



Fotos: iStockphoto

## Stationäre Versorgung (I)

# Kontroverse um SVR-Gutachten

Der Sachverständigenrat (SVR) hat eine Reform der Krankenhausfinanzierung vorgeschlagen. Lob gibt es für die anvisierte Schließung kleiner Krankenhäuser und die Idee, Kliniken mehr über Pauschalen zu vergüten. Kritik kommt aus den Ländern, die die Krankenhausplanung nicht teilen wollen.

Häufig haben sowohl die Bundes- als auch die Landespolitik in den vergangenen Jahren eingegriffen, um die Vorgaben für die Krankenhausfinanzierung und -planung zu ändern. Trotzdem bestehen drei große Probleme weiterhin: die vielfach zitierten Überkapazitäten im stationären Sektor, die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer und die Anreize zur Mengenausweitung im DRG-System. Genau zu diesen Themen hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem aktuellen Gutachten im Juli dieses Jahres Reformvorschläge vorgelegt (siehe *Kasten*).

### Keine adäquate Versorgung

Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin teilt die Ansicht des Rates, dass es in Deutschland zu viele Krankenhäuser gibt. „Deutschland leistet sich ein Akutkrankenhaus pro 59 000 Einwohner und pro knapp 260 km<sup>2</sup>. Dadurch ergibt sich ein Radius für die Einzugsgebiete von durchschnittlich neun Kilometern“, rechnet Busse gegenüber dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)* vor. „In so einem Gebiet gibt es pro Jahr rechnerisch 130 Personen mit Herzinfarkt und 150 mit Schlaganfall, das heißt jeweils weni-

ger als drei pro Woche.“ Dass diese Patienten in kleinen Krankenhäusern nicht adäquat von rund um die Uhr verfügbaren Fachärzten, mit Koronarangiografiegeräten und in Schlaganfalleinheiten versorgt werden könnten, liege auf der Hand. Und die Statistik zeige, dass in diesen Krankenhäusern im Durchschnitt deutlich mehr Patienten sterben als in Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen.

„Die meisten kleinen Krankenhäuser stehen in Agglomerations- und Verdichtungsräumen, könnten also ohne jede Not geschlossen werden“, ergänzt Busse. „Und auch auf dem Land gilt: Selbst bei der Schließung von 75 Prozent der Krankenhäuser, wenn es also nur noch rund 340 gäbe, würde sich die durchschnittliche Entfernung zum Krankenhaus für die Bürger lediglich verdoppeln.“

Auch der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Andreas Gassen, teilt die Einstellung des SVR, dass die Zahl der Krankenhäuser verringert werden sollte. Allerdings will die KBV nicht zwangsläufig die Zahl der Standorte reduzieren. Anschauen müsse man sich vor allem unrentable, oft kleine Krankenhäuser, meint Gassen: „Diese Häuser wollen wir in neue Strukturen umwandeln, zum Beispiel in ambulante Versorgungseinrichtun-

gen. Auch kurze stationäre Aufenthalte können an diesen Standorten möglich sein.“

Eine Umwandlung von Krankenhäusern unter anderem in ambulante Einrichtungen kann seit 2016 durch Mittel aus dem Strukturfonds gefördert werden. Die Gelder aus dem Fonds stammen zu gleichen Teilen von den Bundesländern und aus dem Gesundheitsfonds, also von den Krankenkassen. Der Rat schlägt vor, den Strukturfonds künftig verstärkt dafür zu nutzen, Überkapazitäten abzubauen und Krankenhäuser zu schließen. Die Gelder dafür sollen nach dem Willen des Rates dann hälftig von den Ländern und vom Bund kommen.

### Kooperationen fördern

Als Gegenleistung soll der Bund ein Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung erhalten, zum Beispiel, wenn es um eine „länderübergreifende Strukturbereinigung“ geht. Der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann (CDU), weist diesen Vorschlag zurück. „Die Krankenhausplanung liegt klar im Zuständigkeitsbereich der Länder und das ist auch gut so“, sagt Laumann zum *DÄ*. „Denn bei Versorgungsfragen geben die regional denkenden Länder den Ton an. Von Berlin aus lässt sich nun mal keine Strukturpolitik für ganz Deutschland betreiben.“

Laumann will mit dem Strukturfonds auch andere Schwerpunkte setzen. „Für Nordrhein-Westfalen steht schon fest, dass wir mit dem Strukturfonds vornehmlich Strukturveränderungen zum Zwecke der Qualitätssteigerung fördern“, sagt er. „Wir müssen Prozesse und Strukturen schaffen, die eine Kooperation der Krankenhäuser stärken und verbindlich gestalten. Ein Weg wäre es, Krankenhäuser zu fördern, die bereit sind, nicht alles selbst zu machen, sondern sich gemeinsam mit anderen Krankenhäusern aufzustellen.“

Auch der Vorschlag des Rates zur Überwindung der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung gefällt Laumann nicht. Seit Jahren schon fordert der SVR eine Finanzierung der Krankenhäuser aus einer Hand: von den Krankenkassen und -versicherungen. „Wir Länder, also auch Nordrhein-Westfalen, haben nicht genug für die Krankenhausfinanzierung getan“, räumt er zwar ein. „Die Anteile an der Investitionskostenförderung wurden jahrelang nicht wesentlich erhöht.“ Doch das habe sich nun geändert. Wie andere Länder auch hat Nordrhein-Westfalen die Investitionsmittel zuletzt er-

höht, im vergangenen Jahr um zusätzlich 250 Millionen Euro. „Die öffentliche Hand ist verantwortlich für die Daseinsvorsorge, wozu auch die Krankenhäuser zählen“, betont der Minister. „Krankenhäuser müssen für alle Bürgerinnen und Bürger – auch im Notfall – schnell erreichbar sein. Und das müssen die Bundesländer mit ihrer Krankenhausplanung gewährleisten.“ Da sich die Krankenhausfinanzierung in NRW nun verbessert habe, „sehe ich zum jetzigen Zeitpunkt auch keinen Grund, die Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten auf die Krankenkassen zu übertragen“, sagt Laumann.

### Vorhaltekosten refinanzieren

Die Bundesärztekammer (BÄK) lehnt vor allem den Vorschlag ab, selektive Einzelversorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Kliniken einzuführen, um auf diese Weise die Investitionsmittel zwischen den Häusern zu verteilen. „Das legt einen Paradigmenwechsel nahe, der weder zur Planungssicherheit der Kliniken beiträgt noch dem Auftrag zur Daseinsvorsorge gerecht wird“, betont BÄK-Präsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich

Montgomery. „Den Kliniken wäre mehr geholfen, wenn die Länder endlich ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen würden – und zwar vollumfänglich.“

Positiv sieht Montgomery den Vorschlag, das DRG-System zu reformieren und die Krankenhäuser stärker über Pauschalen zu bezahlen. „Aus unserer Sicht ist es dringend erforderlich, dass der Refinanzierung von Vorhalte- und Personalkosten ein höherer Stellenwert eingeräumt wird“, sagt Montgomery. Krankenhäuser und Kostenträger bräuchten bei ihren Budgetverhandlungen mehr Ermessensspielräume, damit die Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausbehandlung in strukturschwachen Gebieten ebenso berücksichtigt werden könne wie die Finanzierung von Extremkostenfällen.

Ein Umbau des DRG-Systems hin zu mehr pauschaler Vergütung von Vorhaltekosten „ist grundsätzlich zu befürworten“, meint auch Gesundheitsökonom Busse. Dabei müsse aber aufgepasst werden, dass das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet werde und kleinen Krankenhäusern die Vorhaltekosten für unnötige Infrastruktur oder gar für Personal ersetzt werde. Busse schlägt weniger „gewinnanfällige“ Vergütungen vor, zum Beispiel diagnoseunabhängige Vergütungen für Patienten, die 24 oder 48 Stunden stationär zur Beobachtung aufgenommen werden, bei denen aber keine Diagnose verifiziert werden kann und entsprechend auch keine Therapie anfällt.

Der Sachverständigenrat greift in seinem Gutachten schließlich die Idee auf, ambulant durchführbare Leistungen in beiden Sektoren gleich zu vergüten. KBV-Chef Gassen gefällt diese Idee. „Schon heute werden viele Untersuchungen fast ausschließlich ambulant erbracht“, sagt er. „Das wird künftig noch stärker so sein.“ Mehr Ambulantisierung dürfe aber nicht heißen, einfach die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen. „Voraussetzung muss ein gleicher Standard sein, etwa beim Facharztstatus, und eine gleiche Vergütung“, betont Gassen.

Falk Osterloh

## Vorschläge des Sachverständigenrats

### • Krankenhausplanung

Es gibt zu viele Krankenhäuser in Deutschland, konstatiert der Rat. Vor allem die Schließung kleinerer Häuser soll mit dem Strukturfonds vorangetrieben werden, an dem sich der Bund künftig mit Steuergeldern beteiligen soll. Dafür soll er in einer Bund-Länder-Kommission eine Mitsprache bei der Krankenhausplanung erhalten, zum Beispiel im Rahmen einer „länderübergreifenden Strukturbereinigung“.

### • DRG-System

Die Fallpauschalen sollen künftig durch spezifische Zuschläge ergänzt werden. Kleinen ländlichen Kliniken sollen die Vorhaltekosten für bedarfsnotwendige Leistungen pauschal vergütet werden, während bei Maximalversorgern der besondere Vorhaltungsbedarf hoch spezialisierter Medizin besser berücksichtigt werden soll. Mengunabhängige Vergütungskomponenten sollen so eine höhere Budgetrelevanz erhalten.

### • Investitionskosten

Die Investitionskosten sollen künftig, ebenso wie die Betriebskosten, von den Krankenkassen und -versicherungen gezahlt werden, damit gewährleistet wird, dass die Krankenhäuser die Investitionsmittel in ausreichender Höhe erhalten. Sie sollen jedoch nicht, wie bislang, über fallbezogene Investitionszuschläge verteilt werden, sondern im Rahmen selektiver Einzelversorgungsverträge, die Krankenkassen und Krankenhäuser schließen. Einzelvertragliche Lösungen würden die begonnene Strukturbereinigung beschleunigen, meint der Rat.

### • Ambulantisierung der Medizin

Ein Katalog von ambulanten Prozeduren soll eingeführt werden, die sowohl ambulant als auch stationär abgerechnet werden können. Auf diese Weise soll die Ambulantisierung medizinischer Leistungen vorangetrieben werden, um Kosten zu sparen.