

Stellungnahme

Stellungnahme der AWMF zur Krankenhausreform

Berlin, 07.07.2023 Da die Diskussion in den vergangenen Tagen und Wochen häufig interessengeleitet statt fakten- und wissenschaftsbasiert war, ist es aus der Sicht der AWMF notwendig, die Zielsetzungen der geplanten Reform zu kommentieren, um einen Beitrag zu einem sachlich-konstruktiven Diskurs zu leisten. Das Primat der Reform muss in der Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung liegen.

Kernpunkte:

- Die AWMF unterstützt die Zielsetzungen der Krankenhausreform: 1. Versorgungssicherheit für die Bevölkerung, 2. Erhöhung der Qualität der Gesundheitsversorgung und 3. Reduktion des Bürokratieaufwandes.
- Die Sicherstellung soll über ein abgestuftes und vernetztes System von Grund- und Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung erfolgen. Bestehende Versorgungslücken und Überversorgungen sind zu korrigieren.
- Die geplante Differenzierung der Krankenhausfinanzierung mit einem Mix von Vorhaltekosten und DRG-Erlösen wird unterstützt.
- Die Erhöhung der Qualität der Versorgung muss über definierte und qualitätsbasierte Strukturanforderungen an die Leistungsgruppen und Krankenhäuser erfolgen.
- Die Definition von Leistungsgruppen muss kriteriengestützt, transparent und nachvollziehbar sein.
- Die Planung einer strukturierten Weiterentwicklung der Krankenhausreform ist notwendig. Die AWMF ist aufgrund der Fachexpertise in die Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse einzubinden.
- Eine Reduktion der Bürokratie soll über die Anerkennung qualitätsbasierter Zertifizierungen erfolgen.
- Die Evaluation der Krankenhausreform muss multidimensional erfolgen.
- Die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser muss in Zukunft durch die Länder sichergestellt werden.

Die AWMF und ihre 182 Fachgesellschaften mit über 300.000 Mitgliedern entwickeln seit Jahrzehnten qualitätsorientierte und evidenzbasierte Empfehlungen. Das Leitlinienregister der AWMF umfasst aktuell über 800 Leitlinien¹, die von den Fachgesellschaften nach einem definierten Regelwerk² mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung ehrenamtlich und in Eigeninitiative entwickelt wurden und werden. Dies hat zur Entwicklung zahlreicher qualitätsbasierter Zertifizierungen von Kliniken und Zentren geführt, die nachweislich die Patientenversorgung verbessert haben.

Die AWMF und ihre Fachgesellschaften begrüßen grundsätzlich die Bestrebungen für eine Reform der stationären Krankenversorgung. In einer internen Umfrage bestätigten die Mehrheit der Repräsentanten der Fachgesellschaften die Notwendigkeit einer strukturierten Reform. Dies ist kongruent zu einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des BV Med, in der die Befragten mit 59% eine bessere medizinische Versorgung, 43% eine bessere intersektorale Integration und 40% den vermehrten Einsatz von modernen Technologien befürworteten. Dagegen priorisierten nur 26% die Notwendigkeit von kurzen Wegen zu einem Krankenhaus³.

Es besteht zwischen Bund und Ländern Übereinstimmung in der Zielsetzung der Reform: 1. Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge) für die Bevölkerung, 2. Erhöhung der Qualität der Gesundheitsversorgung und 3. Reduktion des Bürokratieaufwandes für die Krankenhäuser.

Da die Diskussion in den vergangenen Tagen und Wochen häufig interessengeleitet statt fakten- und wissenschaftsbasiert war, ist es aus der Sicht der AWMF notwendig, die Zielsetzungen der geplanten Reform zu kommentieren, um einen Beitrag zu einem sachlich-konstruktiven Diskurs zu leisten.

1. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bürger:innen

Die Ziele der Sicherstellung der Daseinsvorsorge für die Bürger:innen ist uneingeschränkt zu begrüßen. Es ist weder im Interesse der Bürger:innen noch Ärzte:innen und anderer Gesundheitsberufe, dass eine sogenanntes kaltes Krankenhaussterben sich fortsetzt oder beschleunigt⁴. Vielmehr ist es im Interesse aller Beteiligten, die vorhandenen begrenzten Ressourcen zielgerichtet einzusetzen und notwendige Anpassungen der Krankenhausstruktur planvoll, organisiert und abgestimmt sowie qualitätsorientiert vorzunehmen.

Aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsdichte, der demografischen Veränderungen, der medizintechnischen Entwicklung und weiterer Faktoren ist schon heute erkennbar, dass ein partielles Unterangebot und eine grenzwertige Situation der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in dünn besiedelten Regionen entstanden oder im Entstehen

begriffen ist. Zugleich ist ein Überangebot von stationären Leistungen in vielen urbanen und suburbanen Räumen und sowie gleichfalls in manchen ländlichen Räumen zu beobachten.

Die im Gutachten zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen⁵ für Bürger:innen zugrunde gelegte Erreichbarkeit eines Krankenhauses innerhalb von 30 Minuten mit dem Leistungsumfang der Grundversorgung (mindestens Notfallversorgung Stufe 1, Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin (Basisversorgung)) ist sowohl sachlich geeignet wie pragmatisch realisierbar und sollte Anwendung finden für die jetzt geplante Krankenhausreform.

Eine zentrale Aufgabe der Krankenhäuser in der Daseinsvorsorge ist die Notfallbehandlung von Patienten:innen, die nach G-BA-Richtlinie in drei Stufen differenziert wird⁶. Da diese Notfallbehandlung regelhaft an die Größe und Infrastruktur eines Krankenhauses geknüpft ist, ist die Vorhaltung von Krankenhäusern ohne Notfallversorgung oder fehlender Fähigkeit, die Anforderungen an eine Notfallversorgung der Basisstufe zu erfüllen, weder notwendig noch sinnvoll. Dies gilt umso mehr, wenn solche Krankenhäuser in räumlicher Nähe zu anderen Kliniken liegen, die diese Anforderungen erfüllen.

Die geplante differenzierte Finanzierung der stationären Leistungen aus einem Mix von Vorhaltekostenfinanzierung und DRG-Erlösen wird begrüßt⁷. Die Maßnahmen erscheinen geeignet, den hohen ökonomischen Druck von Krankenhäusern und Ärzt:innen zu reduzieren, da das DRG-System in jetziger Form zu vielfältigen Fehlanreizen geführt hat, indem u.a. Mengengerüste erhöht und zusätzliche Leistungsangebote generiert wurden.

2. Steigerung der Qualität der Patientenversorgung

Die Zielsetzung einer Erhöhung der Qualität der medizinischen Versorgung – also eine verringerte Morbiditätslast und Mortalität und höhere Lebensqualität für die Patient:innen – muss im primären Fokus aller Akteure im Gesundheitswesen stehen. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften haben vielfach bereits Qualitätskriterien für eine hochwertige Versorgung entwickelt, wie z.B. für Krebszentren. Deshalb entwickeln und konsentieren die AWMF und ihre Mitgliedsgesellschaften derzeit Qualitätsanforderungen für die geplanten Leistungsgruppen. Wichtig ist, dass hierbei ein abgestuftes, integriertes und vernetztes System von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung zugrunde gelegt wird. Die Einbindung von Fachkliniken sollte im Rahmen der regionalen Sicherstellung der Patient:innenversorgung in geeigneten Fällen geprüft werden, wenn die entsprechenden Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Die zugrunde zu legenden Qualitätsanforderungen

sind empirisch und wissenschaftlich zu begründen, ggf. einschließlich einer Volumen-Outcome-Assoziation. Ein solcher Zusammenhang ist für viele, insbesondere schwere und kritische, Krankheiten gezeigt worden. Beispielhaft zeigt die Behandlung von onkologischen Patienten in entsprechenden Zentren, dass diese Behandlung mit einem Nutzen für die Patienten:innen im Hinblick auf eine Lebensverlängerung verbunden ist⁸.

Der Prozess für die Definition von Leistungsgruppen muss kriteriengestützt, transparent und nachvollziehbar sein und sich z.B. an Morbiditätslast, Mortalität, Fallzahlen, Vorhaltekosten sowie – auch bei kleineren Fallzahlen – an der Komplexität von Krankheiten und Therapien orientieren.

Die strukturierte, qualitätsorientierte und wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems und seiner Ausdifferenzierung ist dringend geboten. Das jetzt zugrunde gelegt NRW-Modell weist nicht unerhebliche Inkonsistenzen auf und berücksichtigt zum Teil medizinisch notwendige Leistungsgruppen und ihre Differenzierungen nicht. Dies ist u.a. erklärbar durch die Zielsetzung: das NRW-Modell ist für die Krankenhausplanung und nicht für die Vergütung entwickelt worden. Die bestehenden Lücken des NRW-Modells im weiteren Verlauf nicht zu korrigieren, würde zu Mängeln in der Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung führen.

Bei der Krankenhausreform müssen Einzelinteressen zurückgestellt werden. Das Primat der Reform muss in der Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung liegen. So muss z.B. die Struktur und die Organisation der Weiterbildung der Organisation des Gesundheitswesens folgen und nicht umgekehrt⁹. Desgleichen kann und muss mit dem System der Zuweisung von Leistungsgruppen sichergestellt werden, dass Gesundheitsdienstleistungen ausschließlich dort erbracht werden, wo die qualitativen Anforderungen dafür erfüllt werden. Ein rationaler Mitteleinsatz von Kapital, Sach- und Personalmitteln ist außer aus Qualitätsgründen auch aufgrund der Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen notwendig. Die Vorhaltung von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in z.T. räumlicher Nähe von 5 bis 10 km zueinander, die Vorhaltung von Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung in großer Nähe zueinander oder zu Krankenhäusern der Maximalversorgung ist hinsichtlich der Ergebnisqualität und einer sinnvollen Ressourcenallokation kritisch zu hinterfragen und ggf. zu korrigieren.

Desgleichen zeigt die medizintechnische Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte, dass die moderne Medizin von einer fortschreitenden Differenzierung und Komplexität gekennzeichnet ist. Dieser Entwicklung mit personeller und technischer Vorhaltung sowie – für eine qualifizierte Anwendung – notwendigen Fallzahlen zu entsprechen, fällt kleinen

Krankenhäusern zunehmend schwerer. Für gering besiedelte Regionen mit einer zu geringen Dichte von Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung muss ein Maßnahmenkatalog entwickelt werden, der die sukzessive Entwicklung zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen – z.B. durch Vernetzung, telemedizinische Kooperationen etc. – gewährleistet.

3. Reduktion der Bürokratie

Die bisherige Abstimmung zwischen Bund und Ländern sieht vor, dass der Medizinische Dienst zukünftig in regelmäßigen Abständen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen für zugeteilte Leistungsgruppen überprüfen soll¹⁰. Mit dem Ziel einer Reduzierung des bürokratischen Aufwandes sollte ergänzend vorgesehen werden, dass Zertifizierungen der Fachabteilungen von Krankenhäusern als äquivalent zu den Prüfungen durch den MD gelten, wenn sie die Prüfung der Qualitätsanforderungen entsprechender Leistungsgruppen beinhalten, die Zertifikate qualitätsbasiert sind und die Zertifizierungen durch unabhängige Institutionen erfolgen.

Mit der Verminderung des DRG-Einflusses auf die Erlössituation eines Krankenhauses sollte geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß die Zahl der Einzelfallprüfungen – in 2021 trotz der Pandemieeinschränkungen 1,41 Mio. Fälle¹¹ – auf ein zu vertretendes Maß reduziert werden kann

Mit der Umsetzung der Krankenhausreform sollten auch Maßnahmen zur Verbesserung der IT-gestützten Kommunikation im Rahmen einer notwendigen strukturierten Vernetzung der Krankenhäuser gefördert werden. Bei Planung und Realisierung sollte dabei von Anfang an die intersektorale Versorgung von Patienten (vollstationär, teilstationär, ambulant) mit bedacht werden.

Ergänzende Empfehlungen zur Finanzierung von Krankenhäusern

Die AWMF begrüßt, dass eine Evaluation der Krankenhausreform erfolgen soll. Sie regt dazu an diese multidimensional anzulegen und dabei quantitative und qualitative, quer- und längsschnittliche Methoden sowie die Ergebnisqualität letztlich intersektoral unter Berücksichtigung sogen. PROMs (Patient Reported Outcome Measures) zu berücksichtigen.

Nach Auffassung der AWMF ist es offensichtlich, dass Entscheidungsträger, die ihre hoheitliche Zuständigkeit für die Planung und Realisierung der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und deren Behandlungsqualität betonen, auch unmittelbar ihrer daraus resultierenden Verpflichtung der Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser nachkommen

müssen, denen sie zukünftig Leistungsgruppen zuweisen möchten. Geschieht dies weiterhin nicht in einem ausreichenden Maße, dann werden die angestrebten Ziele, insbesondere die Erhöhung der Versorgungsqualität der Bürger:innen, nicht erreicht werden können.

Referenzen

¹ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien>

² <https://www.awmf.org/regelwerk>

³ Was sich die Bürger von der Krankenhausreform erhoffen. Deutsches Ärzteblatt 06.06.2023. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143723/Was-sich-die-Buerger-von-der-Krankenhausreform-erhoffen>

⁴ „Wollen wir ein kaltes Kliniksterben?“. taz 22.05.2023. <https://taz.de/Gesundheitsoekonom-ueber-Krankenhausreform/!5933156/>

⁵ Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Berlin, August 2019.

https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/1

⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss - Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf

⁷ M. Nothacker et al. Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Dtsch Med Wochenschr 2019;144:990–996

⁸ Deutsches Krebsforschungszentrum. <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2021/dkfz-pm-21-42-Versorgung-in-zertifizierten-Krebszentren-laengeres-ueberleben-bei-niedrigeren-Kosten.php>

⁹ Reinhardt: „Die Krankenhausreform darf den Ärztemangel nicht verschärfen“. <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/reinhardt-die-krankenhausreform-darf-den-aerztemangel-nicht-verschaerfen>

¹⁰ Krankenhausreform: Einteilung in Level ohne rechtliche Verbindlichkeit. Deutsches Ärzteblatt 26.06.2023. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144187/Krankenhausreform-Einteilung-in-Level-ohne-rechtliche-Verbindlichkeit>

¹¹ Medizinischer Dienst – Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2021, S. 4