

Pressemitteilung

Krankenhaus-Report: Qualitätsorientierte Bündelung von Behandlungen und Finanzierungsreform zusammen umsetzen

Anhaltende Qualitätsprobleme bei Versorgung von Krebs- und Notfallpatienten

Berlin, 24. April 2024

Angesichts anhaltender Qualitätsdefizite bei der Behandlung von Krebs- und Notfallpatienten hat der AOK-Bundesverband an Bund und Länder appelliert, das Ziel einer Bündelung bestimmter spezieller und anspruchsvoller Behandlungen in den dafür am besten geeigneten Kliniken mit der anstehenden Krankenhausreform konsequent umzusetzen. Die Strukturreform zur Verbesserung der Behandlungsqualität dürfe nicht von der Finanzierungsreform entkoppelt werden, warnte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, bei der Vorstellung des Krankenhaus-Reports 2024 zum Thema „Strukturreform“. Sonst drohe das Gesetz zu einer „teuren leeren Hülle ohne positive Effekte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten“ zu werden. Auch die Finanzierungsreform sei angesichts andauernder Fallzahleinbrüche und einer sinkenden Auslastung der Krankenhäuser dringend erforderlich. Die geplante Vorhaltefinanzierung müsse aber unabhängig von der Zahl der behandelten Fälle erfolgen und sich am Bedarf der Bevölkerung ausrichten.

Aktuell drohe bei der Umsetzung der Krankenhausreform eine „Entkopplung der Strukturreform von der Finanzierungsreform“, warnte Reimann. „Die verbindliche Definition der Leistungsgruppen soll erst zu einem späteren Zeitpunkt in Rechtsverordnungen geregelt werden. Die Vorgaben, welche Klinik in Zukunft welche Leistungen erbringen darf, würden damit auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben.“ Gleichzeitig werde „in bewährter Manier das Geld weiter per Gießkanne auf die

Kliniken verteilt“ – zum Beispiel über die Refinanzierung der Tarifierhöhungen. Dadurch würden „immer weiter ineffiziente Krankenhausabteilungen mit schlechten Qualitätsergebnissen finanziert, die wir eigentlich gar nicht mehr brauchen und auch nicht mehr wollen“, so Reimann. „Das verursacht nicht nur viel Leid bei den Patientinnen und Patienten, die von schlechten Behandlungsergebnissen betroffen sind, sondern auch hohe Folgekosten für die Beitragszahlenden.“

Die im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten müssten sich darauf verlassen können, dass sie im Erkrankungsfall bestmöglich behandelt werden. „Um das zu erreichen, sollten die Länder beispielsweise verpflichtet werden, Versorgungsaufträge nur an diejenigen Krankenhäuser zu vergeben, die die entsprechenden Mindestvorhaltezahlen erreichen. Auf diese Weise bleiben Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden“, forderte Reimann. Solche strikten Vorgaben fehlten aber weitgehend im aktuell vorliegenden Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – oder sie würden durch Forderungen nach umfassenden Ausnahmeregelungen für die Länder in Frage gestellt.

Schmitt: Mindestfallzahlen und Qualitätsvoraussetzung sollten bundesweit verbindlich sein

Für eine rasche Umsetzung der Rechtsverordnungen zur exakten Definition der Leistungsgruppen sprach sich auf der Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report auch Prof. Jochen Schmitt vom Universitätsklinikum Dresden aus: „Die Leistungsgruppen können eine entscheidende Verbesserung für die Patientenversorgung bringen, wenn sie ausreichende Qualitätsvorgaben beinhalten.“ Mindestfallzahlen und Qualitätsvoraussetzungen sollten für alle Länder verbindlich sein. „Wichtig ist auch, dass Ausnahmeregelungen nur zeitlich befristet und für die Bevölkerung nachvollziehbar zulässig sind“, sagte Schmitt, der Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform und des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege ist. Es sei wissenschaftlich „sehr klar belegt, dass „Gelegenheitsversorgung zu schlechteren Behandlungsergebnissen führt und ein vermeidbares Risiko für die Patientensicherheit darstellt.“

Nach wie vor mangelnde Konzentration bei Brustkrebs-Operationen

Im Krankenhaus-Report 2024 werden vor dem Hintergrund der aktuellen Reformdiskussion anhaltende Qualitäts- und Strukturprobleme in der deutschen Krankenhauslandschaft beleuchtet. So zeigt eine aktuelle Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), dass 2022 in insgesamt 95 an der Brustkrebs-Versorgung beteiligten Krankenhäusern (18,0 Prozent) weniger als 25 Brustkrebs-Fälle operiert wurden. „Das bedeutet, dass etwa alle zwei Wochen ein solcher Eingriff stattfand. Bei solchen Fallzahlen kann man nicht davon ausgehen, dass es in diesen Kliniken ein routiniertes Behandlungsteam oder gar eine eingespielte Prozesskette gibt“, erläuterte Christian Günster, Leiter der Qualitäts- und Versorgungsforschung im WIdO.

Laut der Auswertung verfügten 2022 zudem 40 Prozent der an der Versorgung von Brustkrebs-Fällen beteiligten deutschen Kliniken nicht über ein Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) oder über eine vergleichbare Zertifizierung. Diese Krankenhäuser operierten etwa 13 Prozent der Brustkrebs-Fälle. „Somit wurden mehr als 9.000 Frauen mit Brustkrebs in Krankenhäusern behandelt, die dafür nicht optimal aufgestellt sind“, betonte Günster. Es handele sich meist um Kliniken mit wenigen Fällen. Die WIdO-Auswertung zeigt bei diesem Thema große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern: Während in Sachsen-Anhalt 2022 jede vierte Brustkrebs-OP in einer nicht-zertifizierten Klinik stattfand, waren es in Berlin nur 0,2 Prozent. Das Innovationsfonds-Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) hatte 2022 belegt, dass es einen Überlebensvorteil von 20 Prozent für Patientinnen mit Brustkrebs gibt, die in DKG-zertifizierten Zentren behandelt werden. „Glücklicherweise ist bei der Brustkrebs-Versorgung in den letzten Jahren eine gewisse Konzentration erkennbar. Auch die 2024 neu eingeführte Mindestmenge für Brustkrebs-OPs wird sicherlich Fortschritte bringen“, so Günster. „Dennoch muss der Konzentrationsprozess gerade bei den Krebsbehandlungen dringend beschleunigt werden. Denn wenn wir im bisherigen Tempo weitermachen, würde es zwanzig Jahre dauern, bis alle Patientinnen und Patienten mit Krebs in zertifizierten Zentren behandelt werden.“

Mehr als 9.000 Herzinfarkte nicht optimal versorgt

Der Krankenhaus-Report beleuchtet auch Qualitätsprobleme in der Notfall-Versorgung. So zeigt eine aktuelle Auswertung, dass nach wie vor viele Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt nicht optimal versorgt werden, weil sie in Kliniken ohne Herzkatheterlabor eingeliefert werden. Von den rund 191.000 Herzinfarkt-Fällen im Jahr 2022 in Deutschland wurden 4,9 Prozent in Kliniken behandelt, die über kein Katheterlabor verfügten. Das Problem betraf somit rund 9.400 Herzinfarkt-Behandlungen. Besonders ausgeprägt war das Problem der nicht adäquaten Herzinfarkt-Versorgung in den 368 Kliniken, die 2022 weniger als 25 Fälle behandelten. Nur jede fünfte Klinik in dieser Gruppe verfügte über ein Herzkatheterlabor. Bei schweren Herzinfarkten sollte aber möglichst innerhalb von 90 Minuten eine Herzkatheter-Behandlung erfolgen.

Die Auswertung für den Krankenhaus-Report zeigt auch bei diesem Thema große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Während im Saarland jeder neunte Herzinfarkt-Fall in einer Klinik ohne Herzkatheterlabor behandelt wurde, sind in Hamburg fast alle betroffenen Patientinnen und Patienten in eine Klinik mit Herzkatheterlabor eingewiesen worden. „Wir sehen bei diesen regionalen Unterschieden wenig Bewegung im Zeitverlauf – schon 2018 war Hamburg auf dem ersten und das Saarland auf dem letzten Platz. Ganz offensichtlich gibt es in einigen Bundesländern nach wie vor große Probleme bei der Steuerung der Patientinnen und Patienten in

die geeigneten Kliniken, denn eigentlich haben wir in Deutschland keinen Mangel an Herzkatheterlaboren“, unterstrich Christian Günster. So seien in 80 Städten Herzinfarkte in Kliniken ohne Herzkatheterlabor behandelt worden, obwohl im gleichen Ort ein Krankenhaus mit einem solchen Labor existierte. „Das ist ein andauerndes Problem, das eindeutig planerisch gelöst und im Rahmen der Krankenhausreform endlich angepackt werden sollte“, so Günster.

Fallzahl-Rückgang erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser

Eine aktuelle Analyse des WIdO zur jüngsten Entwicklung der Fallzahlen macht deutlich, dass die Reform auch aus wirtschaftlichen Gründen dringend erforderlich ist. So wurden 2023 in deutschen Krankenhäusern knapp 14 Prozent weniger somatische Fälle behandelt als im Vergleichsjahr 2019. Besonders groß war der Einbruch bei den sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen – also bei Erkrankungen, die nicht zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssten. Hier lagen die Fallzahlen auch 2023 erneut deutlich niedriger als 2019, nämlich um 20 Prozent. Der Einbruch war damit ungefähr so groß wie im ersten „Pandemie-Jahr“ 2020 und nur etwas niedriger als in den Jahren 2021 und 2022. „Hier hat die Pandemie offenbar die gebotene stärkere Ambulantisierung von Leistungen bereits befördert. Auf jeden Fall zeigen sich in diesen Daten sehr deutlich die großen Ambulantisierungs-Potenziale für die Zukunft“, so Prof. Jochen Schmitt.

Neues Simulationsmodell soll Krankenhaus-Planung der Länder unterstützen

Schmitt wies in der Pressekonferenz auf ein neues Simulationsmodell hin, das Mitglieder der Regierungskommission zur Krankenhausreform gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband entwickelt haben. Es berücksichtigt Qualität, Leistungsfähigkeit und Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten und zeigt, welche Klinik-Abteilungen für welche Erkrankung in der jeweiligen Region benötigt werden und im Sinne der Daseinsvorsorge von den Ländern gestützt werden sollten. „Das Simulationsmodell soll die Krankenhausplanung der Bundesländer unterstützen. Es kann zudem die Basis für eine bevölkerungsbezogene Zuweisung von Vorhaltefinanzierung sein, die sich wirklich vom Fall löst und damit strukturierende Wirkung entfaltet. Auch für die Steuerung von Finanzmitteln aus dem Transformationsfonds bietet es sich an“, so Schmitt.

Kritik an der geplanten Finanzierung des Transformationsfonds

AOK-Vorständin Reimann kritisierte erneut, dass die Hälfte der Kosten für den Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft von der GKV und damit von den Mitgliedern und Arbeitgebenden gestemmt werden soll – ohne Einbeziehung des Bundes oder der Privatversicherten. „Das ist nicht nur grob unfair gegenüber den Beitragszahlenden, sondern widerspricht auch den geltenden Regeln für die Krankenhaus-Finanzierung“, betonte Reimann. Danach ist die GKV

nur für die Bezahlung der Betriebskosten, aber nicht für die Investitionskosten zuständig. Die notwendigen Strukturanpassungen zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft sind Teil der Daseinsvorsorge und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. „Daher sollten sie von Bund und Ländern aus Steuergeldern bezahlt werden“, forderte Reimann. Stattdessen zeige sich in den aktuellen Plänen von Minister Lauterbach „wieder das fatale Muster, staatliche Aufgaben und Finanzverantwortlichkeiten systematisch weiter in Richtung GKV zu verschieben“.

Krankenhaus-Report beleuchtet verschiedene Aspekte der anstehenden Strukturreformen

Der Krankenhaus-Report, der jährlich als Buch und als Open-Access-Publikation erscheint, hat 2024 das Schwerpunktthema „Strukturreform“. Das Buch liefert hierzu Analysen und zeigt Handlungsansätze für den aktuellen Reformprozess auf. Unter anderem thematisiert der Report bisherige Reform Erfahrungen aus der Schweiz und aus NRW und zeigt verschiedene Optionen und Elemente für eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft auf – sowohl im Bereich der qualitätsorientierten Planung als auch im Bereich der sektorenübergreifenden Vergütung. Außerdem beleuchtet das Buch die geplante Reform von Notfallversorgung und Rettungswesen, das Thema Ambulantisierung und die sektorenübergreifende Leistungsplanung.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de