

Grundforderungen aus dem Eckpunktepapier – Krankenhausreform

Vorschläge aus der Praxis für eine erfolgreiche Umsetzung

Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge)

Für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit sind neben der stationären Behandlung auch die vor- und nachgelagerten Sektoren wie vertragsärztliche Behandlungen, Rehabilitationen und Pflegedienst/-einrichtungen zu berücksichtigen. Eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten ist oft das Resultat einer unzureichenden vertragsärztlichen Versorgung, wie sie zunehmend in ländlichen Regionen oder sozialen Brennpunkten anzutreffen ist. Für vertragsärztliche Behandlungen, Rehabilitationen und stationäre Pflege gibt es keine der stationären Versorgung vergleichbare Transparenz zu Leistungen und Qualität. Insofern ist die Aussagekraft von Behandlungszahlen je 100.000 Einwohner, wie sie aus Qualitätsberichten und Daten des Statistischen Bundesamtes abgeleitet werden kann, begrenzt.

- Planung auf der Basis von Versorgungsregionen, die wiederum durch Einwohnerzahlen und Erreichbarkeit für Basisversorgung, spezialisierte Fachversorgung und Maximalversorgung charakterisiert werden
- Herstellung einer Leistungstransparenz in der vertragsärztlichen Versorgung als Ausgangspunkt für eine sektorenübergreifende Entwicklung von Gesundheitsversorgungsregionen
- Alters- und sozialökonomisch adjustierte Bedarfsanalyse für ambulante und stationäre Versorgung auf Basis der Bevölkerungsstruktur unter Berücksichtigung des regional erwarteten demografischen Wandels und der Trends infolge des medizinisch-technischen Fortschritts
- Bewertung und ggf. korrigierender Eingriff bei strukturellen Anomalien wie z.B. regional überdurchschnittlicher Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen
- Ermittlung der Investitionslücke für die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und Erstattung der erforderlichen Mittel aus einem Investitionsfond
- Beachtung des fatalen Steuerungsanreizes eines 20-prozentigen Fallzahlkorridors für die Zuweisung der Leistungsgruppen bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten
- Kostenfreier Zugang zu den Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit des BfArM für alle an der Steuerung der Gesundheitsversorgung Beteiligten
- Übernahme der Sozialversicherungsnummer als Merkmal in Statistikdatensätze für eine einrichtungsübergreifende Versorgungsforschung

Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität

Derzeit wird für ca. 25 % der stationär behandelten Patienten ein äußerst aufwendiges Verfahren der Qualitätssicherung betrieben. Daten aus der Krankenhausstatistik zeigen, dass durch die intrinsische ärztliche Motivation in Kombination mit der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden die Krankenhaussterblichkeit bei Schlaganfall oder Herzinfarkt in den letzten 20 Jahren dramatisch gesunken ist, während die Sterblichkeit bei Schenkelhalsfrakturen trotz akribischer Dokumentation und immer weiter verschärfter Qualitätskriterien stabil bei 5 Prozent liegt. Insofern muss die Frage gestellt werden, ob das bestehende System der Qualitätssicherung effizient und effektiv ist. Aus Sicht der Praxis führen echte Qualitätsprobleme entweder zu verlängerten Verweildauern und/oder einer erhöhten Inanspruchnahme intensivmedizinischer Versorgung und/oder zu einer höheren Rate von Beatmungen und/oder zu einer erhöhten Letalität. Alle diese Merkmale der Ergebnisqualität sind mit einfachsten Mitteln auf der Basis von Routedaten für sämtliche stationäre Fälle zu ermitteln. Durch eine Begrenzung von Qualitätsassessments (z.B. die Einhaltung von Leitlinien und Richtlinien bei Indexfällen) auf jeweils 5 bis 10 % der größten Abweichung vom Mittelwert würde sich der bürokratische Aufwand für alle Krankenhäuser mit einer guten oder sehr guten Qualität erheblich reduzieren lassen.

- Screening der Versorgungsqualität auf Basis von Routinedaten
 - Fallzahl
 - Letalität
 - Verweildauer
 - Intensivbehandlungsquote und -dauer
 - Beatmungsquote und -dauer
- Assessment und Peer-Verfahren nur bei Auffälligkeiten
- Einbeziehung der Rehabilitation in die Langzeitergebnisqualität
- Einbeziehung von Daten zur Schwerbehinderung und zum Pflegegrad in die Qualitätssicherung
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung unter Einbeziehung der vertragsärztlichen Versorgung
- Auswertung und Angabe einer Ein-Jahres-Letalität nur unter Berücksichtigung aller Abhängigkeiten in den Versorgungsketten (ambulante vertragsärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation) und Darstellung des anteiligen Einflusses auf das Gesamtbehandlungsergebnis

Entbürokratisierung

Krankenhäuser haben derzeit eine Vielzahl unterschiedlicher gesetzlicher und untergesetzlicher Normen und Regeln mit zum Teil sich widersprechenden oder überschneidenden Vorgaben zu beachten. Hinzu kommt, dass für immer weniger Leistungsvolumen immer komplexere Abrechnungsregeln zu berücksichtigen sind, die wiederum immer mehr Dokumentationsaufwand und Verwaltungspersonal erfordern.

- Überführung und Harmonisierung aller Regelwerke zur Strukturprüfung (StrOPS, QS-RL, ASV) in ein einheitliches auf Leistungsgruppen orientiertes Prüfsystem mit klaren (gesetzlichen) Regelungen zu Prüfinhalten und Bewertungsmaßstäben
- Überführung der Regelungen für die ASV in die Leistungsgruppen, sodass Krankenhäuser die eingeschlossenen Patienten sowohl stationär als auch ambulant behandeln können
- Beseitigung der äußerst kleinteiligen Berichtsanforderungen zur (schichtbezogenen) personellen Ausstattung einzelner Stationen, für eine Überwachung der Personalausstattung sollte es ausreichen, Fallzahlen und Personalausstattungen halbjährlich oder jährlich miteinander zu korrelieren
- Rückbau der Vielzahl unterschiedlicher Vergütungsregeln im SGB V §§115ff unter Beachtung des personellen administrativen Aufwandes für Dokumentation, Abrechnung und Leistungsprüfung je Vergütungsvolumen
- Gezielte Förderung der Digitalisierung in besonders bürokratielastigen Arbeitsbereichen (Pflegedokumentation, Befundberichte, Arztbriefschreibung) zur Entlastung des an der unmittelbaren Patientenbehandlung beteiligten Personals
- Reduktion der Leistungsprüfungen auf statistische Auffälligkeiten ggf. unter Einsatz von AI
- Aufbau eines „Bürokratiemeldesystems“, um aus der Praxis heraus unsinnige oder redundante und ineffiziente Verwaltungsaufwände einer Lösung (Beseitigung) zuzuführen

18.08.2023

Dr. Ulf Dennler

Prof. Dr. Erika Raab

Nicole Eisenmenger

Dr. Dirk Elmhorst