

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung – Stellungnahme der Regierungskommission vom 06.12.2022 – Zusammenfassung und erste Bewertung (Stand: 10.01.2023) – V-543-6/ks

Die Stellungnahme der Regierungskommission problematisiert Defizite des derzeitigen Krankenhauswesens weitestgehend zutreffend, insbesondere die falschen Mengenanreize aufgrund des bisherigen DRG-Fallpauschalensystems. Einige der Vorschläge erscheinen auf den ersten Blick nachvollziehbar und unterstützenswert, verkomplizieren jedoch das bestehende System zusätzlich und erhöhen den Aufwand nochmals. Andere Vorschläge könnten hingegen die Grund- und Regelversorgung in Bayern existenziell gefährden.

Um es auf den Punkt zu bringen: Die Stellungnahme der Regierungskommission scheint geschrieben für Universitätsklinika und Maximalversorgungshäuser! Wenn das akademisch erarbeitete Konzept wie vorgestellt umgesetzt wird, werden die meisten Häuser der bisherigen Grund- und Regelversorgung in Bayern weder finanziell noch personell eine Zukunft haben. Dies muss einen nicht verwundern, wenn 13 von 17 Mitgliedern der Regierungskommission Professoren sind.

Krankenhäuser sind jetzt in Not und benötigen dringend Unterstützung!

Die Stellungnahme hilft nicht für die dramatische Situation der Häuser in 2023. Eine Reform dieser Reichweite innerhalb von fünf Jahren durchführen zu wollen, erscheint nicht realistisch. Dänemark hat seine Strategie vor 15 Jahren begonnen und dort ist man auch noch längst nicht fertig. Die Krankenhäuser benötigen daher eine sofortige finanzielle Unterstützung für das kommende Jahr. Auch während der Phase der Umstellung auf eine neue Struktur bedarf es mehr finanzieller Mittel. Eine wie von der Kommission geplante budgetneutrale Umstellung ist nicht realistisch!

Krankenhausvergütung gekoppelt an Strukturvorgaben hebt die Planung der Länder aus!

Der Vorschlag zu einer bundesweit einheitlichen Definition von Versorgungsleveln erscheint nur auf den ersten Blick positiv, etwa für eine einheitliche Definition der Grundversorgung, die bislang fehlt. Die für die Zuordnung notwendige Einhaltung von Strukturvorgaben kommt jedoch einer teilweisen Aufhebung der Krankenhausplanung der Länder gleich und ist abzulehnen. Die Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung darf keinesfalls über eine an Strukturvorgaben anknüpfende Vergütung ausgehebelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bekäme darüber erneut strukturelevante Gestaltungsmacht ohne demokratische Legitimation. Nur über eine Krankenhausplanung der Länder können die regionalen Besonderheiten adäquat berücksichtigt und die von der Kommission geforderten Krankenhäuserverbände (die es in Bayern teilweise schon gibt) sinnvoll gestaltet werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Notfallstufen des G-BA von der Regierungskommission 1:1 übernommen wurden. Diese haben jedoch nichts mit Krankenhausversorgungsstufen zu tun!

Vorschlag einer integrierten ambulant/stationären Grundversorgung ist in Einzelfällen sinnvoll

Mit der neuen Unterstufe i im Versorgungslevel I, der integrierten ambulant/stationären Grundversorgung wird die von uns seit langem geforderte Definition von intersektoralen Gesundheitszentren geschaffen. Wir teilen die Einschätzung, dass damit die längst überfällige Verzahnung der Sektoren ermöglicht wird. Wir halten eine Umwandlung von Häusern der derzeitigen Grundversorgung allerdings nur in Einzelfällen für geeignet und keinesfalls flächendeckend! Häuser der Levels II sind keine Krankenhäuser mehr! Es stellen sich zudem zahlreiche Anschlussfragen, etwa welche Leistungen in solchen Einheiten erbracht werden sollen. Zudem würde die Ausgestaltung erhebliche weitere gesetzliche Änderungen erfordern.

Vor dem Hintergrund des Arbeitskräftemangels stellt sich die weitere Frage, mit welchem Personal II-Einrichtungen betrieben werden sollten. Die Attraktivität dieser Häuser als Tätigkeitsort muss als gering eingeschätzt werden; sie werden auch kaum geeignet sein, Fachärzte für die ambulante Versorgung auszubilden. Gerade solche Wechselwirkungen im Hinblick auf die sog. doppelte Facharztschiene erscheinen beim Vorschlag der Regierungskommission nicht adäquat berücksichtigt.

Vorgeschlagene Leistungsgruppen führen zur Abwertung der Grundversorgung

Die derzeit 33.337 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), sowie 14.261 Diagnoseschlüssel (ICD) werden zu 128 Leistungsgruppen zusammengefasst und den verschiedenen Versorgungsleveln zugeordnet. Dies soll eine deutlich bessere Leistungsbeschreibung der Häuser als bei der bisherigen Planung mit Fachabteilungen und Betten ermöglichen. Das System wäre wegen der Verknüpfung von Leistungsgruppen und Versorgungsleveln jedoch außerordentlich kompliziert und würde einen erheblichen zusätzlichen Mehraufwand schon auf übergeordneter Ebene auslösen; da die Leistungsgruppen beantragt und nachgehalten werden müssen, dürfte auch auf örtlicher Ebene erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen.

Die Leistungsgruppen für Versorgungslevel I hätten eine erhebliche Leistungseinschränkung für die bisherigen Grund- und Regelversorgungshäuser zur Folge. In einer idealen Modellrealität mag das sinnvoll erscheinen, bei einer Aufrechterhaltung der vorgehaltenen Betten, einer teilweisen Beibehaltung der DRG's und der zunehmenden Konkurrenz ums Personal erscheint dies jedoch kritisch.

Die Abgrenzung der Leistungsgruppen für den Versorgungslevel I muss daher dringend überarbeitet werden! Ein Haus I, etwa ohne etablierte Geburtshilfe, Endoprothetik, Urologie oder Kardiologie ist nicht zukunftsfähig! Wie soll ohne solche Leistungsbereiche noch Personal gewonnen werden können?

Zudem ist es nicht nachvollziehbar, warum die Häuser in den höheren Versorgungsleveln auch Leistungen des Levels I erbringen können sollen. Eine Erbringung von Leistungsgruppen des Versorgungslevels I in Häusern eines höheren Levels kommt einer Fehlallokation von Ressourcen gleich (Bsp.: Blinddarmoperation im Universitätskrankenhaus). Die Häuser der Level II und III hätten dagegen die ungehinderte Möglichkeit, mit Leistungen des Versorgungslevels I in die Menge gehen zu können zur Stärkung ihrer Auslastung. Genau der umgekehrte Weg wäre jedoch der richtige: Häuser des

Levels I erbringen zusätzlich ausgewählte Leistungsgruppen des Levels II, wenn sie die Vorgaben für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllen!

Die von der Kommission vorgenommene Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Versorgungsleveln muss mit Blick auf die Auswirkungen auf die bestehende Grund- und Regelversorgung dringend einem Praxischeck bzw. einer Folgenabschätzung unterzogen werden!

Herausnahme der Vorhaltekosten aus den DRG-Fallpauschalen richtiger Weg, der noch weiter konkretisiert werden muss

Die gesonderte Vergütung der Vorhaltekosten (incl. des Pflegepersonalbudgets) entspricht ebenfalls einer seit Langem von uns erhobenen Forderung. Auch hier gilt allerdings, dass die Einhaltung der Strukturvorgaben und der Nachweis der Kosten erheblichen zusätzlichen Aufwand verursachen werden; zudem ist fraglich, ob damit die Fehlanreize bei der Erbringung von großen Mengen in ausreichendem Umfang überwunden werden können. Vorhaltekosten dürfen keine Mengeneffekte haben!

Rolle der Fachkrankenhäuser und Sicherstellungshäuser ungeklärt

Weitgehend ungeklärt lässt die Stellungnahme die Rolle der Fachkrankenhäuser, insbesondere die vorgeschlagene bauliche und inhaltliche Integration in Kliniken der Versorgungslevel II und III.

Dagegen fehlen die vom G-BA als bedarfsnotwendig festgestellten Sicherstellungshäuser gänzlich! Wenn nur noch Häuser der Levels II und III alle Leistungsgruppen machen dürften, wäre zukünftig in vielen Regionen die Versorgung gefährdet, da sich diese Häuser sich regelmäßig von der Notfallversorgung abmelden. In diesem Zusammenhang ist zu fragen, wie Häuser der Levels II und III innerhalb von nur fünf Jahren die notwendigen baulichen und personellen Strukturen schaffen sollen.

Auch die Regierungskommission unterschätzt die Vorteile einer gestuften Krankenhausversorgung! Während der Pandemie hätten sich die Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung nicht auf die Versorgung schwerstkranker COVID-19-Patienten konzentrieren können, wenn nicht die Häuser der Grund- und Regelversorgung die leichteren Fälle behandelt hätten.

Konzept ist fragwürdig ohne Klärung zentraler krankenhauserplanerischer Fragen

Das gesamte Konzept scheitert letztlich schon an entscheidenden Grundfragen: Was muss innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein? Was ist mit Basis-Chirurgie, was ist Basis-Innere gemeint? Wofür haben die Landkreise den Sicherstellungsauftrag?

Soll eine zukünftige Krankenhausvergütung an Strukturvoraussetzungen anknüpfen, müssen dazu zunächst die planerischen Vorgaben politisch diskutiert worden sein!

München, 10.01.2023

Gez. Dr. Klaus Schulenburg