

Die Position der TK

Krankenhausstruktur

Eine zeitgemäße Krankenhausstruktur ist ein Schlüsselfaktor für die Versorgung der Menschen in Deutschland. Dazu gehört auch, ihre Finanzierung weiterzudenken.

Die Forderungen der TK in Kürze:

- **Eine zeitgemäße Krankenhausfinanzierung muss sowohl die Qualität als auch die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigen.**
- **Sektorübergreifende Konzepte können Herausforderungen in strukturschwachen Regionen lösen.**
- **Die Digitalisierung muss auch im Krankenhaus konsequent weitergehen.**

Deutschland hat eine hochentwickelte Krankenhauslandschaft, die international ihresgleichen sucht. Bei der Bewältigung der Corona-Pandemie zeigt sich, dass die Träger in der Lage sind, Betten sehr schnell umzuwidmen und Intensivkapazitäten aufzubauen. Sie haben damit erheblich dazu beigetragen, eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Größte Anerkennung und Dankbarkeit verdienen die dort tätigen Menschen. Sie haben mit ihrem Einsatz vielen Patientinnen und Patienten das Leben gerettet und tun dies weiterhin.

Die Ausnahmesituation hat gezeigt, worauf wir stolz sein können. Sie hat aber auch erneut die Defizite der Krankenhauslandschaft offengelegt. Nach dem Aufruf, Kapazitäten für Covid-19-Patienten freizuhalten und planbare Maßnahmen zu verschieben, sind viele Betten leer geblieben. Dieser Leerstand dauerte weit über die erste Akutphase der Pandemie hinaus an. Es ist anzunehmen, dass viele Menschen eine individuelle Risikoabwägung getroffen haben und geplante und zum Teil auch akute Behandlungsanlässe hinten anstellten. Damit haben sie auch einen Beleg für die oft beklagte Interventionslastigkeit des deutschen Gesundheitswesens geliefert.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland seit langem nicht nur eine überdurchschnittliche Bettendichte, sondern auch hohe Fallzahlen auf. Nach Meinung vieler Experten 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 Länder verstärkt. Krankenhäuser müssen ihre Investitionsausgaben durch Einnahmen aus dem laufenden Betrieb decken.

Ökonomische Anreize zur Verbesserung der Qualität sind wenig ausgeprägt. Hinzukommt ein wachsender Personalmangel in der Pflege. Bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie bestand weitgehend Konsens, dass eine Reform notwendig ist.

Der eilig aufgestellte pauschale Rettungsschirm für Krankenhäuser in der Pandemie hat deutlich gezeigt, dass bei der Vergütung von stationären Leistungen auf eine angemessene Differenzierung geachtet werden sollte. Der pauschale Ausgleich für jedes Haus führte zu unbefriedigenden Ergebnissen. Während Häuser der höheren Versorgungsstufen nicht ausreichend kompensiert wurden, erhielten andere Ausgleichzahlungen, die höher waren als die Entgelte im normalen Leistungsgehehen zuvor. Zwar wurden die Pauschalen zwischenzeitlich korrigiert, die Erfahrungen mit der

Pandemie haben jedoch die Wichtigkeit einer zielgerichteten, an der Versorgungsstufe ausgerichteten Vergütungsstruktur unterstrichen.

Es ist an der Zeit, diese Defizite durch konkrete Reformen abzustellen und das Vergütungssystem so zu gestalten, dass Versorgungsziele auch wirklich erreicht werden können. Die TK regt deshalb an, die Krankenhausfinanzierung neu zu denken, und schlägt dafür folgende Ansatzpunkte vor.

Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschläge

Die Einführung der Fallpauschalen in der stationären Versorgung zu Beginn des Jahrtausends war ein Meilenstein für mehr Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Mit ihnen wurde erstmals eine Leistungstransparenz verbunden mit einer ökonomischen Vergleichbarkeit von Leistungen erreicht, die das wettbewerbliche Handeln gestärkt hat. Im Interesse der Finanzierbarkeit unserer gut ausgebauten Krankenhauslandschaft sollte das Steuerungsprinzip der Leistungsgerechtigkeit weiterhin einen zentralen Stellenwert haben. Dies gilt umso mehr, als das Gesundheitswesen in den zwanziger Jahren erhebliche Herausforderungen zu meistern haben wird.

Um unerwünschte Entwicklungen zu korrigieren, schlägt die TK vor, das DRG-System (Diagnoses Related Groups) anzupassen und zu ergänzen. 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. Dadurch können bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen insbesondere im ländlichen Raum und in Spezialdisziplinen erhalten werden. Außerdem besteht kein Anreiz mehr, Leistungszahlen zu steigern, um Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. 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 Abwendung kommen. 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 leistungsbezogen abfinanziert würde.

Voraussetzung für eine zukünftige angemessene Vergütung unter anderem auch von Vorhaltekosten ist eine strukturierte regionale Versorgungsplanung auf Basis bundesweit einheitlich vorgegebener Versorgungsstufen. 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 vorhandenen Pflegekräfte gesetzt werden.

Abbau der Sektorengrenzen durch gleiche Vergütung von Leistungen

Derzeit besteht für Krankenhäuser kein Anreiz, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand das erlauben würde. Die bisher geschaffenen und stetig ausgebauten Rahmenbedingungen zur Förderung der Ambulantisierung sollten deshalb konsequent weiterentwickelt werden. Die TK hat bereits für einige Indikationen sogenannte Hybrid-DRG entwickelt und sammelt gemeinsam mit einigen Leistungserbringern praktische Erfahrung. Der Ausbau dieser Vergütungsform in der Regelversorgung sollte vorangetrieben werden. Es geht dabei um Leistungen mit geringem Schweregrad, kurzen Verweildauern und einem relevanten stationären Versorgungsgeschehen. Voraussetzung sind symmetrische Bedingungen für beide Sektoren im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung und die Qualitätssicherung.

Konsequente und durchgängige Digitalisierung

Der Gesetzgeber hat bereits mit der Telematikinfrastruktur und der verpflichtenden Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zum 1. Januar 2021 einen wichtigen Grundstein für die Digitalisierung in der stationären Versorgung gelegt. Bisher war dieser Prozess jedoch auf die innere Systemlandschaft der Krankenhäuser beschränkt. Um Insellösungen und Heterogenität in der IT-Infrastruktur abzubauen beziehungsweise zu vermeiden, ist es notwendig, diese interoperabel zu gestalten. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauszukunftsfonds hierfür einen weiteren Impuls gesetzt. Für die Zukunft muss gelten, dass alle Investitionen darauf ausgerichtet und daran gemessen werden, ob sie diesen Anforderungen genügen. Insbesondere sollte auch der Patientennutzen sichergestellt sein und patientenrelevante Dokumente in die ePA eingestellt werden.

Neben der technischen Interoperabilität muss ein einheitliches Verständnis von Prozessen gelten, so dass auch weitere Leistungserbringer wie beispielsweise niedergelassene Arztpraxen, Apotheken oder Hilfsmitteldienstleister Netzwerkteilnehmer sein können. Einheitliche Netzwerke mit offen zugänglichen Schnittstellen für alle Leistungserbringer schaffen Transparenz, von der vor allem die Patientinnen und Patienten profitieren.

Sektorenübergreifender Versorgungsansatz für den ländlichen Raum

In einigen Regionen Deutschlands wird es zunehmend schwierig, die medizinische Versorgung im gewohnten Maße aufrechtzuerhalten – insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen. Der demografische Wandel, geostrukturelle Veränderungsprozesse und die Bedürfnisse der nachwachsenden Generation in Medizin und Gesundheitsberufen lassen sich kaum noch im Rahmen der vorhandenen Versorgungsstrukturen abbilden. Die niedergelassene Arztpraxis 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. Die Politik hat in den vergangenen Jahren schon zahlreiche Versuche unternommen, um diese Probleme zu lösen. Es hat sich aber gezeigt, dass keine nachhaltigen Fortschritte erreicht wurden. Deshalb sollten in der ländlichen Versorgung ganze neue Wege gegangen werden – digital und analog.

Um eine vollumfängliche und flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, schlägt die TK vor, einen neuen integrierten Versorgungsbereich zu schaffen. Dieser sollte in unterversorgten Gebieten künftig für den ambulanten und stationären Bereich einheitlich sektorenübergreifend organisiert werden. Herzstück dieses neuen Versorgungsbereichs ist ein Regionales Gesundheitszentrum (RGZ). In diesem werden Angebote der Notfall- und Akutversorgung, der stationären Versorgung und der ambulanten Versorgung gebündelt. Das Versorgungsangebot orientiert sich dabei an der vorhandenen Infrastruktur und den bestehenden und fehlenden örtlichen Versorgungsstrukturen.

Das RGZ könnte eine Rund-um-die-Uhr Notfallversorgung in Kooperation mit dem Rettungsdienst sicherstellen sowie die ärztliche Versorgung in den grundversorgenden Disziplinen. Durch lange Öffnungszeiten und die Verknüpfung mit dem Bereitschaftsdienst in den Nachtstunden und an Wochenenden könnte für die Menschen in ländlichen Regionen ein attraktives, neues Versorgungsangebot entstehen, das auch der Überlastung der vorhandenen Strukturen entgegenwirkt. Hinzu käme die Vorhaltung von Betten für die internistische und chirurgische Versorgung. Damit könnte eine stationäre Grundversorgung abgebildet werden sowie die Möglichkeit, kurzstationäre, elektive Eingriffe vorzunehmen. Weiterführende ärztliche Expertise wäre durch eine telemedizinische Diagnostik sowie eine ebensolche Mitbehandlung durch Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen einzubeziehen. Eine solche medizinische Einrichtung ermöglicht eine optimierte Koordination (Sicherstellung des adäquaten Behandlungspfads), Kooperation (zum Beispiel Fallbesprechungen, Qualitätszirkel) und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten.

Ausgehend von einer festgestellten Unterversorgung, können sich Leistungserbringer aller Sektoren oder auch Gebietskörperschaften um die Trägerschaft eines RGZ bewerben. Um keine neue Planungsbürokratie zu etablieren, sollte die Entscheidung in den Landesgremien nach § 90a SGB V gefällt werden. Hierzu müssen diese reformiert werden. Die TK schlägt dazu vor, das Aufgaben-

spektrum des Landesgremiums zu erweitern und es mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen auszustatten. Dafür muss dessen Arbeitsfähigkeit gesichert und die Stimmberechtigung im Gremium klargestellt werden.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28 88 47 - 10,
berlin-gesundheitspolitik@tk.de