

AOK-POSITIONEN FÜR EINE VERGÜTUNGS- UND STRUKTURREFORM IM KRANKENHAUSSEKTOR



Vorwort

Das DRG-System sieht sich nach fast 20 Jahren heftiger Kritik ausgesetzt. Wie jedes Vergütungssystem setzt auch dieses System Fehlanreize, die durch geeignete Maßnahmen ausgeglichen werden können. Während in tagesgleichen Vergütungssystemen ein Anreiz für viele Pflgetage besteht, führen fallpauschalierte Systeme potenziell zu Mengenausweitungen und Überversorgung. Dafür sind Transparenz und Leistungsgerechtigkeit in fallpauschalierten Systemen besser ausgeprägt, so dass der Fokus einer mittelfristigen Vergütungsreform in der Beseitigung der Fehlanreize des DRG Systems liegen muss, sodass die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Krankenhausvergütung gewährleistet bleiben.

Die Mengenentwicklung hat seit 2017 zumindest einen vorübergehenden Stillstand erreicht und muss langfristig durch die Ambulantisierung von Leistungen sowie durch qualitätsbasierte Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zielgerichtet reduziert werden.

Insgesamt betrachtet gibt es auch in der mittelfristigen Perspektive wenige Gründe, das DRG-System als Basis zur Vergütung somatischer vollstationärer Leistungen zu verlassen. Weder ein klassisches Budgetsystem noch eine Umstellung auf Regionalbudgets mit episodenzugehörigen Vergütungselementen bieten so erhebliche Vorteile, dass ein grundlegender Systemwechsel angemessen erscheint. Und die von einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen geforderte weitgehende oder vollständige Selbstkostendeckung für Krankenhausfinanzierung ist aus allgemeinen volkswirtschaftlichen Überlegungen auch und gerade vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie keine sinnvolle Perspektive.

Die Einführung des Pflegebudgets zeigt ferner, dass durch die Aufspaltung der Betriebskostenfinanzierung vielfältige Probleme infolge von Doppelfinanzierungen entstehen. **Wenn das DRG-System noch weiter aufgespalten würde, ergäben sich unüberschaubar viele Optionen für strategische Buchungen und Doppelabrechnungen, die in einem durch die Selbstverwaltung administrierten Vergütungssystem (mit limitierten Durchgriffsrechten) nicht mehr beherrscht werden könnten.** Es bestünde die Gefahr von „Mitnahmeeffekten“ durch die Krankenhäuser und einer zusätzlichen Belastung der Beitragszahler.

Es ist daher angezeigt, die Potenziale zur Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit und der fairen Verteilung der Mittel im DRG-System zu nutzen, statt immer wieder neue manipulationsanfällige Bypasslösungen einzuführen und das DRG-System weiter auszuhöhlen.

Dennoch bedarf die aktuelle Finanzierung und Vergütung der deutschen Krankenhäuser einer grundlegenden Reform. Eine wesentliche Ursache ist, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten der bestehenden Krankenhausstruktur jahrzehntelang nicht mehr im notwendigen Ausmaß nachgekommen sind. Das führt dazu, dass Krankenhäuser notwendige Investitionen aus den DRG-Erlösen querfinanzieren und die Politik in hohem Maße politisch motivierte Preiserhöhungen mit der Gießkanne an die Kliniken verteilt hat. Zusätzlich wurde besonders am Pflegepersonal gespart, da die Querfinanzierung nicht alle vorenthaltenen Investitionsmittel substituierte, das DRG-System ist nicht der Auslöser dieser Sparmaßnahmen. Infolge der damit verbundenen zu niedrigen gezielten Investitionstätigkeit ist die Krankenhauslandschaft nicht in dem Maße zukunftsorientiert weiterentwickelt worden, wie es im Sinne der Versicherten, der Patientinnen und Patienten und der Beschäftigten notwendig gewesen wäre. Dies hat negative Folgen für die Versorgungsqualität, die Wirtschaftlichkeit und die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern. Hier sind neue Wege einzuschlagen.

Eine Vergütungsreform muss einerseits eine auskömmliche Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser und die Schaffung guter Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten unterstützen, andererseits aber auch den Erfordernissen einer strukturierten Patientenversorgung hinsichtlich der Behandlung im „richtigen“ Krankenhaus gerecht werden, also die Qualität der Versorgung verbessern. Sie muss demzufolge vordringlich:

- eine leistungsgerechte Finanzierung und Vergütung sicherstellen,
- die Konzentration stationärer Leistungen in geeigneten Krankenhäusern fördern, um die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit sicherzustellen,
- die Einführung von Innovationen durch geeignete Instrumente steuern, fördern und absichern sowie
- die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärzte und Pflegekräfte ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen können.

Daher müssen Komplexität und Überregulierung des Vergütungssystems reduziert werden, um die Belastung von Ärzten und Pflegekräften mit Dokumentationsaufgaben und Bürokratie zu senken. Das kann dazu beitragen, insbesondere die Pflegeberufen wieder attraktiver zu machen. In diesem Zusammenhang kommt dem Abbau des Modernisierungsstaus bei der Digitalisierung der Krankenhäuser eine bedeutende Rolle zu. Jedwede Vergütungsreform muss digital gedacht und umgesetzt werden. Dabei sind selbstverständlich Nachhaltigkeitsaspekte zu berücksichtigen.

Die in den folgenden Abschnitten skizzierten Reformvorschläge gliedern sich in zwei Teile:

1. Reformvorschläge, die dazu dienen, das Vergütungssystem im engeren Sinne zu modernisieren und zukunftsfähig zu machen und
2. Reformvorschläge, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für ein zielgerichtetes Vergütungssystem schaffen.

Wesentliche Bausteine einer Modernisierung der Krankenhausvergütung lassen sich wie folgt zusammenfassen: **Die Investitionskostenfinanzierung wird weiterentwickelt und auf das erforderliche Niveau angehoben. Ein wesentliches Element einer zukunftsfähigen Krankenhausinfrastruktur ist die auskömmliche Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer und den Bund.** Die Bundesländer verantworten dabei die Investitionskostenfinanzierung. Der Bund unterstützt die Länder bei den Strukturveränderungen finanziell. Die zusätzliche Finanzierung von Vorhaltekosten zu Lasten der GKV jenseits von Sicherstellungszuschlägen in ländlichen Regionen wird abgelehnt.

In diesem Zusammenhang ist es auch erforderlich, das DRG-Vergütungssystem so weiterzuentwickeln, dass eine sachgerechte und leistungsorientierte Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet wird. Dazu sind die Kalkulationsgrundlagen und das Kalkulationsverfahren und die Regeln für die Fallzusammenführung zu überprüfen und anzupassen. Des Weiteren ist das DRG-System auf Basis der Leistungsdefinition weiterzuentwickeln, sodass eine sachgerechte und leistungsorientierte Finanzierung gewährleistet ist.

- Die **Pflege wird durch eine Leistungserfassung den ärztlichen Leistungen methodisch gleichgestellt**, sodass perspektivisch die Kalkulation und Qualitätssicherung der Pflegeleistungen möglich wird.
- Durch gezielte Maßnahmen wie die Reduktion von Sondertatbeständen wird eine **Komplexitätsreduktion der Krankenhausfinanzierung** ermöglicht.
- **NUB-Entgelte für innovative Verfahren sind grundsätzlich an Strukturanforderungen zu knüpfen.** Zentrale Reformen, die die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für eine medizinisch sinnvolle Versorgung und sachgerechte Vergütung der Kliniken schaffen, sind:
- Die **Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Zentralisierung spezialisierter stationärer Leistungsangebote** auf die dafür geeigneten Standorte. Zur Umsetzung erhalten die Krankenhäuser zukünftig einen klar definierten Versorgungsauftrag, der die Grundlage für die Art der Leistungserbringung, das Budget und die Abrechnung ist. Basis sind die noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu definierenden Leistungsgruppen mit Qualitätsvorgaben, die für die Planung und Vergabe von Versorgungsaufträgen auf der Landesebene genutzt werden. Die Leistungsgruppen für die stationäre Versorgung werden in Basisversorgung und spezialisierte Versorgung differenziert.

- Bei der Zentralisierung von Leistungen und der damit einhergehenden Umwidmung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in ambulante Gesundheitszentren geht es um die Verbesserung der Versorgungsqualität und auch um die **effiziente Verteilung der knappen Ressourcen (Ärzte und Pflege)**. Patienten sind dort am besten in Krankenhäusern versorgt, die über die notwendige technische Ausstattung und ausreichend Personal mit viel Erfahrung bei der Behandlung einer Erkrankung haben. Den in ländlichen Regionen möglicherweise auftretenden Problemen durch größere Entfernungen bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus kann durch regionale Patienten-Transportkonzepte begegnet werden, wie es beispielsweise in Dänemark bereits erfolgreich umgesetzt wird.
- Stationäre Leistungen werden auf der Landesebene mit **differenzierten Versorgungsaufträgen** auf eine bedarfsgerechte Anzahl von Krankenhäusern übertragen. Krankenhäuser werden auf Grundlage dieser Versorgungsaufträge vergütet. Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit werden die Strukturen in angrenzenden Bundesländern mit einbezogen.
- **Koordinationskrankenhäuser übernehmen regional koordinierende Funktionen in der sektorenenabhängigen Versorgung** und tragen durch Wissenstransfer und fachliche Unterstützung der regionalen Leistungserbringer zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. So können primär nicht mehr für die stationäre Versorgung bedarfsnotwendige **Krankenhäuser in Gesundheitszentren umgewandelt** werden. Diese sollen im Rahmen der Ambulantisierung zukünftig die ambulante Versorgung mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten wahrnehmen. Die Umwandlung dieser Krankenhäuser in Gesundheitszentren stellt somit die medizinische Basisversorgung in den Regionen sicher und wirkt der Ausdünnung der „klassischen“ ambulanten Versorgung entgegen.
- Im G-BA werden **für die ambulante Versorgung Leistungskomplexe mit Qualitätsvorgaben** gebildet, die für **differenzierte Versorgungsaufträge auf der Landesebene** genutzt werden. Auf Landesebene werden im Anschluss ambulante Versorgungsaufträge mit differenzierten Leistungskomplexen sektorenenabhängig durch Leistungserbringer der heutigen vertragsärztlichen und stationären Versorgung übernommen. Zur Ausgestaltung einer qualitätsbasierten ambulanten Versorgung werden die Strukturen in angrenzenden Bundesländern mit einbezogen.

INHALT

TEIL 1: VERGÜTUNGSREFORM	8
1. DRG-System: Stärken erhalten, Schwachstellen beheben	8
2. Pflegeleistungen in den Mittelpunkt der Vergütung stellen	10
3. Vergütung und Erprobung innovativer Verfahren in Zentren der stationären Versorgung konzentrieren	12
4. Komplexität des Vergütungssystems und der Qualitätssicherung reduzieren	13
5. Regeln der Fallzusammenführung qualitätsorientiert anpassen	16
6. Leistungsabrechnung transparent machen und Prüfmöglichkeiten verbessern	17
7. Klarheit für die Finanzierung der Krankenhäuser in Krisenzeiten schaffen	19

**TEIL 2: STRUKTURELLE REFORMEN ALS BASIS
EINER SINNVOLLEN VERGÜTUNGSREFORM**

21

- 8. Krankenhausplanung auf Basis von Versorgungsaufträgen reformieren 21
- 9. Ambulante Leistungserbringung stärken und Krankenhäuser in Gesundheitszentren umwandeln 23
- 10. Koordinationskrankenhäuser zur Unterstützung regionaler Leistungserbringer einführen 26
- 11. Krankenhausstrukturen und Vergütungssystem kontinuierlich weiterentwickeln 28
- 12. Strukturen der Notfallversorgung reformieren und Versorgungsqualität verbessern 29



TEIL 1: VERGÜTUNGSREFORM

1. DRG-System: Stärken erhalten, Schwachstellen beheben

Hintergrund

Um Fehlanreize zu vermeiden, müssen Unwuchten im DRG-System vermieden werden. Es ist beispielsweise zu vermuten, dass die angebotsinduzierte Mengenausweitung seit 2017 nur deshalb weitgehend zum Stillstand gekommen ist, weil die dafür notwendigen Ressourcen, sprich Ärzte und Pflegekräfte, nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung stehen.

Ein ausgewogenes Kalkulationsverfahren des DRG-Systems ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass unterschiedliche Krankenhausleistungen fair im Vergütungssystem abgebildet werden und keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der ökonomischen Attraktivität von Leistungen entstehen.

Hier konnten zuletzt Fortschritte erzielt werden, indem bisher unterrepräsentierte Krankenhäuser mit dem Krankenhausstrukturgesetz verpflichtet wurden, an der Kalkulation teilzunehmen. Es existieren jedoch immer noch Leistungen mit besonders hohen oder besonders niedrigen Deckungsbeiträgen, und bestimmte Krankenhausgruppen sind auch weiterhin unterrepräsentiert.

Unter statistischen Gesichtspunkten ist es zudem problematisch, dass sich die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe jährlich ändert. Auf der Krankenhaus- oder Standortebene fallen die Schwankungen nicht besonders ins Gewicht; auf der Leistungsebene können sich jedoch Veränderungen ergeben, die deutlichen Einfluss auf die Preise bzw. auf die Relativgewichte haben.

Positionierung

Ziel der Weiterentwicklung des Kalkulationsverfahrens muss sein, dass sich Preis- bzw. Relativgewichtsveränderungen auf reale Kostenveränderungen innerhalb einer ausreichend repräsentativen Kalkulationsstichprobe beschränken. Dem Institut für die Entwicklung des Entgeltsystems (InEK) müssen daher auf gesetzlicher Basis die Gewichtung unterrepräsentierter Krankenhäuser und eine (real oder rechnerisch) konstant gehaltene Kalkulationsstichprobe ermöglicht werden.

Zentrale Forderung

Das InEK erhält auf gesetzlicher Basis die Möglichkeit, die Kalkulation des DRG-Systems bzgl. Kontinuität und Repräsentativität zu verbessern.

2. Pflegeleistungen in den Mittelpunkt der Vergütung stellen

Hintergrund

Die Leistungen der Pflegeberufe werden in der stationären Versorgung derzeit nur unzureichend abgebildet. Die gesetzlichen Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen sind der Versuch, Einsparungen im Pflegebereich zu unterbinden, stehen aber wenig mit den konkreten Pflegeleistungen am Patienten in Beziehung. Das seit 2020 angewendete Pflegebudget vergütet die Pflegekosten, stellt aber nicht die konkret am Patienten erbrachten pflegerischen Leistungen – und damit die pflegerische Versorgung – in den Mittelpunkt. Es ist darüber hinaus wegen der offensichtlichen Abgrenzungsprobleme zu den DRGs extrem manipulationsanfällig, hoch bürokratisch und mittelfristig nicht finanzierbar. Ferner bietet es ein hohes Streitpotenzial in der Umsetzung auf der Ortsebene bis hin zu einer Flut an Schiedsstellen- und Klageverfahren.

Positionierung

Damit Pflegeleistungen zukünftig angemessen erfasst, vergütet und einer Qualitätssicherung zugeführt werden können, ist ein geeignetes, aufwandarmes Erfassungsinstrument für die Pflege am Patienten zu entwickeln und digital zu implementieren. Mit diesem Vorgehen kann es gelingen, die Pflege analog zu den ärztlichen Leistungen einer Kalkulation und Qualitätssicherung zugänglich zu machen. Statt der Zuordnung von Vollkräften auf Betten erfolgt eine Dokumentation von Leistungen, die kalkulatorisch diagnosebezogen erfasst werden können.

Zum Einsatz kommen muss ein Instrument, das die Aufwände in der Pflege stufenlos und niedrighschwellig, tätigkeits- und patientenbezogen sowie automatisierbar erfasst. Dieses Instrument soll nicht nur zur Abrechnung und Qualitätssicherung einsetzbar sein, sondern dem Krankenhaus auch umfassende Managementinformationen geben, die eine optimale Allokation von Pflegekräften sowie die Optimierung von Versorgungsprozessen ermöglichen. Das Instrument soll damit selber einen Beitrag für gute Pflege im Krankenhaus leisten. Dabei darf es sich jedoch nicht um OPS-Komplexcodes nach bekanntem Muster handeln, bei denen eine stufenlose, niedrighschwellige und aufwandsarme Umsetzung nicht denkbar erscheint.

Die Vergütung der Pflegeleistungen muss sich linear am Zeitbedarf der direkt am Patienten erbrachten Leistungen orientieren, um die richtigen Anreize zu setzen. Alle sonstigen Tätigkeiten wie Reinigung und Entsorgung, patientenferne Botengänge, Dienstgespräche, Administration

etc. sind über einen pauschalierten Aufschlag auf diese Pflegezeiten zu finanzieren, der zum Beispiel über das InEK mittels diagnosebezogener Tätigkeitsanalyse einmalig kalkuliert werden könnte. Auf diesem Weg wird bedarfsgerechte Pflege direkt am Patienten honoriert und mit Effizienzimpulsen kombiniert, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nicht belasten und keinen zusätzlichen Zeitdruck bei den primären Pflegeprozessen verursachen.

Nach der Implementierung dieses Erfassungssystems und einer Erprobungsphase ist die Wiedereingliederung der Pflege in das DRG-System sinnvoll, da darüber eine erhebliche Komplexitätsreduktion der Krankenhausvergütung erreicht werden kann. Die Schwierigkeiten, die sich bei der Abgrenzung des Pflegebudgets gegenüber dem DRG-System ergeben, haben den Aufwand für die Budgetfindung erheblich gesteigert. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass durch eine Reintegration der Pflege in das DRG-System kein erneuter Anreiz dafür entsteht, bei der Pflege unangemessene Personaleinsparungen vorzunehmen. Dies kann über eine wirkungsvolle Qualitätssicherung sichergestellt werden, die zu Vergütungskonsequenzen führt, wenn Missbrauch festgestellt wird und relevante Pflegeleistungen nicht oder qualitativ nicht ausreichend erbracht werden. Zudem ist der Pflegequotient (nach § 137j SGB V) konsequent für alle Krankenhausstandorte anzuwenden.

Bei Umsetzung der genannten Reformschritte werden die aufwändige Finanzierung der Pflegekosten durch das Pflegebudget und die aufwändig zu dokumentierenden und zu prüfenden leistungsspezifischen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) verzichtbar.

Zentrale Forderungen

- Der Pflegebedarf und die Pflegeleistungen werden durch Informationen aus der elektronische Patientendokumentation aufwandsarm erfasst. Eine entsprechende Systematik wird entwickelt.
- Kurzfristig sollte der Pflegequotient für alle Krankenhäuser konsequent für alle Krankenhäuser verbindlich angewendet werden.
- Nach Implementierung des Systems erfolgt eine Reintegration der Pflege in das DRG-System.
- Bei Umsetzung der genannten Reformschritte werden die aufwändig zu dokumentierenden und zu prüfenden leistungsspezifischen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) verzichtbar.

3. Vergütung und Erprobung innovativer Verfahren in Zentren der stationären Versorgung konzentrieren

Hintergrund

Innovative und kostenintensive Behandlungen, Medizinprodukte und Arzneimittel werden im DRG-System durch NUB-Entgelte integriert. Dabei prüft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), ob eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aus ökonomischen Gründen einer zusätzlichen Vergütung bedarf. Ist dies der Fall, können alle Krankenhäuser unabhängig von der fachlichen Eignung ein NUB-Entgelt beantragen, soweit der oft unscharf formulierte Versorgungsauftrag dies zulässt. Grundlage für dieses Vorgehen ist der sogenannte „Verbotsvorbehalt“ nach § 137c SGB V. Notwendige Mindeststandards der Patientensicherheit sind damit nicht hinreichend abgesichert.

Positionierung

Bei Arzneimitteln für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMPs), die regelhaft als NUB-Entgelte in das DRG-System aufgenommen werden, wurde der Verbotsvorbehalt im Sinne des Patientenschutzes de facto modifiziert. Der G-BA legt in diesem Fall gemäß § 136a Abs. 5 SGB V die notwendige Qualifikation der Leistungserbringer, die strukturellen Anforderungen und die Anforderungen an sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung fest. Damit müssen Krankenhäuser, um Behandlungen mit diesen neuen Arzneimitteln vornehmen zu können, bestimmte Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen erfüllen.

Diese Regelung sollte auf alle NUB-Entgelte ausgeweitet werden. Der G-BA ist gesetzlich zu legitimieren, für neue NUB-Entgelte entsprechende Anforderungen festzulegen. Da mit diesem Verfahren nur ökonomisch aufwändige neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf geeignete Krankenhäuser konzentriert werden, ist mittelfristig aus Patientenschutzgründen ein Verfahren zu entwickeln, das innovative Therapien unabhängig von ökonomischen Aspekten in einen angemessenen wissenschaftlichen Bewertungsprozess einbettet.

Zentrale Forderungen

- Die Einführung von Innovationen erfolgt über Innovationszentren.
- Dafür werden analog zu den Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMPs) durch den G-BA entsprechende Qualitätsrichtlinien erlassen.

4. Komplexität des Vergütungssystems und der Qualitätssicherung reduzieren

Hintergrund

Die Reduktion der Komplexität ist für die Zukunft der Krankenhausvergütung wesentlich. Dem Trend, dass die Budgetverhandlungen durch immer mehr gesetzliche Regelungen immer schwieriger und zeitintensiver werden, muss gegengesteuert werden. Es sind dabei Regelungen des Vergütungssystems und der Qualitätssicherung in den Blick zu nehmen.

Auf der Ebene des Vergütungssystems sollten insbesondere Einzelfinanzierungstatbestände wie Sonderprogramme zur Neustrukturierung der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser reduziert werden. Ferner sind die Vergütungsbestandteile zu prüfen, die ergänzend zum DRG-System angewendet werden, um Kostenbestandteile vergüten zu können, die nicht automatisch mit jeder Fallpauschale finanziert werden sollen. Ursache dieser Regelungen sind kurzfristige Korrekturbedarfe in der Finanzierung (zum Beispiel Mehrkosten aus G-BA-Richtlinien), pauschale Zuschläge zur Finanzierung von Systembausteinen, die allen Krankenhäusern gleichermaßen gezahlt werden (zum Beispiel Zuschläge zum Ausgleich von Tarifsteigerungen) sowie anlass- bzw. leistungsbezogene Zuschläge, die entweder dem Behandlungsfall zuzuordnen sind oder krankenhausespezifisch ermittelt und als Zuschläge gezahlt werden (zum Beispiel Zentrums- oder Sicherstellungszuschläge). Durch die Vielzahl der Zuschläge hat sich die Komplexität und der Verwaltungsaufwand des Vergütungssystems deutlich erhöht.

Auch die Qualitätssicherung kann erheblich vereinfacht werden: Die meisten Sachverhalte, die in der externen stationären Qualitätssicherung erhoben werden, sind auch in den Klassifikationen ICD-10 und OPS-301 enthalten oder liegen in den Abrechnungs- und Dokumentationssystemen der Leistungserbringer vor.

Positionierung

Es lassen sich drei Gruppen von ergänzenden Finanzierungstatbeständen des DRG-Systems unterscheiden, die unterschiedlich weiterzuentwickeln sind:

1. Soweit es sich um Zuschläge für Kostenbestandteile handelt, die in der Kalkulationssystematik bisher nicht berücksichtigt worden sind, sind diese grundsätzlich zu befristen, bis das InEK diese Kostenbestandteile in die Kalkulation einbezogen hat.
2. Bei Pauschalen zur Finanzierung von Systembausteinen, die von allen Krankenhäusern gleichermaßen gezahlt werden, handelt es sich um politisch gewollte, zusätzlich zu finanzierende Systemkomponenten. Die Zuschlagszahlung gewährleistet Transparenz über das Finanzierungsvolumen und die Umsetzung der politischen Ziele. Wichtig sind beispielsweise die Zuschläge zur Finanzierung des DRG-Systems, zum Ausgleich von Tarifsteigerungen, zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zur Qualitätssicherung. Soweit es sich um eine Initialfinanzierung handelt, muss nach einer Anschubfinanzierung die Überführung der Kosten in den Landesbasisfallwert gesetzlich geregelt werden.
3. Anlass- bzw. leistungsbezogene Zuschläge sind entweder dem Behandlungsfall zuzuordnen oder werden krankenhausindividuell ermittelt, im Rahmen der Budgetverhandlungen fixiert und als fallbezogene Zuschläge gezahlt (zum Beispiel Zentrums- oder Sicherstellungszuschläge). Diese Zuschläge werden beibehalten und ihre Effekte regelmäßig qualitativ und quantitativ evaluiert. Nur Zuschläge, für die qualitativ positive Effekte nachgewiesen werden können, bleiben erhalten.

Nicht zuletzt müssen die Komplexität und der bürokratische Aufwand der Zuschlagsregelungen über eine qualitätsgesicherte Fortschreibung der Zuschläge sowie durch eine Digitalisierung der Dokumentation und Abrechnung reduziert werden.

Die Qualitätssicherung kann vereinfacht werden, indem Qualitätsparameter konsequent in die medizinischen Klassifikationen integriert werden (soweit sie noch nicht abgebildet sind). Dazu sind die Prozeduren- und Diagnosenklassifikationssysteme (OPS-301 und die ICD-10) entsprechend zu erweitern. Dabei können die Klassifikationen deutschlandspezifische Erweiterungen erfahren, wobei internationale Vergleichbarkeiten der Klassifikationen erhalten bleiben müssen.

Darüber hinaus müssen im Rahmen einer grundsätzlich notwendigen Digitalisierung des Gesundheitssystems auch die (schon vorhandenen) Informationen aus den Abrechnungs- und Dokumentationssystemen der Leistungserbringer verfügbar gemacht werden. Dadurch kann der Dokumentationsaufwand reduziert und die Qualitätssicherung sinnvoll erweitert werden.

In der Folge kann die Qualitätssicherung auf Basis von Erhebungsbögen ersatzlos entfallen bzw. durch digitalisierte Formate und die Nutzung von Routinedaten abgelöst werden.

Zentrale Forderungen

- Zuschläge werden grundsätzlich befristet und regelmäßig qualitativ und quantitativ evaluiert.
- Soweit möglich, werden Zuschläge entweder in die DRGs oder in den Landesbasisfallwert integriert.
- Anlass- bzw. leistungsbezogene Zuschläge werden nur beibehalten, wenn sie die Versorgung nachweisbar positiv beeinflussen oder eine Integration in die DRGs beziehungsweise den Landesbasisfallwert aus ökonomischen Gründen nicht möglich ist.
- Die Qualitätssicherung wird vollständig auf ICD- und OPS-Kodes umgestellt. Entsprechende Erweiterungen der Klassifikationen werden in geeigneten freien Kapiteln vorgenommen.
- Die (schon vorhandenen) Informationen aus den Abrechnungs- und Dokumentationssystemen der Leistungserbringer werden im Zuge der Digitalisierung für die Qualitätssicherung verfügbar gemacht.

5. Regeln der Fallzusammenführung qualitätsorientiert anpassen

Hintergrund

Das DRG-System verfügt mit den Regeln zur Fallzusammenführung über einen Mechanismus, der verhindern soll, dass Krankenhäuser bei Verlegung oder Wiederaufnahme von Patienten für den gleichen Fall immer wieder neue Pauschalen abrechnen können. Die Regeln sind auch unter dem Aspekt der Versorgungsqualität bedeutsam, da sie eine Fragmentierung der Versorgung bzw. eine zu frühe Entlassung der Patienten und einen daraus resultierenden „Dreh-türeffekt“ verhindern sollen. Problematisch ist, dass es eine Vielzahl von unsachgemäßen Ausnahmen gibt, die es ermöglichen, dass Krankenhäuser eine Fallpauschale in vielen Fällen doch mehrfach abrechnen können, obwohl Patienten nur kurz nach ihrer Entlassung wiederaufgenommen werden. So kann beispielsweise eine nur leicht veränderte Diagnose verhindern, dass eine Fallzusammenführung stattfindet.

Positionierung

Die Regelungen der Fallzusammenführung brauchen eine Neufassung. Zukünftig müssen Fallzusammenführungen unabhängig von der kodierten Diagnose erfolgen und einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen berücksichtigen. Ausnahmen, zum Beispiel bei Verkehrsunfällen, sollten weiterhin möglich sein, müssen jedoch im Sinne einer „Beweislastumkehr“ gestaltet werden. Diese Art der Wiederaufnahme bei Komplikationen ist beispielsweise im DRG-System der USA (Medicare) üblich. Dieser Ansatz stärkt die Fairness der Vergütung zwischen den Krankenhäusern, da Kliniken, die Wiederaufnahmen vermeiden, im Vergleich zu anderen Häusern nicht schlechter vergütet werden.

Zentrale Forderungen

Die Regelungen zur Fallzusammenführung sind so weiterzuentwickeln, dass sie die ökonomischen Vorteile eines Fallsplittings wirkungsvoll beseitigen. Medizinische Abgrenzungskriterien werden durch zeitliche Abgrenzungskriterien ersetzt.

6. Leistungsabrechnung transparent machen und Prüfmöglichkeiten verbessern

Hintergrund

Der Bundesrechnungshof weist schon seit langer Zeit darauf hin, dass fehlerhafte Abrechnungen im Krankenhausbereich zu hohen Verlusten für die Beitrags- und Steuerzahler führen. Die Krankenhaus-Abrechnungsprüfung effizienter zu gestalten, kann daher nicht bedeuten, dass fehlerhafte Abrechnungen gar nicht mehr in die Prüfung kommen.

Die Einführung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems, das seit Anfang 2021 gilt, ist daher ein strategischer Fehler. Letzten Endes werden damit Krankenhäuser belohnt, die ein strategisches Abrechnungsmanagement entwickeln. Die Konsequenz ist, dass den Beitragszahlern zusätzliche Belastungen von schätzungsweise mehr als einer Milliarde Euro aufgebürdet werden, ohne dass sich die Versorgung verbessert.

Positionierung

Prüfquoten erzeugen Belastungen zu Lasten der Krankenkassen und ihrer Versicherten, benachteiligen aber korrekt abrechnende Krankenhäuser im Wettbewerb. Die Kostenträger müssen daher künftig für alle erbrachten Leistungen nachvollziehen können, ob sie sachgerecht abgerechnet worden sind. Um eine möglichst aufwands- und bürokratiearme Prüfung zu ermöglichen, sollten Anreize und Sanktionen für beide Seiten in gleichem Maße gelten. Durch die entstehenden Anreize wird der Umfang zu beanstandender Rechnungen deutlich zurückgehen.

Das Prüfungsgeschäft der Medizinischen Dienste (MDs) muss jährlich krankenhausbefugten veröffentlicht werden. Die Versicherungsgemeinschaft, die Länder und die Krankenkassen haben ein Anrecht auf Transparenz darüber, inwieweit Krankenhäuser Anstrengungen für eine qualitativ hochwertige Abrechnung unternehmen. Durch eine Veröffentlichung der Ergebnisse wird dies für alle interessierten Parteien sichtbar und die Diskussion über Anpassungen im Kontext der Rechnungsprüfung wird auf eine empirisch belastbare Grundlage gestellt.

Zentrale Forderungen

- Jede fehlerhafte Krankenhausrechnung wird künftig wieder durch die Krankenkassen prüfbar. Die Deckelung durch die Prüfquoten wird abgeschafft.
- Um eine möglichst aufwands- und bürokratiearme Prüfung zu ermöglichen, sollten Anreize und Sanktionen ab sofort für Krankenhäuser und Krankenkassen in gleichem Maße gelten.
- Die Prüfergebnisse für alle Krankenhäuser werden jährlich veröffentlicht.

7. Klarheit für die Finanzierung der Krankenhäuser in Krisenzeiten schaffen

Hintergrund

Im Kontext der Covid-19-Pandemie mussten innerhalb kürzester Zeit diverse Versorgungs- und Finanzierungsfragen beantwortet werden.

Insgesamt hat auch die Covid-19-Pandemie nachdrücklich gezeigt, dass eine Zentralisierung von Krankenhausleistungen für die Bewältigung von Krisensituationen vorteilhaft ist, weil der Erfahrungsgewinn schneller möglich ist und große, spezialisierte Krankenhäuser den Herausforderungen einer Pandemie am besten begegnen können. Entsprechende substanzielle, bundeslandübergreifende Stufenkonzepte und detailliertes Wissen über die Ressourcen des Gesundheitswesens müssen erstellt werden.

Im Sinne einer Vorbereitung auf künftige Pandemie- oder Katastrophensituationen sollten darüber hinaus für grundlegende Finanzierungs- und Verantwortungsfragen ordnungspolitische Festlegungen getroffen werden. Anker sollten dabei die Grundsätze des SGB V sein.

Nach § 1 Satz 1 SGB V ist die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung folgendermaßen definiert:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Die Planung und Finanzierung von Vorhaltekapazitäten für den Katastrophen- und Bevölkerungsschutz ist in diesen Aufgaben nicht enthalten; eine Finanzierung durch die Krankenversicherung ist damit gesetzlich nicht vorgesehen. Gleichzeitig sollten Festlegungen getroffen werden, die den Leistungserbringern größtmögliche Planungssicherheit garantieren, um in extremen Versorgungssituationen die notwendige Handlungs- und Reaktionsfähigkeit zu haben.

Positionierung

Mit Blick auf die Finanzierungsverantwortung in Pandemie- oder Katastrophensituationen sind getrennte Festlegungen für die Patientenversorgung und die Vorhaltung von Ressourcen für den Krisenfall zu treffen:

- Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert die Patientenversorgung im Katastrophenfall, nach Terroranschlägen oder in Pandemiesituationen.
- Die Bundesländer stehen gemäß ihren Aufgaben nach dem Grundgesetz in der Verantwortung, nach Feststellung einer Krisenlage durch die Parlamente gezielt Versorgungskapazitäten für die Versorgung der Patienten freizuhalten.

In Pandemie- oder Katastrophensituationen sollte eine konkret zu entwickelnde gesetzliche Finanzierungsgrundlage für die Krankenhäuser unter folgenden Prämissen in Kraft treten:

1. Die Krankenhäuser haben gegenüber den Bundesländern einen Anspruch auf Mindererlösausgleiche auf Basis von Belegungstagen, soweit gegenüber dem Ist-Jahresdurchschnitt des Vorjahres ein Belegungsausfall stattfindet.
2. Vergütet werden maximal 75 % eines durchschnittlichen Tagessatzes. Der Tagessatz der Leerstandspauschale wird im Rahmen der Budgetverhandlungen krankenhausesindividuell prospektiv vereinbart.
3. Ebenfalls vereinbart wird der tagesdurchschnittliche Referenzwert der Belegung des Vorjahres, der für die Ermittlung des Belegungsausfalls vom Krankenhaus zugrunde gelegt wird. Dabei wird eine Differenzierung nach Wochentagen und ggf. saisonalen Aspekten vorgenommen.
4. Das Krankenhaus kann zur laufenden Liquiditätssicherung – auf Basis des „Feststellungsbescheides der zuständigen Behörde“ – wöchentlich eine Rechnung gegenüber den zuständigen Landesbehörden für einen Abschlag erstellen. Ein Spitzausgleich (von Über- und Unterzahlung) erfolgt nach dem Ende der Krise.

Zentrale Forderungen

- Im Krisen- oder Pandemiefall sichern die Krankenkassen gemäß ihrem Auftrag die Finanzierung der Krankenhaus- und Patientenbehandlung ab.
- Eine Leerstandsfinanzierung ist Teil der Daseinsvorsorge und liegt damit in der Finanzierungsverantwortung der Bundesländer. Es ist prospektiv ein berechenbarer Finanzierungsmaßstab zu definieren, der im Krisenfall herangezogen werden kann.



TEIL 2: STRUKTURELLE REFORMEN ALS BASIS EINER SINNVOLLEN VERGÜTUNGSREFORM

8. Krankenhausplanung auf Basis von Versorgungsaufträgen reformieren

Hintergrund

Eine Reform der Krankenhausvergütung ist nicht ohne Anpassungen bei den Krankenhausstrukturen denkbar. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität ein wichtiges Kriterium für die Gestaltung der Krankenhausversorgung ist. Wissenschaftliche Untersuchungen haben für viele Leistungsbereiche Zusammenhänge zwischen Fallzahlen und Behandlungsergebnissen belegen können. Ziel muss es daher sein, spezialisierte Leistungsbereiche wie zum Beispiel die Behandlung von Herzinfarkten, die Versorgung von Frühgeborenen oder komplexe Operationen auf ausgewählte Krankenhäuser zu konzentrieren. Eine Zentralisierung der Versorgung ist auch im Hinblick auf die knappen Ressourcen beim Personal und bei den Investitionsmitteln unabdingbar. Die bisherigen Ansätze zum Ausbau von Mindestmengen und Strukturvorgaben reichen nicht aus, um einen qualitätsbasierten Umbau der Krankenhauslandschaft wirksam voranzutreiben. Es bedarf weiterer Anstrengungen, vor allem durch die Neugestaltung der Krankenhausplanung.

Positionierung

Um die Zentralisierung von Leistungen zur Sicherung der Versorgungsqualität zu erreichen, muss die derzeit bestehende Krankenhaus-Rahmenplanung auf Basis einzelner Fachrichtungen ersetzt werden. An ihre Stelle sollen Versorgungsverträge treten, die genau festlegen, welche Leistungen ein Krankenhaus erbringen und abrechnen kann. Der G-BA wird beauftragt, entsprechende Leistungsgruppen mit den dazugehörigen Qualitätsanforderungen zu entwickeln, die anschließend die Grundlage für eine Neuorientierung der Krankenhausplanung in den Ländern werden. Die Leistungsgruppen werden in Basisversorgung und spezialisierte Versorgung differenziert. Entsprechende konzeptionelle Überlegungen aus der Schweiz oder einzelnen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen weisen in die richtige Richtung.

Damit wird der Grundstein für eine echte Versorgungsplanung gelegt: Die heutige „Krankenhausplanung“ wird nicht mehr dem – teilweise expansiven – Leistungsangebot der Krankenhäuser bzw. ihrer Trägergruppen überlassen. Bestimmte planerische Ziele wie eine ausgewogene regionale Versorgung und eine gute Erreichbarkeit können gezielt verfolgt und ein Verdrängungswettbewerb oder das unkontrollierte Entstehen von Doppelstrukturen wirksam verhindert werden. Versorgungsaufträge werden durch die Länder an eine bedarfsgerechte Anzahl geeigneter Krankenhäuser vergeben. Ergänzend sind ein Monitoring des Leistungsgeschehens und eine stetige Aktualisierung der Leistungsgruppen notwendig, damit das stationäre Behandlungsangebot an den aktuellen Bedarf und den Stand des medizinischen Wissens angepasst werden kann.

Für einige Leistungsgruppen, beispielsweise die Revisions-Endoprothetik, liegen bereits umfangreiche Qualitätsinformationen vor, sodass zeitnah mit der Zentralisierung begonnen werden kann. Dies gilt auch für die Leistungsgruppen der primären Endoprothetik, der onkologischen Versorgung und der Transplantationschirurgie.

Begleitend muss gesetzlich klargestellt werden, dass sich die Vergütung von Krankenhausleistungen eng am Versorgungsauftrag der Krankenhäuser orientiert. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser nur Leistungen abrechnen dürfen, die explizit in ihren Versorgungsaufträgen aufgeführt sind. Die leistungsbezogenen Versorgungsaufträge definieren damit das Budget des Krankenhauses.

Zentrale Forderungen

- Die Krankenhaus-Planung wird grundsätzlich auf Leistungsgruppen mit Qualitätsstandards umgestellt.
- Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgt auf Basis dieser Leistungsgruppen.
- Die Leistungsgruppen werden je Krankenhaus in Versorgungsaufträgen festgelegt.
- Die Abrechnung von Leistungen ist an die Versorgungsaufträge eines Krankenhauses gekoppelt.

9. Ambulante Leistungserbringung stärken und Krankenhäuser in Gesundheitszentren umwandeln

Hintergrund

Durch den medizinischen Fortschritt können vielen Leistungen, die früher stationär erbracht wurden, heute ambulant durchgeführt werden. Durch die Konzentration der stationären Versorgung auf Krankenhäuser, die personell und strukturell die qualitativ bestmögliche medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen, werden zudem perspektivisch weniger stationäre Kapazitäten benötigt. Die Leistungskataloge und die Versorgungsstrukturen müssen an diese Entwicklungen angepasst werden. Krankenhäuser, die aufgrund des Rückgangs der vollstationären Fälle nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können, können – insbesondere im ländlichen Raum – in Gesundheitszentren umgewandelt werden, die die ambulante Versorgung in der Region sicherstellen.

Positionierung

Die ambulante Versorgung wird sektorenunabhängig ausgestaltet: Je nach Komplexität und struktureller Anforderung werden ambulante Leistungen an Gesundheitszentren, in vertragsärztlichen Praxen und Einrichtungen oder an Krankenhäusern durchgeführt. In ländlichen Regionen sollten Gesundheitszentren zudem die ambulante Basis-Notfallversorgung sicherstellen und darüber hinaus kurzzeitstationäre Nachbeobachtungen nach Durchführung wenig komplexer Notfalleingriffe bzw. Kurzzeitpflege anbieten können. Durch diese Erweiterung können viele stationäre Krankenhausaufenthalte ersetzt werden. Gleichzeitig verändert sich die ambulante ärztliche Versorgung insgesamt: Sie wird in Zukunft durch ein Ineinandergreifen von ambulanter Versorgung durch vertragsärztliche Praxen und Einrichtungen, Krankenhäuser sowie durch Gesundheitszentren erreicht. Die Planung der ambulanten Versorgung wird in Einklang zu diesen Zielen unter Berücksichtigung regionaler Gestaltungsspielräume weiterentwickelt.

Die ambulanten Leistungen sollten in Leistungskomplexen zusammengefasst werden, ähnlich der Zusammenfassung der stationären Leistungen in Leistungsgruppen. Je Leistungskomplex sind Mindestvorgaben für die Strukturqualität zu definieren. Die Bedarfs- und Mengenplanung erfolgt auf Landesebene gemeinsam durch Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausesellschaften und Krankenkassen unter Beteiligung der Länder (sogenanntes 3+1-Gremium).

Darin wird festgelegt, wie viele Leistungserbringer mindestens und maximal an der Versorgung in einer Region teilnehmen müssen bzw. können, um eine wirtschaftliche und qualitätsnotwendige Mindestmenge zu erreichen und damit die Behandlungsqualität zu gewährleisten. Die Leistungskomplexe werden über Versorgungsaufträge regional in Versorgungsregionen ausgeschrieben. Somit können die vielen Sonderregelungen zu den aktuell vorhandenen ambulanten Leistungsformen von Krankenhäusern entfallen (Behandlung an Hochschulambulanzen, ambulantes Operieren, ambulante spezialärztliche Versorgung einschließlich der Erbringung hochspezialisierter Leistungen oder Institutsambulanzen). So lässt sich die Komplexität der Leistungen im Krankenhaus erheblich reduzieren.

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Einführung von regionalen Gesundheitszentren bieten viele Vorteile:

- kleine Krankenhäuser auf dem Land haben als weiterentwickelte Gesundheitszentren bei entsprechendem regionalen Bedarf weiterhin eine Existenzberechtigung und sichern die ambulante Versorgung,
- ambulante Versorgung kann unter exzellenter apparativer Ausstattung (Labor, Bildgebung etc.) angeboten werden,
- Patienten können entsprechend dem individuellen Nachbehandlungsbedarf flexibel vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt geleitet werden,
- primäre Fehlbelegungsprüfungen entfallen, da Patienten in Gesundheitszentren auch kurzstationär nachbeobachtet werden können, ohne dass eine stationäre Aufnahme erfolgt,
- durch die Nutzung digitaler Möglichkeiten kann im Rahmen von Kooperationen klinische Expertise verstärkt in die ambulante Versorgung integriert werden.

Um den Transformationsprozess von Krankenhäusern zu Gesundheitszentren zu realisieren, sind begleitende gesetzliche Maßnahmen erforderlich, die die gesamte ambulante Versorgung betreffen. Dies sind unter anderem:

Neuordnung der Planungszuständigkeit

Die Planung der Versorgung und die Vergabe der Versorgungsaufträge erfolgt auf Landesebene gemeinsam durch Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausesellschaften und Krankenkassen unter Beteiligung der Länder (3+1-Gremium). Dabei wird auf Basis der Leistungskomplexe sichergestellt, dass Aspekte der flächendeckenden Versorgung berücksichtigt werden.

Anpassung des Entgeltsystems

Für ambulante Leistungen an Krankenhäusern, in Gesundheitszentren und in vertragsärztlichen Praxen und Einrichtungen sollten künftig gleiche Entgeltsysteme und Dokumentationsanforderungen gelten. Dabei sollte die Umwandlung der Krankenhäuser in Gesundheitszentren im Rahmen der Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser durch Bundesmittel

gefördert werden. Soweit in den Gesundheitszentren besondere Leistungssegmente wie beispielsweise ambulante Notfallversorgung angeboten werden, sind diese gesondert zu berücksichtigen bzw. in die bisherigen Mittel der Gesamtvergütung einzubeziehen (Aufgabenübergang).

Das konkrete Entgeltsystem für ambulante Leistungen sollte auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) entwickelt werden. Dies ist so zu gestalten, dass Qualitätsprüfungen auf Basis von Abrechnungsdaten möglich sind. Zudem sollten zeitlich limitierte Anreize für die Ambulantisierung stationärer Leistungen geschaffen werden.

Einheitliche Dokumentation für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Um die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung zu ermöglichen, sollten einheitliche Anforderungen an die Leistungsdokumentation gelten. Beide Prüfschritte sollten aufwandsarm auf Basis der Abrechnungsdaten vorgenommen werden können.

Innovationen in geeigneten Einrichtungen einführen

In der ambulanten Versorgung muss weiterhin der Grundsatz des Erlaubnisvorbehalts gelten. Innovationen sollten zukünftig analog zu den Arzneimitteln für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) nur noch in speziell dafür geeigneten Einrichtungen in die Versorgung gebracht werden können. Nach einer erfolgreichen Innovationsbewertung erfolgt die Aufnahme in die Vergütungssysteme. Zudem sollten Qualitätsvorgaben wie Mindestmengen und andere Strukturvorgaben als Leistungsvoraussetzungen implementiert werden. Die Innovationen sollten regelhaft durch Studien und Register begleitet und evaluiert werden.

Zentrale Forderungen

- Um die Ambulantisierung strukturell abzusichern, werden nicht mehr benötigte stationäre Kapazitäten bei Bedarf in regionale Gesundheitszentren umgewandelt.
- Die Vergütung erfolgt auf Basis des EBM, der im erforderlichen Umfang ergänzt wird.
- Die Planung der Versorgung und die Vergabe der Versorgungsaufträge erfolgt auf Landesebene gemeinsam durch Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen unter Beteiligung der Länder (3+1-Gremium).
- Innovationen sind in geeigneten Einrichtungen einzuführen. Hierfür sind eine durchgängige und sektorenunabhängige Dokumentation und Qualitätssicherung vorzusehen.

10. Koordinationskrankenhäuser zur Unterstützung regionaler Leistungserbringer einführen

Hintergrund

Die medizinische Versorgung ist in vielen Regionen Deutschlands deutlich zu kleinteilig, zu wenig intersektoral und zu wenig interprofessionell aufgestellt. Es müssen die Voraussetzungen für eine zwischen allen beteiligten Leistungserbringern abgestimmte regionale Versorgung geschaffen werden, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Positionierung

Einen wichtigen Beitrag für eine vernetzte Versorgung in einer definierten Region sollten zukünftig ausgewählte Krankenhäuser (Koordinationskrankenhäuser) übernehmen. Je nach Anzahl der Krankenhäuser und der Bevölkerungsdichte können auch mehrere Krankenhäuser gemeinsam entsprechende übergeordnete Koordinationsleistungen wahrnehmen.

Die Koordinationskrankenhäuser sollten für ihre jeweilige Versorgungsregion folgende Aufgaben übernehmen:

- Das Koordinationskrankenhaus ist der Treiber für eine gute Versorgungsqualität und stellt sicher, dass neue medizinische Erkenntnisse permanent in Behandlungsprozesse einfließen. Zu diesem Zweck ist das Koordinationskrankenhaus eng mit den anderen Krankenhäusern vernetzt. Es fungiert als Multiplikator für neue Erkenntnisse.
- Das Koordinationskrankenhaus stellt den Leistungserbringern in der Versorgungsregion seine Fachexpertise zu folgenden Zwecken zur Verfügung:
 - Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärzte und Ärztinnen sowie für weitere Gesundheitsberufe in der Versorgungsregion,
 - Unterstützung wohnortnaher ambulanter Leistungsangebote durch Satellitensprechstunden,
 - Unterstützung ambulanter Eingriffe in wohnortnahen Gesundheitszentren,
 - ambulante Notfalldienste,
 - administrative Unterstützung der Versorgungsplanung in einer Region,
 - Koordinierung und Abstimmung mit den Beteiligten einer Versorgungsregion in Form von Behandlungspfaden,
 - Telemedizin (Konsile und Beratung),
 - Angebot von Qualitätszirkeln zu wichtigen Krankheitsbildern.

Damit Koordinationskrankenhäuser diese Aufgaben übernehmen können, sind ordnungspolitische Voraussetzungen zu schaffen. Inhaltlich entsprechen die Aufgaben den Leistungen, die bei der Einführung des DRG-Systems als Zentrumsleistungen vorgesehen waren. Nachdem die Länder die Zentrumsleistungen jedoch als ein Element zur Finanzierung der schleichenden Morbidität genutzt haben und weil aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts eine Fehlallokation dieser Finanzmittel stattfindet, ist eine gesetzliche Neufassung erforderlich. Um die nicht patientenbezogenen Aufgaben von Krankenhäusern angemessen vergüten zu können, ist aus rechtlichen Gründen der Katalog dieser Leistungen so zu beschreiben, dass eine Vermischung mit Leistungen, die an Patienten erbracht werden, ausgeschlossen wird. Um rechtliche Probleme zu vermeiden, sollten dabei neue Rechtsbegriffe wie „Leistungen von Koordinationskrankenhäusern“ verwendet werden. Die heute bestehenden Zentrumsregelungen können dann entfallen.

Die Aufgaben der Koordinationskrankenhäuser sowie die Definition von Versorgungsregionen werden anhand eines bundeseinheitlichen Kriterienkatalogs in Richtlinien des G-BA gefasst. Bei den Versorgungsregionen sind Korridore für die Vergabe von Versorgungsaufträgen vorzusehen, um Gestaltungsmöglichkeiten für die Umsetzung dieser neuen Strukturelemente auf der Landesebene zu erhalten. Der Ausweis der Koordinationskrankenhäuser sowie der Versorgungsregionen erfolgt in den Krankenhausplänen auf Landesebene.

Zentrale Forderungen

- Der G-BA wird gesetzlich beauftragt, die patientenfernen Aufgaben von Koordinationskrankenhäusern sowie Versorgungsregionen zu definieren.
- Es erfolgt ein Ausweis von Koordinationskrankenhäusern auf Basis der skizzierten G-BA Definitionen durch die Länder in Krankenhausplänen.

11. Krankenhausstrukturen und Vergütungssystem kontinuierlich weiterentwickeln

Hintergrund

Der Prozess der Krankenhausstruktur- und Vergütungsreform ist hoch komplex, wird fünf bis zehn Jahre Zeit benötigen und somit über mehrere Legislaturperioden hinweg durchgeführt werden müssen. Um Fehlsteuerungen zu vermeiden und neue Erkenntnisse laufend in den Prozess zu integrieren, muss die Zielerreichung regelmäßig überprüft werden. Bei Abweichungen sind Korrektur-Maßnahmen zu ergreifen. Dabei ist das Monitoring so auszugestalten, dass strukturiert über die Entwicklungen berichtet wird und gleichzeitig messbare Ziele für den nächsten Zeitabschnitt definiert werden.

Positionierung

Es wird vorgeschlagen, in Anlehnung an den Expertenbeirat nach § 24 KHG einen Expertenbeirat für den Umbau der Krankenhauslandschaft zu bilden, der auf Basis der Berichte Empfehlungen zur Prozessoptimierung erstellt und den Reformprozess fortlaufend begleitet.

Zentrale Forderungen

- Für die Weiterentwicklung des DRG-Systems wird ein kontinuierliches, schlankes Monitoring etabliert.
- Für den Prozess des Umbaus der Krankenhauslandschaft wird ein Beirat gebildet, der umfassende Kompetenzen für eine empirisch-basierte Evaluation erhält.

12. Strukturen der Notfallversorgung reformieren und Versorgungsqualität verbessern

Hintergrund

Die Notfallversorgung steht beispielhaft für Versorgungsprobleme, die infolge der tiefgreifenden Sektorentrennung entstehen. Sie ist in die drei Bereiche ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser gegliedert. Diese drei Bereiche sind unterschiedlich gesetzlich geregelt, organisiert und finanziert. Dies führt dazu, dass Patienten häufig nicht in der Versorgungsstufe behandelt werden, die medizinisch indiziert ist.

Erste Reformschritte wie die Einführung von Portalpraxen an Krankenhäusern oder die Festlegung von Notfallstufen gehen in die richtige Richtung, reichen aber bei weitem nicht aus, um die strukturellen Probleme zu beheben. Um die Notfallversorgung bedarfsgerecht sicherzustellen, an geeigneten Krankenhäusern zu bündeln und dadurch die Versorgungsqualität zu verbessern, müssen auch hier umfassende Reformmaßnahmen eingeleitet werden.

Positionierung

Die Notfallversorgung muss zukünftig gebündelt in Integrierten Notfallzentren (INZ) im Krankenhaus erbracht werden, die den Patienten als zentrale Anlaufstelle dienen. Die INZ werden durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam betrieben. Die Idee der Portalpraxen wird damit aufgegriffen und weiterentwickelt. Rechtsgrundlage für die flächendeckend verfügbaren INZ muss eine durch den G-BA zu erarbeitende Notfallversorgungs-Richtlinie sein, die unter anderem die notwendigen Strukturen, die Qualifikation und Ausbildung des Personals und die Vorgaben für die Erreichbarkeit für INZ festlegt. Um die Versorgung von immobilen Akutpatienten zu gewährleisten, wird ein fahrender Dienst mit qualifiziertem Personal in der Verantwortung des INZ etabliert.

Der Bedarf an INZ und die Bestimmung der Standorte werden auf Grundlage der G-BA-Richtlinie und des Notfallstufensystems von einem neu zu gründenden gemeinsamen Gremium für die Planung der Notfallversorgung auf Landesebene festgestellt. Diesem Gremium gehören Vertreter der Landeskrankengesellschaften, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen an. Es steht unter Landesaufsicht (3+1 Gremium). Dies garantiert die enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteure bei der optimalen Gestaltung der ambulanten

ten und stationären Notfallversorgung. Die Planungskriterien der Notfallversorgungs-Richtlinie müssen Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten lassen. Die INZ sind somit nicht Bestandteil der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung bzw. der Krankenhausplanung der Länder. Für die stationäre und vertragsärztliche Notfallbehandlung bleiben die bisherigen Akteure zuständig, also die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser.

Der Umbau der Notfallversorgung führt auch zu einer Anpassung der Vergütung. Um die Vorhaltung für die Diagnostik und die therapeutischen Maßnahmen zu finanzieren, ist die Vergütung der Leistungserbringung in den INZs leistungsorientiert und aufwandsgerecht zu gestalten.

Die Abrechnung basiert auf einem eigenständigen Notfallversorgungsbudget, welches Preis- und Steuerungselemente bei Entwicklung eines gesonderten Vergütungsmodells beinhaltet. Das Notfallversorgungsbudget orientiert sich an den aktuellen Zahlungen für die ambulante Notfallversorgung entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellten Mitteln für die Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes und den Kosten der Krankenhäuser für die Zentralen Notaufnahmen. Dabei ist eine einmalige, basiswirksame Bereinigung der bestehenden Vergütungen und Entgelte um diese Mittel durchzuführen.

Auch der Rettungsdienst muss dringend reformiert werden. Die Auslastung der Rettungsmittel und der Krankenhauskapazitäten muss digital und bundesweit zur Verfügung stehen. Die Einsatzplanung für Rettungsmittel darf nicht an Ländergrenzen Halt machen. Entsprechend müssen auch die Leitstellen konzentriert werden und regional übergreifend arbeiten. Voraussetzung ist, dass der Rettungsdienst Teil des Gesundheitswesens wird und bundeseinheitlich geregelt werden kann.

Nicht zuletzt ist die Qualitätssicherung in Zukunft stärker in den Fokus zu rücken: Notfallpatienten dürfen nicht in die am schnellsten zu erreichende Klinik gebracht werden, sondern in die für ihre Versorgung am besten geeignete und ausgestattete Klinik – auch über Ländergrenzen hinweg. Die diesbezügliche Qualitätssicherung des Rettungsdienstes ist gegenwärtig lückenhaft und regional unterschiedlich aufgestellt. Sie soll in Zukunft stärker auf Basis von Routinedaten erfolgen. Hilfsfristen müssen dazu einheitlich definiert und gemessen werden.

Zentrale Forderungen

- Die Notfallversorgung muss zukünftig gebündelt in Integrierten Notfallzentren (INZ) im Krankenhaus erbracht werden.
- Die Planung der Notfallversorgung erfolgt auf Landesebene durch ein neu zu gründendes gemeinsames Gremium der Landeskrankenhausgesellschaften, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen unter Landesaufsicht (3+1-Gremium).
- Die Abrechnung der Leistungen erfolgt aus einem eigenständigen Notfallversorgungsbudget, welches Preis- und Steuerungselemente bei Entwicklung eines gesonderten Vergütungsmodells beinhaltet und sich am EBM orientiert.
- Die Leitstellen müssen konzentriert werden und überregional arbeiten.

IMPRESSUM

Herausgeber

AOK-Bundesverband GbR
Geschäftsführender Vorstand:
Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender)
Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Telefon: (030) 346 46-0
Telefax: (030) 346 46 25 02
Internet: <http://www.aok-bv.de>
E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin
verlag@kompart.de | www.kompart.de

August 2021



www.aok-bv.de