

## Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

### **Statement von Dr. Carola Reimann,**

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,  
wir haben für diese Pressekonferenz einen besonderen Tag ausgewählt, über den insbesondere der Bundesgesundheitsminister schon seit Wochen gesprochen hat: Die heutige Kabinettsitzung galt mal als der spätestmögliche Termin für die Verabschiedung von gesundheitspolitischen Vorhaben, die noch Anfang 2025 umgesetzt werden sollen. Auch das Gesetz zur großen Krankenhausreform sollte eigentlich heute vom Kabinett beschlossen werden. Nun ist dieses Ziel nicht erreicht worden. Die schriftliche Verbändeanhörung läuft bis zum 30. April, der Kabinettsbeschluss ist jetzt für den 8. Mai geplant. Es ist aber nicht das erste Mal, dass sich die Reform verzögert – es gab ja in den vergangenen Monaten schon ein zähes Ringen zwischen Bund und Ländern um Finanzierung und Qualitätsvorgaben.

Dass diese Reform notwendig ist, darüber sind sich alle Expertinnen und Experten einig. Wir wollen Ihnen heute anhand ausgewählter Beispiele noch einmal vor Augen führen, warum wir dringend eine qualitätsorientierte Konzentration von Krankenhausleistungen in Verbindung mit einem vernünftigen Finanzierungssystem benötigen.

Die Qualitätsprobleme der deutschen Krankenhauslandschaft haben wir schon in vielen Reporten und Berichten dargestellt, aber sie bestehen immer noch: Nach wie vor werden viel zu viele Patientinnen und Patienten in Kliniken behandelt, die technisch und personell nicht adäquat dafür ausgestattet sind. Auch der Krankenhaus-Report 2024, den wir heute vorstellen, macht erneut die Notwendigkeit von Strukturreformen deutlich und zeigt den Handlungsbedarf an konkreten Beispielen. Christian Günster vom WIdO wird Ihnen das gleich anhand aktueller Auswertungen zur Versorgung von Herzinfarkt-Patienten und von Frauen mit Brustkrebs zeigen.

Ich freue mich besonders, dass wir mit Herrn Prof. Schmitt heute ein Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform mit auf dem Podium haben. Er wird gleich darauf eingehen, was von den Vorschlägen und definierten Zielen der Regierungskommission schon gut aufgegriffen wurde und wo aus seiner Perspektive noch Anpassungsbedarf besteht.

Die zentrale Frage lautet: Ist das, was beschlossen wird, gut für die Beschäftigten in den Kliniken und vor allem für die Patientinnen und Patienten, die dort behandelt werden? Oder sollen wieder einmal die Beitragszahlenden in der GKV über Gebühr belastet werden, ohne dass es zu den dringend erforderlichen Strukturreformen und Qualitätsverbesserungen kommt? Wir haben den Prozess der letzten Monate mit viel Optimismus und konstruktiven Vorschlägen aktiv begleitet. Das jetzt vorliegende Ergebnis sehen wir aber sehr kritisch. Konkret haben wir aus AOK-Sicht drei wesentliche Kritikpunkte:

**Erstens: Das Geld für die Kliniken fließt sofort, aber die Verbesserung der Behandlungsqualität wird auf die lange Bank geschoben.** Die im Gesetz vorgesehenen Leistungsgruppen finden wir grundsätzlich sehr sinnvoll. Sie können bei ausreichenden Qualitätsvorgaben für die Erbringung der medizinischen Leistungen und eine daran gekoppelte Vorhaltefinanzierung einen echten Fortschritt bringen: nämlich eine Bündelung bestimmter Behandlungen in den dafür am besten geeigneten Kliniken.

Aktuell verteilen wir unsere qualifizierten Ärzte und Pflegekräfte auf viel zu viele Standorte. Hinzu kommt, dass sie häufig Fälle betreuen müssen, die nicht im Krankenhaus behandelt werden müssen. Der Krankenhaus-Report des letzten Jahres hat gezeigt, dass wir daher dringend eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte brauchen. Dies ist vor allem nötig, um das Personal in den Kliniken zu entlasten und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Auch eine stärkere Ambulantisierung von Krankenhaus-Leistungen ist dafür notwendig. Wenn man das Potenzial von „ambulantisierbaren“ Operationen und Behandlungen betrachtet, könnten sehr viele Krankentage vermieden werden. Das würde auch das Personal in den Kliniken nachhaltig entlasten.

Doch was jetzt gerade droht, ist eine Entkopplung der Strukturreform von der Finanzierungsreform. Die verbindliche Definition der Leistungsgruppen soll erst zu einem späteren Zeitpunkt in Rechtsverordnungen geregelt werden. Die Vorgaben, welche Klinik in Zukunft welche Leistungen erbringen darf, würden damit auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben. Gleichzeitig wird in bewährter Manier das Geld weiter per Gießkanne auf die Kliniken verteilt – zum Beispiel über die Refinanzierung der Tarifierhöhungen. Das Problem dabei ist, dass wir immer weiter ineffiziente Krankenhausabteilungen mit schlechten Qualitätsergebnissen finanzieren, die wir eigentlich gar nicht mehr brauchen und auch nicht mehr wollen. Es ist gut, dass dieses Problem bei der Bund-Länder-Runde letzte Woche besprochen worden ist und dass die Länder sich für ein Vorziehen der Rechtsverordnungen zur Definition der Leistungsgruppen ausgesprochen haben. Wir brauchen an dieser Stelle möglichst schnell Klarheit, damit alle Beteiligten wissen, woran sie sind.

Vor allem die Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie im Bedarfsfall bestmöglich behandelt werden. Um das zu erreichen, sollten die Länder beispielsweise verpflichtet werden, Versorgungsaufträge nur an diejenigen Krankenhäuser zu vergeben, die die entsprechenden Mindestvorhaltezahlen erreichen. Auf diese Weise bleiben Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden. Solche strikten Vorgaben fehlen aber im Gesetz – oder sie werden durch Forderungen nach umfassenden Ausnahmeregelungen in Frage gestellt. Solche Ausnahmeregelungen sollten aber nur in seltenen Fällen möglich sein. Wenn eine Klinik nur unterdurchschnittliche Behandlungsqualität vorweisen kann, liegt es in der Verantwortung des jeweiligen Bundeslandes, diese Mängel im Rahmen der Krankenhaushausplanung zu beseitigen. Dafür brauchen wir bundeseinheitliche Vorgaben, damit ein wirklicher struktureller Wandel zum Vorteil der Patienten und Beschäftigten erreicht werden kann.

**Der zweite Kritikpunkt betrifft die Vorhaltefinanzierung, die vom Behandlungsfall gelöst werden muss.**

Die jetzigen Reformvorschläge greifen wesentliche Ideen der Regierungskommission auf. Sie folgen nämlich der Grundidee, einen Teil der Klinikfinanzierung unabhängig von der Menge auszugestalten und die Kliniken damit gleichzeitig resilienter aufzustellen. Das wäre im Sinne der Beschäftigten und Patientinnen und Patienten. Leider hakt es aber in der Umsetzung. Denn durch die im KHVVG vorgesehene Bemessung und Abfinanzierung der Vorhaltefinanzierung auf Basis der Fälle einer Klinik würde sich im Vergleich zum Status quo im Ergebnis wenig ändern. Auch der „Hamsterrad-Effekt“, dass Kliniken aus wirtschaftlichen Gründen möglichst viele Fälle behandeln müssen, würde nicht gestoppt. Eine Finanzreform, die viele bürokratische Verwerfungen produziert, aber kaum etwas ändert, brauchen wir nicht.

Es ist daher unabdingbar, die Vorhaltefinanzierung an der Bevölkerung auszurichten. Die Gesundheitsministerin von Mecklenburg-Vorpommern, Stefanie Drese, hat letzte Woche darauf hingewiesen, dass das vor allem für Regionen mit bevölkerungsbedingt geringen Fallzahlen notwendig sei. Denn ein bestimmter Grundaufwand entstehe einfach unabhängig von der Fallzahl. Wir stimmen ihrer Einschätzung zu, dass man diese Tatsache berücksichtigen muss, denn sonst kann die Sicherung der Grund- und Notfallversorgung in der Fläche nicht gelingen.

Die AOK-Gemeinschaft und auch die Regierungskommission zur Krankenhausreform haben dazu schon am Beginn des Reformprozesses konkrete Vorschläge vorgelegt. Prof. Schmitt wird gleich noch näher auf seinen Vorschlag eingehen. Wichtig ist, dass es gelingt, einen Teil der Krankenhausfinanzierung wirklich vom Fall zu lösen und diese finanziellen Mittel im Sinne einer Vorhaltung entsprechend der Bedeutung der Krankenhäuser für die Versorgung zu konzentrieren. Das ist zwingend notwendig, weil wir in ein Zeitalter knapper personeller und finanzieller Ressourcen eintreten.

**Unser dritter zentraler Kritikpunkt betrifft die Lastenverteilung bei der Finanzierung: Es ist ein Unding, dass der Umbau der Krankenhauslandschaft im Wesentlichen von der GKV und damit von den Mitgliedern und Arbeitgebenden gestemmt werden soll – ohne Einbeziehung des Bundes oder der Privatversicherten.** Das ist nicht nur grob unfair gegenüber den Beitragszahlenden, sondern widerspricht auch allen geltenden Regeln für die Krankenhaus-Finanzierung. Danach ist die GKV nur für die Bezahlung der Betriebskosten, aber nicht für die Investitionskosten zuständig. Die notwendigen Strukturanpassungen zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft sind Teil der Daseinsvorsorge und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sollten sie von Bund und Ländern – aus Steuergeldern – bezahlt werden. Stattdessen sollen allein die Beitragszahlenden der GKV ab 2026 mit jährlich mindestens 2,5 Milliarden Euro zur Kasse gebeten werden.

Die angeblichen zusätzlichen Entlastungen für die GKV, die laut Gesetzesentwurf durch die Reform winken, sind nicht nachvollziehbar. Dies gilt für die prognostizierten Einsparungen von 330 Millionen Euro im Jahr 2025 und erst recht für die geschätzte Milliarde in den Folgejahren. Wo dieses Geld herkommen soll, bleibt schleierhaft. Auf der anderen Seite sollen die Möglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt werden, fehlerhaft gestellte Abrechnungen der Kliniken zu prüfen. Dadurch drohen zusätzliche Ausgaben für die GKV.

Das fatale Muster, staatliche Aufgaben und Finanzverantwortlichkeiten systematisch weiter in Richtung GKV zu verschieben, setzt sich also fort. Gleichzeitig sollen die Möglichkeiten der GKV, die Krankenhausabrechnungen effizient zu überprüfen, immer weiter ausgehöhlt werden. Und das, obwohl die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden längst erreicht ist.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die genannten Kritikpunkte im weiteren Verfahren noch einmal angepackt und korrigiert werden. Neben einer fairen Finanzierung ist aus Sicht der AOK besonders wichtig, dass Finanzierungsreform und Strukturreform Hand in Hand gehen. Denn sonst droht das Gesetz zu einer teuren leeren Hülle ohne positive Effekte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu werden.

Kontakt und Information

**Kai Behrens** | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)