

Stellungnahme

Stellungnahme der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF zum Arbeitspapier der AG Gesundheit und Pflege für die Koalitionsverhandlungen von CDU/CSU und SPD

Berlin, 31. März 2025 · Im Namen der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF, die sich aus wissenschaftlich-medizinischer Sicht seit Beginn des Prozesses mit der Krankenhausreform beschäftigt und diesen Prozess konstruktiv begleitet hat, nehmen wir zu diesem Thema im Positionspapier der AG Gesundheit und Pflege zur Vorbereitung der Koalitionsverhandlungen Stellung:

1. Wir begrüßen die geplante Stärkung der Krankenhäuser im ländlichen Raum und grundsätzlich, dass die spezifischen Bedingungen berücksichtigt werden sollen. Hauptaugenmerk sollte u.E. auf fördernde Regeln und Umstände gelegt werden, die diesen Krankenhäusern erlaubt, die Voraussetzungen der Strukturkriterien der Leistungsgruppen zu erfüllen. Dessen ungeachtet ist dabei auch zu berücksichtigen, nicht die Qualität der Strukturkriterien im Allgemeinen zu senken, sondern sie differenziert an Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen anzupassen ist. Dies gilt gleichermaßen auch für die geplante Mindestmengenregelung.
2. Das Schließen der Lücke der Betriebskostenfinanzierung wird begrüßt.
3. Bei einer Neufassung der Definition der Fachkliniken bieten wir unsere Unterstützung an.
4. Die Nicht-Umsetzung der in Anlage 1 KHVVG vorgesehenen Leistungsgruppen 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin) lehnen wir ab. Uns erstaunt nicht, dass durch das InEK diese Leistungsgruppen nicht definiert werden konnten, da die zugrunde liegenden Daten der Diagnose- und Prozedurenschlüssel nicht für die Zuordnung zu Leistungsgruppen entwickelt worden sind. In der Konsequenz bestehen große „Reste“-Klassen auch in anderen Gebieten der Medizin und Diagnosen und Prozeduren werden nicht geeigneten oder falschen Leistungsgruppen zugeordnet. Diese Problematik lässt sich einfach und schnell beheben dadurch, dass jede Leistungsgruppe mit einem spezifischen Prozedurencode versehen wird. Dies erlaubt zeitnah und prospektiv eine Zuordnung eines Falles zu einer Leistungsgruppe vorzunehmen.

Die Problematik in der Kinder- und Jugendchirurgie bzw. in der Kinder- und Jugendmedizin beruht auf dem Fehler, dass seinerzeit in der Bund-Länder-Einigung auf eine Leistungsgruppensystematik nicht dem Vorschlag gefolgt wurde, diese als Leistungsbereiche mit unterschiedlichen Leistungsgruppen vorzusehen, sondern als gemeinsame operative oder konservative Leistungsgruppe vereinbart wurden. Dass seitens des IneK so eine Zuordnung nicht erfolgen kann, verwundert deshalb nicht. Auch dieses Problem lässt sich mit der Zuordnung von entsprechenden Prozedurencodes und ggf. -subcodes lösen.

5. Die Kommission ist ausdrücklich nicht einverstanden damit, dass weitere „neue“ Leistungsgruppen nicht implementiert werden sollen. Den damit verordneten Stillstand des medizinischen Fortschritts bis jenseits von 2027 kann sich unser Land nicht leisten. Es war allen Beteiligten des Prozesses auf Bund- und Länderseite klar, dass das System dynamisch angelegt ist und weiterentwickelt werden müsse, weil große Leistungsbereiche einschließlich der Querschnittsfächer zum Zeitpunkt der Bund-Länder-Einigung nicht berücksichtigt werden konnten. Es wäre ein schwerwiegender Fehler in der gesundheitlichen Versorgung der Bürger (und Beitragszahler), diese Defizite des KHVVG nicht – zumindest in zentralen Aspekten – zeitnah zu beheben. Die AWMF Ad hoc-Kommission und die Fachgesellschaften hatten bereits Vorschläge unterbreitet und arbeiten deshalb kontinuierlich intensiv an diesem Themenkomplex weiter.
6. Die Zugrundelegung einer 38,5-h-Woche als Vollzeitäquivalent wird begrüßt.
7. Die Verlängerung der Konvergenzphase von 2 auf 3 Jahre wird begrüßt, doch sollten Anreize geschaffen werden, den Prozess des Abbaus von Überkapazitäten zu beschleunigen. Dies ist nur teilweise durch den Transformationsfonds möglich. Anreizsysteme sollten darauf abzielen, eine Leistungsverlagerung in den teilstationären und ambulanten Bereich zu fördern, unter besonderer Berücksichtigung der intersektoralen Behandlung.
8. Die Verschiebung der Vorhaltevergütung und die Implementierung in zwei Schritten ab 2028 wird begrüßt, da die Transparenz dieses Prozesses wie auch die Regelung der Rest-DRG-Finanzierung aktuell nicht ausreichend erscheint. Unseres Erachtens sollte eine weitere Entkoppelung der Vorhaltevergütung von Fallzahlen hin zu einer echten Vorhaltevergütung erfolgen, die unabhängig ist von einer Leistungserbringung. Die sogen. Rest-DRG-Finanzierung darf nicht dazu führen, dass der auf der einen Seite reduzierte ökonomische Druck auf der anderen Seite erneut erhöht wird.

Zu unserem Bedauern hat die AG zwei wichtige Probleme nicht thematisiert:

1. Das zentrale Thema der Weiterbildung der Ärzt*innen und deren Berücksichtigung in der Kostenstruktur der DRGs (künftig Vorhaltevergütung plus Rest-DRG-Systematik) muss dringend adressiert werden.



2. Der Abbau der Bürokratie und damit der Abzug von Ressourcen, die eigentlich für die Patien*innenversorgung vorgesehen sind, muss als strategische Aufgabe gesehen werden.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung: office@awmf.org

Für die Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF

Dr. Manfred Gogol

Dr. Monika Nothacker