

MB-Kurzbewertung (Stand 5. März 2023 - nicht abschließend)

ZUR

Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Präambel (Knackpunkte der Regierungsvorschläge)

Die Krankenhausversorgung braucht eine Neujustierung. So wie es ist, kann es nicht bleiben. Deshalb ist es gut, wenn nun auf der Grundlage der Empfehlungen der Regierungskommission über eine Reform der Krankenhausvergütung und der Strukturen der Versorgung gemeinsam diskutiert werden kann.

Wir sehen das Bemühen, die Krankenhausplanung auf eine neue Grundlage zu stellen. Zu lange sind Krankenhauspläne einfach nur fortgeschrieben worden. Es ist richtig, Finanzierung und Planung gemeinsam anzugehen. Beides gehört untrennbar zusammen. Dies setzt allerdings voraus, dass Bund und Länder an einem Strang ziehen und die Neuordnung der Krankenhausstrukturen als gemeinsames Projekt begreifen.

Enttäuschend ist, dass die Kommissionsvorschläge lediglich eine Modifikation des DRG-Systems vorsehen, indem das bisherige Vergütungssystem durch eine Vorhaltefinanzierung lediglich ergänzt werden soll. Gerade das Fallpauschalensystem hat zu massiven Fehlentwicklungen geführt und muss deshalb komplett abgeschafft werden.

Gleichwohl begrüßen wir den Einstieg in eine Finanzierung der Vorhaltekosten. Die Kommission empfiehlt neben der leistungsabhängigen Vergütung eine Vorhaltefinanzierung, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt sein soll. Diese soll 40 Prozent für die meisten Leistungsgruppen (jeweils 20 Prozent aus Pflegekostenbudget und aDRG) betragen. Die vorgeschlagene Höhe und Verteilung sehen wir kritisch, weil die Vorhaltefinanzierung an individuelle Veränderungen der Leistungsmenge angepasst werden soll. Auch der Mengenanreiz bei der verbleibenden DRG-Vergütung würde bestehen bleiben.

Die Reform der Krankenhausversorgung wird nur gelingen, wenn sie von realistischen Annahmen ausgeht. Die tatsächlich verfügbaren Betten (mit Personal hinterlegt) sind in Deutschland nicht bekannt. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlichte erste Auswirkungsanalyse der Reformvorschläge zur Krankenhausreform zeigt, dass bei allen weiteren Überlegungen die Versorgungssicherheit im Vordergrund stehen muss. Das gilt insbesondere für die Leistungen, die flächendeckend in erreichbarer Nähe zur Verfügung stehen müssen.

Andernfalls droht eine Wartelistenmedizin, wie es sie in anderen europäischen Ländern gibt, wo Patienten mitunter ein Jahr auf eine planbare Operation warten müssen. Eine Neustrukturierung der Krankenhausversorgung im Sinne einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung ist wichtig und braucht gut ausgestattete Krankenhäuser und gute Arbeitsbedingungen für das dort tätige Personal. Auch die Möglichkeit, durch Telemedizin Spezialkenntnisse in die Fläche zu bringen, muss bei allen Überlegungen zur Krankenhausreform berücksichtigt werden. Hier sind verbindliche Kooperationsverträge sinnvoll.

Krankenhäuser werden in Zeiten des Fachkräftemangels noch mehr als bisher um qualifiziertes Personal werben müssen. Weite Anfahrtswege, befristete Beschäftigungsverhältnisse und eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind kein Anreiz für den Arbeitsplatz Krankenhaus. Jedes Reformkonzept muss auch die Weiterbildung als zentrale Voraussetzung für die Qualifikation der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte abbilden. Wer mehr Mobilität von Beschäftigten erwartet, muss bereit sein, bessere Rahmen- und Arbeitsbedingungen zu schaffen. Am Ende steht und fällt die Versorgung mit den Menschen, die sie Tag für Tag leisten.

Die von der Kommission vorgeschlagenen Umstrukturierungen (Konzentration, bauliche Zusammenführungen etc.) erfordert eine Anschubfinanzierung. Das knappe Geld lediglich neu zu verteilen, kann die Verhältnisse nicht verbessern.

Die Rolle der Länder darf hinsichtlich der Krankenhausplanung nicht beschnitten werden. Regionale Besonderheiten sind zu berücksichtigen und dürfen nicht durch bundesweite Vorgaben geregelt werden. Das gilt für alle Versorgungsstufen, auch mit der Verknüpfung von Leistungsgruppen. Die Level 1i-Einrichtungen können nur regional geplant werden, eine Leitung alleine durch Pflegekräfte ist jedoch mit dem Gedanken eines Krankenhauses nicht vereinbar und ist auch namentlich davon abzugrenzen, da falsche Erwartungen damit verbunden sind.

Empfehlungen der Regierungskommission	Bewertung + MB-Positionen
<p>Überwindung DRG-System</p> <p>„Das bisher eindimensionale Vergütungssystem für Krankenhäuser mittels DRGs wird in Zukunft durch ein mehrdimensionales System unter Einführung von Vorhaltung mit abgesenktem DRG-Anteil in den beiden neuen Dimensionen Leistungsgruppen statt Fachabteilungen und Level statt Versorgungsstufen abgelöst.</p>	<p>MB-Positionen: Abschaffung DRG-System</p> <p>Stattdessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorhaltekosten als erlösunabhängige Vergütungskomponente finanzieren - Sofortige Ausgliederung patientennaher Personalkosten aus den Fallpauschalen (wie Pflege über eigenes Budget zu 100% Finanzierung auf Nachweis) - Sach- und weitere Personalkosten, beispielsweise für Verwaltungs- und Reinigungspersonal, verbleiben in einer pauschalierten Finanzierung
<p>Vorhaltevergütung (Ermittlung und Verteilung) Vorhaltefinanzierung, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt ist.</p> <p>Die Kommission empfiehlt für die meisten Leistungsgruppen die Einführung eines einheitlichen Abschlags von 40% – bezogen auf die DRGs inkl. Pflegebudget.</p> <p>Eine Ausnahme bilden die Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie. Hier sollte der gesamte Vorhalteanteil auf 60% gesetzt werden, um den ökonomischen Druck in diesen Bereichen stark zu reduzieren und dem Charakter dieser Bereiche mit hoher Vorhaltung gerecht zu werden.</p> <p>Vorhaltebudgets zzgl. Pflegebudget als Anteil am gesamten Erlösvolumen = 40%; Vorhaltebudgets ohne Pflegebudget als Anteil am gesamten Erlösvolumen = 20% und am aDRG-Volumen = 25%.</p> <p>Nach vollständiger Umsetzung der Reform ist die Auszahlung des vollen Vorhaltebudgets daran geknüpft, dass die Strukturvoraussetzungen für das Level des Krankenhauses und für die Leistungsgruppe eingehalten werden.</p>	<p>Bewertung: Keine Hinweise in dem Papier, in welchem Verhältnis die bisherigen weiteren Vergütungselemente wie Zu- und Abschläge (z.B. Mehr-/Mindererlösausgleich) sowie Sicherstellungszuschlag zur Vorhaltevergütung stehen.</p> <p>Eine Vorhaltefinanzierung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind deren vorgeschlagene Höhe und Verteilung zu kritisieren, weil die Vorhaltefinanzierung an individuelle Veränderungen der Leistungsmenge angepasst werden soll. Auch der Mengenanreiz bei der verbleibenden DRG-Vergütung würde bestehen bleiben.</p> <p>MB-Position: Volumen Finanzierung Vorhaltekosten = mindestens 30 % aus pauschalierten Vergütungsanteilen (DRG ohne Kosten für Pflege- und ärztliches Personal sowie patientennahe Dienste)</p> <p>Vorhaltefinanzierung bezieht sich nur auf die Betriebskostenfinanzierung und ist unabhängig von der Investitionskostenfinanzierung der Länder zu leisten. Vorhaltefinanzierung darf nicht dazu führen, dass sich Länder aus Finanzierungsverpflichtung noch weiter zurückziehen.</p>

<p>Versorgungsstufen (Level) Die Regierungskommission hat für drei (mit Sub-Unterteilungen: fünf) Versorgungsstufen (Level) Strukturvorgaben erarbeitet, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen:</p> <p>Level I – Grundversorgung; unterteilt in i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und n (mit Notfallstufe I) Level II – Regel- und Schwerpunktversorgung Level III – Maximalversorgung (mit Level IIIU = Universitätsmedizin)“</p> <p>Wesentliche Faktoren für die Zuordnung der Krankenhaus-Level sind die Vorarbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Notfallstufen und die bereits bestehenden Strukturvorgaben.</p>	<p>MB-Versorgungsstufenmodell Regionale Versorgung, Überregionale Versorgung, Maximalversorgung, Universitätskliniken</p> <p>Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan nach bundesweit einheitlichen Kriterien (u.a. Erreichbarkeit von Krankenhausversorgung; Struktur- und Personalvorgaben)</p> <p>Das MB-Stufenmodell ist kein Vergütungselement, sondern stellt auf krankenhauplanerisch festzulegende Abteilungen mit definierten Versorgungsaufträgen ab, die primär am Versorgungsbedarf orientiert sein sollen. Die jeweiligen Stufen sollen, anders als im Kommissionspapier, nicht allein vergütungsrelevante Leistungsgruppen nachvollziehen.</p> <p>Die Versorgungsaufgaben werden nach Stufen festgelegt und im Krankenhausplan ausformuliert einschließlich der Einschränkung von Leistungsbereichen. Eine verbindliche Verankerung erfolgt im Feststellungsbescheid.</p> <p>Der G-BA Beschluss sieht aber zum Beispiel bei Stufe II der Notfallversorgung nicht die Vorhaltung einer Stroke Unit vor.</p>
<p>Fachkliniken Heutige Fachkliniken sollen baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe II und III integriert werden.</p>	<p>Bewertung: Vorschlag für Fachkliniken prinzipiell sinnvoll aber nur mit hohem Investitionsaufwand möglich. Sollen Kliniken der Stufen II + III anbauen? MB-Position: Entscheidungskompetenz der Länder nach regionalem Bedarf; vertraglich geregelte Kooperationen mit überregionalem- oder Maximalversorger.</p>
<p>Anzahl Leistungsgruppen „Außerdem empfiehlt die Regierungskommission ein System von 128 Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen. Die Leistungsgruppen werden auf jedem Level nach ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes definiert, und zwar so, dass die Patientenbehandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt. Die</p>	<p>Bewertung: Ein Abgleich und Synchronisierung der Leistungsgruppen mit der ärztlichen Weiterbildung ist dringend notwendig, um Weiterbildungsgänge nicht zu erschweren.</p> <p>Durch die hohe Anzahl von 128 Leistungsgruppen wird eine enorme Komplexität herbeigeführt und nicht Erfahrungen aus NRW aufgegriffen.</p>

<p>Leistungsgruppen ermöglichen eine bedarfsgerechtere Behandlung der Patientinnen und Patienten.“</p>	<p>NRW führt 2022 eine spezielle Leistungsgruppensystematik zur Planung ein: Dazu wurden per Stand 2022 insgesamt 64 Leistungsgruppen definiert, die in 32 Leistungsbereiche zusammengefasst werden.</p>
<p>Zuordnung Leistungsgruppen zu KH-Level</p> <p>„Um die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern, werden die Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene des Levels und der Leistungsgruppen genau benannt. Für jede Leistungsgruppe wird zudem festgelegt, in welchem Krankenhaus-Level sie erbracht werden darf.</p> <p>Krankenhäuser eines höheren Levels dürfen grundsätzlich auch die Leistungsgruppen der niedrigeren Level erbringen.“</p>	<p>Bewertung: Es ist nicht ersichtlich, ob und welche Gründe/Zusammenhänge (medizinisch oder organisatorisch) für den vorgeschlagenen Leistungsgruppenmix und deren Zuordnung zu den Levels relevant waren. Bsp.: Geburtshilfe nur, wenn Stroke Unit oder Orthopädie und Unfallchirurgie nur mit Geburtshilfe</p> <p>Nur die Krankenhäuser, die dem höchsten Level angehören, sollen alle Leistungsgruppen abrechnen können.</p> <p>Auswirkungen der Zuordnung auf Fachkliniken?</p>
<p>Anzahl von Ärzten je Level: Ärztliche Personalbemessung nach dem Modell der BÄK</p>	<p>Bewertung: Verbindlichkeit? Modell liegt noch nichtabschließend vor. Derzeit fokussiert das BÄK-Modell auf Abteilungen. Soll das Modell normiert werden? Finanzierung?</p> <p>MB-Versorgungsstufenmodell: Vorgabe einer Facharztquote: mindestens 3 Fachärztinnen/Fachärzte pro Fachabteilung. Die Vorgabe bezeichnet eine fachärztliche Mindestbesetzung, die nicht unterschritten werden darf. Die fachärztliche Besetzung ist daher in Abhängigkeit von der Abteilungsgröße, dem Patientenaufkommen sowie der Arbeitszeit- und Arbeitsschutzvorgaben anzupassen. Ebenso müssen die notwendigen Zeitkontingente für ärztliche Weiterbildung Berücksichtigung finden. Mit der Mindestbesetzung im Sinne der verwendeten Facharztquote ist außerhalb werktäglicher Kernzeiten lediglich ein tarifkonformes Rufbereitschaftssystem realisierbar.</p>

<p>Krankenhäuser Level II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 3 internistische Leistungsgruppen (1.1-1.9, darunter in jedem Fall 1.6) und • Mind. 3 chirurgische Leistungsgruppen (2.1-2.7), • Leistungsgruppen 3.1 (Allgemeine Frauenheilkunde), 3.2(Geburten), 3.3 (?), 14.1 (Stroke Unit), • LG Allgemeine (erweiterte) Intensivmedizin mit Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten ≥10, High-care-Intensivbetten ≥10, • Erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Level 2 gem. G-BA) • weitere Leistungsgruppen aus mind. 5 weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16, • telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen Leistungsgruppe. • MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit. • Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30 km. • Pflege-Ausbildungsstätten. • Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren 	<p>Bewertung: Strukturvoraussetzungen für Level II wird von vielen größeren Krankenhäusern (> 500 Betten) nicht erfüllt; Von derzeit 460 Notfallstufe 2 Krankenhäusern würden nur 270 das von der Reg.K. vorgeschlagene Level II erreichen. ⇒ Einstieg in Wartelistenmedizin</p> <p>Level-Check für Krankenhäuser: BDPK-Fragebogen zur Level-Einordnung https://www.bdpk.de/themen/politik-und-positionen/krankenhaus-reform-2023/standard-titel-1</p> <p>Ergebnisse der am 13.02.2023 von der DKG veröffentlichten ersten datengestützten Auswirkungsanalyse, die beim Forschungsinstitut Institute for Health Care Business (hcb) in Kooperation mit Vebeto beauftragt wurde: https://www.dkgv.de/dkg/presse/pressekonferenz/</p> <p>Notfallstufe II laut G-BA: Chirurgie und Innere + 4 Fachabteilungen aus Kategorie A+B des G-BA Beschlusses, Der G-BA Beschluss sieht bei Stufe II der Notfallversorgung nicht die Vorhaltung einer Stroke Unit vor.</p> <p>Bewertung: Kliniken, die die erweiterte Notfallversorgung haben, würden teilweise nicht in Level II eingruppiert, was gerade in ländlichen Gebieten die stationäre Versorgung deutlich erschweren würde.</p> <p>MB-Versorgungsstufenmodell: Stufe 2 = Überregionale Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorhaltung von mindestens 7 Fachabteilungen und • mindestens Notfallversorgung Stufe 2 der G-BA Kriterien • Strukturierte Kooperationen (Kooperationsvereinbarung) mit regionalen Krankenhäusern, auch im Rahmen der telemedizinischen Mitbetreuung von Patientinnen/Patienten • Facharztquote: mindestens 3 Fachärztinnen/Fachärzte pro Fachabteilung
---	---

Facharztweiterbildung

Darüber hinaus sollten Level-I-Krankenhäuser auch in Bezug auf die **Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte** fest mit Level-III-Krankenhäusern kooperieren. Die Regierungskommission regt an, dass die Vernetzung von Level-I- und -III-Krankenhäusern bis hin zu Partnerkliniken so eng wird, dass Teile der ärztlichen Ausbildung im Rahmen der Kooperation an unterschiedlichen Standorten erbracht werden können. Sie sieht positive Effekte im Hinblick auf eine umfassende ärztliche Ausbildung, wenn verschiedene Versorgungsstufen in der Ausbildung durchlaufen werden.

Bewertung:

„Ausbildung der Ärztinnen/Ärzte“ = Facharztweiterbildung?

Idee der Rotation grds. gut, aber das ist bereits schon heute möglich, da WB gestaltet werden kann.

Nur Level I und Level III? Welche Rolle in der Weiterbildung haben dann Level II und Level II? Welche Inhalte der fachlich empfohlenen Weiterbildungspläne können in Level I und II erlangt werden? Komplette Weiterbildungen an Level I und Level II-Krankenhäusern in ländlichen Gebieten führen häufig dazu, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte dort auch niederlassen. Wenn verpflichtende Rotationen an Level III-Krankenhäuser notwendig sind, wäre das erschwert.

Ärztliche Qualifizierung darf sich nicht nach Vergütung richten.

Eine quasi Pflicht zur Rotation über alle Level, weil andernfalls nicht alle WB-Inhalte erlangt werden können, hätte folgende Implikationen:

Zuständig für die Weiterbildung sind die Kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts.

„Flaschenhals“, wenn alle Weiterzubildenden an Level III KH zur Erlangung der notwendigen Inhalte tätig werden müssen; Zahl der Weiterbildungsbefugten müsste adäquat erhöht werden (**Forderung MB: Jeder WBB sollte nur max. 10 WBA weiterbilden**)

„preiswerte Arbeitskräfte“ für Level III?

Arbeitsrechtliche Ausgestaltung? Für jeden Wechsel neuen Arbeitsvertrag?

MB-Position:

Krankenhäuser erfüllen ihre zentrale Rolle als Weiterbildungsstätte zur Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten. Notwendig sind dafür

	<p>Abteilungsstrukturen, die den Weiterbildungsauftrag ermöglichen, auch im Rahmen einer Verbundweiterbildung, die eine nahtlose Rotation durch alle Weiterbildungsabschnitte gewährleistet. Krankenhäuser, an denen ärztliche Weiterbildung erfolgt, sind bei der Krankenhausplanung vorzuziehen.</p>
<p>Harmonisierung Krankenhausplanung „Die Regierungskommission empfiehlt den Bundesländern, ihre Krankenhausplanung mit diesen Versorgungsleveln und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden.“</p> <p>Die rechtliche Implementierung des Reformvorschlags birgt juristische Herausforderungen. Das gilt insbesondere in kompetenzrechtlicher Hinsicht mit Blick auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG. Die Kommission ist sich dieser, das Verhältnis von Bundes- und Landesgesetzgebung betreffenden Herausforderungen sehr bewusst.</p>	<p>Bewertung: Das Ziel einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung nach § 1 KHG haben die Länder mit einem Krankenhausplan zu verwirklichen. Die zu Vergütungszwecken ermittelten Versorgungslevel dienen aber nicht zwingend auch einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgungsplanung. Verfassungsrechtliche Überlegungen: Krankenhausplanung ist Ländersache Option Verfassungsänderung? Öffnungsklausel für Länder z.B. wie bei den Opt-out-Regelungen für Qualitätskriterien?</p>
<p>Level li „Krankenhäusern des Levels li (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) kommt eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zu. Sie verbinden wohnortnah ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten und werden daher abweichend geplant und vergütet. Zur sektorenübergreifenden Planung unter Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten sollten regionale, paritätisch besetzte Gremien unter Beteiligung der Länder eingerichtet werden. In Akutpflegebetten können Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden. Diese sollten unter pflegerischer Leitung stehen.“</p>	<p>Bewertung: Sind Häuser der Stufe li noch Krankenhäuser oder nicht doch Einrichtungen der Kurzzeitpflege, wenn sie unter Leitung von Pflegekräften stehen? ⇒ § 107 SGB V: Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbooks sind Einrichtungen, die ... 2.) fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, ...</p> <p>Angesichts dieser Voraussetzungen wird eine Facharztweiterbildung an diesen Einrichtungen nicht möglich sein.</p> <p>Aktuell verfügen geschätzte 650 der knapp 1.900 Krankenhäuser über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). All diese Krankenhäuser müssen damit rechnen,</p>

	<p>zukünftig dem Level li zugeordnet zu werden. Besonders betroffen sind Bundesländer mit vielen, dünn besiedelten ländlichen Regionen. In Bayern haben 143 der 351 Krankenhäuser (= 40%) keine strukturierte Notfallversorgung. Das würde zu erheblichen strukturellen Verschiebungen führen. (Quelle: Bündnis Klinikrettung, Bewertung Empfehlungen, 13.12.2022)</p>
<p>„Die Vergütung der Level-li-Krankenhäuser erfolgt im Gegensatz zu allen anderen Leveln außerhalb der oben beschriebenen Budgets durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt durch erhöhte Tagespauschalen bei fest am Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzten und nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung (analog zu belegärztlichen Leistungen). Hiermit entsteht ein hoher Anreiz einer engen sektorenübergreifenden Versorgung.“</p> <p>„In Krankenhäusern aller Level einschließlich der Fachkrankenhäuser kann bei medizinischer Eignung eine tagesstationäre Behandlung erfolgen, bei der die Patientinnen und Patienten nicht im Krankenhaus übernachten.“</p>	<p>Bewertung: Woraus sollen sich die Tagespauschalen finanzieren? Aus der DRG-Vergütung?</p> <p>Angestellte Ärzte ohne ärztliche Leitung? Sind genügend KV-Ärztinnen und Ärzte für Dienste an Level li-Einrichtungen neben dem bisherigen KV-Dienst vorhanden? Wer übernimmt am Wochenende und des Nachts?</p> <p>Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten an allen Leveln sinnvoll.</p>
<p>Kooperationen, Leistungsaustausch, Upgrading Im Rahmen der Restrukturierung der Krankenhauslandschaft auf Grundlage der hier vorgelegten Reformvorschläge wird ein deutlicher Anreiz zur engeren Kooperation zwischen Krankenhäusern geschaffen bis hin zum Austausch von Leistungsgruppen.</p> <p>Auch könnten verschiedene Standorte mit niedrigem Versorgungsgrad zu einem Standort mit hohem Versorgungsgrad fusionieren.</p> <p>„Die Zuordnung zu einer Stufe erfolgt pro Standort, da räumliche Nähe der Fachabteilungen essenziell für eine qualitativ hochwertige und effiziente Patientenversorgung ist. Ein Standort kann auch Gebäude in einem Radius von 5 km Luftlinie umfassen.“</p>	<p>Bewertung: Ist das die Lösung für Schwerpunktkrankenhäuser, die die Kriterien für Level II nicht erfüllen? Welche Rolle spielen Versorgungsbedarf und Erreichbarkeit? Das Papier trifft keine Aussagen zu den räumlichen und versorgungsnotwendigen Grenzen von Kooperationen, Leistungsaustausch und Upgrading; darf z.B. nur im Radius von 5 km Luftlinie kooperiert werden?</p> <p>Pauschale Vorgabe von 5 km Luftlinie von Standorten zueinander schwierig, da die tatsächliche Wegstrecke regional unterschiedlich sein dürfte (je nach Verkehrsinfrastruktur, Topografie etc.).</p> <p>Der Erfolg von Kooperationen und Leistungsabsprachen dürfe maßgeblich vom Kartell- und Wettbewerbsrecht abhängen.</p>

	<p>MB-Position: Jedes regionale Krankenhaus soll mit nahegelegenen überregionalen Versorgern oder Maximalversorgern strukturiert kooperieren (Kooperationsvereinbarung), auch im Rahmen der telemedizinischen Mitbetreuung von Patientinnen/Patienten. Die telemedizinische Infrastruktur muss in den kooperierenden Kliniken zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Vernetzung und Anbindung ambulanter Zentren an den Regionalversorger bzw. stärkere Beteiligung des Regionalversorgers an der ambulanten fachärztlichen Versorgung (bedarfsabhängiger ambulanter Versorgungsauftrag).</p>
<p>Kostenneutrale Reform die Reform soll kostenneutral sein, die Finanzmittel lediglich innerhalb der verschiedenen Finanztöpfe (verschiedene Kategorien der Fallpauschalen, Vorhaltekosten) umverteilt werden.</p>	<p>Bewertung: Finanzierung der vorgeschlagenen baulichen Veränderungen? Umstrukturierung erfordert erhebliche zusätzliche Investitionen (siehe Beispiel Dänemark), die nicht aus Einsparungen durch Kapazitätsabbau an anderer Stelle generiert werden können.</p>
<p>Der Personalmangel wird sich schon aufgrund der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren vergrößern. Eine erhebliche Zahl berufstätiger Personen wird in den Ruhestand gehen, was nicht in ausreichendem Maße durch Nachwuchs ersetzt werden kann.</p>	<p>Bewertung: Die Analyse ist richtig, allerdings wird Umstrukturierung/Konzentration alleine das Problem nicht lösen. Personalverschiebung (= Personal folgt den neuen Strukturen) wird nicht funktionieren bei z.B. längeren Fahrwegen; anderen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser etc.; gerade die Pflege sucht sich andere Beschäftigungsmöglichkeiten); Gefahr des Personalverlustes aus der Versorgung.</p>
	<p>Bürokratieabbau: Im Kommissionspapier nicht adressiert! Im Gegenteil wird die Bürokratie bei den neuen komplexen Vorschlägen weiter zunehmen, wie zum Beispiel durch flächendeckende Strukturprüfungen durch den MD für die Anerkennung der Stufen und der Leistungsgruppen. Nach einer Strukturprüfungen zu Beginn sind Wiederholungsprüfungen allenfalls nach relevanten Strukturveränderungen akzeptabel. Auch die komplexe Vergütung wird eher zu Dokumentationsausweitungen führen.</p>

Anlagen:

Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht - Positionspapier des Marburger Bundes

MB-Versorgungsstufenmodell

Für Rückfragen:

Referat Krankenhauspolitik

Marburger Bund Bundesverband

Verband der angestellten und beamteten

Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.

Reinhardtstraße 36

10117 Berlin

Telefon: +49 30 746846-20

E-Mail: renzewitz@marburger-bund.de