

Impulse der AOK Baden-Württemberg zur Krankenhausreform 2023

Wenige Wochen nach der Präsentation der Kommissionsempfehlungen für eine Krankenhausreform hat sich der politische Gestaltungsprozess durch Bund und Länder konstituiert. Baden-Württemberg, das im Jahr 2023 den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz führt, kommt dabei eine besondere Rolle zu.

In das breite Echo der laufenden Reformdebatte mischen sich Stimmen, die einen „Kahlschlag“ gewachsener Strukturen befürchten. Analysen und Gutachten, die das Kommissionsmodell der „Versorgungslevels“ in den Regionen simulieren, erscheinen nicht selten als Bestätigung alarmistischer Prognosen.

Dabei geraten die Chancen einer umfassenden Krankenhausreform aus dem Blick – und genauso die Risiken, die mit einem „Weiter so“ unausweichlich verbunden sind. Denn die Veränderung der Kliniklandschaft findet längst statt. Daher gilt es, diese Veränderung planvoll, das heißt bedarfs- und qualitätsorientiert zu gestalten, statt sie einer in Teilen nicht mehr zeitgemäßen Planung oder den Bedingungen „des Marktes“ zu überlassen.

Mit diesem Impulspapier will die AOK Baden-Württemberg für die Chancen einer Krankenhausreform werben, die mit nachhaltigen Veränderungen die Weichen für eine zukunftsfeste stationäre Versorgung stellt. Dieser Prozess bedarf eines Zielbildes und planerischer Leitplanken, die bundesweit verbindlich gelten. Selbstverständlich brauchen die Länder auch künftig Gestaltungsoptionen, um landes- und regionsspezifischen Gegebenheiten gerecht zu werden. Diese Optionen sollen die Krankenhausreform stützen und flankieren, aber keinesfalls in ihrer Substanz in Frage stellen.

Versorgungsstufen / Leistungsgruppen

Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level) sind seit vielen Jahren Realität; allerdings sind sie bundesweit weder einheitlich definiert noch umgesetzt. Baden-Württemberg verzichtet im gegenwärtigen KH-Plan auf eine Stufeneinteilung.

- Der Wunsch nach einer bundeseinheitlichen „Planungssprache“ – als Voraussetzung für einen umfassenden Reformansatz – ist grundsätzlich nachvollziehbar und zu begrüßen. Dies schließt sachgerechte länderspezifische Akzente in der Anwendung des Planungsrechts nicht aus.
- Die Zuordnung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen kann in mehrfacher Hinsicht ein sinnvolles Instrument der Krankenhausplanung sein...
 - zur Unterstützung eines geordneten und rechtssicheren Abbaus redundanter Kapazitäten und Strukturen;
 - als objektivierbarer Maßstab, um öffentliche Investitionsmittel gezielt und bedarfsgerecht zuzuweisen;
 - um Klarheit und Rechtssicherheit über Rollen und Aufgaben eines Krankenhauses zu schaffen; dies erleichtert die Vernetzung und Versorgungscoordination – etwa im Kontext der Ausweisung von Zentren, aber auch in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal.

Aber: Eine enge planerische Fokussierung auf ein drei- oder vierstufiges Level-Raster und dessen starre Anwendung birgt das Risiko, dass für Krankenhäuser und ihre Träger das Halten oder Erreichen eines bestimmten Levels – im Sinne der Statussicherung – ein zentrales Handlungsmotiv ist. Dies beinhaltet Fehlanreize für nicht sach- und bedarfsgerechte Investitionen und auch für Mengenausweitungen mit dem vorrangigen Ziel, die für ein angestrebtes Level formal notwendigen Voraussetzungen zu erfüllen.

- Der primäre Anker für eine bedarfs- und qualitätsorientierte Planung muss die Ebene der *Leistungsgruppen* sein, die einem Krankenhaus konsequent nach Bedarfs- und Qualitätskriterien zuzuweisen sind.
- Nicht nur die planerische Ausweisung, sondern auch die Investitionsfinanzierung und Leistungsvergütung – hier insbesondere die von der Regierungskommission empfohlenen Vorhaltepauschalen – sind nach den zugewiesenen Leistungsgruppen zu bemessen.
- Aus den Leistungsgruppen und dem nach demographischen Merkmalen bemessenen *mengenbezogenen* Versorgungsbedarf im Einzugsgebiet eines Krankenhauses (Bevölkerungsbezug in Verbindung mit gestaffelten Höchstfahrdistanzen) leiten sich schließlich konkrete Versorgungsaufträge je Krankenhaus ab.

Zwar enthalten die Vorschläge der Regierungskommission Ansätze eines Bevölkerungsbezugs hinsichtlich des medizinisch-qualitativen Versorgungsbedarfes; hingegen fehlt dieser Bezug in der Betrachtung des medizinischen-quantitativen Bedarfs im jeweiligen Einzugsgebiet. Letzteres gilt auch für den „Arbeitsplan“ der Bund-Länder-Gruppe zur Krankenhausreform. Der Plan bleibt – ebenso wie die Vorschläge der Regierungskommission – insofern hinter dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag zurück, „Leitplanken für eine (...) sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung [zu] erarbeiten.“

- Im Szenario einer bedarfs- und qualitätsorientierten Planung auf der Grundlage von Leistungsgruppen stellt sich schließlich die Frage nach der Daseinsberechtigung von Planungsgrundlagen, die im Verhältnis zur Landeskrankenhausplanung nachrangig sind. Dies betrifft insbesondere Versorgungsverträge nach § 109 SGB V. Das unbestrittene Ziel der Reform ist ein möglichst konsistentes Planungsrecht. Dies sollte auch eine perspektivische Abschaffung der Versorgungsverträge beinhalten.

Intersektorale Versorgung

Grundsätzlich ist die KH-Reform durch Konzepte und Maßnahmen zur intermediären und intersektoralen Versorgung zu flankieren:

- Die von der Regierungskommission empfohlene Level-1-Versorgung schließt die bisherige „Lücke“ zwischen der ambulanten Versorgung und der (voll)stationären Versorgung – in der Regel durch Häuser mit einem breiten Versorgungsspektrum. Das Level 1 in seinen beiden Ausprägungen „n“ und „i“ öffnet Krankenhäusern eine am lokalen Versorgungsbedarf orientierte Perspektive. Angebote dieser Versorgungsebenen dienen damit auch der politischen „Befriedung“ im Spannungsfeld einer zeitgemäßen, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung einerseits und den Erwartungen der Bürger und Kommunen im Kontext der gesundheitlichen Daseinsvorsorge andererseits.

- In besonderer Weise gilt dies für das Level „1i“ mit seinem explizit intersektoral konzipierten Ansatz einer lokalen ärztlich-pflegerischen Basisversorgung. Diese neue Versorgungsstufe bietet insoweit auch Perspektiven, Synergien zu nutzen und insbesondere die personellen Ressourcen in der Erwartung eines sich verschärfenden Ärzte- und Fachkräftemangels möglichst effizient einzusetzen.
- Daher ist die Krankenhausreform als Teil einer integrierten, sektorenunabhängigen Versorgungsplanung zu entwickeln, die die bisherigen, sektoral getrennten Planungssysteme zusammenführt. Der Ansatz der Kommissionsempfehlung, Level 1i regulatorisch und institutionell tatsächlich intersektoral und damit außerhalb der „klassischen“ KH-Planung zu verorten, ist daher folgerichtig. Level-1i-Häuser bilden sowohl eine „Perspektive“ für bestehende Häuser der Grund-/Regelversorgung als auch für Träger nach der bereits vollzogenen Schließung eines Krankenhauses – oder sogar an Standorten gänzlich ohne „Krankenhaus-Historie“ – soweit dort ein regionaler Bedarf gegeben ist.
- Das Land Baden-Württemberg stärkt und fördert Primärversorgungszentren (PVZ) als Plattform bzw. als Akteure einer intersektoralen und interprofessionellen Versorgung. Die Krankenhaus- bzw. Versorgungsplanung sollte die Voraussetzungen schaffen, dass Level-1-Häuser die Funktion eines PVZ übernehmen, oder sich in ein PVZ integrieren können.
- Eine Verortung der Level-1i-Einrichtungen außerhalb der „klassischen“ Krankenhausplanung bedarf gleichwohl einer starken Rolle der Landesebene. Gemeinsam mit den Krankenkassen, der niedergelassenen Ärzteschaft und den Krankenhausträgern gestalten die Länder die konzeptionellen Leitplanken für die regionale Entwicklung der neuen Versorgungsebene an der Nahtstelle zwischen den etablierten Versorgungssektoren. Die AOK-Gemeinschaft hat hierzu mit den 3+1-Gremien konkrete Vorschläge formuliert: Darin sind die genannten Akteure institutionell verbunden, um die künftigen Aufgaben einer sektorunabhängigen Struktur- und Bedarfsplanung bzw. Sicherstellung gemeinsam zu bearbeiten.
- Neben der inhaltlichen Ausgestaltung einer sektorunabhängigen Versorgung bedarf es einer leistungsrechtlichen Verankerung (3. Kapitel SGB V) und eines Instrumentariums zu deren vertraglichen Umsetzung (4. Kapitel SGB V) – im Sinne einer neuen gesetzlichen „Regelversorgung“. Die bisherigen Rechtsgrundlagen (Modellvorhaben nach §§ 63 ff. bzw. „besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V) mit ihren Beschränkungen als „Ausnahmeregelungen“ sind für eine flächendeckende Neugestaltung der Versorgung nicht geeignet.
- Eine zunehmend intersektorale Ausrichtung der Versorgung muss schließlich mit einer Weiter- bzw. Neuentwicklung von Berufsbildern und einer Neujustierung von Kompetenzen und Rollen in der Versorgung einhergehen. Dies wirkt dem Personalmangel in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung entgegen, fördert die Koordination und Vernetzung und stärkt die Versorgungsqualität.

Öffnungsklauseln (Opt-out-Regelungen) für die regionale Ausgestaltung der Krankenhausplanung durch die Länder

- Die Ausgestaltung der Krankenhausplanung in den Versorgungsregionen kann nicht schematisch erfolgen. Regionale Gegebenheiten erfordern daher spezifische Lösungen.

Dagegen gefährden landesweite Opt-outs aus den Gestaltungsprinzipien der Krankenhausreform – sei es aus politischen oder inhaltlichen Erwägungen – die Reform in ihrem Kern.

- Umgekehrt wären punktuell – im Sinne eines „Opt-in“ – ergänzende bundeseinheitliche Regeln wünschenswert, wo gegenwärtig zwischen den Bundesländern ein regulatorischer Flickenteppich besteht. Dies gilt etwa für die so wichtige neurologische Frührehabilitation (Phase B nach BAR-Phasenkonzept), die planungs-, vertrags- und leistungsrechtlich unterschiedlich normiert und umgesetzt wird, ohne dass für diese Vielfalt ein sachlicher Grund erkennbar ist. Eine bundeseinheitliche Ausgestaltung nach dem KHG (planungsrechtlich) bzw. nach § 39 SGB V (leistungsrechtlich) erscheint überfällig.
- Um Beliebigkeit in der bundesweiten Umsetzung einer Krankenhausreform zu vermeiden, sind Abweichungsoptionen und die spezifischen Voraussetzungen, die ein „Opt-out“ begründen, gesetzlich bzw. in untergesetzlichen Regelungen verbindlich zu definieren.
- Nur so lässt sich ein bundesweit möglichst gleichwertiges Versorgungsangebot gestalten – und auch die aus baden-württembergischer Perspektive teils ausgeprägte Über- und Fehlversorgung in anderen Bundesländern wirksam abbauen. Gegenwärtig bewirkt die Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA), dass die Versicherten im Südwesten die ineffizienten Strukturen außerhalb des Landes in erheblichem Maß mitfinanzieren.
- Über diesen Aspekt hinaus ist die Refinanzierung der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds unter den Bedingungen des RSA im Kontext einer umfassenden Krankenhausreform grundsätzlich in den Blick zu nehmen. Dies gilt allgemein hinsichtlich der zentralen Bausteine der Reform (die Definition medizinisch-qualitativer wie -quantitativer Versorgungsbedarfe, die qualitativen Anforderungen an die Versorgungsstufen sowie die Umsetzung der Vorhaltefinanzierung) und besonders für die Ausgestaltung möglicher Öffnungsklauseln.