



GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020

GKV-Spitzenverband

Abteilung Krankenhäuser

Beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 02.12.2020



Inhalt

Strukturierung der Krankenhauslandschaft: Corona verstärkt den Handlungsdruck	3
1. Aus der Corona-Pandemie lernen	4
2. Potenziale der Digitalisierung heben.....	6
Krankenhausstruktur.....	8
3. Krankenhausstrukturen zukunftsweisend gestalten	8
4. Versorgung auf dem Lande sichern.....	10
5. Vergütungssystem weiter entwickeln	12
Qualitätssicherung	14
6. Pflegesituation verbessern	14
7. Mindestanforderungen der Qualitätssicherung konsequent umsetzen	16
Krankenhausaufgaben	18
8. GKV-Aufgaben klar abgrenzen.....	18
9. Korrektes Abrechnen durchsetzen	20
Ambulante Krankenhausleistungen	22
10. Ambulantes Potenzial nutzen	22
11. Ambulante Psychiatrie bedarfsgerechter gestalten	24
12. Notfallversorgung umfassend reformieren.....	25

Strukturierung der Krankenhauslandschaft:

Corona verstärkt den Handlungsdruck

Im Jahr 2020 dominiert die Bewältigung der Corona-Pandemie die gesundheitspolitische Debatte. Aus den ersten Erfahrungen sind nunmehr Schlussfolgerungen für die Krankenhausversorgung zu ziehen. Die Krankenhäuser haben sich schnell an die Erfordernisse der Pandemie angepasst und verhindert, dass es zu einer Verbreitung des Virus im stationären Bereich kam, wie es zum Teil in anderen Ländern geschehen ist. Deutlich wurde jedoch eine mangelnde Strukturierung der Versorgungslandschaft. Eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft muss folglich angegangen werden. Sie betrifft die klare Definition von Versorgungsaufträgen, die konsequente Qualitätssicherung (nicht zuletzt im Pflegebereich) und eine stärkere Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten. Einer der entscheidenden Hebel wird die umfassende Digitalisierung der Krankenhäuser sein.

Die Auswirkungen der Corona-Krise machen zudem eine neue Debatte über Finanzierungsfragen unausweichlich. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung von Vorhaltekosten, die einen Teil der leistungsorientierten Krankenhausvergütung ersetzen sollte. Die Überwälzung der Lasten auf die Beitragszahlenden kann dabei keine nachhaltige Lösung sein.

Der GKV-Spitzenverband will mit den nachfolgenden Positionen einen konstruktiven Beitrag zur zukünftigen Ausgestaltung der stationären Versorgung leisten. Der nächste Koalitionsvertrag sollte einen mutigen Schritt zur Neuordnung enthalten.

1. Aus der Corona-Pandemie lernen

Die Corona-Pandemie ist eine der großen Herausforderungen für die Weltgemeinschaft und hat zu Recht die gesundheitspolitische Debatte im Jahr 2020 dominiert. Im internationalen Vergleich hat Deutschland bislang die Pandemie verhältnismäßig glimpflich überstanden. Maßgeblich dafür waren frühzeitige Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten und zur Testung. Die Krankenhäuser haben durch entschlossenes Handeln bei der Umsetzung von Isolations- und Schutzkonzepten für Patientinnen und Patienten sowie für Mitarbeitende dafür gesorgt, nicht selbst durch Bildung von Infektionsclustern zur Verschärfung der Krise beizutragen. Die vorsorglich aufgebauten zusätzlichen Intensivkapazitäten mussten bislang nicht in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Bemerkenswert ist der historisch einmalige Rückgang der Fallzahlen in den Krankenhäusern. Erste Analysen des Versorgungsgeschehens zeigen, dass die Versorgung der COVID-19-Patientinnen und -Patienten anfänglich unkoordiniert verlief und sich letztlich auf wenige größere Kliniken konzentrierte. Eine Bestätigung für die bestehenden Krankenhausstrukturen lässt sich aus den Geschehnissen nicht ableiten.

Anders als in einigen Nachbarländern ist es in Deutschland bisher nicht zu dramatischen Überlastungssituationen in den Krankenhäusern gekommen. Maßgeblich dafür war die politische Vorgabe, im Falle von Symptomen nach Möglichkeit nicht das Krankenhaus aufzusuchen, sondern in häuslicher Isolation zu verbleiben. Auch zur Testung sollten die Krankenhäuser nicht aufgesucht werden. So konnte verhindert werden, dass die Krankenhäuser selber zur Verbreitung des Virus beitrugen.

Unter dem Eindruck der Bilder aus Norditalien hatte die Gesundheitspolitik die Krankenhäuser aufgefordert, elektive Fälle zurückzufahren und Kapazitäten für die intensivmedizinische Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten aufzubauen. Flankiert wurde dieser Aufruf durch die Finanzierung einer Freihaltepauschale. Die auskömmliche Finanzierung des Leerstandes hat zu einem historisch einmaligen Rückgang der Fallzahlen geführt. Diese Beschränkung auf das medizinisch nicht Aufschiebbare hat Deutschland bezüglich der stationären Fallzahlen insgesamt in Richtung vergleichbarer Industrienationen geführt.

Der Aufbau von Intensivkapazitäten hat größere Versorgungssicherheit in der Pandemie geschaffen, kann aber in der konkreten Umsetzung hinterfragt werden. Zum Ersten lag der Anteil der durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten belegten Intensivbetten überwiegend im niedrigen einstelligen Bereich. Zum Zweiten war der flächendeckende Aufbau von Intensivkapazitäten weitestgehend planlos: Jedes Krankenhaus konnte Intensivbetten aufbauen, egal ob es dafür geeig-

net war oder nicht. Zum Dritten führte die lukrative Förderung zu einem bislang nicht aufgeklärten Mittelabfluss, der u. a. darauf zurückzuführen ist, dass zunächst keinerlei Definition existierte, was denn nun ein Intensivbett ist. Zum Vierten ist zu kritisieren, dass die PKV am Aufbau finanziell nicht beteiligt wurde und sämtliche Ausgaben via Gesundheitsfonds von den GKV-Beitragszahlenden zu finanzieren sind.

Anzumerken ist, dass der Patientenstrom überwiegend nicht aufgrund von Plänen koordiniert wurde. Fast jede vierte an COVID-19 erkrankte Person musste wieder verlegt werden, weil sie zwar in eine Klinik mit Intensivkapazitäten, aber letztlich in ein nicht geeignetes Krankenhaus eingewiesen wurde. Das Versorgungsgeschehen während der Pandemie kann keinesfalls als Beweis für vermeintlich bewährte Strukturen gewertet werden, sehr wohl jedoch dafür, dass auch kurzfristig tiefgreifende Veränderungen dieser möglich sind. Ebenso hat es deutlich gemacht, dass es in viel größerem Ausmaß einer klaren Definition von Versorgungsstufen und -aufträgen bedarf.

Positiv zu bewerten ist der zügige Aufbau eines Registers (DIVI/RKI), das erstmals eine tagesaktuelle Übersicht zur Verfügbarkeit von Intensivbetten geschaffen hat. Der Aufbau eines solchen Echtzeit-Monitorings sollte auf alle Betten ausgeweitet werden.

Für den Fall weiterer Pandemiewellen ist es dringend angeraten, den Versorgungsauftrag der einzelnen Krankenhäuser im Pandemiefall im Rahmen eines Stufenmodells genauer zu definieren. Die Vorhaltung von Intensivkapazitäten muss nicht durch ungenutzte Reservekapazitäten erfolgen. Die deutschen Krankenhäuser haben gezeigt, dass eine schnelle Umsteuerung der Versorgung im Ernstfall möglich ist.

Bemerkenswert ist der Einstieg des Bundes in die Krankenhausfinanzierung. Die GKV hält es für überlegenswert, ob ein Teil der fehlenden Länderfinanzierung durch Bundesmittel ausgeglichen wird – so wie das bei Einführung der dualen Finanzierung der Fall war. Anders als im Jahre 2020 sollte dieser Mittelfluss jedoch an klare Auflagen gebunden sein. Sie müssen ein Beitrag zur Veränderung von Strukturen und nicht zur Erhaltung von Strukturen sein.

2. Potenziale der Digitalisierung heben

Digitalisierung muss integraler Bestandteil einer umfassenden Reform der Krankenhausstrukturen sein. Sie entfaltet ihre Wirkung unmittelbar im einzelnen Krankenhaus, im Zusammenhang mit der Umsetzung von (über-)regionalen oder sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten sowie bei der Planung und Steuerung der Patientenversorgung. Ihre größten Potenziale lassen sich dann heben, wenn Strukturen und Prozesse neu gedacht und mit Fokus auf den jeweiligen Anwendernutzen IT-technisch unterstützt werden. Die Erwartungen und Anforderungen an ein digital ausgestattetes Krankenhaus müssen dazu in einem gestuften Zielbild festgelegt werden, um das übergeordnete Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz bei höchstmöglichem Schutz der Patientinnen und Patienten und ihrer Daten zu erreichen. Davon profitieren nicht nur Patientinnen und Patienten sowie Versicherte, sondern auch die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern. Außerdem entsteht Transparenz, die politische Entscheidungsträger ebenso wie die Akteure der Selbstverwaltung für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung des Systems benötigen.

Digitalisierung im Krankenhaus

Der Nachholbedarf an Investitionen in die digitale Infrastruktur in deutschen Krankenhäusern ist unbestritten, der erwartbare Nutzen im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsprozesse und -qualität groß. Wesentliche Voraussetzung für einen effektiven und abgestimmten Digitalisierungsprozess ist die Definition eines gestuften Zielbilds für ein digital ausgestattetes Krankenhaus, das an der Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten orientiert ist (z. B. auf Basis des Electronic Medical Record Adoption Model – EMRAM). Dabei umfasst die Basisstufe grundlegende Anforderungen an durchgehende Versorgungsprozesse, Interoperabilität sowie Daten- und Systemsicherheit. Sind diese erfüllt, können in einer nächsten Stufe fortschrittliche Anwendungen realisiert werden. Anders als im Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sollte keine undifferenzierte Förderung der Digitalisierung stattfinden, vielmehr sollte sie auf die wirklich bedarfsnotwendigen Krankenhäuser beschränkt werden.

Bedarfsnotwendige Krankenhäuser müssen demnach zukünftig über eine übergreifende Strategie zur Verzahnung von Modernisierungs- und Digitalisierungsvorhaben in den unterschiedlichen Bereichen wie Administration, Versorgung oder auch Forschung verfügen. Dabei sind zentrale Elemente der Basisstufe, wie eine durchgehende elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, zu etablieren, die an die administrativen Systeme der Krankenhäuser angebunden sind. Nur so lassen sich beispielsweise die Nachweisverpflichtungen, die sich aus den Personalvorgaben und der gesetzlichen Qualitätssicherung ergeben, sinnvoll und unbürokratisch erfüllen. Eine nächste Stufe bilden dann z. B. Systeme zur Etablierung eines Aufnahme- und Ent-

lassmanagements ebenso wie solche zur digitalen Leistungsanforderung, Entscheidungsunterstützung oder zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Hier geht es neben der Optimierung von Prozessen wesentlich um die Erhöhung der Patientensicherheit und damit der Versorgungsqualität.

Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Realisierung sektorenübergreifender Konzepte

Digitalisierung ermöglicht die Verbesserung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern, insbesondere im Hinblick auf die Abstimmung von Leistungsangeboten. Sie bildet die Grundlage für eine sektorenübergreifende Koordination von Leistungen sowie die Darstellung von Versorgungskapazitäten. All dies trägt maßgeblich zur Bildung von bedarfsgerechten regionalen Versorgungsstrukturen bei. Hier sollten die Möglichkeiten geprüft werden, gemeinsame technische Infrastrukturen aufzubauen, die die Kommunikation zwischen den Akteuren sicherstellen. Damit können auch die zur Bereitstellung und für den Betrieb von modernen, den Anforderungen an die IT- und Cybersicherheit genügenden Technologien erforderlichen Finanz- und Mitarbeiterressourcen sinnvoll gebündelt werden.

Transparenz über das Leistungsgeschehen

Der Aufbau des DIVI-Intensivregisters zeigt eindrucksvoll das Potenzial von Echtzeitinformationen über das Versorgungsgeschehen und die Machbarkeit solcher Projekte. Der Überblick über die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten ist ein Schlüsselement zur bundesweiten Koordination und Sicherstellung der Versorgung mit Beatmungskapazitäten in den Krankenhäusern und damit zur Bewältigung der aktuellen epidemischen Lage. Dieses Instrument sollte – auf entsprechender Rechtsgrundlage – weiterentwickelt und um Daten aus weiteren Versorgungsbereichen sowie relevanten Strukturmerkmalen aus der Qualitätssicherung ergänzt werden. So werden datenbasierte Entscheidungen nicht nur in Krisensituationen, sondern auch im Rahmen der Planung und Umsetzung von bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Krankenhausstrukturen und -kapazitäten möglich.

Unabhängig vom Einsatzbereich ist der Nutzen digitaler Technologien regelmäßig sowohl aus Patienten- als auch Anwenderperspektive zu bewerten. Aus den Ergebnissen sind weitergehende Investitions- bzw. Finanzierungsentscheidungen abzuleiten.

Krankenhausstruktur

3. Krankenhausstrukturen zukunftsweisend gestalten

Seit Jahren kommen wissenschaftliche Gutachten zur deutschen Krankenhausstruktur zum gleichen Ergebnis: Überkapazitäten in Ballungsgebieten, ein hohes Ambulantisierungspotenzial sowie eine unzureichende Spezialisierung und zu geringe Leistungskonzentration. Auch ohne einen Blick ins Ausland und einen direkten Vergleich mit den Nachbarländern (z. B. NRW – Niederlande) wissen wir, dass eine Erhöhung der Qualität durch eine Konzentration des Leistungsgeschehens überfällig ist. Überkapazitäten führen nicht nur zu unnötigen Krankenhausaufenthalten und verursachen vermeidbare Kosten, sondern verschärfen auch Probleme aufgrund von begrenzt verfügbarem Pflegepersonal. Ein vielversprechender Ansatz zur zukunftsweisenden Gestaltung der Krankenhausstrukturen ist nach wie vor der Strukturfonds, welcher zielgerichtet und punktuell weiterentwickelt werden muss. Darüber hinaus bedarf es einer bundesweiten Strukturierung der Krankenhauslandschaft mit qualitätsorientierten Vorgaben zum jeweiligen Versorgungsauftrag.

Das Ergebnis der gegenwärtigen Krankenhausplanung ist weder qualitativ noch strukturell überzeugend. Die Tatsache, dass letztlich jeder Krankenträger selber bestimmt, welchen Versorgungsauftrag er übernimmt, hat zu einem unkoordinierten Nebeneinander geführt, das auch mit dem Argument „Wahlfreiheit“ kaum noch gerechtfertigt werden kann. Das Leistungsgeschehen ist zu wenig konzentriert, um qualitativ gute Ergebnisse zu liefern. Bei Fachkräftemangel wird zudem qualifiziertes Personal an der falschen Stelle gebunden. Insbesondere in den Ballungsgebieten wäre ohne Einschränkung der Erreichbarkeit eine verbesserte stationäre Versorgung möglich.

Die bestehende Krankenhausplanung der Länder löst dieses Problem aus zwei Gründen nicht: Zum einen berücksichtigen die Länder in der Regel nur die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte stationärer Kapazitäten, ignorieren aber weitestgehend die Finanzierungsfolgen und die verminderte Qualität. So sind Überkapazitäten und Parallelstrukturen entstanden. Zum anderen ist im Rechtssystem Deutschlands eine geplante Strukturanpassung und Leistungskonzentration im stationären Bereich nahezu unmöglich. Die autonomen Entscheidungen der Krankenträger sind eigentums-, wettbewerbs- bzw. kartellrechtlich geschützt. Ein planerischer Durchgriff der Länder zur Konzentration der Krankenhauskapazitäten ist rechtlich quasi nicht durchsetzbar. Da aufgrund der geringen Fördermittel eine Steuerung via Investitionsmittel nicht mehr funktioniert, müssen neue Wege beschritten werden.

Ein hoffnungsvoller erster Ansatz ist nach wie vor der Krankenhausstrukturfonds. Diese Regelung geht davon aus, dass „nur der Träger selbst schließen kann“. Korrigiert werden müssen aber die

Konstruktionsfehler des Fonds: Den Ländern wurde die zentrale Rolle der Mittelverteilung zugestanden, die Mittel werden nicht nach ihrem Zweck und über Ländergrenzen hinweg priorisiert, die PKV wurde nicht zwingend beteiligt und die Verwendung wurde verwässert, statt sie auf Strukturbereinigung zu konzentrieren. Der Krankenhausstrukturfonds sollte dem eigentlichen Ziel wieder näherkommen, nämlich überfällige strukturelle Anpassungen zu finanzieren. Betont werden muss, dass es bei einer notwendigen Strukturbereinigung nicht um das kleine Krankenhaus auf dem Lande geht. Hier gilt es, bedarfsnotwendige Strukturen gezielt sicherzustellen (vgl. Abschnitt 4).

Ein zweiter wesentlicher Schritt zur Strukturierung der Krankenhauslandschaft sind bundesweit gültige Strukturvorgaben. Dieser Weg wird bereits bei Notfallstufen beschritten. Die Vorgaben sollten in der Regel bundesgesetzlich definiert und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert werden und Voraussetzung für die Abrechenbarkeit von Krankenleistungen sein. Solche Vorgaben ermöglichen eine qualitativ höhere Versorgung und vermeiden tendenziell, dass jedes Krankenhaus meint, jede Leistung erbringen zu können. Da es sich um Maßnahmen des Patientenschutzes handelt, stellt sich die Frage, ob die Aussetzungsmöglichkeiten für Bundesländer noch zeitgemäß sind.

Ignoriert werden darf dabei nicht, dass ein einfaches ländliches Krankenhaus andere Aufgaben als ein universitärer Maximalversorger erfüllt. Es existieren wesentliche Unterschiede sowohl in den behandelten Fällen als auch in den Behandlungsmethoden. Im bisherigen DRG-Fallpauschalensystem wird der Schweregrad differenziert und leistungsgerecht abgebildet. Das gilt nicht für die Vorhaltekosten. Mittlerweile existieren erste, vielversprechende Finanzierungsansätze, diese bislang reine Leistungsorientierung durch entsprechend ausdifferenzierte Zu- und Abschläge typengerecht zu ergänzen.

Wesentliches Ziel dabei ist die Konzentration der Leistungserbringung zur Erhöhung der Qualität. Sinnvoll sind bundeseinheitliche Festlegungen für Versorgungsstufen mit festgelegten Leistungsgruppen sowie personellen und strukturellen Kriterien.

4. Versorgung auf dem Lande sichern

Betont werden muss, dass es bei der Strukturierung der Krankenhausversorgung nicht um die Schließung kleiner Krankenhäuser auf dem Lande geht. Hier gilt es, bedarfsnotwendige Strukturen gezielt sicherzustellen. Hierfür stehen verschiedene Förderinstrumente, u. a. Sicherstellungszuschläge und eine Pauschalförderung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, zur Verfügung. Diese Fördermittel sollten als gestaffelte Zuschläge gemessen am Umfang der bedarfsnotwendigen Vorhaltungen gezahlt werden und von den Krankenhäusern auch zweckgebunden für die Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen eingesetzt werden. Von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrags verbindlich eingefordert werden können.

Ein wesentliches Instrument zum Erhalt bedarfsnotwendiger Krankenhäuser ist der Sicherstellungszuschlag, für den im G-BA die Voraussetzungen insbesondere mit Blick auf eine anzuwendende Erreichbarkeitsnorm, einen geringen Versorgungsbedarf sowie die notwendigen Vorhaltungen konkretisiert wurden. Somit wurden anhand eines Regelwerks die Krankenhausstandorte identifizierbar gemacht, die eine Sicherstellungsfunktion haben. Mit diesem Instrument können bedarfsnotwendige Strukturen gezielt erhalten werden.

Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) im Januar 2019 kam ein weiteres Instrument zur Förderung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern in ländlichen Regionen hinzu. Seither erhalten Krankenhäuser, welche die Kriterien der Sicherstellungszuschläge-Regelungen des G-BA erfüllen, eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 Euro ungeachtet ihrer finanziellen Situation. Außerdem erhalten die Krankenhäuser die Förderung derzeit ungeachtet der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen und ohne Prüfung der tatsächlichen Erfüllung des Versorgungsauftrags.

Der GKV-Spitzenverband hatte daher die Einführung gestaffelter Zuschlagszahlungen vorgeschlagen, um einen zielgerichteten Anreiz für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen (innere Medizin, eine chirurgische Fachabteilung, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) zu schaffen. Der Vorschlag wurde vom Gesetzgeber mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) aufgegriffen, was ausdrücklich zu begrüßen ist. Allerdings stellt der GKV-Spitzenverband mit Besorgnis fest, dass trotz der vorhandenen Förderinstrumente von einigen Krankenhäusern anstelle einer bedarfsnotwendigen Grundversorgung finanziell attraktivere Leistungen angeboten werden. Hier sieht er einen dringenden Weiterentwicklungsbedarf der Sicherstellungsinstrumente, um zu verhindern, dass ein Krankenhaus mit einem ausgeglichenen oder positiven Bilanzabschluss eine bedarfsnotwendige Fachabteilung (z. B. für Kinder- und Jugendmedizin) schließt, um

sich auf finanziell attraktivere Leistungen zu konzentrieren. Fördermittel für bedarfsnotwendige Fachabteilungen sollten von den Krankenhäusern daher zwingend zweckgebunden für die Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen eingesetzt werden. Zudem sollte von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrags verbindlich eingefordert werden können.

Mit Blick auf den langfristigen Erhalt bedarfsnotwendiger Strukturen wäre es sinnvoll, noch einen Schritt weiter zu denken und die Sicherstellungszuschläge mit anderen Instrumenten zu kombinieren. Denkbar ist eine Umwandlung in ländliche Gesundheitszentren sowie die Verwendung von Strukturfondsmitteln zum gezielten Umbau ländlicher Krankenhäuser für die Basisversorgung. Die Fördermittel und der Sicherstellungszuschlag sollten an die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags gekoppelt sein. Auch mit Blick auf die Möglichkeiten einer weiteren Ambulantisierung könnten die Krankenhäuser in Sicherstellungsregionen Bestandteil von regionalen Versorgungsnetzwerken sein, eventuell mit einem Versorgungsbudget für stationäre und ambulante Leistungen.

5. Vergütungssystem weiter entwickeln

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt in Deutschland seit mehr als 15 Jahren überwiegend durch DRG-Fallpauschalen. Inzwischen ist ein hochkomplexes System entstanden, das aber – nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Strukturierung der Krankenhauslandschaft – in die Kritik geraten ist. Unnötige Leistungsausweitung und eine weitgehend unstrukturierte Leistungserbringung werden allenthalben beklagt. Hinzu kommt in dem stark auf ärztliche Leistungen ausgerichteten DRG-System eine mangelnde Berücksichtigung pflegerischer Leistungen. Sie hat inzwischen zur separaten Finanzierung von Pflegekosten geführt.

Im Grundsatz ist die leistungsorientierte Krankenhausvergütung richtig. Sie bedarf jedoch in mehrfacher Hinsicht einer Weiterentwicklung: stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten, Einführung von Vergütungskomponenten, die sich an Versorgungsstufen orientieren, sowie eine adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen.

Stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten: Das deutsche Krankenhausfinanzierungssystem sah ursprünglich eine Finanzierung der Vorhaltekosten durch die Länder vor. Mehr als 20 % der Krankenhauskosten wurden in den 1970er-Jahren leistungsunabhängig via Investitionsfinanzierung von den Ländern getragen. Die Dominanz der Leistungsorientierung ist im Wesentlichen eine Folge der rückläufigen Vorhalteinvestitionen der Länder. Es muss nunmehr diskutiert werden, in welchen Bereichen und über welche Finanzierungsmechanismen eine stärkere Vorhaltefinanzierung erfolgen kann. Komplementär müsste die leistungsorientierte Vergütung zurückgefahren werden.

Die Corona-Pandemie hat allerdings auch gezeigt, dass eine undifferenzierte und letztlich unkoordinierte Vorhaltefinanzierung kein nachhaltiges Zukunftsmodell sein kann. Notwendig sind ein klarer Bevölkerungsbezug und die Definition eines „Vorhaltekorridders“ für klar definierte Leistungen. Die schnelle Umsteuerung des Leistungsgeschehens zu Beginn der Pandemie hat gezeigt, dass die Bereitschaft zur Leistungserbringung nicht unbedingt durch freie, ungenutzte Reservekapazitäten erfolgen muss. Vorhaltung kann auch durch eine definierte Umwidmungsbereitschaft erfolgen; es bedarf einer Differenzierung nach Regelbetrieb und Krisenzeiten. Dies ist zwangsläufig mit einer stärkeren Planungskomponente verbunden. Die konzeptionellen Arbeiten zur Ausgestaltung einer Vorhaltefinanzierung (inklusive der Frage eines gesonderten Finanzierungsweges) sollten alsbald beginnen. Dabei sollte das Vergütungssystem den Versorgungsstrukturen folgen. Die Finanzierung von Vorhaltekosten darf nicht dazu führen, dass auch die Existenzen der Krankenhäuser gesichert werden, die nicht bedarfsnotwendig sind.

Differenzierte Vergütung für Versorgungsstufen: Ein einfaches Landkrankenhaus erfüllt andere Aufgaben als ein universitärer Maximalversorger. Im DRG-System wird dies bislang berücksichtigt durch eine differenzierte Abbildung der Fallkomplexität. Es stellt sich aber die Frage, ob ergänzend eine Differenzierung der Fallerlöse, beispielsweise nach Versorgungsstufen und -funktion der Krankenhäuser erfolgen sollte. Dies setzt allerdings eine bundeseinheitliche Definition solcher Versorgungsstufen voraus. Beispielhaft sei die differenzierte Finanzierung von Notfallstufen genannt. Diesen Ansatz, der zwischenzeitlich auch bei der Sicherstellung und bei Zentren verfolgt wird, gilt es auf andere Bereiche zu übertragen.

Derzeit ist der monetäre Umfang solcher Vergütungskomponenten eher unbedeutend. Es ist zu untersuchen, inwiefern sich die Versorgung anhand von Regionstypen, Entfernungsmaßen und Bevölkerungsdichte unterscheidet. Auf Basis dieser Analysen sollten perspektivisch im G-BA Versorgungsstufen definiert werden, denen die Krankenhäuser zugeordnet werden können. Zu jeder Versorgungsstufe sollte ein spezifisch zugeschnittener DRG-Leistungskatalog die Art der abrechenbaren Leistungen definieren. Zudem müssen für die Leistungsgruppen klare Kriterien zur Leistungserbringung (u. a. Mindestmengen, personelle Qualitätsvorgaben etc.) bundeseinheitlich festgelegt werden. Das künftige DRG-Entgeltsystem würde so perspektivisch der Strukturierung der Krankenhauslandschaft nach Versorgungsstufen dienen.

Adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen: Im Gefolge der Personaldiskussion in der Altenpflege hat sich die Politik entschieden, einen wesentlichen Eingriff in die Vergütungssystematik der Krankenhäuser vorzunehmen: Seit 2020 werden Pflegeleistungen außerhalb des DRG-Systems in einem Pflegebudget auf der Basis von Selbstkosten finanziert. Dieser Schritt ist in vielfacher Hinsicht problematisch (Doppelfinanzierung, „Pflege putzt wieder Spiegel“ usw.) und sie ist insbesondere hinsichtlich des Selbstkostendeckungsprinzips weder wirtschaftlich noch nachhaltig. Geht man davon aus, dass die Pflegekosten kurzfristig nicht wieder in die DRG-Vergütung integriert werden, dann gilt es, Konzepte zur adäquaten Finanzierung der Pflegeleistungen zu entwickeln. Diese müssen nicht nur die Kosten für Pflegekräfte, sondern auch die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen und deren Qualität berücksichtigen. Dies kann nur auf der Basis einer digitalen Pflegedokumentation geschehen, die alsbald verbindlich eingeführt werden sollte (vgl. Abschnitt 6).

Qualitätssicherung

6. Pflegesituation verbessern

Nach wie vor gibt es pflegerische Unter- und Fehlversorgung in den Krankenhäusern, die auf mehrere Ursachen zurückzuführen ist. Die Gegenmaßnahmen der letzten Jahre, angefangen beim Pflegestellen-Förderprogramm, den Pflegepersonaluntergrenzen, dem Pflegequotienten und schließlich der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System, haben das Problem nicht gelöst. Zwei wesentliche Weichenstellungen stehen an: Unnötige Krankenhäuser müssen vermieden werden. Außerdem sollten auch nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser geschlossen werden, sodass das entsprechende Pflegepersonal in bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Fachkräftelücke schließen kann. Die Anreize im Vergütungssystem sind so auszugestalten, dass das Krankenhausmanagement Interesse hat, dauerhaft in qualifiziertes Pflegepersonal zu investieren.

Pflegepersonal-mangel in den deutschen Krankenhäusern ist kein neues, sondern ein schon vor der Zeit des Fallpauschalensystems bestehendes Problem, das trotz vielfältiger Maßnahmen in den letzten 25 Jahren nicht gelöst werden konnte. Kernursachen wurden bisher nicht angegangen: Die auch im internationalen Vergleich viel zu hohe Anzahl an Krankenhäusern verursacht zum einen eine mit ärztlich geprägten Leistungen stationäre Überversorgung bei gleichzeitigem Pflegepersonal-mangel und damit pflegerischer Unterversorgung. Zum anderen hat keine einzige der pflegepolitischen Maßnahmen der vergangenen Jahrzehnte Anreize gesetzt, die es für die Verantwortlichen in den Krankenhäusern attraktiv gemacht hätte, dauerhaft in ausreichendes und gut qualifiziertes Pflegepersonal zu investieren. Krankenhäuser konkurrieren mittlerweile nicht nur untereinander und mit der Altenpflege um Pflegepersonal, sondern sie konkurrieren aufgrund der demografischen Entwicklung der Bundesrepublik zunehmend auch mit anderen Branchen um Nachwuchskräfte.

Der Erfolg der Krankenhausbehandlung hängt selbstverständlich sowohl von der Qualität der ärztlichen als auch der pflegerischen Versorgung ab. Nicht nur die medizintechnischen Möglichkeiten, sondern auch die Pflege haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm weiterentwickelt. Die Pflegewissenschaft ist mittlerweile ein akademisches Fach. Differenzierte Pflegeassessments, klare Leistungsbeschreibungen, eine sorgfältige Pflegeprozessdokumentation und eine standardisierte Pflegeterminologie sollten heutzutage voll digitalisiert in allen Krankenhäusern anzutreffen sein. Bis dahin ist jedoch noch viel zu tun, da die Anreize fehlen, einen solchen Qualitätsschub umzusetzen.

Die pflegerischen Diagnosen und Leistungen müssen sich genauso wie die ärztlichen Leistungen in den Steuerungssystemen der Krankenhäuser wiederfinden. Eine entsprechende Standardisierung ist Voraussetzung einer gelingenden digitalen Pflegeprozessdokumentation, aus der sich sowohl der Pflegepersonalbedarf als auch die relevanten Informationen für die Qualitätssicherung automatisch ableiten lassen müssen. Darüber hinaus würde sie erlauben, die Vergütung der pflegerischen Leistungen in den Kliniken zu modernisieren und auch den Pflegenden für ihre Leistungen Erlöse zuzuordnen. Reaktion werden steigende Ausbildungsquoten und attraktive Arbeitszeitmodelle sein, um abgewandertes Pflegepersonal in die Krankenhäuser zurückzuholen. Dieser Schritt muss mit einem Strukturwandel der Krankenhauslandschaft einhergehen. Bis es soweit ist, sind Pflegepersonaluntergrenzen notwendig, um eine pflegerische Mindestversorgung in allen Krankenhäusern zu gewährleisten. Untergrenzen sind auch ein wesentlicher Schritt, um Überforderungssituationen des Personals zu verhindern und damit die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern.

7. Mindestanforderungen der Qualitätssicherung konsequent umsetzen

Im Rahmen einer bedarfsgerechten und effizienten Krankenhausversorgung muss Qualität eine wesentliche Rolle spielen. Neue und methodisch anspruchsvolle Konzepte, wie die zur qualitätsorientierten Vergütung oder Planung, bieten dabei innovative Ansätze, brauchen aber viel Zeit, um über Modellprojekte hinaus Wirkung zu entfalten. Daher gilt es, bereits etablierte Instrumente der Qualitätssicherung zu stärken und konsequent auszubauen: die Festlegung von Mindestmengen und Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse durch den G-BA, eine regelmäßige Überprüfung und deren Umsetzung durch die Medizinischen Dienste sowie die Veröffentlichung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses in Verbindung mit den Ergebnissen aus allen Instrumenten der Qualitätssicherung des G-BA.

Nur Krankenhäuser, die Mindestmengen einhalten und die Mindestanforderungen des G-BA erfüllen, sollten Leistungen erbringen dürfen. Die regelmäßige Überprüfung der Einhaltung dieser verbindlichen Anforderungen schützt die Patientinnen und Patienten, indem sichergestellt wird, dass Leistungen nur noch von den Krankenhäusern erbracht werden, die auch über die notwendige Ausstattung und personelle Ressourcen verfügen. Patientinnen und Patienten, Versicherte sowie Zuweiser können auf Basis der veröffentlichten Struktur- und Qualitätsdaten das Krankenhaus wählen bzw. empfehlen, das die notwendigen Voraussetzungen zur Versorgung im individuellen Fall bietet.

Aber auch Krankenkassen müssen jeder Zeit nachvollziehen können, ob Mindestvoraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen auch tatsächlich gegeben sind. Hierzu müssen vermehrt die konkreten Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) festgeschrieben und so mit der Vergütung verknüpft werden. Diese Anforderungen müssen ebenso wie die Mindestanforderungen des G-BA regelmäßig durch den Medizinischen Dienst überprüft werden. Hierzu sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein bürokratiearmes und transparentes Verfahren unter Einsatz digitaler Anwendungen ermöglichen. Die bisher getrennten Rechtsbereiche von Vergütung und Qualitätssicherung müssen normativ miteinander verknüpft werden. Nur so können aus der Qualitätssicherung des G-BA begründete Sanktionen auch durch die jeweiligen Vertragspartner umgesetzt und Rechtssicherheit für alle Beteiligten hergestellt werden.

Mit den Angaben zu den Strukturvoraussetzungen und den Ergebnissen der datengestützten Qualitätssicherung liegt ein Datenschatz vor, der bislang nur unzureichend genutzt werden kann, um die Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten zu adressieren. Hierzu ist auf der einen Seite die Verpflichtung zur Veröffentlichung durch den G-BA klarzustellen. Auf der anderen

Seite bedarf es einer konsequenten Verzahnung der Datensammlungen aus der G-BA-Qualitätssicherung mit übergeordneten Initiativen wie dem „Nationalen Gesundheitsportal“. Die Potenziale der Digitalisierung müssen sowohl im Rahmen der Qualitätsdokumentation durch die Krankenhäuser als auch bei der Darstellung von Strukturen und Ergebnissen besser ausgeschöpft werden.

Krankenhausaussgaben

8. GKV-Aussgaben klar abgrenzen

Die jährlichen GKV-Krankenhausaussgaben liegen bei über 80 Mrd. Euro. Schon jetzt ist klar, dass aufgrund einer Vielzahl von gesetzlichen Maßnahmen auch künftig weitere Ausgabensteigerungen folgen. Klar ist auch, dass sich mit Blick auf die gesamtwirtschaftliche Lage und die GKV-Einnahmeseite nach der Corona-Pandemie eine Diskussion zur sinnvollen Begrenzung der Krankenhausaussgaben anschließen wird. Die Strukturdebatte (vgl. Abschnitt 3) ist nach wie vor aktuell, ebenso die Diskussion um eine sachgerechte Vorhaltefinanzierung (vgl. Abschnitt 5). Blickt man auf 2020, so hat die Vielzahl an Corona-Hilfsmaßnahmen zu deutlichen Verwerfungen in den Finanzierungszuständigkeiten geführt. Es gilt, diese unklaren Zuständigkeiten dauerhaft und eindeutig zu klären – sowohl für Krisenzeiten als auch im Krankenhausregelbetrieb. Transparenz über die sowohl aus Beitrags- als auch aus Steuermitteln geleisteten Zahlungen ist dabei zwingend notwendig. Nicht zuletzt sind die grundsätzlichen Fehlentwicklungen der Preisfestsetzung der Basisfallwerte zur Begrenzung der Ausgabensteigerungen anzugehen und Doppelfinanzierungen komplett auszuschließen.

Das Pandemiejahr 2020 ist auch mit Blick auf die GKV-Krankenhausaussgaben kein typisches Jahr. Dies gilt für Finanzierungszuständigkeiten ebenso wie für die maßgeblich ausgabenbestimmenden Faktoren. Klassischerweise haben sich die jährlichen Ausgabensteigerungen der vergangenen Jahre – immer ca. zwei bis drei Mrd. Euro – aus zwei Effekten zusammengesetzt: Mengensteigerungen (u. a. mehr Knie-TEPs) und Preissteigerungen (Basisfallwerterhöhungen). Da im Jahr 2020 Leistungsmengentrückgänge zu beobachten waren, die insbesondere auf die für Corona-Fälle vorgesehene Freihaltung der Kapazitäten zurückzuführen sind, ist die Ausgabenentwicklung 2020 komplexer. Weniger Leistungsmengen führten zunächst auch zu weniger Ausgaben. Zudem finanzierte der Bund in einem noch nie dagewesenen Maße mit über 10 Mrd. Euro die coronabedingten Leerstände in Krankenhäusern – und stieg damit massiv in die klassischerweise der GKV obliegende Betriebsmittelfinanzierung ein.

Auf der anderen Seite wurden GKV-Mittel u. a. für den eigentlich in den Bereich der Investitionen fallenden Aufbau von Intensivkapazitäten (50.000 Euro pro Bett) verausgabt. Fälschlicherweise wurde die PKV an der Finanzierung der Intensivbetten nicht beteiligt. Damit ist die GKV nun auch ganz offiziell – neben der stetig zunehmenden Querfinanzierung der Investitionen aus Betriebsmitteln und dem seit einigen Jahren existierenden Krankenhausstrukturfonds – in die Investitionsfinanzierung eingestiegen. Zudem werden mit dem Krankenhauszukunftsfonds Bundesmittel für Digitalisierungsmaßnahmen in Höhe von 3 Mrd. Euro verwendet (nach der Initialfinanzierung

werden die Maßnahmen dann voraussichtlich dauerhaft über GKV-Mittel finanziert werden müssen).

Weitere GKV-Mittel wurden für Zuschläge insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen und die neu geschaffenen Zusatzentgelte für Testungen auf Corona verwendet. Daneben wurde mit dem KHZG ein wesentlicher Baustein der Krankenhausfinanzierung eingeführt, der sich am besten mit dem Titel „Corona-Ausgleich 2020“ umschreiben lässt. Dieser Ausgleich, der Krankenhäusern neben den Freihaltepauschalen eine weitere Erlösabsicherung bietet, wird wiederum von der GKV finanziert und trägt maßgeblich dazu bei, dass es auch 2020 trotz der Leistungsrückgänge zu einer weiteren Ausgabensteigerung im Krankenhausbereich kommt. Keinesfalls darf die nun verstärkt diskutierte Vorhaltefinanzierung (vgl. Abschnitt 5) im Krisenfall sowie im Regelbetrieb auch in den kommenden Jahren in der Summe zu Mehrausgaben der GKV führen.

Da die Leistungsmengen der Krankenhäuser auch schon vor der Pandemie eher stagnierten, rückte ausgabenseitig in den vergangenen Jahren der Preiseffekt weiter in den Fokus. Die Preissteigerungen sind vielfältig: Neben den gesetzlichen Vorgaben, die die Basisfallwerte direkt und deutlich über der Inflationsrate auf Basis der außergewöhnlich hohen Grundlohnrate erhöhen, wurden weitere basisfallwertsteigernde Komponenten in die Preissetzung eingeführt. Eine Streichung dieser sogenannten Meistbegünstigungsklausel, der Rechnungszuschläge und weiterer fragmentierender Preistatbestände ist aus Sicht der GKV überfällig.

Bezüglich der Ausgabenentwicklung ist vor allem das Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget hochgradig problematisch. Schon jetzt ergeben sich zahlreiche Abgrenzungsprobleme und unplausible Ausgabensteigerungen. Sollte das Pflegebudget vorerst erhalten bleiben, so ist schon kurzfristig nach Möglichkeiten zur Bestimmung dieses Budgets zu suchen.

9. Korrektes Abrechnen durchsetzen

Angesichts des Finanzvolumens der Krankenhausleistungen ist ein funktionierendes System der Abrechnungsprüfung unabdingbar. Seit Langem hatten die GKV und auch der Bundesrechnungshof gefordert, dass fehlerhaftes Abrechnen nicht risikolos sein darf. Falschabrechnung der Krankenhäuser bindet erhebliche Personalressourcen bei den Krankenkassen. Für die Reduzierung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen sind im MDK-Reformgesetz erstmals Rechnungsaufschläge für falsche Rechnungen auf den Weg gebracht worden – eine überfällige Maßnahme, die allerdings durch die Aussetzung während der Corona-Pandemie keinerlei Wirkung erzielt. Zügige Korrekturen sind unvermeidlich.

Die Einführung dieser Anreize wurde mit einem quartalsbezogenen Prüfquotensystem verknüpft – ein Schritt, der aus Sicht der GKV nicht sinnvoll war. Bei Abrechnungsfehlern, die aufgrund der Quotierung der Prüfungen nicht mehr weiterverfolgt werden können, werden die Beitragsgelder der Versicherten nun ohne Rücksicht auf Wirtschaftlichkeit eingesetzt.

Mit der Corona-Gesetzgebung erfolgte zudem eine erneute Reduzierung für das Jahr 2020: Die bereits auf 12,5 % abgesenkte Prüfquote wurde auf lediglich 5 % herabgesetzt. Die Einführung der von der Abrechnungsqualität der Krankenhäuser abhängigen Prüfquoten wurde ebenso verschoben wie Aufschläge für fehlerhaftes Abrechnen; die an die Krankenkassen zu zahlenden Aufschläge für beanstandete Rechnungen wurden auf das Jahr 2022 vertagt. Abgesenkte Prüfquoten erzeugen jedoch nicht nur ein Ungleichgewicht zulasten der Krankenkassen und ihrer Versicherten, sondern auch zulasten korrekt abrechnender Krankenhäuser. Erst ab dem Jahr 2022 soll die Einstufung der Krankenhäuser anhand ihrer Abrechnungsqualität in drei Prüfquotenklassen erfolgen (5 %, 10 % und 15 %). Ausgehend von ursprünglich durchschnittlich 17,1 % MDK-Prüfungen entstehen daher bereits jetzt Mehrausgaben für fehlerhafte Abrechnungen, die den Krankenkassen beträchtliche Mittel sowohl für die Verbesserung der Versorgung als auch für coronabedingte Aufwendungen entziehen.

Das im MDK-Reformgesetz angelegte Maßnahmenbündel entfaltet keineswegs die beabsichtigte Wirkung. Eine verstärkt ambulante Leistungserbringung wird frühestens 2022 zur Verfügung stehen und Strukturprüfungen nach § 275d SGB V zur Aufwandsminderung starten erst in 2021 mit Wirkung für das Jahr 2022. Die mit der Beschränkung der Prüfungen einhergehende Strategiefähigkeit und die finanziellen Auswirkungen für die Beitragszahlenden müssen korrigiert werden.

Die Einschränkung der Prüfungen und die Verschiebung der Rechnungsaufschläge für fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser erfordern eine zügige Neujustierung. Die Corona-Krise, bei deren

Bewältigung nur ein Teil der Krankenhäuser mitwirkt, kann kein Argument sein, falsche Abrechnungen zuzulassen.

Ambulante Krankenhausleistungen

10. Ambulantes Potenzial nutzen

Die im internationalen Vergleich extrem hohen stationären Fallzahlen in Deutschland sind vorrangig darauf zurückzuführen, dass die stetig wachsenden Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung nicht genutzt werden. Die Nutzung des ambulanten Potenzials muss einer der zentralen Ansätze der nächsten Krankenhausreform sein. Bezeichnend für die mangelnde Ambulantisierung ist die große Anzahl an Streitigkeiten zur Notwendigkeit einer stationären Aufnahme im Kurzliegerbereich. Ein erster wichtiger Ansatz ist die Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen, die gegenwärtig auf den Weg gebracht wird.

Die durchschnittliche Verweildauer stationärer Leistungen liegt in Deutschland weit über dem Durchschnitt der OECD-Länder. Dieser Umstand wird noch dramatischer, wenn berücksichtigt wird, dass Deutschland – mit stetig steigender Tendenz – jährlich vier Millionen Fälle im Krankenhaus versorgt, die mit nur einem Verweildauertag den Verweildauerdurchschnitt stark senken. Ein international einmaliger Zustand, könnten viele dieser Fälle doch ambulant versorgt werden. Stattdessen werden diese Fälle (berechtigterweise) Gegenstand einer erfolgreichen MDK-Prüfung. Etwa die Hälfte aller Prüfungen betreffen Kurzlieger. Alle diese Fälle haben aber zum Zeitpunkt der Prüfungen bereits personelle Ressourcen des Krankenhauses (ärztliches Personal, Pflegekräfte) gebunden, stationäre Kapazitäten belegt und die Patientin bzw. den Patienten hospitalisiert – ein frustrierender Zustand, der sich auch in Personalengpässen und Arbeitsverdichtung ausdrückt.

Mit Blick auf die aktuellen Gesetzesänderungen, insbesondere das MDK-Reformgesetz, ist eine Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen (AOP-Katalog) notwendig. Die Patientinnen und Patienten müssen, wo immer möglich, ambulant versorgt werden. Im Bereich der zeitkritischen Notfallversorgung geschieht dies über eine stringente Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene. Mit dem stationären Notfallstufensystem, der Reform des Rettungsdienstes und der Schaffung von Integrierten Notfallzentren werden hier richtige Wege der Patientensteuerung beschritten. Auch Patientinnen und Patienten, die keiner stationären Notfallversorgung im Krankenhaus bedürfen, müssen aber nach Möglichkeit unmittelbar bedarfsgerecht ambulant behandelt werden.

Im Bereich der planbaren Leistungen stellt die Erweiterung des AOP-Kataloges einen ersten, richtigen Schritt in Richtung überfälliger Ambulantisierung dar. Anstatt wie früher die Leistungen ex post mit dem MDK zu prüfen (nachdem die Versorgung bereits fälschlicherweise stationär er-

folgte), setzt das MDK-Reformgesetz, insbesondere mit den Rechnungsaufschlägen und der Abrechnungsgüte der Krankenhäuser, erstmals Anreize, ex ante bedarfsgerecht ambulant zu versorgen. Fälle des AOP-Kataloges, die ambulant versorgt werden, sind nicht mehr Teil der MDK-Prüfung. Wird eine Patientin bzw. ein Patient trotz gegenteiliger Einschätzung aber erlösorientiert stationär statt ambulant versorgt, prüft der MDK den Fall weiterhin und es wird ein Rechnungsaufschlag erhoben. Eine ambulante Versorgung ist zukünftig also vollkommen risikolos für das Krankenhaus.

Unklar ist derzeit noch, ob dem starken Rückgang der Fallzahl in Corona-Zeiten ein entsprechender Anstieg ambulanter Leistungen gegenübersteht – sei es durch ambulante Krankenhausleistungen, sei es aufgrund von vermehrter Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Eine zügige sektorenübergreifende Analyse ist dringend erforderlich.

11. Ambulante Psychiatrie bedarfsgerechter gestalten

Im internationalen Vergleich zählt Deutschland bei der Erbringung vollstationärer psychiatrischer Leistungen zu den Spitzenreitern. Ambulante psychiatrische Behandlungspotenziale in Deutschland müssen konsequenter genutzt werden, um die Fehlversorgung im stationären Sektor abzubauen. Darüber hinaus werden schwer erkrankte Betroffene nach ihrem stationären Aufenthalt nicht immer kontinuierlich ambulant weiterversorgt, was in der Folge zu erneuten Hospitalisierungen führen kann. Ziel muss es daher insbesondere sein, Versorgungskontinuität zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung herzustellen und die ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen für Betroffene und deren Angehörige auszubauen.

Hierzu müssen die medizinischen Bedarfe der Patientinnen und Patienten genauer identifiziert werden. Bis heute fehlen in der Psychiatrie und der Psychosomatik Informationen, welche Leistungen in welcher Qualität am Einzelnen erbracht werden. Neben der Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Ausgestaltung existierender Operationen- und Prozedurenschlüssel muss auch der Schweregrad der Erkrankung von Betroffenen in Zukunft systematisch beurteilt und erfasst werden. Nur auf diesem Wege ist echte Leistungstransparenz zu erreichen, die für die Qualitätssicherung der Patientenversorgung vonnöten ist und über die eine Versorgung im richtigen Setting sichergestellt werden kann.

Darüber hinaus werden zentrale Stellen benötigt, etwa die behandelnde psychiatrische Institutsambulanz (PIA) oder die niedergelassene Psychiaterin, die nach dem stationären Aufenthalt für die kontinuierliche Weiterbehandlung schwer erkrankter Betroffener zuständig sind – auch und insbesondere, um erneute und vermeidbare Hospitalisierungen zu verhindern. Um die Weiterbehandlung in der ambulanten Versorgung zu ermöglichen, muss sichergestellt sein, dass diese zentralen Stellen auf ausreichend psychiatrische und weitere Ressourcen zugreifen können. Anreize für entsprechende Strukturen sind zu schaffen. Es sollte darüber hinaus geprüft werden, ob die Kontinuität der Versorgung und die Adhärenz bei den Betroffenen durch den unterstützenden Einsatz digitaler Medien, etwa Apps, gesichert oder gesteigert werden kann.

Wesentlich für die Stärkung der ambulanten Versorgung ist ein bundeseinheitliches, leistungsbezogenes Vergütungssystem für psychiatrische Institutsambulanzen sowie die Integration der stationsäquivalenten Behandlung in deren Leistungsportfolio. Die Potenziale einer auch nicht-ärztlichen aufsuchenden ambulanten Versorgung sollten insbesondere für psychisch schwer erkrankte Menschen genutzt werden.

12. Notfallversorgung umfassend reformieren

Die Notfallversorgung in Deutschland ist hochgradig reformbedürftig. Der Rettungsdienst, der maßgeblich über den Zugang zu den Krankenhäusern entscheidet, sollte Teil des Gesundheitswesens und bundeseinheitlich strukturiert werden. Kurzfristig sollten die Digitalisierungsdefizite beseitigt werden. Im Eingangsbereich der Krankenhäuser sollte die Notaufnahme neu organisiert werden: An einem gemeinsamen Tresen erfolgt eine Ersteinschätzung, ob die Patientin bzw. der Patient fallabschließend in der KV-Notdienstpraxis oder aber in der zentralen Notfallaufnahme (ZNA) des Krankenhauses weiter untersucht wird. Für die Notfallversorgung sollten nur jene Krankenhäuser zugelassen werden, die – gemäß den Vorgaben des G-BA – über eine KV-Notdienstpraxis und einen gemeinsamen Tresen verfügen.

Während der Krankenhausbereich seit Anfang der 1970er-Jahre Teil der konkurrierenden Gesetzgebung nach Artikel 74 des Grundgesetzes ist, ist das Rettungswesen nach wie vor in der Hand von Ländern bzw. Kommunen. Es gilt zudem als Teil der Gefahrenabwehr und ist nicht Teil des Gesundheitswesens. Dies sollte durch eine Grundgesetzkorrektur geändert werden. Nur so lässt sich verhindern, dass der Horizont der Leitstellen regelhaft an der Kreisgrenze endet. Gegenwärtig kommt tausendfach das falsche Rettungsmittel zum Einsatz, zehntausendfach werden Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus gebracht, obwohl sie ambulant behandelt werden könnten und zehntausendfach werden sie in ungeeignete Krankenhäuser eingeliefert.

Der GKV-Spitzenverband fordert eine bundesweite Strukturierung des Rettungswesens als Teil des Gesundheitswesens. Kurzfristig sollte in einer Digitalisierungsoffensive ein bundesweiter Zugriff auf die Rettungsmittel und die verfügbaren Krankenhauskapazitäten ermöglicht werden. Zur Optimierung ist eine bundesweite Zusammenführung der Daten aller Rettungsfahrten unverzichtbar. Sie sollten auch dazu dienen, dem G-BA datenbasierte Entscheidungen bei der Auswahl der Notfallkrankenhäuser zu ermöglichen. Eine Verringerung der exorbitant hohen Zahl von 250 Leitstellen würde die Qualität signifikant erhöhen können.

Die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser sind seit geraumer Zeit Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten. Es gibt Berichte über „verstopfte“ Notfallaufnahmen, weil die Versicherten das Angebot der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht nutzen oder dieses Angebot nicht ausreicht. Es gibt aber auch Berichte, dass der freie Zugang zum Krankenhaus zu einer international auffällig hohen Zahl von Krankenhausfällen führt. Die Versichertenentscheidung, im Zweifelsfall ein Krankenhaus zur Abklärung aufzusuchen, ist stabil. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, dass an allen Krankenhäusern, die Notfälle aufnehmen, auch eine KV-Notdienstpraxis eingerichtet wird, in der ambulante Fälle fallabschließend behandelt werden sollen. Dem G-BA

käme die Aufgabe zu, die qualitativen Anforderungen an diese Notdienstpraxen und deren Standort zu definieren. Die KV hätte die Verpflichtung, die Funktionsfähigkeit dieser Praxis zu sichern. Das Krankenhaus wiederum hätte die Verpflichtung, die notwendigen Räumlichkeiten im Eingangsbereich zur Verfügung zu stellen und einen von KV und Krankenhaus gemeinsam betriebenen Tresen zu organisieren. An diesem Tresen erfolgt durch medizinisches, aber nichtärztliches Personal eine Ersteinschätzung, ob eine Krankenhausaufnahme notwendig ist oder aber eine ambulante Versorgung in der Notdienstpraxis ausreicht.