

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

Statement von Prof. Dr. Jochen Schmitt,

Hochschulmedizin Dresden, Mitglied der Regierungskommission und des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,
aus wissenschaftlicher Sicht sind der Bedarf für eine substanzielle Krankenhausreform und die entscheidenden Ansatzpunkte glasklar: Wir brauchen mehr Steuerung, Konzentration und Ambulantisierung, um bestehende Qualitätspotenziale zu heben, die Patientensicherheit zu verbessern und vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Fachkräftekrise die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch langfristig sicherzustellen.

Der anhaltende Fallzahl-Rückgang zeigt, dass die Reform auch aus wirtschaftlichen Gründen dringend notwendig ist. So lagen die Fallzahlen der deutschen Krankenhäuser nach einer Analyse des WIdO im somatischen Bereich 2023 erneut deutlich unter dem Niveau von 2019 – um knapp 14 Prozent. Einen anhaltenden Einbruch der Fallzahlen sehen wir bei den sogenannten ambulantsensitiven Diagnosen – also bei Erkrankungen, die nicht zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssten. Hier lagen die Fallzahlen 2023 erneut deutlich niedriger als 2019, nämlich um 20 Prozent. Der Einbruch war damit ungefähr so groß wie im ersten „Pandemie-Jahr“ 2020 und nur etwas geringer als in den Jahren 2021 und 2022. Hier hat die Pandemie offenbar die gebotene stärkere Ambulantisierung von Leistungen bereits befördert. Darüber hinaus bestehen jedoch noch beträchtliche weitere Ambulantisierungspotenziale.

Nun befinden wir uns in der entscheidenden Phase der Abstimmung der Krankenhausreform. Viele der Empfehlungen der Regierungskommission wurden in den zurückliegenden Bund-Länder-Verhandlungen und im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) aufgegriffen. Dazu zählen die Einführung von Leistungsgruppen, die Einführung einer Vorhaltefinanzierung, die Einrichtung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen sowie der Einsatz eines Transformationsfonds zur Unterstützung der notwendigen Strukturoptimierung. Damit die Reform die notwendigen Wirkungen erreichen kann, ist nun die Ausgestaltung entscheidend.

Die Struktur- und Finanzierungsreform müssen dabei unbedingt Hand in Hand gehen und dürfen nicht entkoppelt werden. Zentral ist hierbei die Einführung von Leistungsgruppen zur Ablösung der Fachabteilungen und damit der derzeitigen Situation, dass viele Kliniken ohne entsprechende Qualifikation oder Ausstattung unterschiedlichste hochspezialisierte Behandlungen vornehmen. Es ist wissenschaftlich sehr klar belegt, dass diese Gelegenheitsversorgung zu schlechteren Behandlungsergebnissen führt und ein vermeidbares Risiko für die Patientensicherheit darstellt. Die Leistungsgruppen können hier eine entscheidende Verbesserung für die Patientenversorgung bringen, wenn sie ausreichende Qualitätsvorgaben beinhalten. Bisher steht die exakte Definition der Anforderungen für die unterschiedlichen Leistungsgruppen noch aus. Die hierzu vorgesehenen Rechtsverordnungen sollten daher möglichst rasch erfolgen, so dass sie bei der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden können. Alle Bundesländer sollten dann Versorgungsaufträge nur an diejenigen Krankenhäuser vergeben, die die entsprechenden Mindestfallzahlen und Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Nur dies garantiert den Bürgern bundesweit im Sinne der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse eine angemessene Daseinsvorsorge. Wichtig ist es daher auch, dass Ausnahmeregelungen nur zeitlich befristet und für die Bevölkerung nachvollziehbar zulässig sind.

Wissenschaftlich klar belegt ist auch der Patientennutzen einer Erstbehandlung von Krebs in einem nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krankenhaus. Die vom Innovationsfonds geförderte und vom Innovationsausschuss empfohlene WiZen-Studie zeigte in einer kontrollierten Studie auf Basis bundesweiter GKV-Routinedaten und regionaler Krebsregisterdaten, dass die Erstbehandlung von Krebs in einem zertifizierten Krankenhaus mit deutlichen Überlebensvorteilen für die Betroffenen einhergeht. Dennoch werden in Deutschland noch fast die Hälfte aller Krebserkrankten in nicht entsprechend zertifizierten Krankenhäusern behandelt. In der fünften Stellungnahme der Regierungskommission haben wir dargestellt, dass in Deutschland pro Jahr mehr als 20.000 Lebensjahre von Krebserkrankten gerettet werden könnten, wenn die Versorgung der Erstbehandlung auf zertifizierte Krankenhäuser beschränkt würde. Wir konnten auch zeigen, dass bei einer solchen Konzentration dennoch eine gute Erreichbarkeit für die Bevölkerung bestünde. Im KHVVG wird nun mit Paragraph 40 KHG versucht, eine Konzentration in der Onkochirurgie zu erreichen, indem die fallzahlschwächsten Standorte, die zusammen 15 Prozent der onkochirurgischen Eingriffe vornehmen, von der Vergütung bestimmter Entgelte ausgeschlossen werden.

Diese geplante Regelung ist aber vor dem Hintergrund der vorliegenden Evidenzlage nicht ziel-führend. Stattdessen sollte die Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft das entscheidende Kriterium sein. Sie gewährleistet eine optimale Behandlung und hat ihre Wirksamkeit in der WiZen-Studie bewiesen. Die 15-Prozent-Regelung reicht nicht aus, denn sie wird dazu führen, dass auch weiterhin Häuser ohne Zertifizierung an der Versorgung von Krebspatienten beteiligt sind. Daher ist zu befürchten, dass mit der vorgesehenen Regelung das bestehende Qualitätspotenzial nicht gehoben werden kann.

Ich komme abschließend noch einmal zurück auf den zentralen Punkt, dass die Strukturverbesserung eng mit der Finanzierungsreform und dem Transformationsfonds gekoppelt sein muss. Das bedeutet, dass Gelder von Beitrags- und Steuerzahlenden nur für Krankenhausstandorte eingesetzt werden dürfen, die die Bevölkerung auch tatsächlich braucht und nutzt. Die Länder haben mit ihrer verfassungsmäßig zugeschriebenen Rolle hier eine sehr starke Verantwortung. Bislang fehlte jedoch ein generisches Modell, das populationsbezogen unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhausstandorts ein Maß für die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser ermittelt. Ein solches Simulationsmodell haben nun einige Mitglieder der Regierungskommission gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband prototypisch entwickelt. Das Simulationsmodell will die Krankenhausplanung der Länder unterstützen und die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Leitplanken rationaler Planung schaffen. Es kann zudem die Basis für eine bevölkerungsbezogene Zuweisung von Vorhaltefinanzierung sein, die sich wirklich vom Fall löst und damit strukturierende Wirkung entfaltet. Auch für die Steuerung von Finanzmitteln aus dem Transformationsfonds bietet es sich an.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de