

Reformvorschläge für die stationäre Versorgung des gesundheits- und pflegepolitischen Arbeitskreises der CSU

Deutschland hat eine hochentwickelte Krankenhauslandschaft, die international ihresgleichen sucht. Dadurch wird eine sehr hohe Versorgungssicherheit gewährleistet.

Die Pandemie-Erfahrung hat Stärken, aber auch die Defizite der Krankenhauslandschaft offengelegt. Und sie hat deutlich aufgezeigt, dass Versorgung nicht an Bundesländergrenzen aufhört, sondern bundesweit gewährleistet werden kann und muss. Daher muss ein bayerisches Reformkonzept einen bundesweiten Blickwinkel einnehmen und Reformanspruch formulieren!

Im internationalen Vergleich weist Deutschland seit langem nicht nur eine überdurchschnittliche Bettendichte, sondern gleichermaßen hohe Fallzahlen auf. Nach Meinung vieler Experten (wie z.B. Prof. Schreyögg, Prof. Busse, Prof. Hecken) liegt die Ursache hierfür vor allem in der deutschen Ausgestaltung des Fallpauschalensystems und der aus der Krankenhausplanung resultierenden hohen Bettenvorhaltung. Es ist mittlerweile unbestritten, dass das fast ausschließlich auf Pauschalen basierende Finanzierungssystem zur Mengenausweitung anregt. Der Anreiz wird durch die zu geringe Investitionsfinanzierung der meisten Bundesländer verstärkt. In diesem Fall sind Krankenhäuser daher gezwungen, ihre Investitionsausgaben durch Einnahmen aus dem laufenden Betrieb zu decken.

In einer aktuellen Bestandsaufnahme der DKG zur Investitionsfinanzierung wird für das Jahr 2020 festgehalten, dass dem Investitionsbedarf von sechs Milliarden Euro nur drei Milliarden Euro tatsächlicher geleisteter Investitionsleistungen gegenüberstehen. Inflationbereinigt habe sich damit die Förderung seit 1991 nahezu halbiert. Der Freistaat Bayern hat trotz Erhöhung der Förderung eine faktische Reduktion der Investitionsleistungen um 40 Prozent.

Tabelle 4.1: Nominale KHG-Fördermittel gesamt²³ in Mio. Euro

KHG-Fördermittel in Mio. Euro						
	2018	2019	2020	Ø 1991 - 2020	Ø 2010 - 2020	reale Veränderung ggü. 1991 (in %)
Baden-Württemberg	455,23	451,31	451,31	357,49	412,04	-14,2%
Bayern	643,40	643,43	643,43	556,36	528,51	-40,1%
Berlin	91,77	81,80	113,79	160,01	98,15	-77,9%
Brandenburg	100,00	100,00	110,00	139,97	98,61	-67,6%
Bremen	38,63	38,63	38,24	34,91	36,16	-36,3%
Hamburg	94,53	109,43	109,53	92,68	105,73	-3,2%
Hessen	260,00	280,00	308,50	228,32	255,14	4,9%
Meckl.-Vorpommern	50,34	49,84	52,00	93,86	57,14	-73,6%
Niedersachsen	262,36	265,50	261,06	220,15	261,36	-22,3%
Nordrhein-Westfalen	582,27	626,24	665,60	531,73	537,35	-36,6%
Rheinland-Pfalz	122,80	125,80	125,80	128,48	121,07	-41,7%
Saarland	32,50	32,50	32,50	34,27	32,34	-49,2%
Sachsen	112,00	125,00	125,00	195,64	110,40	-74,8%
Sachsen-Anhalt	40,51	48,75	54,75	133,41	50,84	-80,5%
Schleswig-Holstein	96,86	134,59	116,11	85,19	95,66	4,1%
Thüringen	60,00	60,00	60,00	129,60	62,20	-71,2%
Deutschland	3.043,20	3.172,82	3.267,62	3.122,07	2.862,72	-44,44%

Quelle: DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021

„Wenn Kliniken aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen, spielen die ausbleibenden Investitionskosten immer eine maßgebliche Rolle. Dieser kalte Strukturwandel durch Unterfinanzierung war schon vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie ein Trauerspiel für die stationäre Versorgung,“ sagte dazu der DKG-Vorstandsvorsitzende, Dr. Gerald Gaß, laut Pressemitteilung vom 17. Januar 2022.

Die stark ökonomische Ausrichtung steht oft der Qualität der Versorgung entgegen. Hinzukommt ein wachsender Personalmangel in allen Gesundheitsberufen. Bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie bestand daher weitgehend Konsens, dass eine Reform notwendig ist.

Reform des Fallpauschalensystems

Durch die Einführung der Fallpauschalen in der stationären Versorgung zu Beginn des Jahrtausends wurde erstmals eine Leistungstransparenz geschaffen, verbunden mit einer ökonomischen Vergleichbarkeit von Leistungen, was eine wettbewerbliche Ausrichtung fördert. Im Interesse der Finanzierbarkeit unserer gut ausgebauten Krankenhauslandschaft sollte eine leistungsgerechte Vergütung als Steuerungsprinzip weiterhin einen zentralen Stellenwert haben. Dies gilt umso mehr, als das Gesundheitswesen in den 2020er Jahren erhebliche Herausforderungen zu meistern haben wird.

Um unerwünschte Entwicklungen zu korrigieren, sollte das DRG-System angepasst und ergänzt werden:

- Die regionale Kostenstruktur und die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenhauses sollten bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden.
- Für Leistungsangebote, die sich wegen einer geringen Fallzahl nicht mehr sinnvoll durch Fallpauschalen finanzieren lassen, sollten Bestandteile von Vorhaltekosten in die Vergütung eingebaut werden. Insgesamt können bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen insbesondere im ländlichen Raum und in Spezialdisziplinen erhalten werden. Außerdem besteht kein Anreiz mehr, Leistungszahlen zu steigern, um Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Dies gilt auch für seltene Erkrankungen.
- Ebenso sollten Vorhaltekosten bei Leistungen, die ausschließlich von Kliniken der Maximalversorgung erbracht werden, berücksichtigt werden.
- Die Berücksichtigung von Vorhaltungen für Leistungen bedingt immer zunächst die Feststellung ihrer Bedarfsnotwendigkeit. Blicke diese Bedarfsfeststellung aus, würden auch diejenigen bestehenden Strukturen gefördert, die weder wirtschaftlich noch bedarfsnotwendig sind.
- Die leistungsgerechte Finanzierung der reinen Behandlungskosten sollte auch weiterhin über DRG erfolgen.
- Ergänzt werden sollte die Vergütung um Bestandteile, die von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig sind. Dabei können sowohl die bereits existierenden Entgelte der Strukturqualität wie Vergütungen für Komplex-OPS als auch Entgelte in Abhängigkeit von der Ergebnisqualität zur Anwendung kommen.

Voraussetzung für eine zukünftige angemessene Vergütung unter anderem auch von Vorhaltekosten ist eine strukturierte regionale Versorgungsplanung. Das heißt auch, dass als deren Folge von einem Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten und bereits eintretender Unterversorgung im ländlichen Bereich auszugehen ist. In Zeiten des wachsenden Personalmangels muss stärker als je zuvor auf einen sinnvollen Einsatz der Fachkräfte gesetzt werden.

Anreize für ambulante Behandlungen setzen

Gleichzeitig besteht aktuell für Krankenhäuser kein Anreiz, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand es erlauben würde. Ob eine Behandlung stationär oder ambulant erfolgt, wird heute immer noch viel zu häufig durch finanzielle Anreize und nicht durch die medizinische Notwendigkeit bestimmt.

Eine Reform der Finanzierung kann andere Anreize setzen. Eine Möglichkeit könnten so genannte Hybrid-DRGs sein, also Fallpauschalen, die unabhängig davon, ob eine Behandlung ambulant oder stationär (durch Krankenhaus- oder Belegärzte) erbracht wird, abgerechnet werden können. Es geht dabei um Leistungen mit geringem Schweregrad, kurzen Verweildauern und keinem relevanten stationären Versorgungsgeschehen. Voraussetzung sind symmetrische Bedingungen für beide Sektoren im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung und die Qualitätssicherung. Komorbiditäten müssen zusätzlich berücksichtigt werden.

Versorgungssicherheit für den ländlichen Raum

In einigen Regionen wird es zunehmend schwierig, die ambulante Versorgung im gewohnten Maße aufrechtzuerhalten, vor allem in den strukturschwachen ländlichen Regionen. Die Politik hat in den vergangenen Jahren schon zahlreiche Versuche unternommen, um diese Probleme zu lösen. Es hat sich aber gezeigt, dass keine ausreichenden Fortschritte erreicht wurden.

Deshalb sollten in der ländlichen Versorgung für die Leistungserbringer ganz **neue analoge und digitale Wege** gegangen werden.

Der demografische Wandel und die Bedürfnisse der nachwachsenden Generation in Gesundheitsberufen lassen sich kaum noch im Rahmen der vorhandenen Versorgungsstrukturen abbilden. Die niedergelassene Einzelarztpraxis auf dem Land ist für viele junge Medizinerinnen und Mediziner nicht mehr zeitgemäß, da sich dort Vorstellungen von einer arbeitsteiligen und teambasierten Berufsausübung kaum realisieren lassen.

Gleichzeitig existieren an manchen Orten Kliniken, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf schon heute nicht adäquat abbilden.

Regionale/integrierte Gesundheitszentren

Um eine vollumfängliche und flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sollte ein neuer integrierter Versorgungsbereich künftig für den ambulanten und stationären Bereich einheitlich sektorenübergreifend organisiert werden.

Im Mittelpunkt dieses neuen Versorgungsbereichs sollte ein regionales Gesundheitszentrum (RGZ) stehen, dessen Versorgungsangebot sich an der vorhandenen Infrastruktur, den bestehenden und fehlenden örtlichen Versorgungsstrukturen orientiert.

Die folgenden Leistungen könnten in einem modular aufgebauten regionalen Gesundheitszentrum beispielsweise erbracht werden:

- Notfallversorgung in Kooperation mit dem Rettungs- und Bereitschaftsdienst
- die ärztliche Versorgung in den grundversorgenden Disziplinen
- die Vorhaltung von Betten für die internistische und chirurgische Grundversorgung
- Verknüpfung mit telemedizinischer Diagnostik und Therapien für weiterführende ärztliche Expertise

Leistungserbringer aller Sektoren oder auch Gebietskörperschaften können Träger eines RGZ sein. Um keine neue Planungsbürokratie zu etablieren, sollte die Entscheidung im bereits vorhandenen Landesgremium (§ 90 a SGB V) anders gestaltet werden, damit es zu verbindlichen Regelungen kommt. Es bedarf somit einer Reform dieses Gremiums.

Die Digitalisierung weiter vorantreiben

Um die medizinische Versorgung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen im qualitativ hohem Maße aufrechtzuerhalten, bedarf es neben neuen innovativen Konzepten, wie dem Regionalem Gesundheitszentrum, digitale Angebote. Diese können die Versorgung vor Ort verbessern und bestehende analoge Angebote bedarfsgerecht ergänzen oder vernetzen.

Voraussetzung dafür ist der umgehende Ausbau und die Weiterentwicklung der digitalen Infrastruktur. Angefangen beim Breitbandausbau bis hin zur technischen Ausstattung der Leistungserbringer mit konnektorenfreier Software und Cloudlösungen.

Interoperabilität ist die Zukunft

Es gilt die Heterogenität in der IT-Infrastruktur abzubauen und künftig zu vermeiden. Die IT-Infrastruktur muss konsequent interoperabel konzipiert sein.

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauszukunftsfonds hierfür einen wichtigen Impuls gesetzt. Auch zukünftige Investitionen sollten nur dann getätigt werden, wenn die Interoperabilität mit anderen Leistungserbringern gewährleistet ist. Insbesondere muss daneben der Patientennutzen sichergestellt sein und patientenrelevante Dokumente in die elektronische Patientenakte eingestellt werden.