



AKG

Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e. V.

**Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e.V.**

Geschäftsstelle Berlin
Aroser Allee 70
13407 Berlin

Nils Dehne
Geschäftsführer
030 68051537
nils.dehne@akg-kliniken.de

Berlin, 13. Januar 2022

STELLUNGNAHME

ZUR „DRITTEN STELLUNGNAHME UND EMPFEHLUNG DER REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE MODERNE UND BEDARFSGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG“ ZU EINER „GRUNDLEGENDEN REFORM DER KRANKENHAUSVERGÜTUNG“ VOM 6. DEZEMBER 2022.

GRUNDSÄTZLICHE EINSCHÄTZUNG

Die AKG-Kliniken begrüßen die vorliegenden Vorschläge der Regierungskommission für eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung und sehen darin eine gute Basis für die schrittweise Transformation zu einer tragfähigen und nachhaltigen Krankenhauslandschaft und einer Gesundheitsversorgung, die die Daseinsvorsorge in den Mittelpunkt stellt. Die Kommission hat in dem vorgelegten Papier ein Konzept dargelegt, das die dringend notwendigen Verbesserungen in der Versorgung adressiert. Die einzelnen Reformansätze sind nicht neu, was der Umsetzung des Gesamtkonzeptes durchaus zuträglich sein kann. Durch die Arbeit der Regierungskommission liegt nun ein systemisch konsistenter und weitgehend anreizgerechter Vorschlag aus Versorgungsstufen, Leistungsgruppenplanung und Vorhaltefinanzierung vor, der die verschiedenen Reformansätze aus einzelnen Bundesländern und dem Koalitionsvertrag aufgreift und verbindet.

Bei den jetzt anstehenden öffentlichen Debatten und den Gesetzgebungsprozessen wird es aus Sicht der AKG-Kliniken entscheidend darauf ankommen, die konsistente Gesamtstruktur zu erhalten. Dabei ist eine klare Abgrenzung zwischen kurzfristigen Maßnahmen zur Sicherung der wirtschaftlichen Stabilität von bestehenden Strukturen und der medizinisch und wirtschaftlich sinnvollen Strukturanpassung sicherzustellen. Eine wirkliche Krankenhausreform wird nicht ohne erhebliche Investitionen in die Anpassung der Strukturen realisierbar sein. Dieser Bedarf ist unabhängig von der inhaltlichen Auseinandersetzung über die Reformvorschläge zu definieren und sicherzustellen.

Leider fehlt es in den Veröffentlichungen der Regierungskommission bisher weitgehend an konkreten Bezügen zum erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcenbedarf für eine zukünftige Versorgung auf Basis der vorgeschlagenen Reformkonzepte. Deshalb regen die AKG-Kliniken mit ihrer Stellungnahme zu einem offenen Dialog über den tatsächlichen Versorgungsbedarf und eine bedarfsgerechte Allokation der begrenzten Fachkräfte und Finanzmittel an. Gemeinsamer Ausgangspunkt dieser Diskussion muss die Erkenntnis sein, dass wir nicht alle bestehenden Strukturen und Arbeitsweisen aus der Vergangenheit in gleicher Weise fortführen können, weil hierfür weder ausreichend personelle Ressourcen noch ausreichend finanzielle Ressourcen zum Erhalt der Infrastrukturen verfügbar sein werden. Insofern müssen tragfähige Strukturen und zukunftsfähige Formen der Zusammenarbeit im Mittelpunkt der Reformdebatte stehen.

VERSORGUNGSSTUFEN

Die AKG-Kliniken begrüßen die dreiteilige Ausdifferenzierung der Versorgungsrollen für Krankenhäuser. Auf dieser Basis erhalten Patientinnen und Patienten eine nachvollziehbare Orientierung, welches Krankenhaus für welchen Versorgungsbedarf zuständig und geeignet ist. Gleichzeitig werden redundante Strukturen verringert, sodass Fachpersonal effizienter eingesetzt werden kann und eine flächendeckende Versorgung bedarfsgerecht steuerbar wird.

Eine zusätzliche Abgrenzung von Universitätsklinik und 1i-Krankenhäusern ist grundsätzlich nachvollziehbar. Für eine praktikable Aufgabenverteilung und patientenorientierte Zusammenarbeit vor Ort werden jedoch ergänzende Erklärungen hinsichtlich der konkreten Besonderheiten in der Versorgungsrolle erforderlich sein. Das gilt insbesondere sofern und soweit ergänzende Vorhaltekosten vergütet werden sollen. Auch die stärkere Einbindung von Fachkliniken ist zu begrüßen, bedarf für eine verbindliche Umsetzung jedoch noch weiterer Konkretisierungen. Insgesamt fehlt es in dem Konzept zu den Versorgungsleveln noch an konkreten Anforderungen an die Zusammenarbeit der verschiedenen Krankenhäuser innerhalb einer Region. Verbindliche Kooperationen für die Notfallversorgung mit Krankenhäusern der jeweils nächst höheren Versorgungsstufe sowie für die Rückverlegung nach erfolgter Behandlung, die koordinierte Aus- und Weiterbildung sowie mögliche Integrationen von Daten und Patientenströmen müssen folgen. Hierfür bedarf es auch entsprechender Anreizkorrekturen im bisherigen Vergütungssystem (z.B. bei Verlegungen).

Aus der Konkretisierung der Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungslevel muss sich auch eine Bedarfsdifferenzierung zwischen Ballungsgebieten mit bestehender Überversorgung und guter Infrastruktur für Patienten und Mitarbeitende auf der einen und ländlichen Regionen mit geringer Versorgungsdichte und langen Fahrzeiten auf der anderen Seite ergeben. Insbesondere die Etablierung von Level 1i-Einrichtungen in unmittelbarer Nähe von Krankenhäusern höherer Versorgungslevel erscheint weder bedarfs- noch ressourcengerecht. Durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme an dieser Schnittstelle schafft das vorliegende Konzept Fehlanreize zum Erhalt bestehender Strukturen und zu einer nicht versorgungsnotwendigen Verlegung von Patienten. Für das Versorgungslevel 1n ist das Kriterium von 30 Minuten Erreichbarkeit eines nächsthöheren Versorgungslevels als Bedarfskriterium bereits sachlogisch verankert. Wir empfehlen das Konzept der Versorgungslevel mit einem regionalen Bezug und einer koordinierenden Rolle der Maximalversorger weiterzuentwickeln, wie es z.B. in Niedersachsen praktiziert wird.

Die Neuausrichtung der Aus- und Weiterbildung wird durch die Regierungskommission nur stichpunktartig aufgegriffen. Selbstverständlich erfordert eine differenzierte Versorgungslandschaft auch eine entsprechende Ausdifferenzierung der Fachkarrieren. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit innerhalb der Regionen wird eine abgestimmte und koordinierte Weiterbildung für das ärztliche und pflegerische Personal zum zentralen Erfolgsfaktor. Hierfür bedarf es einer klaren koordinierenden Verantwortung und einer verbindlichen Festlegung von Weiterbildungsabschnitten in den jeweiligen Versorgungsleveln. Derzeit verhindert das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz derartige Weiterbildungskooperationen. Gleichzeitig sollte jedoch auch über eine Spezialisierung bestimmter Fachkräfte auf einzelne Versorgungsrollen – und damit auf Versorgungslevel – gefördert und gesetzlich untermauert werden. Das setzt voraus, dass geeignete Strukturen und Anreize geschaffen werden, um notwendigen Kompetenzen entsprechend der Versorgungsrollen- und bedarf zu konzentrieren. Eine Ausdifferenzierung von Vergütungsstrukturen oder Weiterbildungsmöglichkeiten können geeignete Instrumente sein. Insofern ist die Verankerung der sogenannten Advanced Practice Nurse im Versorgungslevel 1i zu begrüßen. Auch für andere medizinisch und therapeutische Berufsbilder wäre dies denkbar.

Leistungsgruppen

Die Leistungsgruppen des vorliegenden Konzeptes sind der größte Eingriff in die Krankenhausplanung der Länder. Eine verbindliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu Versorgungsstufen ist sachlich richtig und notwendig. Dabei sind in einem nächsten Schritt unbedingt auch die ambulanten Versorgungsbedarfe auf Basis der spezifischen Infrastruktur der Krankenhäuser mit zu berücksichtigen. Diese reichen von ambulanten Operationen in der Basisversorgung bis hin zu institutionalisierten Spezialambulanzen in der Spitzenversorgung. Die starke Ausdifferenzierung mit 128 Leistungsgruppen sichert eine sachgerechte Zuordnung von Strukturanforderungen und Verknüpfung mit den Versorgungsleveln. Gleichzeitig werden damit die Anforderungen an die Planungsbehörden der Länder sowie der Prüfungsaufwand durch den Medizinischen Dienst erheblich zunehmen. Um den bürokratischen Aufwand im Gesundheitswesen nicht weiter zu erhöhen, müssten im Gegenzug sämtliche bestehende Strukturanforderungen auf Basis von G-BA-Richtlinien oder den sogenannten Komplexcodes aus dem OPS-Katalog entfallen. Für die Zuordnung der Vorhaltefinanzierung erscheint diese kleinteilige Vorgehensweise nicht zwingend erforderlich. Erst durch die Verknüpfung mit der Vorhaltefinanzierung erhalten die Leistungsgruppen ihre zentrale Bedeutung für eine tragfähige Versorgungslandschaft. Ein Einstieg in die Vorhaltefinanzierung wäre jedoch auch ohne die Verknüpfung mit den Leistungsgruppen denkbar.

VORHALTEFINANZIERUNG

Mit der Einführung einer Vorhaltefinanzierung wird der nicht sachgerechte Mengenanreiz in der Krankenhausvergütung reduziert. Gleichzeitig entsteht für die Krankenhäuser zusätzlicher Spielraum für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgung. Ein Vorhalteanteil von rund 40 % erscheint dafür grundsätzlich geeignet. Ein höherer Anteil der Vorhaltefinanzierung in den Leistungsbereichen mit wenig planbaren Behandlungen (z.B. Notfallversorgung, Geburtshilfe, Intensivmedizin) ist erforderlich, um diese besonders relevanten Bereiche der Daseinsvorsorge wirtschaftlich tragfähig zu halten. Grundsätzlich besteht bei einer Vorhaltefinanzierung auf Basis von Leistungsgruppen das Risiko, dass die Behandlung besonders schwieriger und aufwändiger Patienten wirtschaftlich weniger tragfähig ist. Gleichzeitig können Behandlungen mit einem hohen Anteil von Materialkosten wirtschaftlich unattraktiv werden, wenn die variable Vergütung geringer ausfällt als die notwendigen Materialkosten (z.B. bei Implantaten oder bei teuren Medikamenten).

Der Vorschlag zur Verteilung der Vorhaltekosten auf Basis der aktuellen Fallzahlen beinhaltet die fehlerhafte Annahme einer bedarfsgerechten Versorgung im Status quo und regt kurzfristig zu einer unsachgerechten Mengenausweitung an. Zur Vermeidung dieser Fehlanreize, insbesondere in der Umstellungsphase, wäre eine initiale Implementierung von Vorhaltepauschalen auf Basis der Strukturanforderungen des Versorgungslevels sinnvoll. Diese Strukturanforderungen dürften in vielen Leistungsbereichen bereits einen relevanten Anteil der Vorhaltekosten ausmachen. Solche Pauschalen sind kurzfristig auch ohne Zustimmung der Bundesländer umsetzbar und differenziert nach den Versorgungslevels normativ festzulegen. Diese Vorgehensweise ist bereits im Rahmen der Notfallstufen etabliert. Für eine schrittweise Weiterentwicklung kann die Vorhaltefinanzierung dann auf Basis geeigneter Leistungsbereiche mit sachgerecht differenzierten Vorhalteanteilen implementiert werden. Hierbei wären Leistungen zu priorisieren, für die bereits heute Strukturvorgaben bestehen. Das in diesem Rahmen zur Verfügung stehende Vorhaltebudget verteilt sich initial auf die Anzahl der Krankenhäuser in dem jeweiligen Versorgungslevel und wird schrittweise mit der Aufnahme weiterer Leistungsbereiche in die Vorhaltefinanzierung an das vorgeschlagene Modell der Regierungskommission angepasst. Auf diese Weise entstehen zusätzliche Anreize für eine zielgerichtete Investition der Bundesländer zur Anpassung der bestehenden Versorgungsstrukturen.

INVESTITIONSKOSTENFINANZIERUNG

Der Investitionsfinanzierung kommt eine entscheidende Bedeutung beim Umbau der Krankenhauslandschaft zu. Nur durch zusätzliche Investitionen in nachhaltige Krankenhausstrukturen kann eine kombinierte Struktur- und Finanzreform tragfähig umgesetzt werden. Der bestehende Strukturfonds kann aufgrund seiner langwierigen und bürokratischen Entscheidungsstrukturen dafür kein geeignetes Vorbild darstellen. Investitionen zur Anpassung der Krankenhäuser an die Strukturvorgaben der bundeseinheitlichen Versorgungslevel müssen unmittelbar gefördert werden.

Perspektivisch müssen sich auch die Investitionsmittel an den Strukturanforderungen der Versorgungslevel orientieren. Auch dieser Aspekt greift tief in die Kompetenzen und Zuständigkeiten der Bundesländer ein. Insofern wären Investitionszuschüsse des Bundes auf Basis der Versorgungslevel zu prüfen.

AUSBLICK

Die AKG-Kliniken treten für eine nachhaltige und tragfähige Krankenhausreform im Sinne einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung der gesamten Bevölkerung ein. Insofern sind die vorliegenden Hinweise und Anregungen auf die Realisierung eines größtmöglichen Reformkompromisses aller beteiligten Stakeholder ausgerichtet. Der Einstieg in eine grundlegende Reformagenda ist aufgrund der wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der angespannten Versorgungslage dringend geboten und sollte eine schrittweise Perspektive für alle Akteure offenbaren. Kurzfristige Hilfsmaßnahmen und ein langwieriger Reformprozess dürfen nicht dazu führen, dass notwendige Strukturveränderungen weiter verschleppt werden. Vielmehr braucht es Anreize und Investitionssicherheit für jene Akteure, die schon heute strukturelle Veränderungen anstoßen und damit aktiv zur Reform der Krankenhauslandschaft beitragen. Ein klares Zielbild sorgt bei Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden für die dringend notwendige Orientierung im aktuellen Spannungsverhältnis von Fachkräftemangel und Finanzierungsproblemen.

Die AKG-Kliniken

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 27 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von nahezu 10,5 Milliarden Euro. Sie repräsentieren derzeit rund 45.500 Betten und vertreten damit über 9,5 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Gut 1,85 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von mehr als 130.500 Mitarbeitenden vollstationär behandelt. Alle Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.