

JENSEITS DES LAGERDENKENS:

Reformansätze für eine
zukunftsfähige und qualitätsorientierte
Krankenhauslandschaft

September 2021

Jenseits des Lagerdenkens: Reformansätze für eine zukunftsfähige und qualitäts- orientierte Krankenhauslandschaft

Der AOK-Bundesverband und die Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) stehen bereits seit längerem im Dialog zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen und veröffentlichen nun auf Basis der Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie erste gemeinsame Vorschläge.

Die aktuelle Corona-Pandemie stellt für das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen und für den Krankenhausbereich im Besonderen eine Herausforderung sowie Ausnahmesituation dar. In dieser Lage konnte in vielen Bereichen eine Überwindung der klassischen Lagergrenzen beobachtet werden. Alle Akteure haben im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung an der Bewältigung der Pandemie zusammengewirkt. Der AOK-Bundesverband und die AKG haben diesen Dialogprozess bereits weit vor Beginn der Pandemie begonnen und fühlen sich auf Basis der jüngsten Entwicklungen in diesem Prozess bestätigt. Eine echte Reformagenda kann, wie auch die Pandemiebewältigung, nur durch ein übergreifendes Bewusstsein und das Zusammenwirken aller Akteure realisiert werden.

Im Folgenden werden die aus Sicht der Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) und des AOK-Bundesverbandes (AOK) wesentlichen Reformbedarfe beschrieben, deren Notwendigkeit bereits vor der Pandemie einschlägig war und die durch die jüngsten Erkenntnisse zusätzliche Bestätigung erfahren haben. Ziel von AKG und AOK ist es, mit diesem Papier eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur zu skizzieren, welche für zukünftige Krisen besser gerüstet ist, die medizinisch-pflegerischen Bedarfe von Patienten stärker berücksichtigt als bisher und bessere Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten gewährleistet.

1.

Die **unzureichende Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Länder** verstärkt seit vielen Jahren die Probleme bei der Weiterentwicklung moderner Krankenhausstrukturen. Die mittlerweile fast vier Milliarden Euro, die den Krankenhäusern dadurch jährlich fehlen, führen auch dazu, dass diese aus den Erlösen der Krankenhausbehandlung ihre Investitionen mitfinanzieren müssen. Damit werden Ausgaben von den Ländern auf die Krankenkassen verschoben.

Aufgrund der gesetzlich verankerten Schuldenbremse ist nicht zu erwarten, dass sich diese Finanzierungsmisere zeitnah ändert. Ziel einer **Neuaufstellung der Investitionskostenfinanzierung** muss es sein, eine **qualitätsorientierte Leistungskonzentration an geeigneten Krankenhäusern** zu erreichen sowie eine **auskömmliche Investitionsfähigkeit** sicherzustellen. Dabei müssen Anreize zu einer medizinisch nicht induzierten Mengenausweitung vermieden werden.

2.

Auch zukünftig muss die **Finanzierung der Investitionsbedarfe für die Basis- und Notfallversorgung** in der Verantwortung der Länder liegen und durch diese sichergestellt werden. Darüber hinaus sind eine **gezielte Förderung und Finanzierung von Strukturen für spezialisierte und hochkomplexe Behandlungen** wie z. B. Leistungen mit einem positiven Volume-Outcome-Verhältnis oder neuartiger Leistungen erforderlich. Die Unterteilung in Basis- und Notfallversorgung einerseits und Spezialversorgung andererseits kann beispielsweise **durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anhand von Strukturvorgaben und Mindestmengen vorgegeben** werden. Ebenso bieten die **Leistungsgruppen** aus dem Gutachten der nordrhein-westfälischen Landesregierung zur Krankenhausplanung eine Grundlage. Daneben bestehende gesetzliche Hemmnisse im Planungsrecht sind zu beseitigen. Ergänzend vorstellbar sind qualitätsorientierte Vergütungsanreize.

Bei der Umsetzung muss ausreichend Gestaltungsraum für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sichergestellt werden. Um die skizzierte qualitätsbasierte Krankenhausstruktur zu erreichen, bedarf es einer **stringenten Krankenhausplanung mit Strukturvorgaben unter besonderer Berücksichtigung von Mindestmengen**. Wirksame Mindestmengen werden zur Umverteilung zwischen den Krankenhäusern führen und damit eine notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen befördern. Eine derart ausdifferenzierte Krankenhausstruktur sichert eine nachhaltige Versorgung für die zu behandelnden Patientinnen und Patienten und schützt so auch die begrenzten Personalressourcen. Dabei ist ein **transparenter Dialog über klar abgegrenzte Leistungsgruppen und Spezialisierungen** unabdingbar, um die flächendeckende Versorgung nicht zu gefährden. Klar definierte Kooperations- und Vernetzungsanforderungen können helfen, bestehende kartellrechtliche Probleme zu überwinden.

3.

Wie unter einem Brennglas zeigt die Pandemie: Die **Bündelung von Leistungen** ist eines der Themen, die **sowohl in Krisen- als auch in Normalsituationen relevant** sind. Sie ist ein zentraler Faktor zur Verbesserung der Behandlungsqualität in einer immer stärker ausdifferenzierten medizinischen Versorgungslandschaft. Auch bei der Behandlung von COVID-19 Patienten wurden fast 90 Prozent der Patientinnen und Patienten von etwa der Hälfte der Krankenhäuser versorgt. Entgegen mancher Wortmeldung haben sich nicht alle Kliniken gleichermaßen an der Krisenbewältigung beteiligt. In einzelnen Regionen konnten gerade durch eine abgestimmte Konzentration von Covid-19-Patienten medizinische Erkenntnisse systematisch gesammelt und gleichzeitig eine großflächige Verbreitung der Infektionen in den Krankenhäusern vermieden werden. Diese Vorgehensweise basiert auf einer **klar definierten und aufeinander aufbauenden Rollenverteilung zwischen den Krankenhäusern** entsprechend der jeweiligen strukturellen und fachlichen Voraussetzungen. Eine derartige **Versorgungspyramide auf Basis einheitlicher Strukturvoraussetzungen und Mindestqualitätsanforderungen** trägt auf allen Ebenen zu einer hohen Versorgungsqualität bei. So haben große kommunale Krankenhäuser und Universitätskliniken während der Corona-Pandemie in vielen Regionen die Steuerung von Patienten, Kapazitäten und Material koordiniert. Dabei sind sinnvolle Strukturen der Zusammenarbeit entstanden. Ebenso ist ein **bundesweites Monitoring- und Verteilungssystem** zu etablieren, das in Krisensituationen aktiviert werden kann. Für das Monitoring der Krankenhauskapazitäten und die Steuerung von Patientinnen und Patienten in geeignete Krankenhäuser werden in Krisenzeiten die aktuellen Belegungsstände von Krankenhäusern anhand von Daten in ausreichender Differenzierung benötigt. Diese Daten müssen allen beteiligten Akteuren ohne bürokratische

Hemmnisse zugänglich sein. Folglich ist eine **Infrastruktur für diesen Zweck aufzubauen und dauerhaft vorzuhalten**, damit sie im Bedarfsfall aktiviert werden kann. Die mit dem DIVI-Register gemachten Erfahrungen sollten dabei berücksichtigt werden. Diese dem Katastrophenschutz zuzurechnende Aufgabe obliegt der öffentlichen Hand, nach geltenden Bestimmungen grundsätzlich den Bundesländern. Natürlich wird sich bei diesem Vorgehen die Versorgungsrolle vieler Krankenhäuser verändern. So werden die Kapazitäten vieler bisheriger Grund- und Regelversorger zukünftig für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung benötigt.

4.

Der medizinisch-technische Fortschritt trägt dazu bei, dass **immer mehr Behandlungen auch ambulant durchgeführt** werden können. Internationale Vergleiche zeigen das Potential dieser Entwicklung. Durch die **Umwandlung geeigneter Standorte in bedarfsgerechte Versorgungseinrichtungen mit Übernachtungsmöglichkeit**, für die es international bereits zahlreiche Vorbilder gibt, kann eine subsidiäre Versorgungssteuerung ermöglicht werden, die die übrigen Standorte von ambulanten Fällen entlastet. Es sind ein **geeignetes Vergütungssystem und ein sachgerechter Ordnungsrahmen mit regionalen Vertragsprinzipien, Qualitätssicherung sowie Bedarfsplanung** vorzusehen, die das Prinzip „Wer kann, der darf“ ersetzen. Die Umgestaltung muss mit **einem intersektoralen Vergütungssystem für klar definierte Leistungsbereiche** flankiert werden, das Anreize für die kontinuierliche qualitative Weiterentwicklung in diesem Bereich setzt. Diese Leistungen können auf der Grundlage der genannten Prinzipien durch zugelassene Leistungserbringer aus dem stationären und ambulanten Sektor erbracht werden. Eine **schnittstellenarme Einbindung von pflegerischen und rehabilitativen Versorgungsangeboten** in diese bestehende Infrastruktur erscheint sinnvoll und möglich.

Im Ergebnis entsteht ein flächendeckendes Netz aus Krankenhäusern mit umfassenden regionalen Versorgungsaufträgen, die dabei in enger Abstimmung und digitaler Anbindung mit den regionalen Gesundheitseinrichtungen agieren.

5.

In der Verantwortung der öffentlichen Hand sollte die **dauerhafte Finanzierung einer Bevorratung oder Vorhaltung von Beatmungsgeräten, Schutzkleidung und Arzneimitteln** liegen, um flexibel auf Krisen und kurzfristige Liefer- oder Versorgungsengpässe reagieren zu können. Dass diese Reservekapazitäten in normalen Versorgungssituationen nicht für die Krankenversorgung verwendet werden, ist dabei selbstverständlich. **Große kommunale Krankenhäuser und Universitätskliniken bieten sich für diese Rolle in besonderem Maße an.** Hingegen verursachen Vorratslager, die unabhängig von Krankenhäusern geführt werden, lediglich logistische Herausforderungen bzgl. der Haltbarkeitsdaten und Zusatzkosten für Verwaltungszwecke.