

## CLINOTEL-Stellungnahme zur geplanten Reform der Krankenhausfinanzierung

### Mit Doppel-Wumms in die Insolvenz – Alarmstufe ROT für Kliniken!

#### Zusammenfassung

Zum Aktionstag der Krankenhäuser am 20.09.2023, der von Insolvenzmeldungen auch versorgungsnotwendiger Krankenhäuser überschattet wird, nimmt der CLINOTEL-Verbund ausführlich Stellung zur geplanten Finanzierungsreform von Bundesgesundheitsminister Lauterbach.

Aktuell erwarten sämtliche Krankenhaus-Experten eine ungesteuerte Krankenhausinsolvenz-Welle und auch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht auf seiner Website:

„Fest steht: Ohne Reform werden viele Krankenhäuser ungesteuert Insolvenz anmelden müssen. Mit der Reform bekommen Krankenhäuser wieder eine Perspektive.“

Der CLINOTEL-Krankenhausverbund hat sich intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, ob die geplante Krankenhausreform wirklich eine **Perspektive** bietet, die erwartete **ungesteuerte Insolvenzwelle der Krankenhäuser zu vermeiden**. Zu den Kernelementen der Reform nimmt CLINOTEL auf den folgenden Seiten Stellung und stellt, wo erforderlich, alternative Lösungsansätze vor. Wir verstehen uns dabei nicht als Lobbyisten betriebswirtschaftlicher Interessen von Krankenhäusern. Vielmehr entspringt unsere Stellungnahme zur von der Bundespolitik aufgezeigten Perspektive einem Gefühl der Verantwortung der Geschäftsführungen und Vorstände unserer Mitgliedshäuser für ihre Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeitenden.

Im Ergebnis stellen wir fest, dass die Reform eine Reihe guter und nachvollziehbarer Ansätze z.B. zu Konzentration und Spezialisierung komplexer Leistungen, Vorhaltefinanzierung und zur Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgung bietet.

Die Ansätze zur Betriebskostenfinanzierung lösen das aktuelle **Kernproblem der Diskrepanz zwischen Kostenentwicklungen** (Tariferhöhungen und Inflation) und den gesetzlich gedeckelten **Budgeteinnahmen** jedoch **NICHT!** Die angedachte Vorhaltefinanzierung kann diese Diskrepanz nicht auflösen, da laut Eckpunktepapier Budgetneutralität angestrebt wird, d.h. es wird lediglich eine Umverteilung finanzieller Ressourcen zwischen den Krankenhäusern stattfinden.

Bei den Patientinnen und Patienten findet durch die von Seiten des Bundesministers vorgetragene öffentliche Darstellung der massiven finanziellen Probleme bis hin zur Insolvenz eine **tiefe Verunsicherung** bezüglich der **Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und des Gesundheitssystems** statt. Auch und sogar besonders dann, wenn gleichzeitig beteuert wird, dass die Zahlungsunfähigkeit von Krankenhäusern keinerlei Auswirkungen auf die medizinische Versorgung hat.

Und auch die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern sind massiv verunsichert, entwickeln Zukunftsängste und einige verlassen das ihrer Meinung nach „sinkende Schiff“, um sich eine **neue Beschäftigung außerhalb des Krankenhauses** zu suchen. Dabei brauchen wir sie mehr denn je.

## Die Reform der Krankenhausfinanzierung - Ausgangslage

Die aktuelle finanzielle Situation der Krankenhäuser ist durch erheblich gestiegene Kosten bei gleichzeitigem Erlösrückgang gekennzeichnet. In den Jahren 2020 bis 2022 wurde die Corona-Pandemie bedingte Leistungsdegression in weiten Teilen durch Staatshilfen und Budgetausgleiche kompensiert. Diese Kompensation wurde nachvollziehbar mit dem Ende der Pandemie beendet. Der Trend zur Ambulantisierung und verringerte personelle Ressourcen durch den Fachkräftemangel führen jedoch dazu, dass das durchschnittliche deutsche Krankenhaus in den ersten sechs Monaten des Jahres 2023 im Vergleich zu 2019 rund 12 Prozent weniger Patienten behandelt und knapp **9 Prozent weniger Erlöse** erzielt. Der Trend zur Ambulantisierung wird durch normative Vorgaben weiter verstärkt, so dass CLINOTEL **mittelfristig von einer weiteren Reduktion stationärer Erlöse von bis zu 11 Prozent** ausgeht.

Kostenseitig ist durch die Folgen des Krieges in der Ukraine ein kurzfristiger und extremer Anstieg der Energie- und Sachkosten zu verzeichnen. So lagen die **Inflationsraten** in den Jahren 2022 und 2023 in Deutschland zeitweilig bei **über 10 Prozent**. Sekundär kommen Kostensteigerungen durch Tarifabschlüsse hinzu, da Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nachvollziehbar eine Kompensation der mit der Inflation für sie verbundenen Belastungen anstreben. Der Energiepreis- und Sachkostenanstieg wurde bzw. wird in den Jahren 2022 und 2023 zum Teil durch Mittel aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds subventioniert. Diese **notwendige Unterstützung fällt jedoch 2024 weg** – wobei die Wirkungen aus Tarifabschlüssen und der Inflation **Kostensteigerungen von über 10 Prozent** erwarten lassen.

Anders als in der „freien Wirtschaft“ dürfen Krankenhäuser ihre Kostensteigerungen **jedoch nicht vollständig weitergeben**. Gesetzliche Regelungen bedingen vielmehr, dass diese nur anteilig berücksichtigt werden. 2023 liegt der so genannte „Veränderungswert“ bei 4,3 Prozent.

Von Krankenhausmanagern kann zu Recht erwartet werden, dass sie den erlösseitigen Einflussgrößen durch die qualitative Weiterentwicklung ihres Leistungsangebots und ggf. auch durch Aktivitäten zur Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber aktiv entgegenwirken. Die geschilderten kostenseitigen Einflussgrößen können jedoch auch durch das beste Management nicht bewältigt werden, da sie **systemisch angelegt** sind.

Insofern überraschen die Ergebnisse der aktuellen Roland-Berger Krankenhausstudie, nach der 51% der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2022 ein negatives Betriebsergebnis verzeichneten, nicht. Laut Umfrage gehen die deutschen Krankenhausmanager von einer deutlichen Verschlechterung der betriebswirtschaftlichen Situation bis 2028 aus.

Dass es sich hierbei nicht um Cassandra-Rufe handelt, zeigen Schlagzeilen wie in der Tageszeitung „Die Welt“ vom 29.07.2023 mit dem Titel „Sprunghafter Anstieg bei Klinik-Insolvenzen“ und Berichte, dass im ersten Halbjahr bereits 17 Klinik-Insolvenzen angemeldet wurden, gegenüber 10 im gesamten Jahr 2022. Vielmehr zeigen die aktuellen Einschätzungen eine **Insolvenzwelle als realitätsnahe Perspektive** auf, für den Fall, dass der Gesetzgeber nicht interveniert.

Der für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit und Daseinsvorsorge verantwortliche Bundesgesundheitsminister plädiert für eine Reform der Krankenhausfinanzierung, deren Eckpunkte mit den Bundesländern abgestimmt wurden und in ihrer aktuellsten Version vom 10.07.2023 vorliegen.

Im Folgenden geht CLINOTEL auf diese Eckpunkte ein, bewertet sie und legt bei Bedarf **alternative Lösungsvorschläge** vor. Hierbei beschränken wir uns, wie die geplante Reform, ausschließlich auf die Vergütung der Betriebskosten.

## Stabilisierung der Finanzierung durch Umverteilung

### Reformansatz

Verteilung der Budgets nach Qualität und Leistung. Mittels Konzentration und Spezialisierung sollen Gelder umverteilt werden, so dass Skaleneffekte durch Schließungen von Fachabteilungen und Krankenhäusern entstehen. Eine Steigerung der Aufwendungen für den Krankenhaussektor insgesamt wird ausgeschlossen.

### Bewertung CLINOTEL

Die Mitglieder des CLINOTEL-Verbundes sehen die gesamtwirtschaftlichen Herausforderungen und teilen den grundsätzlichen Ansatz, dass finanzielle Mittel nach Qualität und Leistung verteilt bzw. auch umverteilt werden. Der Reformansatz ist allerdings ein **betriebswirtschaftliches Experiment**, welches erst einmal hinsichtlich der Wirksamkeit geprüft werden muss und aufgrund der eingeplanten Konvergenzphase ohnehin erst **in mehreren Jahren wirksam** werden kann. Rein rechnerisch ist allerdings heute schon klar, dass Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden werden, wenn ausschließlich auf Umverteilung gesetzt wird.

Der **Reformansatz löst** vor allem das oben aufgezeigte akute und grundlegende **Problem** auf der Kosten-/Erlösseite **nicht**, da der sog. Veränderungswert systemisch bedingt deutlich hinter der Lohn- und Preisentwicklung zurückbleibt. In einem personalintensiven Sektor wie dem Krankenhaus, ist ein Finanzierungssystem, welches Tarifentwicklungen dauerhaft nicht finanziert, auf Insolvenz und Zusammenbruch ausgelegt.

Die zwischen Bund und Ländern am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkte für eine Krankenhausreform sehen vor, dass geprüft werden soll, ob weitere Maßnahmen zur Liquiditätssicherung in Bezug auf die Tarifkostenentwicklung notwendig sind. Bei der Prüfung wird gem. Aussage der Bundesregierung (Drucksache 20/8011 Deutscher Bundestag) *„die Finanzierbarkeit entstehender Mehrbelastungen durch die Beitragszahlenden wie durch die Arbeitgebenden zu berücksichtigen sein. Dies war auch für die Bundesregierungen der vergangenen Legislaturperioden ein wichtiger Aspekt bei den Begrenzungen der Tarifrefinanzierung.“*

Eine derartige systemische **Unterfinanzierung muss mit einer Finanzierungsreform angegangen** werden, das ist durch Umverteilung unzureichender Mittel nicht lösbar.

### Lösungsansatz CLINOTEL

Die Mitgliedshäuser fordern, die methodische Schwäche der Vergütungssystematik anzugehen. Beginnend für 2024 erfolgt im Herbst 2023 eine institutionelle, objektive **Festlegung eines prospektiven Veränderungswertes des Budgets, welcher sich an den realistisch zu erwartenden Tarif- und Kostenentwicklungen der Krankenhäuser des Folgejahres orientiert**. Dieser kann bei realer Veränderung über Folgebudgets ausgeglichen werden. Die Finanzierung ist für die Krankenkassen weitgehend gesichert, da die gezahlten Tarifierhöhungen in ähnlicher Höhe in die Krankenkassenbeiträge der Versicherten fließen. Die Mehrausgaben sind somit im Wesentlichen durch Mehreinnahmen gedeckt.

## Stabilisierung der Finanzierung durch Vorhaltefinanzierung

### Reformansatz

Durch die aktuelle Finanzierung mittels Fallpauschalen besteht für Krankenhäuser ein wirtschaftlicher Anreiz, vereinbarte Fallzahlen mindestens zu erreichen oder zu überschreiten. Ein Rückgang ihrer Erlöse wirkt sich durch bestehende Vorhaltekosten erheblich negativ aus. Um diesen Druck zu verringern, sollen 60 Prozent der Vergütung zur Deckung der Vorhaltekosten als leistungsunabhängige Pauschale gewährt werden. Voraussetzung ist, dass die erbrachten Leistungen eines Krankenhauses zu den Leistungsgruppen gehören, für welche das Krankenhaus die Qualitätsvorgaben erfüllt.

### Bewertung CLINOTEL

Der Reformansatz erscheint geeignet, vor allem in ländlichen Regionen, eine Finanzierung der Betriebskosten von Krankenhäusern mit dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung sicherzustellen.

**Insgesamt wird Vorhaltefinanzierung** von den Mitgliedern des CLINOTEL-Verbundes grundsätzlich **begrüßt**. Da 40 Prozent der Kosten weiter über die Fallzahlen refinanziert werden, bleibt abzuwarten, wie das neue System zusammen mit den weiterhin bestehenden Mengenanreizen des Fallpauschalen-Systems wirkt. In jedem Fall wirken sich Leistungsrückgänge dann nicht mehr in vollem Umfang negativ auf das Budget der Krankenhäuser aus.

Wie die konkrete Ausgestaltung einer leistungsunabhängigen Vergütung methodisch erfolgen kann, wird bereits auf Expertenebene diskutiert, z.B. mit einem „fallzahlunabhängigen Vorschlag zur Berechnung der Vorhaltefinanzierung“ von Prof. Dr. Boris Augurzky. Das vorgeschlagene Konzept ist hochkomplex und mit einigen offenen Fragen versehen. Neben dem sehr differenzierten, einzelfallorientierten Fallpauschalen-System und dem Pflegebudget entsteht nun eine dritte hochkomplexe Komponente zur Budgetermittlung. Die Leistungskomponenten werden dann noch prospektiv verhandelt und retrospektiv mit Ausgleichsmechanismen wie z.B. einem Fixkostendegressionsabschlag versehen. Dies als „**Bürokratiemonster**“ zu bezeichnen, ist fast schon untertrieben. Das ebenfalls mit der Reform formulierte Ziel eines Bürokratieabbaus steht dem vorgeschlagenen Vorgehen diametral entgegen.

### Lösungsansatz CLINOTEL

Kurzfristig: **Fortschreibung des Budgetausgleichs von 2022 auf 2023**, da die Problemlage der Leistungsdegression bei bestehenden Fixkosten unverändert fortbesteht. Anpassung in den Folgejahren „Zug um Zug“ mit der Konvergenz der Einführung der Vorhaltefinanzierung.

Für die Zukunft: **bürokratiearmes Finanzierungsmodell für die Vorhaltefinanzierung**, z.B. bei einem vereinbarten Budget aus Fallpauschalen von 10.000 CM-Punkten und einem abgerechneten Budget von 9.000 Punkten erfolgt ein Ausgleich für Vorhaltefinanzierung von 400 Punkten (40 Prozent von 1.000 Punkten, 20 Prozent Vorhaltung werden ja bereits über das Pflegebudget finanziert).

## Stärkung von Geburtshilfe, Pädiatrie und stationärer Notfallversorgung

### Reformansatz

Die bisherigen Sicherstellungszuschläge werden ausgebaut. Die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe und Notaufnahme erhalten neben den bereits z.T. kurzfristig eingeführten Sicherstellungszuschlägen einen zusätzlichen, nach Leistungsumfang gestaffelten Zuschlag. Dieser wird nicht aus dem bisherigen Erlösolumen der Krankenhäuser generiert, sondern es werden seitens der Gesetzlichen Krankenversicherungen zusätzliche Mittel bereitgestellt.

### Bewertung CLINOTEL

Die Sicherstellungszuschläge werden für besonders vorhalteintensive und gleichzeitig regional versorgungsnotwendige Behandlungseinheiten gezahlt. Damit erkennt der Gesetzgeber richtigerweise an, dass diese Bereiche eine fallzahlunabhängige Basisfinanzierung benötigen, die aktuell auch zu niedrig bemessen ist. **Positiv** zu bewerten ist, dass hier **zusätzliche Mittel** seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt werden sollen. Was fehlt, ist eine orientierende Größenordnung der Erhöhung der Zuschläge und ein Zeitpunkt, wann diese Erhöhung wirksam wird. **Benötigt** wird ein sofort wirksamer Betrag, der sich anteilig an den **tatsächlichen Kosten** dieser Bereiche orientiert. Ein Beispiel: Ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 10.000 Behandlungsfällen pro Jahr und einer anerkannten Basis-Notfallversorgung erhält 153.000 Euro Sicherstellungszuschlag. Maßgebliches Kriterium für die Einstufung ist jedoch neben den Strukturkriterien für die Notaufnahme die Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens sechs Betten, von denen drei zur Beatmung kritisch Kranker vorgesehen sein müssen. Hier wird sofort deutlich, dass diese Summe nicht einmal im Ansatz ausreichen kann, um die Personalkosten zum Rund-um-die-Uhr-Betrieb der Intensivstation zu decken, zumal diese Anforderung unabhängig vom tatsächlichen regionalen intensivmedizinischen Versorgungsbedarf gilt.

### Lösungsansatz CLINOTEL

Erhöhung der **Sicherstellungszuschläge** auf einen angemessenen Wert, der sich an **realistischen** kalkulatorischen **Werten** für die Personalkosten orientiert, wirksam mit Reformbeginn zum 01.01.2024.

## Verbesserung der Qualität durch Konzentration und Spezialisierung

### Reformansatz

Durch Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung an die Erfüllung der Strukturanforderungen der Leistungsgruppen, soll sichergestellt werden, dass spezialisierte medizinische Leistungen nur dort erbracht werden, wo eine entsprechende Strukturqualität (Geräte, Anzahl Fachärzte, verwandte Fachrichtungen, Intensivmedizin etc.) vorhanden ist. Leitend dabei ist der Gedanke, dass Leistungen dort besser erbracht werden können, wo eine Konzentration und Spezialisierung derselben erfolgt.

### Bewertung CLINOTEL

Der **Ansatz** der Konzentration und Spezialisierung ist medizinisch und ökonomisch grundsätzlich **richtig** und wird daher von uns begrüßt. Der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität ist für eine Reihe komplexer Eingriffe wissenschaftlich belegt und wird in Teilen bereits bei Zertifizierungen von Organzentren durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen seines sozialgesetzlichen Auftrags umgesetzt. Die Formulierung von Qualitätskriterien, die ökonomisch tragfähig nur von Einheiten erfüllt werden können, welche eine größere Anzahl von Patienten behandeln, ist daher schlüssig. Die geforderten Qualitätskriterien sind in weiten Teilen nachvollziehbar und beruhen zu einem wesentlichen Teil auf etablierten Anforderungen z.B. aus den Bereichen Zertifizierung und Abrechnung von Komplexbehandlungen.

Erste Erfahrungen mit der Krankenhausplanung NRW zeigen, dass Strukturanforderungen temporär nicht erfüllt sein können. Wenn beispielsweise eine Fachärztin im Rahmen einer Schwangerschaft in ein sofortiges Beschäftigungsverbot fällt und damit die Anforderung an die Anzahl der fachärztlichen Vollkräfte bis zur Wiederbesetzung nicht erfüllt wird, darf das nicht dazu führen, dass eine Leistungsgruppe nicht erbracht oder abgerechnet werden kann.

### Lösungsansatz CLINOTEL

Es müssen angemessene **Fristen** definiert werden, für den Fall, dass **Strukturanforderungen** gut begründet **temporär nicht erfüllt werden** können. Innerhalb dieser Fristen müssen **Leistungserbringung** und **Abrechnung** möglich sein.

## Schaffung von Transparenz über das Leistungsgeschehen und Qualitätsaspekte der Krankenhäuser

### Reformansatz

Das Bundesministerium für Gesundheit will zur Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen.

### Bewertung CLINOTEL

Die CLINOTEL-Mitgliedshäuser begrüßen den **Ansatz**, für Patientinnen und Patienten **Transparenz** über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte zu schaffen, **ausdrücklich**. Bereits seit vielen Jahren veröffentlichen alle Mitgliedshäuser unter anderem Daten zu Zertifizierungen, Fallzahlen, Qualitätsergebnissen und Patientenzufriedenheit, die weit über gesetzliche Anforderungen hinausgehen, auf einer eigenen Qualitätshomepage des Verbundes. Die geplante Darstellung der Verteilung der Leistungsgruppen ist aus unserer Sicht sinnvoll und würde zur Transparenz-Philosophie unseres Verbundes passen. Es wäre zu begrüßen, wenn weitere Qualitätsindikatoren oder Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit veröffentlicht würden.

Allerdings stellt sich für uns angesichts der **bereits bestehenden Informationsportale** wie der Weißen Liste oder des AOK-Krankenhausnavigators die Frage, warum Steuergelder in ein staatliches Informationsportal investiert werden sollen, das **nicht mehr als die bereits veröffentlichten Informationen** zusammenstellen kann.

Die Krankenhäuser sollen ab dem 01.04.2024 in sogenannte **Versorgungslevel** eingeteilt werden. Inhaltlich stellt sich die Frage, wie die Darstellung eines Versorgungslevels den Patientinnen und Patienten Transparenz über die Qualität einer Behandlung verschaffen soll. Ein Krankenhaus, welches z.B. die Leistungsgruppe Herzschrittmacher abrechnen darf, erfüllt sämtliche hierfür erforderliche Qualitätskriterien. Ob dies in einem Level 2 oder Level 3 Krankenhaus erfolgt, schafft keine zusätzliche Qualitätstransparenz, sondern allenfalls Verunsicherung.

### Lösungsansatz CLINOTEL

**Kritische Prüfung**, in wie weit ein staatliches Informationsportal tatsächlich einen Beitrag zur verbesserten Qualitätstransparenz leisten kann. Die **Veröffentlichung von Krankenhaus-Leveln** im Rahmen von Qualitätstransparenz ist völlig ungeeignet und muss **wegfallen**.



## Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung (Level 1i)

### Reformansatz

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung ein neues Konzept für entsprechende Versorger (Level 1i-Krankenhäuser) vor. Neben der allgemeinen stationären Behandlung (mindestens Allgemeinmedizin oder Geriatrie, zusätzlich können Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden) sollen diese sektorenübergreifenden Versorger beispielsweise folgende Leistungen erbringen können:

- Ambulante Leistungen aufgrund einer vertragsärztlichen Ermächtigung,
- Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V,
- Leistungen nach 115f SGB V (Hybrid-DRGs),
- Ausbau der Leistungen von Institutsambulanzen,
- belegärztliche Leistungen,
- Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI (mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege), insbesondere Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege.

Ein Finanzierungsmix aus neu zu entwickelnden Vergütungen (z.B. Tagespauschalen für stationäre Leistungen oder Hybrid DRGs) und bestehenden Vergütungsformen soll eine auskömmliche Finanzierung sicherstellen. Sie soll überwiegend aus bestehenden Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mit Basis-Notfallversorgung entstehen und die Zahl dieser Kliniken deutlich reduzieren.

### Bewertung CLINOTEL

Die CLINOTEL-Mitgliedshäuser stehen dem **Ansatz, intersektorale Versorgung zu fördern, positiv gegenüber**. Aufgrund des bereits bestehenden Fachkräftemangels wird es zunehmend schwieriger, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit vollstationärer Basis-Notfallversorgung nach den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere in ländlichen Regionen, personell adäquat auszustatten. Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienste sind dabei besonders schwer zu besetzen. Durch die vorgesehenen Behandlungsformen würden sich die „ungünstigen Zeiten“ deutlich reduzieren und es wäre einfacher, Fachkräfte zu gewinnen. Das Angebot an stationärer Notfallversorgung wird dadurch natürlich eingeschränkt. Hier gilt es innovative Konzepte zu entwickeln, die gemeinsam mit anderen Partnern, wie z.B. den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort umsetzbar sind, um die Bevölkerung weiterhin bedarfsgerecht zu versorgen.

Grundsätzlich bietet die Ambulantisierung eine Möglichkeit, die für schwerere Fälle benötigten stationären Ressourcen zu schonen und damit dem bestehenden und sich fortsetzenden Fachkräftemangel tendenziell entgegenzuwirken.

Entscheidend wird sein, dass **kostendeckende Finanzierungsgrundlagen** gerade bei den noch zu entwickelnden Tagespauschalen für stationäre Leistungen oder Hybrid DRGs geschaffen werden. Umwandlungskosten für Baumaßnahmen oder Kosten für Sozialpläne bei Personalabbau müssen gefördert bzw. finanziert werden.

### Lösungsansatz CLINOTEL

Schaffung einer **kostendeckenden Finanzierungsgrundlage** für die Umwandlung und den Betrieb der sektorenübergreifenden Versorger.



## Bürokratieabbau bei Prüfverfahren

### Reformansatz

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Mit der Einführung der verbindlichen Prüfung der Qualitätskriterien soll geprüft werden, inwieweit die aktuellen Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) zu stationären Strukturen integriert werden und spezifische Prüfung entfallen können.

### Bewertung CLINOTEL

Eine Prüfung durch eine andere Prüfung zu ersetzen, ist noch keine Entbürokratisierung, zumal dies ja ebenfalls noch geprüft werden soll. Welch **hohes Maß an Bürokratisierung** herrscht, macht deutlich, wenn z.B. ein Krankenhaus die geplante Leistungsgruppe „Bauchaortenaneurysma“ im Leistungsbe- reich „Gefäßchirurgie“ erbringen möchte. Hier gibt es aktuell und zusammen mit dem Reformpapier folgende Prüfverfahren:

- Prüfung der Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung (Durchführung durch die zu- ständige Landesbehörde)
- Prüfung derselben Qualitätskriterien im Rahmen der Vorhaltefinanzierung (Durchführung durch den MD - Bund oder Land - durch Bund/Länder)
- Prüfung der Einhaltung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (Durch- führung durch den MD auf Veranlassung der Krankenkassen vor Ort)
- Einzelfallprüfungen der Abrechnung, z.B. bei längerer Verweildauer (Durchführung durch den MD auf Veranlassung der Krankenkassen vor Ort)

**Die Prüfinhalte für Qualitätskriterien sind zum Teil identisch und zum Teil abweichend.** Je nachdem, welche Instanz gerade prüft, werden Anforderungen unterschiedlich interpretiert. Auf allen Seiten ent- steht erheblicher Aufwand, der viel besser in die Patientenversorgung investiert werden könnte.

Die geplante Vorhaltefinanzierung sollte Fehlbelegung deutlich reduzieren und damit auch den Bedarf an Einzelfallprüfungen erheblich verringern.

### Lösungsansatz CLINOTEL

Zu den **Qualitätskriterien** wird ein **bundeseinheitliches Prüfverfahren** abgestimmt, welches für alle Bereiche gültig ist. **Einzelfallprüfungen werden ganz abgeschafft oder gesetzlich auf ein Minimum (z.B. maximal 2 Prozent der Fälle) begrenzt.**

Köln, 13.09.2023

CLINOTEL Krankenhausverbund gemeinnützige GmbH  
Dr. Udo Beck, Dr. Frank Thölen, Geschäftsführung  
Von-der-Wettern-Str. 27, 51149 Köln  
Fon: 0 22 03 - 9 88 88 0  
Mail: [beck@clinotel.de](mailto:beck@clinotel.de)  
Home: [www.clinotel.de](http://www.clinotel.de)

**Eckdaten zum CLINOTEL-Krankenhausverbund**

CLINOTEL ist ein trägerübergreifender Krankenhausverbund von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet. Die aktuell 60 Mitgliedshäuser verfügen pro Jahr insgesamt über rd. 4,5 Milliarden Euro Budget. Sie versorgen mit 70.000 Mitarbeitenden über 1,0 Million stationäre Patienten in rund 30.000 Betten. CLINOTEL ist damit einer der größten Krankenhausverbände Deutschlands.