Die Position der TK

Krankenhausreform - Jetzt!

Hintergrundpapier

Faktencheck In Rheinland-Pfalz ist die Krankenhauslandschaft überwiegend durch viele kleinere und mittelgroße Häuser geprägt. Sie zeichnet sich zudem durch eine hohe Krankenhausdichte aus. Insgesamt standen im Jahr 2018 laut statistischem Bundesamt 24.614 Betten zur Verfügung - mit einer durchschnittlichen Auslastung von 74,9 Prozent. Der Krankenhaussektor ist der größte Einzelposten der Gesundheitsausgaben. Im Jahr 2017 beliefen sich die Gesamtkosten der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser auf rund 4,8 Milliarden Euro. Dies entspricht laut statistischem Landesamt einer Steigerung von 3,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die gute Nachricht zuerst Patienten in Rheinland-Pfalz profitieren von sehr guten Versorgungsangeboten. Diese reichen von speziellen Behandlungen im Bereich der Psychosomatik bis hin zur Spitzenmedizin in der Onkologie. Vor allem im Bereich der Onkologie leistet Rheinland-Pfalz durch die Etablierung eines flächendeckenden Krebsregisters einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Während dies jedoch die Glanzseite von Rheinland-Pfalz darstellt, ist die andere Seite von sich häufenden Krankenhausinsolvenzen geprägt. Bei den betroffenen Häusern handelt es sich meist um kleinere Häuser in ländlichen Regionen, mit einem breiten Behandlungsangebot und vergleichsweise geringen Patientenströmen. Ein RWI-Gutachten im Auftrag der Krankenkassen im Land hatte die hohe Krankenhausdichte in Kombination mit den recht kleinen Standorten auch als Grundproblem für die wirtschaftlich schwierige Situation vieler Häuser in RLP identifiziert. Nicht umsonst sprechen sich viele Experten für eine Richtgröße von etwa 500 Betten aus, ab der sich erst wirtschaftlich gut agieren lässt.

Mehr hilft nicht mehr Die Gründe für die aktuellen Entwicklungen sind schon länger bekannt.
Der eine Grund geht auf die sinkende Krankenhausinvestitionsfinanzierung (nach §9 KHG) der rheinland-pfälzischen Landesregierung zurück. Vergleicht man das Haushaltsjahr 2018 mit dem Jahr 1991, so sank die reale Investitionsfinanzierung (laut DGK) in Rheinland-Pfalz um 42 Prozent. Dies ist aber kein ausschließlich rheinland-pfälzisches Phänomen. Ein anderer Grund ist das DRG-System, auf dem die Krankenhausfinanzierung in Deutschland zum größten Teil fußt. Das DRG-System vergütet die Behandlungen hierzulande ausschließlich leistungsbezogen. Aus Gründen der Versorgungssicherheit notwendige Vorhaltungen von Leistungen werden dagegen nicht ausreichend berücksichtigt.
Beide Gründe in Kombination führen dazu, dass der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser über Jahrzehnte gewachsen ist. Die meisten Häuser sind dieser Entwicklung mit einer Mengenausweitung begegnet, die sich vor allem durch einen signifikanten Anstieg an OPs bemerkbar macht. Zu nennen sind die überdurchschnittlich vielen Operationen im Bereich **Ersatzgelenke**, sowie die hohe Anzahl an **Wirbelsäuleneingriffen** und diagnostischen Katheteruntersuchungen **in Deutschland**, die wirtschaftlich durchaus lukrativ-, medizinisch in dieser Anzahl aber kaum zu rechtfertigen sind.

Qualität muss sich lohnen Wir müssen weg von unnötigen Operationen und näher heran an eine qualitätsorientierte Krankenhausfinanzierung. Finanzspritzen, die kurzfristig wirken, aber auf lange Sicht kontraproduktiv sind, weil sie einer notwendigen und nachhaltigen Krankenhausreform entgegenstehen, sehen wir sehr kritisch. Im Interesse der Gesundheit der Patienten ist eine Krankenhausreform notwendig, die eine **Zentralisierung** forciert, eine **Spezialisierung** belohnt (beides auch mithilfe des Strukturfonds) und **Digitalisierung** inhaltlich und finanziell begleitet. Welche konkreten Schritte dafür umgesetzt werden müssen, zeigen wir in den folgenden Kapiteln.

1. Reform der Krankenhausfinanzierung

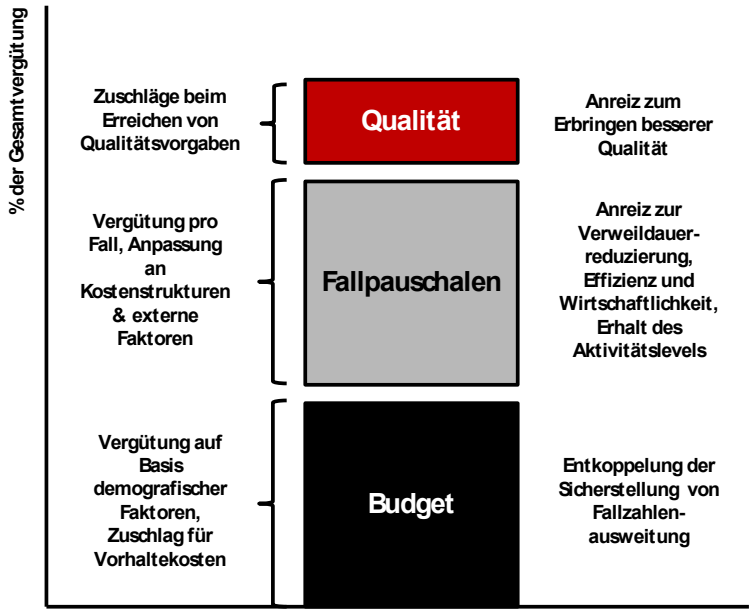
Modulares Vergütungssystem Ursprünglich sollte die Einführung des sogenannten DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) zu mehr Transparenz und Effizienz führen. Einheitliche Preise für vergleichbare Krankenhauseingriffe lösten 2003 in Deutschland die sogenannten „Tagessätze“ ab und hatten auch zum Ziel, die Verweildauer von Patienten in Kliniken zu reduzieren.

Auch in anderen Ländern, wie etwa England, Frankreich oder Dänemark, stellt das DRG-System ein wesentliches Element der Krankenhausfinanzierung dar. Allerdings haben diese Länder die DRG-Vergütungslogik um weitere Finanzierungselemente ergänzt, um Fehlanreize zu reduzieren. So erhalten Kliniken in Dänemark oder England Boni für eine besonders leitliniengetreue Versorgung. Das Ergebnis: Fallpauschalen sind nur noch in Deutschland Hauptbestandteil der Vergütung. Eine qualitative Behandlung wird hierzulande nicht genug berücksichtigt.

Beispiel: Für eine leitliniengerechte Behandlung eines Herzinfarktes muss eine Klinik in Deutschland rund um die Uhr (24/7) ein Herzkatheterlabor einschließlich einer Intensivstation und ausreichend erfahrene Kardiologen vorhalten. Das ist für eine qualitativ hochwertige Behandlung notwendig. In Deutschland werden Herzinfarkte auch von Krankenhäusern behandelt, die diese Leitlinie nicht erfüllen. Wir schlagen vor, Krankenhäusern für eine qualitativ bessere Versorgung auch eine höhere Vergütung zur Verfügung zu stellen. Das ist im Sinne der Patienten, bedeutet aber auch, dass Krankenhäuser mit minderer Qualität schlechter vergütet werden.

Auch Vorhaltekosten spielen in den DRG-Vergütungen in diversen Ländern eine größere Rolle als bislang im deutschen Finanzierungssystem. Die TK schlägt daher ein modular aufgebautes Vergütungssystem vor, welches in einem Gesamtbudget pro Krankenhaus mündet (Abb. 1). Dieses setzt sich aus den Anteilen für Vorhaltekosten (**Fixkostenbudget**), **Fallpauschalen** zur Honorierung von medizinischen Leistungen sowie einem Vergütungsanteil für **Qualität zusammen.** Zudem sollten die Pflegekosten wieder in die DRG eingegliedert werden, flankiert mit einem leistungsgerechten Pflegepersonalbemessungsinstrument. Die Bestandteile der zukünftigen Vergütung könnten sodann in ein Gesamtbudget münden, das entsprechend der Inanspruchnahme durch die einzelnen Benutzer leistungsbezogen abfinanziert würde.

Abb. 1 Modulares Vergütungssystem



Quelle: Schreyögg (2020), Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten, Hamburg Center for Health Economics

Qualitätsbudget Eine Klinik soll einen finanziellen Bonus bekommen, wenn sie beispielsweise nachweisen kann, dass sie leitliniengerecht behandelt hat, der Patient besonders schnell von Spezialisten versorgt wurde oder aber das Haus deutlich überdurchschnittliche Qualitätsergebnisse erzielt hat. Damit würde ein besonderer Anreiz für Häuser geschaffen werden, die besonders innovative Konzepte entwickeln, wie sie ihre Arbeit und die Behandlungsergebnisse optimieren (siehe o.g. Beispiel zur leitliniengerechten Herzinfarktbehandlung).

Fixkostenbudget Aktuell haben vor allem ländliche (meist kleine) Kliniken oder Kliniken mit Spezialdisziplinen Probleme, ihre Fixkosten zu decken. Bei ihnen verteilen sich die Fixkosten auf weniger Patienten. Die derzeitigen Fallpauschalen berücksichtigten dies jedoch nicht. Deshalb sollten die Fixkosten in Teilen nicht mehr über die Pauschalen finanziert werden. Nur, wenn eine Klinik für die Versorgung notwendig ist, sollte sie dafür ein festes Budget bekommen. Die Fallpauschalen decken dann nur noch die Behandlungskosten. *Voraussetzung* für solche Budgets ist, dass der Gesetzgeber verbindlich festlegt, welche Ausstattung ein Krankenhaus haben muss, um eine Leistung zu erbringen. Bei der Berechnung des Fixkostenbudgets sollen auch Informationen über das Versorgungsangebot in der jeweiligen Region einfließen, eventuell über regionale Gesundheitskonferenzen. Dadurch können die verschiedenen Angebote der Kliniken besser aufeinander abgestimmt werden.

2. Qualität sichtbar machen

Spezielle Operationen in spezialisierten Häusern Auch künftig muss es Krankenhäuser geben, die eine Grundversorgung für die Bevölkerung in der Fläche sicherstellen. Doch bei komplexen Krankheitsbildern und den meisten planbaren Eingriffen ist es im Sinne der Qualitätssicherung unbedingt erforderlich, die Patienten überwiegend in entsprechend spezialisierten Häusern aufzunehmen. Diese Kliniken haben mehr Expertise mit komplizierten Eingriffen und Behandlungen. Eine zunehmende Spezialisierung würde automatisch zu einer höheren Versorgungsqualität führen und vor allem bei schwierigen Operationen (z.B. im Bereich der Herzchirurgie) die Komplikationsrisiken senken und die Überlebenschance der Patienten erhöhen. Spezielle Häuser sollten für den Patienten auch als solche kenntlich gemacht werden, und zwar von einer neutralen Institution. Denn es ist für Patienten nur schwer einzuschätzen, über welchen Versorgungsauftrag und welche fachliche Qualität ein Krankenhaus verfügt. Konsequenterweise muss der Begriff der wohnortnahen Versorgung je nach Komplexität einer Leistung neu definiert werden. Es braucht eine neue Balance zwischen den Polen "Qualität" und "Wohnortnah".

Mindestmengen erhöhen und ausweiten Die Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz muss sich darüber hinaus wesentlich stärker an Mindestmengen ausrichten als bisher. Diese Chance hat die rheinland-pfälzische Landesregierung bei der Erstellung des Krankenhausplans 2019-2025 leider nicht wahrgenommen. Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für sieben Bereiche konkrete Mindestmengen festgelegt. Diese umfassen neben der Leber-, Nieren-, und Stammzellentransplantation, auch komplexe Eingriffe am Organsystem der Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse sowie den Bereich der Kniegelenk-Totalendoprothesen und die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm (siehe Tabelle 2 im Anhang).

Mit Blick auf Rheinland-Pfalz ist festzuhalten, dass viele Kliniken, die vorgegebenen Mindestmengen nur knapp erreichen, oder sich Kliniken in Ballungszentren gegenseitig die Patienten abwerben und damit um die eigene Expertise bringen. So lässt sich festhalten, dass z.B. 17 Kliniken in Rheinland-Pfalz Eingriffe am Organsystem der Speicheldrüse vornehmen dürfen. Doch nur 11 Kliniken übertreffen mit Abstand die vorgeschriebene Mindestmenge von zehn (10), während die anderen sechs Kliniken (das sind 35%), entweder unter dieser Grenze liegen, diese genau treffen oder um nur einen einzigen Eingriff darüber liegen. Dabei muss man berücksichtigen, dass viele Experten höhere Mindestmengen aus Qualitätsgründen fordern. In Ballungsräumen wie dem Rhein-Main-Gebiet und der Rhein-Neckar-Region, aber auch dem urbanen Koblenzer oder Trierer Raum ist zudem erkennbar, dass Kliniken - und damit die Patienten - erheblich von Kooperationen zwischen Kliniken in diesem Bereich profitieren würden.

Landesgenehmigungen Eine weitere bisher praktizierte Regel, die kritisch zu betrachten ist, sind Ausnahmegenehmigungen der Landesbehörden, die es Krankenhäusern erlaubt, planbare Leistungen auch dann zu erbringen, wenn die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird. Solche hat zum Beispiel in der Vergangenheit das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium für die Stammzellentransplantation und auch gleich für mehrere Jahre ausgesprochen. Solche Ausnahmen sollten aus Sicht der TK, sofern eine Standortalternative existiert, nicht mehr erteilt werden. Bei der Qualität darf es keine "Ausnahmen" geben!

Aus unserer Sicht als positiv einzuschätzen sind daher die Inhalte des aktuell im parlamentarischen Prozess befindlichen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ (GVWG). So sieht das GVWG u.a. vor, dass der G-BA zukünftig keine Ausnahmen mehr im Sinne von "unbilligen Härten" für Krankenhäuser bei Mindestmengen festlegen darf. Dadurch werden bestehende Konflikte bei der Vereinbarung von Mindestmengen entschärft und der Patientenschutz gestärkt. Auch soll der G-BA zukünftig in einer Frist von zwei Jahren neue Mindestmengen festlegen. Somit besteht die Hoffnung, dass bestehende Mindestmengen stringenter durchgesetzt und neue Mindestmengen eingeführt werden können. Vor allem im Bereich der onkologischen Operationen und bei koronaren Gefäßeingriffen gilt es, die Mindestmengen auszuweiten und ausreichend hoch anzusetzen, damit das Risiko von Komplikationen für den Patienten auf ein Minimum reduziert wird.

Zweitmeinungen führen zu weniger OPs Bei der Einholung einer Zweitmeinung ist zwischen der *originären Zweitmeinung* und der *Zweitmeinung mit Rechtsanspruch* zu unterscheiden. Erstere steht jedem Patienten (auf eigene Kosten) im Rahmen der freien Arztwahl zu. Die Zweitmeinung mit Rechtsanspruch wurde hingegen erst 2015 durch das GKV-VSG eingeführt, mit dem Ziel, einer medizinisch kaum erklärbaren Fallzahlsteigerung bei bestimmten Operationen entgegenzuwirken. 2018 hat der G-BA eine Richtlinie veröffentlicht, die dem Patienten einen Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung im Bereich der **Mandeloperation** und der **Gebärmutterentfernung** (ohne Krebserkrankung) zugesteht. Sofern ein Arzt die Indikation zu einem solchen Eingriff stellt, schreibt das Gesetz vor (§ 27 b SGB V), dass der Patient über die Möglichkeit einer Zweitmeinung bei einem anderen Leistungserbringer aufzuklären ist, der dann jedoch den Eingriff nicht selbst durchführen darf. Die Kostenübernahme hierfür erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Auch die Erfahrungen der TK zeigen, dass Zweitmeinungen Patienten vor unnötigen OPs schützen können. Das Zweitmeinungsangebot der TK beinhaltet die Überprüfung der Notwendigkeit einer Rücken-OP in spezialisierten Schmerzzentren bei Vorliegen einer Krankenhauseinweisung. Auswertungen haben gezeigt, dass acht von zehn Rücken-Operationen dauerhaft unnötig sind. Auch bei einer Auswertung der TK-Abrechnungsdaten hat sich gezeigt, dass es im Rahmen der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020 bei den verschobenen Rückenoperationen nur bedingt zu Nachholeffekten kam. Dies deutet darauf hin, dass in vielen Fällen die OP medizinisch nicht indiziert war. Damit wird bestätigt, was längst bekannt ist: In Deutschland wird viel zu oft und unnötig operiert. Eine Ausweitung des Rechtsanspruchs auf eine Zweitmeinung auf weitere Indikationen ist daher notwendig und sinnvoll. Aus Sicht der TK sollten daher strukturierte Zweitmeinungsverfahren ebenfalls für elektive Eingriff am Knie, an der Hüfte und am Rücken durch den G-BA festgelegt werden. Auch für Linksherzkathederuntersuchungen böte sich das an.

Personaluntergrenzen dienen Patientenschutz Die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2019 im Bereich der Geriatrie, Intensivmedizin, Unfallchirurgie und Kardiologie diente dazu, das Risiko einer Patientengefährdung durch zu wenig vorgehaltenes Pflegepersonal in den Krankenhäusern zu vermeiden. Seit 2020 gelten Untergrenzen ebenfalls in der Herzchirurgie, der Neurologie, der neurologischen Frührehabilitation sowie in Stroke-Units. Seit dem 1. Februar 2021 sind die allgemeine Chirurgie, die innere Medizin, die Pädiatrie und die pädiatrische Intensivmedizin ebenfalls an diese Vorgaben gebunden. Der Anteil von Pflegehilfskräften ist in der Gesamtzahl der Pflegenden teilweise einkalkuliert, soll aber einen bestimmten Anteil nicht überschreiten. Die Sorge, dass viele Kliniken die Pflegekräfte nur von einer Abteilung in die andere verschieben, oder ihr Pflegepersonal gar auf die Untergrenze herunterfahren, mag nicht unberechtigt sein. Wir befürworten die PpUG als Instrument der Qualitätssicherung. Dabei muss klar sein, dass die PpUG kein Personalbemessungsinstrument für die Pflege an sich darstellen. Sie sollen lediglich die Gefährdung von Patienten verhindern

Völlig losgelöst von diesen Personaluntergrenzen setzt sich die TK auch für Personalbemessungsinstrumente ein, die wie Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, zu einer höheren Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal führen können.

Qualität durch KH-Planung Grundsätzlich gehört zu einer guten Qualität auch, dass die Patienten in der richtigen Versorgungsstufe behandelt werden. Als TK fordern wir innerhalb der Krankenhausplanung die Definition bundeseinheitlicher Versorgungsstufen. Diese sollten mit ihnen zugehörigen Leistungskomplexen ebenfalls bundeseinheitlich näher beschrieben werden. Weiterhin befürworten wir die Etablierung „Integrierter Versorgungszentren“: Diese IVZ sollten in Form einer neuen Versorgungsstufe an der Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, gerne auch unter Verwendung von Hybrid-DRGs, entstehen.

Zweitens müssen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Krankenhausplanung konsequent umgesetzt werden und drittens braucht es eine höhere Planungstiefe. Die vorherrschende Rahmenplanung gibt oft nur Standorte und Abteilungen vor. Unterhalb dessen öffnen sich wirtschaftliche Handlungsspielräume, die nicht immer im Interesse einer besseren Patientenversorgung genutzt werden. So eröffnet die Bezeichnung "Innere Medizin" ein breites Feld, angefangen bei den Atmungsorganen (Pneumologie) über die Kardiologie bis hin zur Rheumatologie. Zur Förderung einer qualitativen Spezialisierung wären hier tiefere planerische Vorgaben (auch Strukturvorgaben) sinnvoll. Nicht umsonst wurden auch in Rheinland-Pfalz in den letzten Jahren diverse Herzkatheter-Messplätzen unter dem Label "Innere Medizin" eingerichtet, obwohl die Betreibung solcher Messplätze wirklich kardiologisch spezialisierten Häusern vorbehalten sein sollte.

3. Die Digitalisierung der Krankenhäuser

Der Gesetzgeber hat mit der Telematikinfrastruktur und der verpflichtenden Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zum 01.01.2021 einen wichtigen Grundstein für die Digitalisierung in der stationären Versorgung gelegt. Bisher ist jedoch die Digitalisierung der Systemlandschaft der Krankenhäuser meist auf die internen Informationssysteme limitiert. Es ist daher notwendig auch die verschiedenen Systemlandschaften interoperabel zu gestalten.

200 Mio. Euro für Rheinland-Pfalz Im Rahmen des Corona-Konjunkturpakets hat die Bundesregierung ein "Zukunftsprogramm Krankenhäuser" gestartet und mit einer bundesseitigen Finanzhilfe von 3 Mrd. Euro ausgestattet. Hinzu kommt ein Finanzierungsanteil der Länder oder Krankenhausträger, so dass insgesamt rund 4,3 Mrd. Euro investiert werden können. Auf Rheinland-Pfalz entfallen davon 140 Millionen Euro, die die Landesregierung in ihrem Nachtragshaushalt um bis zu 65 Mio. Euro ergänzt, so dass den Krankenhäusern insgesamt ein Fördervolumen von gut 200 Mio. Euro zur Verfügung steht. In Rheinland-Pfalz müssen daher die Krankenhausträger keinen Eigenanteil leisten, was die TK ausdrücklich begrüßt. Um eine Förderung durch den Krankenhauszukunftsfonds zu erhalten, müssen jedoch bestimmte Anforderungen erfüllt werden. Aus Sicht der TK ist es wichtig, dass eine flächendeckende Interoperabilität erreicht wird, daher sollte die Förderung nur dann erfolgen, wenn die einrichtungsinterne und -externe Interoperabilität digitaler Dienste, insbesondere die Einstellung von patientenrelevanten Dokumenten in die ePA durch die Krankenhäuser gewährleistet wird.

Vernetzung ohne (technische) Barrieren Das Konjunkturpaket macht nur Sinn, wenn es in strukturverändernde Maßnahmen mündet, die den Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser spürbar erhöhen und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur sowie die Integration der ePA in die Systemlandschaft der Krankenhäuser forciert. Das gelingt nur mit Hilfe einer Harmonisierung des Datenaustausches und der Verwendung gemeinsamer technischer, funktionaler Standards - zum einen innerhalb des Krankenhauses selbst, zum anderen zwischen verschiedenen Krankenhäusern und deren Primärsystemen (KIS, Archivsysteme, etc…). Der Krankenhauszukunftsfonds bietet hierfür eine gute Unterstützung.

Telemedizin muss vergütet werden Die Telemedizin bietet als Baustein einer modernen und effizienten Organisationsstruktur große Vorteile. Es können Wege- und Wartezeiten eingespart werden und durch kooperatives Arbeiten Behandlungspfade abgekürzt werden. Deshalb plädiert die TK für

den konsequenten Ausbau der Telemedizin gerade dort, wo mehrere medizinische Fächer an der Behandlung beteiligt sind oder vor Ort nicht alle medizinischen Leistungen vorhanden sind. Denkbar sind auch umfangreichere Plattformlösungen, mit denen medizinisches Wissen aus den Spezialkliniken für kleinere Häuser nutzbar gemacht werden kann. Solche Konzepte werden in einigen Bundesländern diskutiert, beziehungsweise erprobt. Insgesamt ist mit all diesen Entwicklungen ein digitaler schneller Wissenstransfer möglich. Das sichert auch zukünftig in ländlichen Regionen ein hervorragendes Versorgungsniveau. Krankenhäuser sollten die Möglichkeit erhalten, Konsilien, Visiten oder Beratungen als telemedizinische Leistung durchzuführen und abrechnen zu können. Dies wurde für den vertragsärztlichen Bereich bereits im Rahmen des „Digitale-Versorgung-Gesetzes“ (DVG) realisiert. Für die Abrechnung dieser Krankenhausleistungen zwischen den Krankenhäusern gibt es bisher keine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit.

Vergütung muss leistungsbezogen erfolgen Digitale Beratungsleistungen zwischen Krankenhäusern sollten vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung des Einsatzes von elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien für den Wissenstransfer in allen Versorgungsregionen daher separat vergütet werden. Die Vergütung muss leistungsbezogen direkt über den zu behandelnden Patienten erfolgen. Im derzeitigen Vergütungssystem bietet sich dazu eine Vergütung über Zusatzentgelte an. Um die Motivation der beteiligten Krankenhäuser zu erhöhen, schlägt die TK die Abrechnung von definierten Zusatzentgelten für bestimmte Indikationen sowohl für das nachfragende - als auch für das die telemedizinische Leistung erbringende KH vor. Die Vergütung über Zusatzentgelte gewährleistet zudem eine kurzfristige Umsetzung innerhalb des bestehenden Finanzierungssystems.

Onlineportal über Behandlungskapazitäten ausweiten Das während der Corona-Pandemie aufgebaute sogenannte DIVI-Register, das intensivmedizinische Behandlungskapazitäten abbildet und damit transparent macht, sollte aus Sicht der TK erweitert werden. Im Krankenhauszukunftsgesetz ist der Ausbau der zum Teil bereits vorhandenen, online-basierten Bettennachweise adressiert. Ziel eines Onlineportals sollte aus Sicht der TK nicht nur die Darstellung weiterer Bereiche des Notfall- und Rettungsdienstes sein, sondern auch eine Übersicht zu den Behandlungskapazitäten einer Klinik in Echtzeit. Das Online-Portal könnte an den bereits bestehenden webbasierten Anwendungen anknüpfen bzw. diese zusammenführen. Die größere Transparenz wäre eine gute Unterstützung für den niedergelassenen Bereich, die Patienten, die Rettungsdienste und alle Institutionen, die Information benötigen. Daher sollte das Portal für die Öffentlichkeit zugänglich sein und nicht an Ländergrenzen halt machen. Auch für eine zukünftige kapazitätsorientierte, detaillierte Krankenhausplanung kann das Onlineportal genutzt werden.

Personal entlasten - Standard-Prozesse digital abbilden Es gilt verstärkt in Prozesse zu investieren, die Standard-Abläufe digital abbilden. So können Patientenportale für ein digitales Aufnahme- und Entlass-Management oft nützlich sein: zur Entlastung des Pflegepersonals, ein besseres Schnittstellenmanagement in der Versorgung und für die Patienteninformation sowie Compliance. Der Einbezug von Kostenträgern und dem Klinikaufenthalt nachfolgenden Leistungserbringern wie der niedergelassenen Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen, Kurzzeitpflege, Pflegeeinrichtungen, Krankentransporte ist sinnvoll und sollte bei Fördervorhaben impliziert werden. Zudem sollten Digitale Kommunikationswege zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen ausgebaut werden, um den Austausch von Routinedaten zu ermöglichen. Damit können individuell zugeschnittene Nachsorgebedarfe von Patienten direkt ermittelt und zeitnah umgesetzt werden. Den Klinikalltag entlasten können auch Dokumentations- und Assistenzsysteme, digitale Medikationssysteme und der Einsatz mobiler Endgeräte.

Digitale Notfallversorgung In der Notfallversorgung müssen softwaregestützte Verfahren sehr viel stärker zum Einsatz kommen als bisher. Sie können helfen, eine einheitliche Leistungssteuerung zu gewährleisten. Aus Sicht der TK sollten auch Investitionen in die Vernetzung mit den Einsatzkräften sowie die qualitätsbasierte Steuerung von Rettungsfahrten oder anderer Weiterbehandlungsmöglichkeiten finanziell unterstützt werden. Die TK schlägt als konkrete Maßnahme, wie oben dargestellt, das Einrichten eines bundesweiten und länderübergreifenden Onlineportals "Notfallkapazitäten" vor. Dieses könnte an den bereits bestehenden webbasierten Anwendungen wie z.B. das DIVI-Register

anknüpfen bzw. diese zusammenführen. Aus diesem Grund ist es zu begrüßen, dass im Krankenhauszukunftsprogramm auch der Netzwerkaufbau sowie das Einrichten eines Onlineportals nun förderfähig sind.

Tabelle 1. Faktencheck Krankenhauslandschaft RLP

Anzahl Krankenhäuser davon Plankrankenhäuser	86 77	Statistisches Bundesamt 2018 Krankenhausplan RLP 2019-2025
Aufgestellte Betten Davon Intensivbetten	24.614 1.305	Statistisches Bundesamt 2018 Statistisches Bundesamt 2018
Bettenauslastung	74,9	Statistisches Bundesamt 2018
Fallzahl	935.585	Statistisches Bundesamt 2018
Krankenhausträgerschaft • Freigemeinnützige • Öffentliche • Private	 51 17 18	Statistisches Bundesamt 2018
Versorgungsstufen der Plankrankenhäuser in RLP • Maximalversorger • Schwerpunktversorger • Regelversorger • Grundversorger • Fachkrankenhäuser	 4 10 22 18 23	77 Plankrankenhäuser (Landeskrankenhausplan 2019-2025) MSAGD
Anzahl der Bereitschaftspraxen	43	KV RLP 2020
Landesbasisfallwert 2020	3.786,00 €	Vdek 2020
Kosten je Behandlungsfall	4.675 €	Statistisches Bundesamt 2018
Landesfördermittel (2020) **davon** ▪ Investitionsprogramm für Einzelmaßnahmen - Große Maßnahmen - Kleine Maßnahmen ▪ Pauschalfördermittel	**120 Mio. €** 66 Mio. € 58,3 Mio. € 7,7. Mio. € 54,3 Mio. €	Quelle MSAGD Pressemitteilung vom 06.03.2020 „Land fördert Krankenhäuser mit mehr als 120 Millionen Euro.“ (Plandaten!)
Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds II (läuft noch bis 2022) Insgesamt (GKV-Anteil) davon Land (für 2020)	 22.918.705,73 € 16 Mio. €	Der Strukturfonds läuft von 2019-2022 (Ko-finanzierung) Diese Summe stünde **jährlich** zur Verfügung MSAGD Einzelplan 06 (Kap. 0603 Titel 893 12)
„Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ Insgesamt Bund (70%) Land (30%) Eigenanteil Krankenhäuser	 200 Mio. € 140 Mio. € bis zu 65 Mio. € 0	MSAGD Pressemitteilung vom 18.09.2020

Tabelle 2. Mindestmengenregelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Die Regelungen legen für ausgewählte planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, die Höhe der jeweiligen jährlichen Mindestmenge je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest. Zudem ist in den Regelungen das Nähere zur Darlegung der Prognose durch das Krankenhaus, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen bestimmt.

Bereich	Mindestmengen 2021
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	26
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm	25
Koronarchirurgische Eingriffe	(derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge)

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (2021), Mindestmengenregelungen, zu finden unter https://www.g-ba.de/richtlinien/5/

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Nikolaus-Otto-Straße 5, 55129 Mainz
Tel. 061 31 - 917-412
lv-rheinland-pfalz@tk.de
www.tk.de/rp