

Die Position der TK

Krankenhausversorgung in Hamburg zukunftssicher gestalten - stärkere Ausrichtung an Bedarf und Qualität

Die Hamburger Krankenhauslandschaft ist geprägt von einer Vielzahl von Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Die Versorgung liegt insgesamt auf einem hohen medizinischen Niveau. Zusätzlich zu der Hamburger Bevölkerung versorgen die Krankenhäuser der Hansestadt viele Patientinnen und Patienten aus dem Umland. Letztere machen rund ein Drittel der Krankenhausbehandlungen in Hamburg aus. Hinzu kommt ein intensiver Wettbewerb zwischen den Kliniken.

Von den 31 Krankenhäusern im Hamburger Krankenhausplan befinden sich rund die Hälfte in privater Trägerschaft, etwa zehn Prozent sind in öffentlicher Hand. Der Anteil der freigemeinnützigen Kliniken liegt bei 39 Prozent. Die Hälfte aller Klinikbetten für die Behandlung körperlicher Beschwerden (Somatik) teilen sich die Asklepios GmbH und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Im städtischen Besitz befindet sich nur noch das UKE. Anfang 2022 wurde das Universitäre Herzzentrum wieder in das UKE integriert. Eine weitere Besonderheit in der Hansestadt stellt das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg dar.

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie leistungsfähig die stationäre Versorgung in Hamburg ist: Betten wurden schnell umgewidmet und Intensivkapazitäten aufgebaut. Damit wurde erheblich dazu beigetragen, eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Besondere Anerkennung und Dankbarkeit verdienen die Beschäftigten im Gesundheitswesen: Sie konnten durch ihren Dienst in dieser Ausnahmesituation vielen Patientinnen und Patienten das Leben retten und tun dies auch weiterhin.

Doch um die künftigen Herausforderungen - etwa durch eine alternde Gesellschaft, Personalmangel oder auch die Dynamik des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts - zu bewältigen, müssen die Krankenhauslandschaft und die Krankenhausplanung in Hamburg noch zukunftssicherer gestaltet werden. Die Techniker Krankenkasse (TK) in Hamburg fordert daher, dass sich die Planung der stationären Versorgung und ihre Finanzierung stärker als bisher am Bedarf und an der Qualität der Behandlung orientieren muss.

Krankenhausplanung: bedarfs- und patientenorientiert

Bereits seit 2015 schreibt die Stadt Hamburg den bestehenden Krankenhausplan fort und festigt damit die aktuelle Versorgungsstruktur. Eine Diskussion über die Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen findet zwar statt, doch ist die Anpassung an die tatsächlichen Bedarfe bislang unzureichend. Auch das Kriterium der Qualität von Leistungen findet im Zusammenhang mit der Planung keine ausreichende Berücksichtigung. Mit Beginn der Corona-Pandemie Anfang 2020 unterbrach die damals zuständige Behörde die Vorbereitungen für die Neuaufstellung des Krankenhausplans. Mit der stattdessen erfolgten Zwischenfortschreibung des Hamburger Krankenhausplans 2021-2023 setzt die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) nun auf ein "Weiter so". Grundlegende Änderungen sind nicht erkennbar. Die Folge ist, dass die Krankenhäuser sich in einem Kreislauf befinden, immer mehr Leistungen erbringen zu wollen, um zumindest ihre Kosten zu decken und Gewinne zu erwirtschaften.

Anders als im ländlichen Raum kann in Hamburg nicht von einem Versorgungsmangel gesprochen werden. Vielmehr führen die fehlende Abstimmung der Angebote und der Wettbewerb um möglichst hohe Erlöse dazu, dass die medizinische Versorgung nicht konsequent am Interesse und Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. Dieser Kreislauf kann nur mit einer besseren Krankenhausplanung und neuen Finanzierungsmethoden durchbrochen werden. Im Interesse der Patientinnen und Patienten muss der Wettbewerb um die beste Qualität der Leistungen im Vordergrund stehen und nicht das Konkurrieren um Leistungen, die am lukrativsten sind.

Bessere Qualität durch Spezialisierung

Erfahrung und Routine in der medizinischen Versorgung verbessern die Behandlungsergebnisse - das ist unbestritten. Trotzdem zeigen unterschiedliche Beispiele in Deutschland, dass sich bei der Versorgung klare Qualitätsmängel zeigen. So wurden etwa 2018 bundesweit 9,5 Prozent der Herzinfarktpatientinnen und -patienten in einer Klinik versorgt, die nicht über einen Linksherzkatheter und die Erfahrung aus mindestens zehn Eingriffen einer perkutanen coronaren Intervention (PCI) pro Jahr verfügt.

Es wird höchste Zeit, dass die Krankenhauslandschaft in Deutschland, aber auch in Hamburg angepasst wird. Insbesondere wird unter den Krankenhäusern eine stärkere Spezialisierung und Konzentration auf einzelne Leistungen benötigt, um die Qualität der Versorgung insgesamt zu verbessern. Da gilt besonders bei Behandlungen von komplexen Krankheitsbildern und Leistungen, die einen hohen Spezialisierungsgrad erfordern. Die Patientinnen und Patienten profitieren davon, wenn besondere Leistungen, wie zum Beispiel Tumorkonferenzen, an einem Krankenhaus gebündelt werden. Das bedeutet auch, überflüssige Kapazitäten in der Krankenhauslandschaft abzubauen und mehr Patientinnen und Patienten in spezialisierten Krankenhäusern zu versorgen. Wenn Kliniken nachweisen können, dass sie Patientinnen und Patienten besonders schnell oder mit deutlich überdurchschnittlichen Ergebnissen behandelt haben, sollte sich dies auch in der Finanzierung niederschlagen.

Derzeit wird in Hamburg die Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und § 136c Absatz 5 SGB V diskutiert. Bereits 2017 hat die damalige Hamburger Planungsbehörde in 21 Versorgungsbereichen Zentren für besondere Aufgaben an 32 Standorten im Krankenhausplan ausgewiesen. Ziel war es, den Patientinnen und Patienten bei der Wahl einer Klinik eine klare Orientierung zu bieten. Voraussetzung für die Ausweisung als Zentrum war, dass sich die Krankenhäuser etwa bei der Versorgung von alten Menschen oder Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen durch besondere Fachexpertise auszeichnen. Die Entscheidung der Planungsbehörde, Zentren nach dem "Gießkannenprinzip" über die Stadt zu verteilen und sogar mehrere Zentren einer Zentrumsart auszuweisen, bot allerdings keinerlei Anreiz für die Bündelung besonderer Leistungen an einem Standort. Dies sollte bei der jetzigen Diskussion zwingend berücksichtigt werden.

Ebenso muss nach Ansicht der TK die Krankenhausplanung bundesweit einheitlicher gestaltet werden. Dazu braucht es eine strukturierte regionale Versorgungsplanung auf Basis bundesweit einheitlich vorgegebener Versorgungsstufen. Konsequenz wäre, dass in ländlichen Gebieten mit Versorgungsengpässen Versorgung auf-, aber in Ballungsgebieten - wie Hamburg - auch Überversorgung abgebaut wird. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Personalmangels wichtig: Ein sinnvoller Einsatz der Pflegekräfte ist essenziell, um eine qualitativ hochwertige Versorgung an den bedarfsnotwendigen Häusern aufrechtzuerhalten. In Hamburg sehen wir das am Beispiel der Level 1-Perinatalzentren (PNZ): Aktuell gibt es in Hamburg in fünf Kliniken Level 1-PNZ. Alle fünf PNZ haben Schwierigkeiten, ausreichend Pflegekräfte dauerhaft bereitzustellen; sie erfüllen dadurch nicht den durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene vorgeschriebenen Personalschlüssel und melden entsprechende Ausnahmetatbestände. Gleichzeitig haben einige der Level 1-PNZ-Häuser nur sehr geringe Fallzahlen. Eine stärkere Konzentration auf weniger Standorte könnte hier Abhilfe schaffen.

Krankenhausfinanzierung neu gedacht

Entscheidend für eine gute stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten ist eine nachhaltige und leistungsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser. Aus Sicht der TK gibt es hier unterschiedliche Ansätze. Obwohl sich die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in Hamburg über dem Bundesniveau bewegt, hat sich dennoch in den vergangenen Jahren ein Investitionsstau gebildet. Gleichzeitig setzt das aktuelle Fallpauschalensystem unterschiedliche Fehlanreize. Für beide Probleme gilt es, Lösungswege zu finden. Außerdem sollte sich auch das Thema Qualität in der Vergütung von Krankenhausleistungen widerspiegeln.

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) Anfang der 2000er-Jahre hatte das Ziel, eine Leistungstransparenz zwischen den Kliniken zu schaffen, verbunden mit einer ökonomischen Vergleichbarkeit. In Hamburg führte die Einführung der DRG zunächst auch zu einer Spezialisierung der Krankenhäuser. Diese Entwicklung ist aber aktuell eher rückläufig. Auch lange Liegezeiten der Patientinnen und Patienten wurden durch die DRG stark verringert. Im Umkehrschluss kam es aber in bestimmten Bereichen auch zu einer starken Mengenausweitung. Gerade wegen der Transparenz fordert die TK, dass das DRG-System auch künftig das Zentrum des Vergütungssystems sein soll. Es bedarf aber bestimmter Aktualisierungen.

Vorhaltekosten und Qualitätszuschläge

Im aktuellen Vergütungssystem - und vor dem Hintergrund eines oft jahrelangen Investitionsstaus aufgrund unzureichender Förderung durch die Länder - besteht für die Kliniken oft der Anreiz, fehlende Investitionsmittel durch Gewinne aus steigenden Fallzahlen zu kompensieren. Zusätzliche Herausforderungen sind die Vorhaltungen bedarfsnotwendiger Strukturen. Dazu gehören Fachabteilungen wie die Geburtshilfe mit wenig planbaren Fällen, die ausreichend und flächendeckend vorgehalten werden müssen, sowie Spezialdisziplinen etwa für die Behandlung seltener Erkrankungen - beides wird im aktuellen Vergütungssystem nicht ausreichend abgebildet.

Die TK schlägt daher vor, dass sogenannte Vorhaltekosten - fixe Kosten, die durch das Bereithalten erforderlicher Betriebskapazitäten verursacht werden - für bedarfsnotwendige Strukturen künftig leistungsunabhängig in die Vergütung eines Krankenhauses einfließen. Grundsätzlich gilt dabei auch, dass Vorhaltekosten nur für Leistungen berücksichtigt werden, deren Bedarfsnotwendigkeit festgestellt wurde. Die genannten Voraussetzungen sind essenziell, damit eine Vorhaltefinanzierung nicht dazu führt, dass bestehende unwirtschaftliche und nicht bedarfsnotwendige Strukturen für die Zukunft zementiert werden.

Die künftige leistungsgerechte Finanzierung der reinen Behandlungskosten sollte auch weiterhin über DRG erfolgen. Darüber hinaus fordert die TK, Bestandteile in die Vergütung zu integrieren, die von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig sind. Zur Umsetzung könnte man sich dem in den USA bereits genutzten "Hospital Value-Based Purchasing Program" annähern. Hierfür wird das gesamte Krankenhaus und dessen Versorgung betrachtet. Für jedes Krankenhaus wird ein Gesamtindex aus vier Bereichen - Prozess- und Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit und Kosteneffizienz - gebildet. Dieser Ansatz ist wesentlich weiter gefasst als bisher diskutierte Ansätze.

Die genannten Bestandteile - Vorhaltekosten, Qualitätszuschläge und Fallpauschalen - einer künftigen Krankenhausvergütung würden dann in einem Gesamtbudget enden, das entsprechend der Inanspruchnahme leistungsbezogen abfinanziert wird. Auch die jeweilige Versorgungsstufe eines Krankenhauses sollte bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden.

Daneben muss die bisher unzureichende Krankenhausinvestitionsförderung der Stadt Hamburg und der anderen Bundesländer angepasst werden. Hamburg liegt bei der Investitionsförderquote - also der Entwicklung der Investitionen des Landes im Verhältnis zu den Krankenhausausgaben - im Vergleich der Bundesländer im oberen Drittel, bei den Mitteln pro Bett sogar an der Spitze. Dennoch reichen die Investitionen nach Meinungen von Expertinnen und Experten nicht aus: Sie müssten etwa doppelt so hoch sein wie aktuell. Eine Idee wäre, dass jene Bundesländer, die die vorgeschlagene reformierte Krankenhausplanung umsetzen, für die Kliniken eine Investitionsförderung vom Bund erhalten. So könnte die Investitionsfinanzierung zielgenau und bedarfsgerecht erfolgen.

Exkurs: Hybrid-DRG - sektorengleiche Vergütung auf den Weg bringen

Ein aktuelles Gutachten des IGES-Instituts empfiehlt, dass neben den bereits vorhandenen 2.879 Leistungen im Katalog für ambulantes Operieren (AOP-Katalog) weitere rund 2.500 medizinische Leistungen aufgenommen werden sollten. Doch bisher gibt es für Krankenhäuser wenig - insbesondere finanzielle - Anreize, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln - auch wenn das aus medizinischer Sicht möglich, vielleicht sogar sinnvoll wäre. Die TK hat in der Vergangenheit das Vergütungsmodell Hybrid-DRG entwickelt und erprobt. Nach dem Grundsatz "gleiches Geld für gleiche Leistungen" beseitigt das Modell finanzielle Fehlanreize. Als Grundlagen der Hybrid-DRG wurden - mangels Alternativen - die Fallpauschalen im Krankenhaus und der Vergütungskatalog für ambulant tätige Ärzte (EBM) genutzt. Daraus wurde ein Mischpreis für operative Eingriffe kalkuliert. Gleichzeitig erfolgte eine völlige Gleichstellung bei Begleitleistungen, Nachbehandlung und Qualitätssicherung.

Aus den Erfahrungen mit dem Modell der Hybrid-DRG ist eine Neuordnung der gesetzlichen Grundlagen notwendig, um dem gesetzlichen Auftrag zur Schaffung des neuen Hybrid-Sektors nachzukommen. Wichtig ist, dass Fehlanreize in Hinblick auf einseitige Finanzierungsvorteile bestimmter Leistungserbringer vermieden werden. Gesetzlich müssten entsprechende Leistungskomplexe und Behandlungen sowie eine vom Ort der Erbringung entkoppelte Vergütung definiert werden. Weiterhin müsste die gemeinsame Selbstverwaltung Qualitätsanforderungen, Personalausstattung sowie Mindestmengen festsetzen. Eine weitere Voraussetzung wäre die Anpassung und Bereinigung der bestehenden Vergütungs- und Finanzierungsregelungen im stationären und ambulanten Sektor um die Leistungen, die künftig als Hybrid-DRG abgerechnet werden können. So könnten verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten für eine identische Leistung künftig verhindert werden. Wesentliche Bedingungen für funktionierende Hybrid-DRG sind eine überprüfbare Definition der Leistungsinhalte (Behandlungspfade), eine sektorenunabhängige Qualitätssicherung und unbürokratische Überprüfungsmechanismen.

Sind die genannten Voraussetzungen geschaffen, kann aus Sicht der TK für diese Leistungen ein Wettbewerb auf Augenhöhe um die beste Versorgung in der am besten geeigneten Einrichtung entstehen.

Die Techniker
Landesvertretung Hamburg
Steinstraße 27, 20095 Hamburg
Tel. 040 - 6909 - 5519,
maren.puttfarcken@tk.de