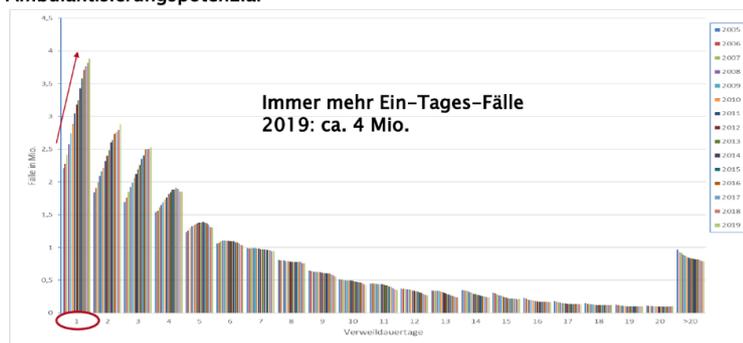


## Krankenhausversorgung: Qualität als Maxime

Nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie sind enorme strukturelle Mängel der Krankenhausversorgung in Deutschland offensichtlich geworden: Seit Jahren ist bekannt, dass in Deutschland die überproportionale Anzahl an Krankenhäusern und an Krankenhausbetten zu einer Überversorgung (Stichworte: unnötige Operationen und sonstige elektive Eingriffe und Untersuchungen) und Fehlversorgung (Stichworte: Versorgungskompetenz in personeller und technischer Hinsicht und Erfahrungswerte) beitragen.

**Ambulantisierungspotenzial**



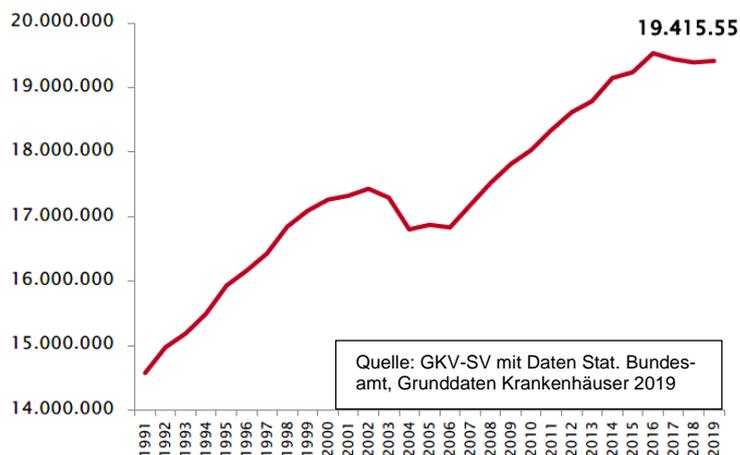
Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG; Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)  
GKV-Spitzenverband

Viele Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können, werden stationär erbracht, wie der starke Anstieg von Kurzzeitfällen zeigt: So hat der GKV-Spitzenverband im Zeitraum 2005 bis 2019 nahezu eine Verdoppelung der 1-Tages-Fälle mit einem hohen Potenzial für Ambulantisierung dokumentiert; rund 4 Millionen 1-Tages-Fälle allein 2019!

Mit der Corona-Pandemie und den begleitenden Maßnahmen für die Freihaltung von Kapazitäten wurde jedoch eine Wende beobachtet: In der Corona-Pandemie sind die 1-Tages-Fälle um 28 Prozent zurückgegangen (Busse / Augurzky 2021 nach GKV-SV); Nachholeffekte sind bislang ausgeblieben.

Zuletzt hatte die Fallzahlenmehrung in Deutschland – auch im internationalen Vergleich – enorme Ausmaße angenommen. Der schon in der ambulanten Versorgung bekannte Hamsterradeffekt infolge einer ungezügelter Fallzahlenmehrung, die als Umsatzgenerator in den Krankenhäusern dient, ist mit der Änderung der Krankenhausfinanzierung hin zum System der Fallpauschalen nicht nur zum finanziellen, sondern auch zum qualitativen Problem geworden.

**Vollstationäre Krankenhausfälle bis 2019**



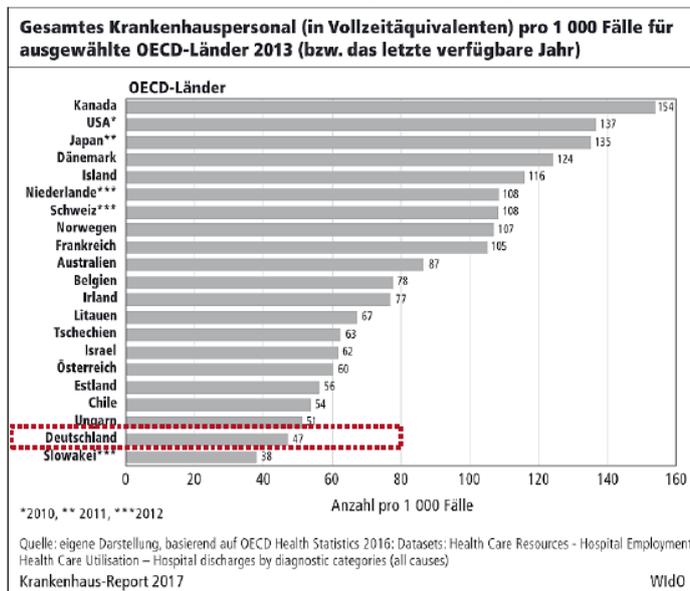
Quelle: GKV-SV mit Daten Stat. Bundesamt, Grunddaten Krankenhäuser 2019

Denn parallel zum Anstieg der Fallzahlen ging die Verweildauer von durchschnittlich 12 auf 7,2 Tage drastisch zurück.

So manifestieren sich die strukturellen Mängel im Krankenhausbereich zu wesentlichen Teilen in der Versorgung mit Pflegekräften. Die Versorgung mit Pflegepersonal galt schon vor

der Pandemie aufgrund der Fallzahlenentwicklung als Engpass. Und während der Pandemie, aufgrund der pflegerischen zusätzlichen Herausforderungen durch besondere Hygiene-Bedarfe insbesondere auf den Intensivstationen, wurde dieser Mangel nahezu täglich in den Medien thematisiert. Dabei leidet die Intensivversorgung aufgrund der hohen Arbeitsbelastung schon seit Jahren unter einem chronischen Personaldefizit.

### Ausgangssituation: Krankenhauspersonal pro 1 000 Fälle



Deutschland verfügt zwar im internationalen Vergleich bezogen auf die Bevölkerung inzwischen über eine gute Ausstattung mit Pflegekräften. Diese hohe Anzahl an Fachpersonal reicht aber nicht aus, um die enorme Fallzahl, die in Deutschlands Kliniken bis zur Pandemie produziert wurde, adäquat zu versorgen. Personaluntergrenzen werden vielfach nicht eingehalten.

Quelle: Zander B, Köppen J, Busser R (2017): Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klabber et al. (Hrsg.) Krankenhausreport 2017  
Grafik entnommen aus: GKV-SV, PK v. 26.08.2021

Viele Branchenkenner gehen davon aus, dass der Rückgang der elektiven Eingriffe aufgrund der Corona-Maßnahmen Bestand haben könnte. Aber, wenn die finanziellen Corona-Hilfen über Freihaltepauschalen für die Kliniken 2022 wieder komplett entfallen, würde der sich verstetigende Rückgang der Fallzahlen bei rund einem Drittel der rund 1.900 Kliniken in Deutschland zum wirtschaftlichen Problem.

Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung aber auch der Beschäftigten in den Krankenhäusern wäre ein Rückgang der Fallzahlen wünschenswert. Denn die Masse an Krankenhäusern in Deutschland konkurriert schließlich nicht nur um Personal, sondern auch um Erfahrungswerte und leidet unter einer chronischen Überlastung: Weil Personaluntergrenzen und Mindestmengen vielerorts nicht eingehalten werden, geht dies mit einem Qualitätsverlust der Versorgung von Patientinnen und Patienten einher.

Krankenhäuser sollten deshalb bei der Anpassung auf eine insgesamt rückläufige Fallzahl mit einer zeitnahen Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Neuregelung für ambulante Behandlungen nach § 115b SGB V sowie einer differenzierten Krankenhausplanung mit stärkerem Leistungsbezug und einer damit verbundenen intensiveren regionalen Vernetzung der Krankenhäuser unterstützt werden.

(Stand: September 2021)

## Reformbedarfe im Krankenhausbereich

### Krankenhausplanung

Ist:

- Starke Versorgungsunterschiede und chronischer Mangel an Fachpersonal:
  - In Ballungsräumen mit Mehrfachstrukturen, Überversorgung in Diagnostik und Therapie.
  - In dünn besiedelten Regionen müssen Vorhaltekosten für die Not- und Grundversorgung durch medizinisch nicht indizierte Maßnahmen kompensiert werden.

Soll:

- Grundsätze für Strukturvorgaben auf Bundesebene definieren (allgemeine Planungsvorgaben, Finanzierungsgrundsätze insb. für die Investitionskosten).
- Investitionskosten über den Bund finanzieren.
- Bundesländer müssen die Leistungserbringung nach dem regionalen Versorgungsbedarf steuern.
- Versorgung in regionalen Netzwerken.
- Ärztliche und pflegerische Weiterbildung ist zu organisieren.

### Qualität in der Versorgung

Ist:

- *Wer kann, der darf.* Bestmögliche Behandlung bleibt zweitrangig und wird nicht struktur-, prozess- und vor allem ergebnisorientiert nachvollzogen.
- Anbieterinteresse des jeweiligen Krankenhauses steht über Ergebnisqualität beim Behandlungsbedürftigen.

Soll:

- Intersektorale Versorgungsnetzwerke konsequent auf eine patientenorientierte Qualität ausrichten.
- Ergebnisqualität als bestimmender Faktor für Strukturen und Prozesse anpassen.
- Möglichkeiten der Digitalisierung ausschöpfen.
- In der sektorenübergreifenden Versorgung werden Erreichbarkeit, Daseinsvorsorge und Lebensqualität berücksichtigt.
- Strukturvorgaben und Mindestmengen geben Orientierung für die Gestaltung regionaler Versorgungskonzepte.

### Versorgungsstufen und -konzepte

Ist:

- Bestehende ineffiziente Sektorentrennung behindert den Ausbau von zweckmäßigen Versorgungsstrukturen.
- Ressourcenverschwendung durch doppelte Facharztschiene ambulant und stationär.
- Regionale Versorgungskonzepte scheitern derzeit an sektoralen Zulassungs- und Vergütungsregeln; in ländlichen Regionen wird so Gesundheitsversorgung behindert.

Soll:

- Versorgung patientenzentriert anhand von Versorgungspfaden ausgestalten.
- Vertikale und horizontale Trennung der Sektoren zwischen ambulant, stationär und nachstationär über Bundesgesetzgebung abschaffen.
- Intersektorale Versorgungsplanung stärken und die Struktur der fachärztlichen Versorgung auf den Prüfstand stellen.
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung.

## Notfallversorgung

Ist:

- Notaufnahmen werden oft auch durch Bagatellerkrankte blockiert.
- Finanzielle Zwänge motivieren Krankenhäuser zu unnötigen stationären Aufnahmen.

Soll:

- Für die medizinische Notfallversorgung eine zentrale Anlaufstelle schaffen, die nach der Fallschwere die Behandlung steuert.
- Notfallversorgung digital anbinden.
- Notfallbehandlungen und die dazu notwendige Versorgungsinfrastruktur im Sinne einer Grundfinanzierung gestalten.

## Fehlallokation der Finanzen

Ist:

- Krankenhäuser in der Kommunalversorgung sind vielfach permanent unterfinanziert, private Klinikbetreiber andererseits erreichen mit einem selektiven Leistungsgeschehen bis zu zweistellige Renditen.
- Bundesländer kommen ihren Investitionsverpflichtungen (auch in Bayern) nicht ausreichend nach; Krankenhäuser müssen ihre Investitionen über das DRG-System querfinanzieren. Die Folgen: Mengenausweitung mit unnötigen Operationen sowie Kosteneinsparung in der Pflege.
- Das Abrechnungssystem ist zu komplex und intransparent.

Soll:

- Investitionen in die Infrastruktur (inklusive Digitalisierung) sind Teil der Daseinsvorsorge. Investitionen sind über eine direkte Steuerfinanzierung anhand der patientenorientierten Qualität von Versorgungsnetzwerken zu finanzieren.
- Das DRG-/ Fallpauschalensystem mit einer stärkeren Berücksichtigung von Vorhaltekosten und einer differenzierten Vergütung für Versorgungsstufen weiter entwickeln.
- Die wohnortnahe Grund- und Regelversorgung sollte finanziell abgesichert werden.
- Eine deutlich einfachere Finanzierung muss angestrebt werden.
- Der Bundesgesetzgeber muss eine konkrete langfristige Zielvorstellung für eine sektorenübergreifende digitale Infrastruktur ausbilden und den rechtlichen Rahmen schaffen.

## Personalressourcen

Ist:

- Fachkräftemangel im Bereich der Pflege und in ländlichen Regionen auch im assistenz- und fachärztlichen Bereich.
- Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal hat gravierende negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Soll:

- Gute qualitative Versorgung braucht ausreichende Vorhaltung an qualifizierten Fachpersonal. Notwendigkeit der Bündelung von Krankenhausleistungen im Sinne von: Je planbarer Eingriffe sind, desto spezialisierter arbeiten die Krankenhäuser.
- Alle Krankenhäuser tragen unabhängig von ihrer Versorgungsstufe zur Weiterbildung bei. Regionale Weiterbildungsverbände sichern über Rotationen die fachärztliche Ausbildung auch an kleineren Krankenhäusern.
- Die Finanzierung der Weiterbildung ist über Verbände zu organisieren.

## Ist- und Soll-Versorgung im Krankenhaus am Beispiel von drei Erkrankungen

Die derzeitige Versorgungssituation (IST) ist geprägt vom Recht der Leistungserbringer (Krankenhäuser sowie Ärzt\*innen) auf das Recht zur freien Berufsausübung. Vorgaben zur Qualitätssicherung gibt es lediglich bei einzelnen Komplexleistungen und dies auch nur als Regulativ zur Berechtigung der Inrechnungstellung gegenüber den Kassen. Das Ziel (SOLL) geht im Sinne einer verpflichtenden leitliniengerechten Behandlung vom Patienteninteresse aus.

### 1. Herzinfarkt: Voraussetzungen zur Behandlung

Kriterien	IST	SOLL (gemäß Leitlinien)
<b>Dringlichkeit</b>	Ja	Ja
<b>Besondere Expertise</b>	Ja	Ja
<b>Strukturanforderungen</b>	Internistische Abteilung	Chest Pain Unit *
<b>Vorhaltung Qualifikation</b>	Internist*in	Fachärzt*in Kardiologie
<b>Verpflichtende Vorhaltung Verfügbarkeit spezialisierte Diagnostik</b>	Nein	24/7 Linksherzkatheter-Messplatz mit Interventionsmöglichkeit

\*(Linksherzkatheter-Messplatz etc.) derzeit in 46 von ca. 400 Krankenhausstandorten in Bayern vorhanden. In einer zertifizierten Chest Pain Unit (CPU) ist die Diagnostik und Behandlung von akuten Herzinfarkten rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche gewährleistet. Neben der korrekten Diagnosestellung kann dabei ohne zeitlichen Verzug interveniert werden. Durch frühzeitige Wiederherstellung der Durchblutung von betroffenem Herzmuskelgewebe ist es so möglich, die Folgen des Infarktes zu minimieren und künftige Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität von Erkrankten gering zu halten. Ohne die Möglichkeiten einer CPU drohenden den Patient\*innen neben den direkten Folgen des absterbenden Herzgewebes Folgeeinschränkungen für das weitere Leben oder schlimmstenfalls Invalidität oder Tod.

## 2. Herzinsuffizienz: Voraussetzungen zur Behandlung

Kriterien	IST	SOLL (gemäß Leitlinien)
<b>Dringlichkeit</b>	Ggf.	Ggf.
<b>Besondere Expertise</b>	Internist*in	Kardiolog*in
<b>Strukturanforderungen</b>	Internistische Abteilung	Kardiologische Abteilung
<b>Vorhaltung Qualifikation</b>	Internist*in	Fachärzt*in Kardiologie
<b>Verpflichtende Vorhaltung Verfügbarkeit spezialisierte Diagnostik</b>	24/7 ärztliche Besetzung	24/7 fachärztliche(!) –Besetzung; Bildgebende Verfahren (MRT, Echokardiographie, Linksherzkatheter)

Die Herzinsuffizienz ist eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung und sollte daher bei entsprechendem Verdacht ohne zeitlichen Verzug in einem dafür geeigneten Krankenhaus diagnostiziert und behandelt werden. Dazu sind nach geltenden Leitlinien Linksherzkatheter, MRT und Echokardiographie als Diagnostische Instrumente vorzuhalten.

## 3. Onkologische Erkrankung: Voraussetzungen zur Behandlung

Kriterien	IST	SOLL (gemäß Leitlinien)
<b>Dringlichkeit</b>	Ggf.	Ggf.
<b>Besondere Expertise</b>	Nein	Ja
<b>Strukturanforderungen</b>	Keine	durch Fachgesellschaft definiert und durch Zertifikat nachgewiesen *
<b>Vorhaltung Qualifikation</b>	Keine	Onkolog*in
<b>Verpflichtende Vorhaltung Verfügbarkeit spezialisierte Diagnostik</b>	Nein	durch Fachgesellschaft definiert und durch Zertifikat nachgewiesen

\* Die Ziele des nationalen Krebsplans bezüglich der Qualität der stationären Versorgung haben derzeit lediglich empfehlenden Charakter. Eine nicht leitliniengerechte Behandlung schließt derzeit kein Krankenhaus von der Versorgung aus. Derzeit erfüllen etwa 60 bayerische Krankenhäuser (von 400) mit mindestens einem zertifizierten Organzentrum die Strukturvorgaben sowie die ärztlichen Qualifikationen, die von den Fachgesellschaften gefordert werden. Dazu gehören regelhafte interdisziplinäre Tumorboards mit den an der Behandlung beteiligten Fachrichtungen (organbezogene Fachabteilungen, Strahlentherapie, Pathologie) und Einbeziehung der einstrahlenden ambulanten Behandler. Die aktuelle Versorgungssituation verdeutlicht folgendes Beispiel: Fast 40 Prozent der Kliniken, die 2019 an der Behandlung von Brustkrebspatientinnen beteiligt waren, haben weniger als 20 Brustkrebs-OPs pro Jahr vorgenommen. Das sind 192 deutsche Kliniken, in denen im Durchschnitt nicht einmal alle zwei Wochen ein Fall operiert worden ist; das ist nicht im Sinne der Patienten.