

Stellungnahme

Stellungnahme der AWMF Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen zum Eckpunktepapier des BMG⁽¹⁾ zur KH-Reform vom 10.07.2023

Berlin, 16.08.2023 · Die AWMF und ihre Mitgliedsgesellschaften begrüßen ganz ausdrücklich, dass Bund und Länder sich auf ein Vorgehen für die Krankenhausreform geeinigt haben. Aufgrund der Entscheidung, das bestehende NRW-Modell als Grundlage zu nehmen, sind die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften in Sorge vor Fehlentwicklungen mit möglichen Qualitätseinbußen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

1. Relevante Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind nicht berücksichtigt

Das im Eckpunktepapier vom 10.07.2023 zugrunde gelegte NRW-Modell ist als ein Planungsinstrument entwickelt worden, nicht als ein Instrument der Vergütung. Für diesen Zweck ist die NRW-Ausarbeitung nicht konsistent in Struktur und Umfang. Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung nach Leistungsgruppen haben fehlende – nicht abgebildete oder nicht differenzierte – Interventionen bzw. Versorgungsbereiche eine direkte Auswirkung, da erwartbar nur die Teilbereiche der Medizin Berücksichtigung finden werden, die in den Leistungsgruppen abgebildet sind. Dies unterscheidet die aktuelle Krankenhausreform mit Änderung der Vergütung grundsätzlich von der NRW-Planung. Die Zuordnung der Fälle - im NRW Modell werden fast 50% der Fälle in die Bereiche Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie adressiert - erscheint als Planungstiefe für die zukünftige Vergütungszuordnung in der Kombination Vorhaltekosten und Rest-DRG-Erlös nicht ausreichend für eine zielführende Fallzuordnung. Aufgrund der betriebswirtschaftlichen Logik auf Klinikebene besteht die Gefahr, dass in den Leistungsgruppen nicht berücksichtigte, fachlich gebotene Gebiete, Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen mit stationärer Leistungserbringung den Patientinnen und Patienten in bestimmten Krankenhäuser in geringerem Umfang oder gar nicht angeboten werden, da ohne Leistungsgruppe keine Vorhaltevergütung erfolgt. Dies würde nach ökonomischen Gesichtspunkten bedeuten, dass die Leistungen des betreffenden Faches aus der Klinik verschwinden. Zu klären ist dies z.B. für die Gebiete der Weiterbildungsordnung die interventionelle Radiologie, die Nuklearmedizin und die Strahlentherapie, bei den internistischen Schwerpunkten z.B. die Angiologie sowie die Beteiligung an onkologischen Zentren durch Fächer der Inneren Medizin und der operativen Medizin inkl. Fächer wie z.B. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, MKG-Chirurgie, Dermatologie und Urologie, sowie für die Zusatzweiterbildungen z.B. die Schmerzmedizin, Ernährungsmedizin, die Schlafmedizin und fast alle Subspezialisierungen der Kinder- und Jugendmedizin / Kinder- und Jugendchirurgie. Aus fachlicher Sicht und zur Erreichung des Zieles einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung muss eine weitere

Differenzierung des zugrunde gelegten Modells zeitnah erfolgen. Ein bereits publizierter interdisziplinärer Vorschlag betrifft die Anpassung der Leistungsgruppen entsprechend der Vorschläge der Deutschen Krebs Gesellschaft und der onkologisch tätigen Fachgesellschaften in der AWMF⁽²⁾. Die Ad-hoc-Kommission der AWMF rät dringend, diesen Vorschlag umzusetzen, da hier erprobte Qualitätsanforderungen mit Nutznachweis für die Patient*innen zugrunde gelegt werden können.

Es ist demzufolge insgesamt erforderlich, das NRW-Modell, wie in der Präambel des Eckpunktepapiers vom 10.07.2023 genannt, lediglich als ein Ausgangspunkt anzusehen. Das Prinzip eines im Papier erwähnten „lernenden Systems“ ist wichtig und es muss kritisch geprüft und evaluiert werden. Die Evaluation sollte jährlich erfolgen, eine Frist von 5 Jahren erscheint zu lang, um bei Bedarf Änderungen vorzunehmen.

2. Fachliche Inhomogenitäten in den bestehenden Leistungsgruppen des NRW-Modells müssen korrigiert werden

Die im NRW-Modell definierten Leistungsgruppen 7.1/23.2 Stammzelltransplantation, 7.2/23.3 Leukämie und Lymphome, 12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße, 16.3 Ösophaguseingriffe, 16.5 Tiefe Rektumeingriffe und 21.2 Ovarial-Carcinome müssen inhaltlich entsprechend dem heutigen Stand der Wissenschaft weitergefasst werden. Wir schlagen dazu vor, die Bezeichnung und Definition folgendermaßen zu gestalten: 7.1/23.2 Zelluläre und hochkomplexe Therapien, 7.2/23.3 Leukämie und Lymphome, solide Tumore und nicht-maligne Hämatologie, 12.3 Komplexe periphere Gefäße, 16.3 Ösophagus- und Mageneingriffe 16.5 Komplexe kolorektale Eingriffe und 21.2 Gynäkologische Tumore.

3. Die Definition von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen muss sich an der Komplexität der erforderlichen Diagnostik und Therapie orientieren

Die Definition bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für Leistungsgruppen ist zu begrüßen. Sie kann aber nur sinnvoll erfolgen, wenn dabei die Struktur eines Krankenhauses nach Größe, Versorgungsauftrag und Komplexität von Vorhaltungen für Fachbereiche, Geräte und angemessenem Personal berücksichtigt wird. Eine an den Bedarfen in einer Leistungsgruppe behandelten Patient*innen ausgerichtete, angemessene Personalausstattung ist zu gewährleisten, ansonsten droht gerade jetzt im Rahmen der zunehmenden Defizite der Kliniken ein radikaler Personalabbau, da zukünftig 60% der Vergütung als Vorhaltung ohne Erbringung von Leistung ausgeschüttet werden. Die Qualitätskriterien benötigen eine klar nachvollziehbare Logik und müssen genau und möglichst einheitlich über alle Leistungsgruppen definiert werden. Sie sollten sich, wenn inhaltlich möglich, an den Inhalten von vertrauenswürdigen Zertifikaten orientieren, die die Vorgaben des IQTIG entsprechend der Beauftragung nach §137a, Absatz 3, Satz 7 SGB V erfüllen. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften haben für die Differenzierung von Leistungsgruppen Vorschläge für Qualitätskriterien unterbreitet.

4. Ausnahmetatbestände von der Erfüllung von Qualitätskriterien müssen zeitlich eng begrenzt werden

Leistungen sollten den definierten Qualitätsanforderungen entsprechen, unabhängig davon, in welchem Krankenhaus sie erbracht werden. Das Primat der Qualitätsorientierung der Gesundheitsversorgung darf nur zeitlich begrenzt verlassen werden, wenn eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung anderweitig nicht auf einem Mindestniveau

eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung mit den Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie oder Visceralchirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie, Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallversorgungsstufe I mit einer durchschnittlichen Erreichbarkeit von 30 Minuten Fahrtzeit gewährleistet ist. Für die Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie ist eine vergleichbare Struktur anzulegen. Als zusätzliche Auswahlkriterien schlagen wir die Vorhaltung der Leistungsgruppen Geriatrie und Palliativmedizin vor. Bei Zulassung zur Krankenversorgung bei Unterschreiten der Qualitätskriterien muss eine Zukunftsstrategie bestehen, die das Erreichen der Qualitätskriterien zeitnah erlaubt.

Eine Abweichung von definierten Qualitätskriterien für spezielle und komplexe Leistungsgruppen erscheint in keinem Fall zielführend.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung

Dr. Manfred Gogol Dr. Monika Nothacker
office@awmf.org *office@awmf.org*
für die Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF

Literatur:

- (1) Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Eckpunktepapier Krankenhausreform vom 10.07.2023 verfügbar unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf Letzter Zugriff: 09.08.2023
- (2) Wesselmann S. et al, Gemeinsames Positionspapier der onkologisch tätigen Fachgesellschaften der AWMF Ad hoc Kommission Versorgungsstrukturen zu der „Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit grundlegender Reform der Krankenhausvergütung“ [Joint position paper of the oncological scientific societies of the AWMF Ad hoc Commission on Health Care Structures on the "Third Statement and Recommendation of the Government Commission on Modern and Adequate Hospital Care with Fundamental Reform of Hospital Financing"), Forum 3/2023; 38:176–180 Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01210-y>; Letzter Zugriff: 09.08.2023