahme entstehen können. Dies stellt eine wesentliche Veränderung für die Leistungserbringer dar. Um die Auswirkungen der Änderungen umfassend zu betrachten, muss ebenfalls eine Analyse der Leistungsempfänger erfolgen.

4.3 Leistungsempfänger

Die Akteure, die von den bevorstehenden Veränderungen am meisten betroffen sind, wurden eingehend betrachtet. Zudem wurde analysiert, wie sich die Reform auf diese Akteure auswirkt. Für die Gruppe der Leistungsempfänger, zu der die Patienten zählen, sind jedoch keine umfassenden Umstellungen vorgesehen. Es wird allerdings erwartet, dass die Reform überwiegend zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt, von der die Patienten insgesamt profitieren werden. Eine zentrale Veränderung im Rahmen der Reform besteht in der Optimierung der Versorgungsstrukturen. Diese Maßnahme zielt darauf ab, die Effizienz und Effektivität der Behandlungen zu steigern. Dennoch können mit dieser Optimierung auch einige Herausforderungen und potenzielle Nachteile verbunden sein. Es ist wichtig, diese Aspekte zu berücksichtigen, um sicherzustellen, dass die Verbesserungen der Versorgungsqualität nicht zu einer Ungleichheit im Zugang zu den benötigten Behandlungen führen. Die Balance zwischen qualitativen Fortschritten und den möglichen Risiken muss daher sorgfältig beobachtet werden.

⁷⁵ Vgl. Regierungskommission (2022), S. 23f.

4.3.1 Verbesserung der medizinischen Versorgung

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung für die Patienten steht im Fokus der Reform, da die Behandlungsqualität verbessert werden soll. Die Behandlungsqualität verbessert sich durch die Erhöhung der Qualitätskriterien und auch dadurch, dass die Krankenhäuser zukünftig verpflichtet sind diese einzuhalten. Dadurch steht den Patienten nicht nur ein qualifiziertes Team zur Verfügung, sondern auch eine Ausstattung, welche für die Behandlungen erforderlich ist. Nicht nur durch die Unterteilung in LG erreicht man diese erhöhte Behandlungsqualität, sondern auch durch die Veränderung des Finanzierungssystems. Es wird der Anreiz entzogen, Patienten nur zwecks Einnahmeerzielung zu behandeln. Stattdessen wird der Mengenanreiz verringert und die Ärzte können sich mehr auf die individuellen Bedürfnisse konzentrieren, um die Behandlungsqualität zu sichern. Die dritte Veränderung bei den Leistungserbringern, die sektorenübergreifende Versorgung, trägt ebenfalls zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Durch die Ansiedlung der Einrichtungen in ländlichen Gebieten können längere Anfahrtswege weitestgehend vermieden werden, was die Zugänglichkeit und Effizienz der medizinischen Dienstleistungen erhöht. Außerdem stehen der Bevölkerung durch die sektorenübergreifende Versorgung auch in ländlichen Gebieten Fachärzte zur Verfügung, welche zuvor nur in Ballungsgebieten im Einsatz waren. Die langen Anfahrtswege zu Fach- oder Hausärzten können dadurch ein wenig verringert werden.⁷⁶

4.3.2 Negative Auswirkungen aufgrund der Reform

Die Reform bringt für die Leistungsempfänger jedoch auch Nachteile mit sich. Soeben wurde erläutert, dass sich für viele Regionen die Anfahrtswege zum nächsten Arzt verringern werden. Dies gilt für Patienten, die in weit abgelegenen ländlichen Regionen wohnen, nicht. Diese haben weiterhin eine längere Anfahrtszeit. Sie müssen häufig mit Anfahrtszeiten von bis zu 30 Minuten rechnen, um die erforderliche Facharztversorgung in Anspruch nehmen zu können. Ein weiteres Problem, welches mit den Anfahrtszeiten zu tun hat, ist, dass zwar die Ärzte schneller erreichbar sind durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, jedoch sind die Krankenhäuser, welche eine Notfallversorgung anbieten, weit entfernt. Außerdem kann es vorkommen, dass Schwangere einen

⁷⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024e).

weiten Weg auf sich nehmen müssen, da nicht jedes Krankenhaus über eine Geburtshilfe verfügt.⁷⁷ Des Weiteren ergeben sich durch die Änderungen, hohe Mehrausgaben für die Krankenkassen, wie in Kapitel 4.1 erläutert wurde. Diese Mehrausgaben müssen ausgeglichen werden. Sie tragen zu der Umstrukturierung bei, weshalb sie eine Folge der verbesserten Behandlungsqualität sind, welche im Interesse aller liegt. Die geplanten zusätzlichen Ausgaben werden durch eine Erhöhung der Beitragssätze der Versicherten ausgeglichen. Diese Anpassung erfolgt in Form von erhöhten Zusatzbeiträgen, die bis zum Jahr 2027 voraussichtlich um etwa 0,3 Prozentpunkte ansteigen werden. Ein entscheidender Faktor für diese Beitragserhöhung ist die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, in den Transformationsfonds einzuzahlen.⁷⁸ Die Vorteile für die Leistungsempfänger und deren Gesundheit bringen jedoch erhöhte Ausgaben mit sich.

Ein Aspekt, der in dieser Umstrukturierung möglicherweise zu wenig berücksichtigt wird, ist das Risiko von Arbeitsplatzverlusten. Diese sind infolge der geplanten Schließungen von Krankenhäusern zu erwarten. Besonders in ländlichen Regionen besteht die Sorge, dass Ärzte sowie Pflegekräfte ihre berufliche Perspektive vor Ort verlieren und gezwungen sein könnten, wegzuziehen. Dies könnte langfristig dazu führen, dass ländliche und abgelegene Regionen zunehmend an Bevölkerung verlieren und strukturell geschwächt werden.⁷⁹ Diese sozialen und regionalen Folgen sollten in die Bewertung der Umstrukturierungsmaßnahmen mit einbezogen werden, da das Wohl der Patienten im Vordergrund stehen sollte. Abschließend lässt sich sagen, dass die Leistungsempfänger eine Verbesserung der Versorgungsqualität anstreben. Dabei müssen sie jedoch auch mögliche negative Folgen in Kauf nehmen. So könnten die Beitragssätze vorübergehend erhöht werden, um die Umstrukturierung zu finanzieren. Nach Abschluss der größten Umbaumaßnahmen wäre eine Rückführung der Beitragssätze jedoch denkbar, sofern sich die finanzielle Lage stabilisiert.

⁷⁷ Vgl. Telepolis (2024).

⁷⁸ Vgl. Andreas Macho (2024).

⁷⁹ Vgl. Karin Stötzner (2023), S.2.

5. Wirtschaftliche Auswirkungen der Reform

Die Krankenhausreform hat weitreichende wirtschaftliche Auswirkungen, die sowohl die Finanzlage der Krankenhäuser als auch die regionale Struktur und den Arbeitsmarkt betreffen. Durch die angestrebten Umstrukturierungen und die Einführung neuer Finanzierungsmodelle sollen die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessert werden. Der folgende Abschnitt beleuchtet die wirtschaftlichen Auswirkungen der Reform.

Einige Kapitel ließen bereits die wirtschaftlichen Auswirkungen der Reform erkennen, jedoch gibt es noch weitere Aspekte, die bisher nicht angesprochen wurden. Wie bereits erwähnt, orientieren sich die Krankenhäuser derzeit nicht an wirtschaftlichen Grundsätzen. Dies soll durch eine Umstellung der Finanzierung und der Refinanzierung von Tarifen geändert werden, um die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zu stabilisieren. Die wirtschaftliche Stabilität wird dadurch erreicht, dass finanzielle Engpässe und Risiken verringert werden sollen. Dies soll durch die Vorhaltevergütung erreicht werden. Neben der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation können durch die Reform auch Kosteneinsparungen erzielt werden, die gesamtökonomisch wünschenswert sind. Das BMG bezeichnet diese Einsparungen als Reduktion des Erfüllungsaufwands.⁸⁰ Der Erfüllungsaufwand beschreibt die Kosten oder auch den Zeitaufwand, welcher durch Änderungen an Gesetzen entsteht. Ein Beispiel ist etwa die Verringerung von aufwändigen Dokumentationen.⁸¹ Die Wirtschaft soll durch die Gesetzänderungen, in Bezug auf die Reform, eine Abnahme des Erfüllungsaufwandes erzielen, also eine Reduktion der Kosten. Diese Einsparungen beziehen sich auf das SGB V und das Krankenhausentgeltgesetz. Durch diese beiden Gesetzesänderungen soll die Wirtschaft circa 721.000 Euro einsparen können. Trotz der erwarteten Einsparungen verbleibt ein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft in Höhe von 287.000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus 247.000 Euro für das SGB V, 22.000 Euro für das Krankenhausfinanzierungsgesetz und 18.000 Euro für das Krankenhausentgeltgesetz. Insgesamt lässt sich daraus ableiten, dass die Ausgaben und der Verwaltungsaufwand für die Wirtschaft künftig verringert werden sollen.⁸²

⁸⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S.2.

⁸¹ Vgl. Statistisches Bundesamt.

⁸² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024), S. 5f.

Es gibt jedoch nicht nur positive Entwicklungen für die Wirtschaft. Die sinkende Zahl an Krankenhäusern infolge von Schließungen hat Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die wirtschaftliche Lage in den betroffenen Regionen. Der Wegfall dieser Einrichtungen führt zu einem Verlust von Arbeitsplätzen, was vor allem ländliche Gebiete wirtschaftlich schwächen kann. Dadurch verstärken sich Ungleichheiten zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Zudem besteht die Gefahr, dass Menschen aufgrund fehlender Arbeitsmöglichkeiten abwandern, was die wirtschaftliche Situation weiter belastet.⁸³

⁸³ Vgl. Karin Stötzner (2023), S. 2f.

6. Schlussfolgerung

Die Krankenhausreform beschäftigt sich mit verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems. Eine Veränderung der aktuellen Situation ist unerlässlich, weshalb Gesundheitsminister Lauterbach eine Reform angestoßen hat. Die Umsetzung dieser Reform erfolgt in mehreren Schritten und funktioniert nicht von heute auf morgen, was die Arbeit aufgezeigt hat. Es handelt sich um einen längeren Prozess, der nicht schnell umsetzbar ist. Außerdem müssen die Umsetzungsschritte gut durchdacht und geplant werden, um die aufgezeigten Ziele erreichen zu können. Dies gilt vor allem für das Ziel der Verbesserung der Behandlungsqualität.

Unter den verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems, erwarten vor allem die Leistungserbringer einen großen Umbruch. Sie haben mit einer Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft und der Finanzierung zu kämpfen. Die Einteilung nach LG verlangt von den Krankenhäusern einiges ab, da sie sich neu organisieren und strukturieren müssen. Die Einteilung führt jedoch zu einer verbesserten Behandlungsqualität, von welcher alle profitieren werden. Damit verbunden ist die Erwartung, dass die Behandlungsqualität hochgehalten wird. Durch die Änderung der Finanzierung sollen die Krankenhäuser von dem wirtschaftlichen Druck befreit werden. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Vorhaltevergütungen an Mindestvorhaltezahlen geknüpft sind. Dies setzt die Leistungserbringer erneut unter Druck, da sie dadurch verpflichtet sind, in jeder LG, die sie vorhalten, eine gewisse Anzahl an Patienten zu behandeln. Somit wird weiterhin ein gewisser Druck auf die Leistungserbringer ausgeübt. Die Vorhaltevergütung bringt jedoch den Vorteil, dass der Fokus nicht mehr darauf liegt, möglichst schnell viele Patienten zu behandeln, sondern vielmehr darauf, den Patienten eine bedarfsgerechte Versorgung zu bieten. Insgesamt lässt sich sagen, dass diese Veränderungen für die Leistungserbringer positive Entwicklungen mit sich bringen könnten, die jedoch zunächst mit einem erheblichen Aufwand verbunden sind, bis die Umstrukturierungen vollzogen sind. An die genannten Umstellungen müssen sich die Leistungserbringer erstmals gewöhnen und sich zu rechtfinden, dies kann für einige, welche stark an den bisherigen Strukturen festhalten, zu Herausforderungen führen.

Für die Kostenträger dürfte sich die Reform langfristig gesehen positiv auswirken, da sie von Effizienzgewinnen und weniger Aufwand durch die Stichprobenprüfungen profitieren. Der Umstrukturierungsprozess ist jedoch für die Kostenträger zunächst mit hohen Ausgaben verbunden, die nur schwer zu bewältigen sind. Besonders die GKV ist davon stark betroffen, während die PKV in geringerem Maß belastet wird. Dies führt zu einer ungleichen finanziellen Belastung, die in vielerlei Hinsicht als ungerecht empfunden werden kann. Die Unterschiede in der Betroffenheit beider Versicherungsarten werfen Fragen zur Fairness und zur langfristigen Tragbarkeit der Reform für die verschiedenen Kostenträger auf. An dieser Stelle sollten Anpassungen an der Reform vorgenommen werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kostenträger anfangs mit Herausforderungen in Bezug auf ihre finanzielle Lage konfrontiert sein werden. Der Umstellungsprozess könnte zunächst Unsicherheiten und hohe Mehrkosten verursachen. Wenn die Reform jedoch erfolgreich implementiert wird, ist langfristig mit positiven Auswirkungen zu rechnen. Die neue Struktur kann dazu beitragen, die finanzielle Stabilität der Kostenträger zu sichern und eine nachhaltigere, effizientere Versorgung zu fördern. Dies würde nicht nur die wirtschaftliche Situation der Kostenträger verbessern, sondern auch die Qualität und bedarfsgerechte Ausrichtung der Versorgung unterstützen.

Die letzten im Rahmen dieser Arbeit betrachteten Akteure sind die Leistungsempfänger. Für sie ergeben sich primär Veränderungen in der Behandlungsqualität, die durch die Spezialisierungen innerhalb der LG verbessert werden soll. Dieser Aspekt spielt eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen. Allerdings wird dieser Qualitätsgewinn durch einige Nachteile abgeschwächt. So führen die Umstrukturierungen zu höheren Beitragssätzen für die Versicherten, und die Spezialisierung auf bestimmte Standorte kann zu längeren Anfahrtswegen zu den jeweiligen Krankenhäusern führen. Dies kann besonders für Patienten in ländlichen Gebieten eine Herausforderung darstellen und den Zugang zu notwendiger Versorgung erschweren. Den Patienten sollte jedoch bewusst sein, dass durch die Reform viele Krankenhäuser erhalten bleiben können, die insbesondere für die Versorgung in ländlichen Gebieten von Bedeutung sind. Ohne diese Maßnahmen könnte es erforderlich werden, deutlich längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen, um eine entsprechende Versorgung zu erhalten. Somit profitieren die Leistungsempfänger hauptsächlich von der Reform.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Reform sowohl positive als auch negative Auswirkungen mit sich bringt. Auf der positiven Seite trägt sie zu einer Wende im Gesundheitswesen bei, die langfristig die Effizienz und Qualität der Versorgung verbessern könnte. Besonders hervorzuheben ist die Steigerung der Behandlungsqualität. Dies könnte zu besseren Therapieergebnissen und einer differenzierten Behandlung der Patienten führen. Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Herausforderungen, wie hohe Ausgaben und Umstrukturierungen, die von allen Akteuren zu bewältigen sind. Außerdem besteht zunächst ein hoher Aufwand, um die Umstrukturierungen durchzuführen. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass die Reform das Potenzial hat, das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen, auch wenn der Übergangsprozess mit Anfangsschwierigkeiten und Anpassungsbedarf verbunden ist.

Literaturverzeichnis

Agnieszka Kreutzberg (2024): Krankenhausreform: Diese Liquiditätshilfen werden aktuell diskutiert. Hg. v. Solidaris Unternehmensgruppe. Online verfügbar unter <https://www.solidaris.de/aktuelles/krankenhausreform-diese-liquiditaets-hilfen-werden-aktuell-diskutiert>, zuletzt aktualisiert am 07.03.2024, zuletzt geprüft am 31.10.2024.

Andreas Macho (2024): Wegen Lauterbachs Klinikreform – Krankenkassen erwarten für 2025 Beitragserhöhungen. Hg. v. Welt. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/wirtschaft/article250705340/Lauterbachs-Klinikreform-Krankenkassen-kuendigen-naechste-Beitragserhoehung-an.html>, zuletzt aktualisiert am 26.03.2024, zuletzt geprüft am 29.10.2024.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. (2023): Stellungnahme der AWMF zur Krankenhausreform. Berlin, 07.07.2023 Da die Diskussion in den vergangenen Tagen und Wochen häufig interessengeleitet statt fakten- und wissenschaftsbasiert war, ist es aus der Sicht der AWMF notwendig, die Zielsetzungen der geplanten Reform zu kommentieren, um einen Beitrag zu einem sachlich-konstruktiven Diskurs zu leisten. Das Primat der Reform muss in der Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung liegen. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/stellungnahmen/2023/20230707_STN_KH-Reform.pdf, zuletzt geprüft am 11.09.2024.

Boris Augurzky, Thorben Korfhage, Simon Reif, Antonius Reifferscheid (2019): Reformvorschläge für die Krankenhausabrechnung und MDK-Abrechnungsprüfung. Institute for Health Care Business GmbH; rwiconsult GmbH. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2019/mdk-reformgesetz-krankenhausabrechnungspruefung/_jcr_content/par/download_158125555/file.res/07_vdek-MDK%20Gutachten_final.pdf, zuletzt aktualisiert am 04.09.2019, zuletzt geprüft am 23.09.2024.

Britta Spiekermann (2024): Klinikreform: Raus aus dem Hamsterrad? Hg. v. ZDF-heute. Online verfügbar unter <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/deutschland/krankenhausreform-lauterbach-gesetzentwurf-100.html>, zuletzt aktualisiert am 17.04.2024, zuletzt geprüft am 19.08.2024.

- Bundesministerium für Gesundheit (2023a): Lauterbach: „Das System muss sich ändern.“. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/die-zeit-15-06-2023-krankenhausreform>, zuletzt aktualisiert am 16.06.2023, zuletzt geprüft am 09.09.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2023b): Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.07.2023, zuletzt geprüft am 28.09.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2024a): Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In Deutschland wird die Krankenversicherung von zwei unterschiedlichen Systemen getragen: der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV). Die GKV bietet für fast 90 Prozent der Bevölkerung verlässlichen Gesundheitsschutz. Mehr als 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger sind hier versichert, um bestmögliche medizinische Versorgung zu erhalten. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv/>, zuletzt aktualisiert am 15.04.2024, zuletzt geprüft am 01.10.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (2024b): Bundeskabinett beschließt Krankenhausreform. Bessere Behandlungsqualität, weniger Bürokratie sowie der Erhalt eines lückenlosen Netzes von Krankenhäusern in ganz Deutschland – das sind die Ziele des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), das als Entwurf vom Bundeskabinett heute beschlossen wurde. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-kabinett-pm-15-05-24>, zuletzt aktualisiert am 15.05.2024, zuletzt geprüft am 20.09.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (2024c): Krankenhausreform. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform>, zuletzt aktualisiert am 17.05.2024, zuletzt geprüft am 30.08.2024.

- Bundesministerium für Gesundheit (2024d): Beiträge. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert sich durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Die Beiträge bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege>, zuletzt aktualisiert am 29.08.2024, zuletzt geprüft am 19.10.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2024e): Bundestag beschließt Krankenhausreform. Der Bundestag hat heute das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhausreform-pm-17-10-2024#:~:text=Sektoren%C3%BCbergreifende%20Versorgungseinrichtungen%20k%C3%B6nnen%20dort%2C%20wo%20Haus%C3%A4rztinnen%20und%20Haus%C3%A4rzte,daf%C3%BCr%20innerhalb%20des%20KV-Systems%20wie%20eine%20Praxis%20bezahlt.>, zuletzt aktualisiert am 17.10.2024, zuletzt geprüft am 29.10.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (15.04.2024): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinettd.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2024.
- Business Insider Deutschland (Hg.) (2023): Alarmierende Umfrage unter Krankenhäusern: 2024 drohen so viele Klinik-Insolvenzen wie noch nie. Online verfügbar unter <https://www.businessinsider.de/wissenschaft/gesundheit/krankenhaeuser-so-viele-insolvenzen-wie-noch-nie-drohen-2024/>, zuletzt aktualisiert am 28.12.2023, zuletzt geprüft am 17.08.2024.
- Celina Wagner (2022): Die Krankenhaustypen in Deutschland - Was ist das richtige Krankenhaus für mich? Hg. v. Klinikradar. Online verfügbar unter <https://klinikradar.de/magazin/die-krankenhaustypen-in-deutschland-was-ist-das-richtige-krankenhaus-fuer-mich>, zuletzt aktualisiert am 25.07.2022, zuletzt geprüft am 18.09.2024.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2024): Große Krankenhausreform mit Vorhaltepauschalen. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurz-meldungen-1009104>, zuletzt geprüft am 31.10.2024.

- Deutsches Ärzteblatt (Hg.) (2022): Krankenhausreform: Drei Versorgungsstufen sollen es richten. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139402/Krankenhausreform-Drei-Versorgungsstufen-sollen-es-richten>, zuletzt aktualisiert am 06.12.2022, zuletzt geprüft am 25.10.2024.
- Deutsches Ärzteblatt (Hg.) (2024): Kliniken betrachten Lauterbachs Krankenhausreform mit Skepsis. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154580/Kliniken-betrachten-Lauterbachs-Krankenhausreform-mit-Skepsis>, zuletzt geprüft am 13.11.2024.
- Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH (Hg.): Kostenträger. Online verfügbar unter <https://www.dmrz.de/wissen/lexikon/k/kostentraeger>, zuletzt geprüft am 05.09.2024.
- DKG (Hg.) (2022): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022. Online verfügbar unter 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, zuletzt geprüft am 05.11.2024.
- Doctolib (Hg.) (2023): Sektorenübergreifende Versorgung – Definition und Beispiele. Online verfügbar unter <https://info.doctolib.de/blog/sektorenuuebergreifende-versorgung-definition-und-beispiele/#article-h2-sektorenuuebergreifende-versorgung-definition>, zuletzt aktualisiert am 31.03.2023, zuletzt geprüft am 25.10.2024.
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), zuletzt geprüft am 24.10.2024.
- Gerd Schneider, Christiane Toyka-Seid (2024): Reform. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321025/reform/>, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- GKV-Spitzenverband (2021): Gemeinsame Umsetzungshinweise des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzel

fallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/2021_11_19_Gemeins_Umsetzungshinweise_PruefvV_EV_barrierefrei.pdf, zuletzt aktualisiert am 29.11.2021, zuletzt geprüft am 20.09.2024.

GKV-Spitzenverband (2024): Fokus: Krankenhausfinanzierung. Fallpauschalen, Fallzahl, Casemixvolumen, Orientierungs- und Veränderungswert, Grundlohnrate, Landesbasisfallwert - sie alle bestimmen die Finanzierung im Krankenhausbereich. Doch wie wirken sie zusammen? Hg. v. GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/krankenhausfinanzierung/thema_krankenhausfinanzierung.jsp, zuletzt aktualisiert am 12.08.2024, zuletzt geprüft am 30.09.2024.

Hanna Degen (2024): Krankenhaus-Report 2024. Strukturreform. Berlin: Springer Verlag GmbH, zuletzt geprüft am 03.10.2024.

Hans Böckler Stiftung (Hg.) (2008): Doppelte Vergütung für Privatpatienten. Online verfügbar unter <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-doppelte-verguetung-fuer-privatpatienten-7876.htm#:~:text=%C3%84rzte%20erhalten%20f%C3%BCr%20die%20Behandlung%20Privatversicherter%20im%20Schnitt,Privatpatienten%20zu%20bevorzugen.%20Die%20Versuchung%20steckt%20im%20System.>, zuletzt aktualisiert am 08.2008, zuletzt geprüft am 04.10.2024.

hc Consulting AG (2024): Die duale Krankenhausfinanzierung. Hg. v. hc Consulting AG. Online verfügbar unter <https://www.hcconsultingag.de/die-duale-krankenhausfinanzierung/>, zuletzt geprüft am 20.09.2024.

Jan Zimmermann (2024): Bundestag beschließt Klinikreform: Was ändert sich jetzt? Hg. v. BR 24 Newsletter. Online verfügbar unter <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/bundestag-beschliesst-krankenhausreform-was-aendert-sich-jetzt,URSxcAU>, zuletzt aktualisiert am 17.10.2024, zuletzt geprüft am 08.11.2024.

Jens Mau (2023): Wie Boris Augurzky Vorhaltekosten berechnen will. Hg. v. BibliomedManager. Online verfügbar unter <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/48490-fallzahlunabhaengiger-vorschlag-zur-berechnung>, zuletzt aktualisiert am 28.07.2023, zuletzt geprüft am 15.11.2024.

- Karin Stötzner (2023): Sektorenübergreifende Versorgungsplanung im Lichte der Krankenhausreform. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5465/10_Stoetzner_Rechtssymposium_2023-04-17.pdf, zuletzt aktualisiert am 17.04.2023, zuletzt geprüft am 12.11.2024.
- Klaus Emmerich (2023): Krankenhausreform 2023. Lauterbachs organisiertes Kliniksterben. Himmelkron: Klaus Emmerich, zuletzt geprüft am 28.10.2024.
- Klinikverbund Hessen e.V. (Hg.) (2024): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG. Online verfügbar unter https://www.klinikverbund-hessen.de/fileadmin/Daten/Fachinformationen/2024-03_Krankenhausreform/2024-03-13_Krankenhausreform.pdf, zuletzt aktualisiert am 19.06.2024, zuletzt geprüft am 24.10.2024.
- Lexware (2024): Kostenträger. Hg. v. Lexware. Online verfügbar unter <https://www.lexware.de/wissen/unternehmerlexikon/kostentraeger/>, zuletzt aktualisiert am 09.07.2024, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Martin Werding: Krankenhaus. Hg. v. Gabler Wirtschaftslexikon. Online verfügbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/krankenhaus-38617>, zuletzt geprüft am 24.09.2024.
- Patrick Messner (2014): Leistungsempfänger. Hg. v. DocCheck Flexikon. Online verfügbar unter <https://flexikon.doccheck.com/de/Leistungsempf%C3%A4nger#:~:text=Leistungsempf%C3%A4ngerist%20im%20deutschen%20Gesundheitswesendie%20technische%20Bezeichnung%20f%C3%BCr%20einen,von%20dieser%20Versicherung%20abgedeckte%20Leistungen%20abfordert%20bzw.%20entgegennimmt.>, zuletzt aktualisiert am 19.12.2014, zuletzt geprüft am 28.08.2024.
- praktischArzt (Hg.) (2024): Facharztrichtungen – Medizinische Fachgebiete im Überblick. Online verfügbar unter <https://www.praktischarzt.de/arzt/facharzt-richtungen/chirurg-facharzt-chirurgie/>, zuletzt aktualisiert am 26.08.2024, zuletzt geprüft am 28.09.2024.
- Rechnungswesen-verstehen (Hg.) (2019): Private Krankenversicherung. Online verfügbar unter <https://www.rechnungswesen-verstehen.de/lexikon/private-krankenversicherung.php>, zuletzt geprüft am 24.09.2024.

- Regierungskommission (Hg.) (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf, zuletzt aktualisiert am 06.12.2022, zuletzt geprüft am 28.09.2024.
- Reimbursement Institute (Hg.) (2023): Leistungsgruppen. Online verfügbar unter <https://reimbursement.institute/glossar/leistungsgruppen/>, zuletzt geprüft am 30.09.2024.
- Statistisches Bundesamt (Hg.): Vorstellung des Erfüllungsaufwands. Bürokratie umfassend messen und darstellen. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Erfuellungsaufwand/erfuellungsaufwand.html>, zuletzt geprüft am 12.11.2024.
- Telepolis (Hg.) (2024): Was die Krankenhausreform für Patienten bedeutet. Krankenhausreform soll Qualität steigern. Viele sehen Lauterbachs Pläne skeptisch. Werden Wege zu Fachärzten künftig länger? Ein Überblick. Online verfügbar unter <https://www.telepolis.de/features/Was-die-Krankenhausreform-fuer-Patienten-bedeutet-9976126.html>, zuletzt aktualisiert am 10.10.2024, zuletzt geprüft am 11.11.2024.
- vdek (2021): Leistungserbringer. Hg. v. vdek. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/Leistungserbringer.html, zuletzt aktualisiert am 15.01.2021, zuletzt geprüft am 28.08.2024.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (2021): Krankenhausfinanzierung. Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern. Hg. v. Verband der Ersatzkassen e.V. Online verfügbar unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt aktualisiert am 04.05.2021, zuletzt geprüft am 08.09.2024.
- Wolfgang Hoffmann, Steffen Fleßa, Neeltje van den Berg (2021): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/#node-content-title-0>, zuletzt aktualisiert am 18.11.2021, zuletzt geprüft am 28.08.2024.

ZDFheute (2024): Kleine Krankenhäuser "werden zuerst gerettet". Karl Lauterbach verteidigt im ZDF die geplante Krankenhausreform. Entgegen häufiger Kritik käme diese vor allem kleinen Krankenhäusern zugute, so der Gesundheitsminister. Hg. v. ZDFheute. Online verfügbar unter <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/deutschland/krankenhaus-reform-kliniksterben-lauterbach-100.html>, zuletzt aktualisiert am 14.03.2024, zuletzt geprüft am 09.09.2024.

Anhang

Anhang 1: Tabelle A1: Verzeichnis der Leistungsgruppen	27
--	----

Anhang 1: Tabelle A1: Verzeichnis der Leistungsgruppen

Tabelle A 1			
LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level¹	Vorhalte²
INNERE MEDIZIN			
1.0	Basisbehandlung Innere Medizin	1	40
1.1	Angiologie	2	40
1.2	Endokrinologie und Diabetologie	2	40
1.3	Gastroenterologie	2	40
1.4	Hämatologie und Onkologie	2	40
1.4.1	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2	40
1.4.2	Leukämie und Lymphome	2	40
1.4.3	Stammzelltransplantation	3	40
1.5	Infektiologie	2	40
1.6	Kardiologie	2/FA	40
1.6.1	Interventionelle Kardiologie	2/FA	40
1.6.2	EPU / Ablation	2/FA	40
1.6.3	Kardiale Devices	2/FA	40
1.6.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40
1.7	Nephrologie	2	40
1.7.1	Nierenersatztherapie	2	40
1.8	Pneumologie	2/FA	40
1.9	Rheumatologie	2/FA	40
CHIRURGIE			
2.0	Basisbehandlung Allgemeinchirurgie	1	40
2.1	Gefäßchirurgie	2	40
2.1.1	Bauaortenaneurysma	3	40
2.1.2	Carotis operativ/interventionell	2	40
2.1.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2	40
2.2	Herzchirurgie	3/FA	40
2.2.1	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	3/FA	40
2.2.2	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40
2.2.3	Kardiale Devices	2/FA	40
2.3	Kinder- und Jugendchirurgie	2	40
2.4	Orthopädie und Unfallchirurgie	2	40
2.4.1	Endoprothetik Hüfte	2/FA	40
2.4.2	Endoprothetik Knie	2/FA	40
2.4.3	Revision Hüftendoprothese	2/FA	40
2.4.4	Revision Knieendoprothese	2/FA	40
2.4.5	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
2.4.6	Handchirurgie	2	40
2.4.7	Schädel-Hirn-Trauma	2	40

Tabelle A 1			
LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level¹	Vorhalte²
2.4.8	Polytrauma	2	60
2.5	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA	40
2.5.1	Schwere Verbrennungen	3/FA	60
2.6	Thoraxchirurgie	2/FA	40
2.7	Viszeralchirurgie	2	40
2.7.1	Bariatrische Chirurgie	2	40
2.7.2	Große Lebereingriffe	3	40
2.7.3	Große Ösophaguseingriffe	3	40
2.7.4	Große Pankreaseingriffe	3	40
2.7.5	Tiefe Rektumeingriffe	2	40
GYNÄKOLOGIE, GEBURTEN, NEUGEBORENE			
3.0	Basisbehandlung Frauenheilkunde	1	40
3.1	Allgemeine Frauenheilkunde	2	40
3.1.1	Karzinome außer Mamma-Ca	2	40
3.1.2	Senologie/Mamma-Ca	2	40
3.2	Geburten	2	60
3.2.1	Perinataler Schwerpunkt	2	60
3.2.2	Perinatalzentrum Level 1	2	60
3.2.3	Perinatalzentrum Level 2	3	60
KINDER- UND JUGENDMEDIZIN			
4.0	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1	40
4.1	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	2	40
4.2	Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	3	40
4.2.1	Kinderonkologie	3	40
4.2.2	Kinder-Hämatologie & -Onkologie -Stammzelltransplantationen	3	40
4.2.3	(Kinder- und Jugend-)Hämostaseologie	3	40
4.3.1	Kinder- und Jugendkardiologie	2	40
4.3.2	Kinderherzchirurgie	3	40
4.4	Kinder- und Jugend-Pneumologie und -Allergologie / Schlafmedizin	2	40
4.3	Kinder- und Jugend-Nephrologie	2	40
4.3.1	Nierenersatztherapie im Kindesalter	3	40
4.4	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	2	40
4.5	Kinder- und Jugend-Infektiologie	2	40
4.6.1	Kinder und Jugendliche Basis-Notfallmedizin Stufe I	1	60
4.6.2	Kinder und Jugendliche erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
4.6.3	Kinder und Jugendliche umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
4.7.1	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe II	2	60
4.7.2	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe III	3	60

Tabelle A 1			
LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level¹	Vorhalte²
4.8	Neonatologie	2	60
4.8.1	Perinatalzentrum Level 1 gem. QFR-RL	3	60
4.8.2	Perinatalzentrum Level 2 gem. QFR-RL	2	60
4.8.3	Perinataler Schwerpunkt	2	60
4.9	Neuropädiatrie	2	40
4.10	Allgemeine Kinderchirurgie	2	40
4.11	Spezielle Kinderchirurgie	2	40
4.11.1	Kinder- und Jugend-Orthopädie und -Traumatologie	2	40
4.11.2	Kinder- und Jugend-Urologie	2	40
4.11.3	Kinder- und Jugend-Neurochirurgie	3	40
4.11.4	Kinder- und Jugend-Handchirurgie	2	40
4.12	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2	40
4.13	(Kinder- und Jugend)-Palliativmedizin	2	40
4.14	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und -Hepatology	2	40
4.15	Pädiatrische Stoffwechselmedizin	2	40
4.17	Sozialpädiatrie	2	40
4.18	Pädiatrische Psychosomatik	2	40
AUGENHEILKUNDE			
5.0	Basisbehandlung Augenheilkunde	1	40
5.1	Allgemeine Augenheilkunde	2	40
5.2	Komplexe Augenheilkunde	3	40
HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN			
6.0	Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	40
6.1	Allgemeine Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	40
6.2	Komplexe Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	40
6.3	Dermatoonkologie	3/FA	40
HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE			
7.0	Basisbehandlung HNO	1	40
7.1	Allgemeine HNO	2	40
7.2	Komplexe HNO	3	40
7.2.1	Cochleaimplantate	3	40
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE			
8.1	MKG	3	40
NEUROCHIRURGIE			
9.1	Neurochirurgie	2	40
9.1.1	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
9.1.2	Stereotaxie	2	40

Tabelle A 1			
LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level¹	Vorhalte²
NEUROLOGIE			
10.0	Basisbehandlung Neurologie	1	40
10.1	Allgemeine Neurologie	2	40
10.2	Komplexe Neurologie	3	40
10.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	2/FA	40
UROLOGIE			
11.0	Basisbehandlung Urologie	1	40
11.1	Allgemeine Urologie	2	40
11.2	Komplexe Urologie	3/FA	40
NOTFALLMEDIZIN >18 Jahre			
12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin Stufe I	1	60
12.1	Erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
12.2	Umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
INTENSIVMEDIZIN >18 Jahre			
13.0	Basisbehandlung Intensivmedizin Stufe I	1	60
13.1	Erweiterte Intensivmedizin Stufe II	2	60
13.2	Umfassende Intensivmedizin Stufe III	3	60
13.2.1	Lungenersatztherapie >24 h	3	60
13.2.2	Herzersatztherapie >24 h	3	60
STROKE UNIT			
14.1	Stroke Unit	2	60
GERIATRIE			
15.1	Geriatric	1	40
PALLIATIVMEDIZIN			
16.1	Palliativmedizin	1	40
TRANSPLANTATION			
17.1	Darmtransplantation	3	40
17.2	Herztransplantation	3	40
17.3	Lebertransplantation	3	40
17.4	Lungentransplantation	3	40
17.5	Nierentransplantation	3	40
17.6	Pankreastransplantation	3	40
<p><i>Jede Leistungsgruppe wird spezifisch über ICD- und OPS-Codes definiert. Gleiche ICD- und OPS-Codes können ggf. in verschiedenen Leistungsgruppen erscheinen, die sich dann aber durch die Kombination unterscheiden.</i></p> <p><i>LB = Leistungsbereich</i></p> <p><i>1) Mindestlevel I-III und Fachklinik (FA)</i></p> <p><i>2) Vorhalteanteil in Prozent</i></p>			