



AKG

Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e. V.

**Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e.V.**
Geschäftsstelle Berlin
Aroser Allee 70
13407 Berlin

Nils Dehne
AKG Geschäftsführer
Fon: 030 68051537
E-Mail: nils.dehne@akg-kliniken.de

Stellungnahme

Berlin, den 14. Mai 2021

Öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses zur Reform der Krankenhausfinanzierung

- Strukturreform und Finanzierungsreform gemeinsam denken
- Investitionsmittel nach Versorgungsrollen vergeben
- Pflege braucht eigenen leistungsgerechten Erlösbeitrag

Die deutsche Krankenhauslandschaft zeigt sich unverändert kleinteilig und weitgehend undifferenziert. Klare Rollenverteilungen und Spezialisierungen sind nur punktuell erkennbar. Darauf hat bereits 2018 der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hingewiesen und eine bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen eingefordert. Steigende Fallzahlen haben die strukturellen Defizite der Krankenhausplanung lange überdeckt. Die durchschnittliche Betriebsgröße reicht vielerorts nicht aus, um eine vollumfängliche Versorgung sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich zu gewährleisten. Der bundeseinheitliche Fallpauschalenkatalog setzt für alle Leistungserbringer identische Anreize und ist damit nicht geeignet eine qualitätsorientierte Ausdifferenzierung der Versorgungslandschaft zu fördern. Die Fallpauschalen haben den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern grundsätzlich erhöht. Die bestehenden Anreize haben zu einem ruinösen Wettbewerb zugunsten von Personal und Patienten geführt. Stagnierende Patientenzahlen und immer neue Anforderungen zum Fachkräfteeinsatz richten den Wettbewerb einseitig auf bestimmte besonders lukrative Leistungsbereiche aus. Dies läuft einer flächendeckenden qualitätsorientierten Krankenhausversorgung zuwider.

1. Reform der Betriebskostenfinanzierung (DRG-Reform)

Die Corona-Pandemie macht erneut deutlich, dass das DRG-System in seiner aktuellen Form eine am Versorgungsbedarf orientierte Ausdifferenzierung der Krankenhauslandschaft behindert. Es werden Anreize zur Spezialisierung und Fokussierung auf besonders lukrative Behandlungen geschaffen, während andere

Versorgungen nicht wirtschaftlich darstellbar sind. Die bestehenden strukturellen Defizite in der Versorgung sind zu einem wesentlichen Anteil auf diese Fehlanreize des Vergütungssystems zurückzuführen. Weiterhin werden im DRG-System ausschließlich erbrachte Leistungen finanziert, obwohl auch die Vorhaltung von Versorgungskapazitäten ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Daseinsvorsorge und Versorgung darstellt.

- a.) Wir begrüßen deshalb die Einführung von Strukturpauschalen für eng definierte Versorgungsbereiche, um auch die Bereitstellung und Vorhaltung angemessener Kapazitäten zu finanzieren. Die Vergütung einer tatsächlichen Behandlung innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereiches kann dann mit einer entsprechend reduzierten DRG erfolgen, die die variablen Kosten deckt. Die Basisvergütung muss sich an der Versorgungsstufe, dem Erfüllungsgrad der Strukturanforderungen und erreichter Mindestfallzahlen orientieren. Auch die Erfüllung von Mindestpersonalgrenzen könnte hier berücksichtigt werden.

- b.) Eine differenzierte Vergütung verschiedener Versorgungsrollen wird von uns ausdrücklich begrüßt. Voraussetzung dafür ist eine bundesweit einheitliche Definition dieser Versorgungsrollen inkl. detaillierter Struktur- und Leistungsanforderungen. Gleichzeitig bedarf es einer Differenzierung der Kalkulationsstichproben für das DRG-System nach Versorgungsstufen. Um Anreizprobleme zwischen den Versorgungsstufen zu minimieren, empfehlen wir jedoch auch hierbei mit pauschalen Vergütungskomponenten zu agieren. Schließlich braucht es einen sachgerechten Anreiz, die jeweilige medizinische Versorgung in der adäquaten Versorgungsstufe zu erbringen. Eine Preisdifferenzierung innerhalb des DRG-Systems führt zu einem vermeidbaren Fehlanreiz, auch einfache Behandlungen in der höchsten Versorgungsstufe durchzuführen.

2. Reform der Krankenhausplanung

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung in einem System aus aufeinander aufbauenden Versorgungsstufen ist aus unserer Sicht die logische Antwort auf die großen Herausforderungen zur Erhaltung der Versorgungssicherheit und Qualität bei gleichzeitig begrenzten finanziellen und personellen Mitteln. Ohne verbindlich definierte Versorgungsrollen mit entsprechender Verankerung in der Betriebskosten- und Investitionsfinanzierung werden sinnvolle regionale Kooperationen und ein bedarfsgerechter Einsatz der knappen Personal- und Finanzressourcen konterkariert. Alle bisherigen Ansätze zur Festlegung von unterschiedlichen Versorgungsrollen der Krankenhäuser blieben ohne durchgreifende Steuerungswirkungen. Zwar sind die Bezeichnungen Grund- und Regelversorger, Schwerpunktversorger oder Maximalversorger in 8 von sechzehn Landeskrankenhausgesetzen verankert. Sie haben jedoch weder eine einheitliche Definition noch haben sie eine praktische Relevanz für die Krankenhausplanung oder -finanzierung entwickelt. Grundlage einer zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft ist deshalb zwingend eine bundesweit einheitliche Definition von Anforderungen an verschiedene Versorgungsstufen in Anlehnung an die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (G-BA 2018). Die konsequente Umsetzung einer solchen Versorgungspyramide erfordert einerseits eine Berücksichtigung von modernen Versorgungsrollen und prospektiven Bedarfen. Andererseits bedarf es ergänzender gesetzlicher Regelungen, die wünschenswerte Zusammenschlüsse, Kooperationen und digitale Vernetzung erleichtern.

Aus Sicht der AKG ist hierbei der Gesetzgeber gefordert, ein entsprechendes Zielbild vorzugeben. Den Selbstverwaltungspartnern im G-BA obliegt anschließend die konkrete fachliche Ausgestaltung der einzelnen Anforderungen. Der tatsächliche Erfolg der Umsetzung hängt am Ende jedoch maßgeblich von den handelnden Akteuren vor Ort ab. Nachhaltige Anreize, insbesondere der Finanzierungs- und Investitionssysteme, müssen dementsprechend die Entwicklung einer kooperativen Gesundheitsversorgung konsequent fördern.

3. Reform der Investitionsfinanzierung

Mit der bestehenden Förderpraxis in den Bundesländern gelingt es kaum, eine qualitätsorientierte und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähige Krankenhausstruktur zu ermöglichen. Neben den unzureichenden Finanzmitteln wird auch die Vergabepaxis einer zielgerichteten Krankenhausplanung selten gerecht. Ohne klar definierte Versorgungsaufträge an die Krankenhäuser und eine transparente Bedarfsermittlung sind die zuständigen Vergabestellen häufig durch den geltenden Rechtsschutz in ihrer Gestaltungsfreiheit eingeschränkt. Ohne bundeseinheitliche Leitplanken bleibt die Einzelförderung vielfach hinter den Erwartungen an eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur zurück. Durch die jahrelange Unterfinanzierung aus den Ländern erscheint es erforderlich, zur Sicherstellung eines einheitlichen Versorgungsstandards punktuell auch Bundesmittel für bedarfsnotwendige und spezialisierte Strukturen einzubinden. Hierfür sind zeitlich befristete und transparente Vergabeverfahren zu entwickeln. Auf diese Weise kann die Bedeutung der Investitionskostenförderung für die Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser nachhaltig gestärkt werden. Die potenziell erzielbaren Deckungsbeiträge aus den DRG-Erlösen dürfen nicht länger die dominierende Grundlage für Investitionsentscheidungen von Krankenhausträgern bilden. Diese Entwicklung ist der langjährigen Unterfinanzierung von Investitionen in nahezu allen Bundesländern geschuldet. Die Investitionskostenfinanzierung der Zukunft muss Anreize für eine sektorübergreifende und kooperative medizinische Versorgung schaffen und nicht nach dem Gießkannenprinzip die knappen finanziellen Mittel auf die bestehenden Strukturen verteilen. Ein entsprechender Rahmen auf Bundesebene kann dazu einen wertvollen Beitrag leisten.

Viele große kommunale Krankenhäuser berücksichtigen bereits heute Nachhaltigkeitsaspekte bei ihren Investitionsentscheidungen. Aufgrund der unvollständigen Förderung dieser Maßnahmen, ist der Anreiz dazu bisher auf die Imagebildung des Trägers oder des Betriebes beschränkt. Nur bei einer Rückkehr zu einer vollständigen Investitionsförderung können diese Aspekte nachhaltig Berücksichtigung finden.

6. Reform der Pflegfinanzierung

Die Anforderungen an die stationäre medizinische Versorgung entwickeln sich grundlegend auseinander: Einerseits steigt die technisch spezialisierte Fachlichkeit durch Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite steigt der Bedarf an betreuungsintensiver Grundversorgung. Beiden Entwicklungen hat die Krankenhauslandschaft strukturell gleichzeitig Rechnung zu tragen. Die Versorgungsstrukturen sind so auszudifferenzieren, dass ein Patient erkennen kann, welches Haus für sein Anliegen am ehesten geeignet ist. Für eine nachhaltige und nachvollziehbare Ausdifferenzierung der Krankenhauslandschaft braucht es damit

auch eines neuen Versorgungsverständnisses. Im Einzelfall kann alleine die fehlende pflegerische Versorgung im ambulanten Umfeld eine stationäre Versorgung des Patienten rechtfertigen. Nur wenn die Leistung der Pflege in der Vergütung der Krankenhäuser zu einem relevanten Erlösfaktor wird, lösen wir die bestehenden Engpässe auf Seiten des Personals und in der Versorgung nachhaltig. Mit einer eigenständigen Erlös Komponente wird die pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus gegenüber der technischen Medizin aufgewertet und eröffnet so neue Entwicklungsperspektiven innerhalb des Berufstandes. Neben einer angemessenen Entlohnung wird die Attraktivität des Pflegeberufes damit grundsätzlich erhöht.

Die AKG-Kliniken

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 24 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von insgesamt 9,5 Milliarden Euro. Sie repräsentiert derzeit ca. 42.500 Betten und vertritt damit rund 9,0 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Gut 1,75 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von nahezu 120.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vollstationär behandelt. Alle Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.