

Editorial

Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration



In den letzten Jahren sind zahlreiche Bundesländer mit der Neuordnung der Krankenhauslandschaft beschäftigt gewesen,

um deren Zukunftsfähigkeit zu gewährleisten. Allen planungsrechtlichen Schritten gingen umfassende und profunde Gutachten voraus, die allesamt eine Konzentration von spezialisierten Leistungen empfahlen. Dies vor allem, um vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Vorgaben des G-BA weiterhin eine hohe Qualität der medizinischen Behandlung zu gewährleisten. Dies wird durch etliche hochrangig publizierte Studien untermauert und ist unstrittig. Zu dem Schluss kommt auch das aktuelle IGES Gutachten, welches eine Weiterentwicklung dieser Bestrebungen empfiehlt. Statt die Leistungen an einem Haus zu konzentrieren, sollten größere Einheiten – beispielsweise über Fusionen von Häusern – aufgebaut werden, um eine regionale Leistungsverdichtung zu erzeugen. Dies sei vor allem für komplexe Eingriffe bzw. Behandlungen vorteilhaft. Alternativ sollten auch digitale Verbundlösungen ermöglicht werden. Zusammenfassend zeigt das Gutachten, dass einige Länder auf einem guten Weg der Neuordnung der Krankenversorgung sind, jedoch an manchen Stellen noch Optimierungsbedarf besteht. Hoffen wir also, dass der Text dort gelesen wird.

Prof. Christian Schmidt

Interview zum Krankenhaus Rating Report 2021:

Wird das niedrige Leistungsniveau anhalten?

Klinik Markt inside sprach mit Prof. Dr. Boris Augurzky, unter anderem Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen und Mitautor des jährlich im medhochzwei Verlag erscheinenden „Krankenhaus Rating Reports“, über die diesjährige Ausgabe des Reports, die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Krankenhäuser und wichtige politische Weichenstellungen in der kommenden Legislaturperiode. Das Interview führte KMI-Chefredakteur Sven C. Preusker.

Klinik Markt inside: Herr Prof. Augurzky, in Kürze erscheint der

Krankenhaus Rating Report 2021 – können Sie schon sagen, wie deutlich die Auswirkungen der Corona-Pandemie in diesem Report zum Ausdruck kommen?

Prof. Boris Augurzky: Das wird auch für uns dieses Jahr eine besondere Herausforderung. Uns liegen nur die Jahresabschlüsse der Krankenhäuser aus dem Jahr 2019 vor, also aus der Zeit vor der Krise. Wir werden versuchen, die 2019er Zahlen so gut es geht auf 2020 hochzurechnen und dabei Erlös- und Kostenänderungen der Krankenhäuser berücksichtigen. Zum Glück liegen uns aber erstmals aktuelle Leistungsdaten aus

In dieser Ausgabe

Interview zum Krankenhaus Rating Report 2021:

Wird das niedrige Leistungsniveau anhalten? 1-4

Köpfe..... 3

Untersuchung zur Leistungskonzentration in der stationären Versorgung:
Qualitätspotential auch jenseits von Mindestmengen 4-7

Einkauf:
Neue Initiative zur Förderung nachhaltiger Beschaffung im Gesundheitswesen gestartet..... 7-8

Herzinsuffizienz:
Helios baut Register auf..... 8

DKG-Positionen zur Bundestagswahl:
Forderung nach Ende des „kalten Strukturwandels“ 8-10

Krankenhauskosten:
Durchschnittskosten pro Fall 2019 erstmals über 5.000 Euro 10-11

Ambulante Notfallversorgung:
Zi analysiert langfristige Entwicklung..... 11-12

Krankenhaus und Recht 13-14

Markt-Infos 14-15

Neue Bücher/Termine/Video-Tipp/Impressum 16

dem Vorjahr, also aus 2020, vor. Das gab es in früheren Reports nie. Darauf werden wir natürlich eingehen. Eine wichtige Frage wird sein, was passiert, wenn das niedrige Leistungsniveau 2020 und 2021 auch nach der Pandemie anhalten wird. In diesem Fall wären die Folgen für Krankenhäuser gewaltig.

KMi: Wie schätzen Sie das ein, wird die Leistungsmenge in der stationären Versorgung wieder auf ein Niveau ähnlich Vor-Corona-Zeiten kommen? Wie sah der Trend aus Rating-Report-Sicht bis zum vergangenen Jahr aus?

Prof. Augurzky: Wir beobachteten schon vor Corona kein Wachstum der Fallzahlen mehr, sondern sogar ein leichtes Sinken. Im Jahr 2020 war der Einbruch dann immens. Ich gehe davon aus, dass ein Teil der weggebrochenen Fälle wiederkommen wird – auch als Folgeschäden zum Beispiel im onkologischen und psychiatrischen Bereich. Ein anderer Teil könnte dauerhaft entfallen, weil er künftig ambulant erbracht wird. Es ist im Moment aber noch völlig offen, wie große diese Anteile sein können. Eine valide Aussage dürfte erst im übernächsten Report möglich sein.

KMi: „Mit Wucht in die Zukunft katapultiert“ – so lautet der Untertitel des Reports in diesem Jahr. Können Sie die Punkte „Wucht“,

„Katapult“ und „Zukunft“ ein wenig definieren?

Prof. Augurzky: Wir sprechen schon lange über die zunehmende Ambulantisierung der Medizin und den damit verbundenen Konsequenzen für Krankenhäuser. Genauso lange sprechen wir auch über die Digitalisierung. Bis 2019 ist jedoch diesbezüglich wenig passiert. Es war aber immer klar, dass im Laufe des gegenwärtigen Jahrzehnts tiefgreifende Änderungen kommen müssen, weil uns bald die ersten fleißigen Babyboomer nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen werden. Ich bin überzeugt, dass mit der Corona-Pandemie einschneiden-

de Veränderungen nun noch viel schneller kommen werden. Wir sollten schon ab 2022 damit rechnen, gewohnte Pfade verlassen zu müssen. Bis zum Ende dieses Jahrzehnts werden viele Krankenhäuser eine neue Rolle finden und die digitale Anbindung der Patienten und ihre Interaktion mit der Versorgung werden völlig anders sein.

KMi: Einige politische Projekte, die eigentlich längst erste Effekte zeigen sollten, sind durch die Corona-Krise nach hinten verschoben worden – so z.B. Änderungen bei den MDK-Prüfungen, in gewissem Rahmen die Pflegepersonaluntergrenzen, sektoren-

übergreifende Versorgung – was hat das für Auswirkungen?

Prof. Augurzky: Eigentlich nur eine aufschiebende. Für die GKV ausgabensenkende Änderungen, die bereits ab 2020 geplant waren, werden 2022 erst recht kommen, weil die Kassen dann völlig leer sein werden. Bei den Pflegepersonaluntergrenzen bin ich mir aber nicht so sicher, ob sie dauerhaft Bestand haben können. Wenn die Ressourcen knapper werden, werden wir möglichst viel Gestaltungsfreiheit brauchen, um effizientere Versorgungsformen ausprobieren und realisieren zu können. Eine bloße Regulierung des Personaleinsatzes wird hier kontraproduktiv sein. Vielmehr wird es mittelfristig nicht anders gehen, als Versorgungsziele vorzugeben und Freiheit zu erlauben, selbständig entscheiden zu können, wie diese erreicht werden. Daher wird auch das Pflegebudget in Form einer Selbstkostendeckung keine Zukunft haben. Jede Selbstkostendeckung ist natürlicherweise instabil, weil sie nach oben schrankenlos ist. Die Schranken sind jedoch heute schon sichtbar.

KMi: Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Diagnosis Related Groups haben Sie 2019 als „fatalen Irrweg“ bezeichnet – inzwischen sollten die ersten Auswirkungen auch in den Bilanzen sichtbar sein...

Prof. Augurzky: So ist es. Wie zu erwarten war, wurde 2019 – vor dem Start des Pflegebudgets – Personal z.B. vom Funktionsdienst in den Pflegedienst, wo immer möglich, verschoben. Dies kann man in den Zahlen schon sehen.



Prof. Dr. Boris Augurzky, hier bei der Vorstellung des Krankenhaus Rating Reports 2019 auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin, ist Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.

Foto: Sven C. Preusker

Das Pflegebudget entfaltet eine enorme Sogwirkung, weil innerhalb dessen alle Kosten erstattet werden. Ich erwarte auch bereits Auswirkungen auf die Altenpflege, die Fachkräfte an Krankenhäusern verlieren wird. Man kann und darf den Krankenhäuser daraus keinen Vorwurf machen. Der Fehler lag ja nicht bei ihnen, sondern bei der Politik, die immer wieder dem Glauben verfällt, sie könne einfachste ökonomische Zusammenhänge aushebeln und das Wunderland für alle schaffen.

KMi: Die Diskussion um Krankenhausschließungen ist durch die Corona-Krise wieder angefacht worden, Sie und andere Verfechter von Konzentrationsprozessen in der stationären Versorgung wurden teils scharf kritisiert – wie schätzen Sie die Situation aus „Rating Report“-Sicht heute ein?

Prof. Augurzky: Diesbezüglich praktisch keine Änderung zu vor der Krise. Auch für die Versorgung von intensivpflichtigen Patienten gilt, dass sie in größeren Einheiten besser erfolgen kann als in kleinen. Gerade wenn es um Vorhalteleistungen geht, muss man sich das Gesetz der großen Zahl zunutze machen. Je größer das Versorgungsgebiet für ein Zentrum ist, desto besser können Schwankungen im Versorgungsbedarf aufgefangen werden. Wohnortnähe ist für Corona kein entscheidendes Kriterium, wenn gleich natürlich kleinere Krankenhäuser in der Peripherie einen wichtigen Beitrag leisten können, indem sie die Zentren entlasten und einfachere Fälle versorgen. Und Zentralisierung heißt auch nicht notwendigerweise Kapazitätsabbau, sondern zunächst einmal nur Kapazitätsverschiebung.

Wenn wir also der Meinung sind, wir bräuchten eine Menge Krankenhauskapazitäten, um künftig für Pandemien gewappnet zu sein, stellt sich immer noch die Frage, wo diese Kapazitäten anzusiedeln sind: breit verstreut oder mit Fokus.

KMi: und welche Perspektiven bestehen dann für kleinere Krankenhäuser, die momentan teilweise ja an oder schon unter der Grenze zur Wirtschaftlichkeit operieren? Sollen die ganz wegfallen oder gibt es andere Optionen – sie sprachen ja eben von Verschiebung und nicht unbedingt Abbau von Kapazitäten?

Prof. Augurzky: Standorte mit einem Krankenhaus werden für die Gesundheitsversorgung weiter Bestand haben. Die Rolle des Krankenhauses wird sich aber wan-

Köpfe

Landeskrankenhaus Andernach: Wilhelm folgt auf Gaß

Der Aufsichtsrat des Landeskrankenhauses (AÖR) Andernach hat Dr. Alexander Wilhelm zum neuen Geschäftsführer berufen. Der Staatssekretär des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Arbeit und Demografie tritt am 15. Mai die Nachfolge von Dr. Gerald Gaß an, der zuvor 13 Jahre lang in der Position tätig war und jetzt Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist. Die Stelle wurde öffentlich ausgeschrieben und das Auswahlverfahren durch ein externes Personalberatungsunternehmen begleitet. Der Jurist Wilhelm ist seit Mai 2018 Staatssekretär im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Vorher war er seit 2005 als Referent im Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz tätig, 2010 wurde er Büroleiter des Finanzministers. 2011 wurde er Leiter der Zentralabteilung.

(scp)

Rasche wird neuer Klinikgeschäftsführer des Helios Klinikum Schleswig

Nachdem er Helios eigentlich verlassen wollte, übernimmt Johannes Rasche nun zum 1. Mai die Geschäfts-

führung des Helios Klinikums Schleswig. Er folgt auf Dr. John Nähnke, der die Klinikleitung Ende April abgibt, um sich bei VAMED Gesundheit Deutschland neuen Aufgaben zu stellen.

Rasche ist Diplom-Kaufmann und arbeitet seit sieben Jahren für Helios. Nach Stationen als Assistent in Cuxhaven und in der Endo-Klinik Hamburg sowie als Klinikgeschäftsführer in Kiel, Bad Schwartau und Stralsund hat er seit dem 1. November letzten Jahres die Geschäftsführung der Helios Mariahilf Klinik Hamburg verantwortet. Parallel zu seiner neuen Tätigkeit in Schleswig wird Johannes Rasche vorerst auch Geschäftsführer in Mariahilf bleiben.

(scp)

Fehr neuer Pflegedirektor des Klinikums Vest

Seit dem 1. April ist Christian Fehr neuer Pflegedirektor des Klinikums Vest. Der gelernte Krankenpfleger und Diplom-Pflegewissenschaftler (FH) bringt zehn Jahre Berufserfahrung in der Krankenpflege mit. Zuletzt war er knapp vier Jahre lang als Pflegedirektor in einem Oberhausener Krankenhaus tätig, davor engagierte er sich dreieinhalb Jahre als Pflegedirektor bei einem Krankenhaus in Bochum.

(scp)

deln. Ich kann mir gut vorstellen, dass eine kleines Krankenhaus der Grundversorgung in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum aufgeht und Koordinator der lokalen Gesundheitsversorgung wird: Es managt die Versorgung vor Ort, kümmert sich um die fachärztliche Versorgung, bietet eine Basis-Notfallversorgung, vernetzt sich telemedizinisch mit großen Zentren und ebenfalls mit kleinen Praxen in der Peripherie, um Patienten den flächendeckenden Zugang zur Medizin zu ermöglichen. Dabei fallen Teile der stationären Kapazitäten weg, aber es kommen andere Aufgaben dazu.

KMi: Was sind die Probleme, die die Politik in der kommenden Legislaturperiode unbedingt angehen muss?

Prof. Augurzky: Sie muss den Rahmen dafür setzen, dass Kran-

kenhäuser Lust auf Ambulantisierung bekommen und dass alle Leistungserbringer eine patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgung anstreben wollen. Darunter fällt nicht nur die Schnittstelle ambulant-stationär, sondern auch die zur Altenhilfe. Dazu braucht es mehr Gestaltungsfreiheit, eine stärkere Orientierung an Zielen statt starre Vorgaben, wie eine Leistung erstellt werden soll, und ein Vergütungssystem, das die Zielerreichung belohnt. Denkbar sind Regionalbudgets mit Zielvorgaben oder Vorhaltebudgets für eine Region oder auch tagesklinische DRGs zur Förderung der Ambulantisierung. Wir müssen auch weg von der Idee, immer mehr Personal einsetzen zu wollen. Stattdessen müssen wir uns fragen, wie wir die Bedarfe reduzieren können, z.B. durch Prävention. Denn wir werden bald kaum noch mehr

Personal haben, das wir zusätzlich einsetzen könnten. Hier spielen technologische Innovationen, unter anderem im Bereich der Digitalisierung, eine entscheidende Rolle.

KMi: Und zum Abschluss: was ist in diesem Jahr neu im Krankenhaus Rating Report? Und welche Erkenntnis hat sie überrascht?

Prof. Augurzky: Das wird noch nicht verraten. Am 16. Juni beim diesjährigen Hauptstadtkongress stellen wir den Report – virtuell oder in Präsenz – wieder vor.

Details zum Krankenhaus Rating Report 2021 finden Sie auf S. 16.

Untersuchung zur Leistungskonzentration in der stationären Versorgung:

Qualitätspotential auch jenseits von Mindestmengen

Sven C. Preusker

Eine vom IGES-Institut im Auftrag des Verbands der Ersatzkassen (vdek) durchgeführte Untersuchung mit dem Titel „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung – Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse“ kommt zu dem Ergebnis, dass eine zunehmende Konzentration in der Krankenhausversorgung neben positiven auch negative Wirkungen haben

kann. Für zahlreiche komplexere Eingriffe ließen sich positive Volume-Outcome-Zusammenhänge nachweisen, heißt es im Ergebnisbericht zur Untersuchung. Aber: „Aus wettbewerbsökonomischer Perspektive können sich in der Theorie dagegen eher negative Qualitätseffekte ergeben: Wenn zunehmende Konzentration in der Krankenhausversorgung die Auswahlalternativen für Patienten einschränkt, verringert sich

die Wettbewerbsintensität. Da die Preise für Krankenhausleistungen in Deutschland weitgehend reguliert sind, könnte ein verminderter Wettbewerb die Qualitätsanreize für Krankenhäuser schwächen,“ schreiben die IGES-Forscher.

Die allgemeinen statistischen Daten würden den Eindruck einer bundesweit zunehmenden Konzentration vermitteln, so die Autoren: die Zahl der allgemei-

nen Krankenhäuser habe sich seit dem Jahr 2010 um rund zehn Prozent verringert, während die Fallzahl um knapp acht Prozent zugenommen habe. Die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung habe sich um rund acht Prozent erhöht. Jedoch bleibe eine Betrachtung auf dieser Ebene zu grob, denn die vorliegende empirische Evidenz zu höherer Qualität in Einrichtungen mit größeren Fallzahlen beziehe sich jeweils auf einzelne Leistungen. Betrachte man einzelne Leistungsbereiche, könne sich ein ganz anderes Bild ergeben. Die Studie zeigt dies für drei Leistungsbereiche, für die sich ein positiver Fallzahl-Qualitäts-Zusammenhang nachweisen lässt, für die bisher aber keine Mindestmengen festgelegt sind: minimalinvasive Aortenklappenimplantation (darunter primär Transkatheter-Aortenklappenimplantation – TAVI), anatomische Lungenresektion und die Implantation von Hüft-Totalendoprothesen. Im Vergleich zur Implantation von Hüft-Totalendoprothesen mit bundesweit rd. 234 Tsd. Behandlungsfällen im Jahr 2018 handelt es sich bei den minimalinvasiven Aortenklappenimplantationen und den anatomischen Lungenresektionen um kleinere Leistungsbereiche (knapp 22.000 bzw. rund 15.000 Behandlungsfälle). Für alle Bereiche lassen sich Mindestfallzahlen aus Zertifizierungsvorgaben oder aus Studien ableiten. Für die beiden kleineren Leistungsbereiche – TAVI und Lungenresektion – sind die Ergebnisse des IGES teilweise sehr ähnlich: Ein positiver Volume-Outcome-Zusammenhang sei durch Studien belegt, von einer zunehmenden Leistungskonzentration seien positive

Qualitätseffekte zu erwarten. Die Leistungskonzentration hat sich laut der Untersuchungsergebnisse allerdings zwischen den Jahren 2010 und 2018 bundesweit – bei jeweils in etwa gleicher Zahl von Kliniken – deutlich verringert. Dabei gestalte sich die Veränderung der Leistungskonzentration auf regionaler Ebene innerhalb der Klinik-Cluster zwar heterogen, aber Dekonzentration überwiege unabhängig von der Clustergröße, heißt es im Ergebnisbericht.

Rückgang der Konzentration bei TAVI und Lungenresektionen

Im Gegensatz zum recht groben Bild der Entwicklung der Krankenhauskapazitäten insgesamt zeige sich für die drei ausgewählten Bereiche, dass die Leistungskonzentration nicht zugenommen habe (Hüft-TEP) oder sogar stark zurückgegangen sei (TAVI, Lungenresektionen). Hinsichtlich einer wettbewerbsökonomischen Perspektive könne geschlussfolgert werden, dass sich negative Qualitätseffekte infolge einer verringerten Wettbewerbsintensität nicht begründen lassen würden.

Andererseits seien negative Qualitätseffekte aufgrund positiver Volume-Outcome-Zusammenhänge zu erwarten, wenn die Leistungskonzentration abnehme. Die Ergebnisse der Untersuchung liefern hierzu für die drei Bereiche ein differenziertes Bild: Für die minimalinvasiven Aortenklappenimplantationen (v. a. TAVI) gibt es demnach trotz stark verringerter Leistungskonzentration Hinweise auf Qualitätsverbesserungen. Sie seien primär auf Lerneffekte bei stark zunehmender Verbrei-

tung dieser Leistung zurückzuführen, so die Autoren. Unabhängig davon bestehe ungenutztes Potenzial, durch Leistungskonzentration die Qualität weiter zu steigern. Auch im Bereich der anatomischen Lungenresektionen habe sich die Leistungskonzentration deutlich verringert. Der Anteil an Klinikstandorten, an denen die Mindestfallzahl nicht erreicht werde, sei trotz Rückgangs immer noch relativ hoch. Insofern bestehe auch in diesem Leistungsbereich noch Potenzial für Qualitätsverbesserungen durch Leistungskonzentration. Die Leistungskonzentration bei den Hüft-TEP-Implantationen sei im Vergleich deutlich geringer und habe sich im Zeitraum 2010 bis 2018 insgesamt kaum verändert. Aus den vorliegenden Daten könne zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht geschlussfolgert werden, dass eine Zunahme der Leistungskonzentration zu substantziellen Qualitätsverbesserungen führen würde. Jedoch hätten Mindestmengen aus Sicht der Forscher das Potenzial, Gelegenheitseingriffe zu vermeiden und die Versorgungsqualität besser messbar zu machen.

Entwicklung der Krankenhausstrukturen stärker an Qualitätszielen ausrichten

Für das IGES ergeben sich Ansatzpunkte für qualitätsfördernde Leistungskonzentration sich auf unterschiedlichen Ebenen. Von bundesgesetzlicher Ebene sollten laut der Autoren weitere Impulse kommen, die Entwicklung der Krankenhausstrukturen stärker an Qualitätszielen auszurichten. Die aktuell geplante Stärkung der Mindestmengenregelung sei da-

her grundsätzlich sinnvoll. Ergänzend sollten weitere Optionen für den Zugang zu Zentren in ländlichen Regionen mit geringen Fallzahlen geschaffen werden, z. B. in Form digitale Kooperationen mit größeren Zentren. Außerdem würden Mindestmengen nicht ausreichen, um Qualitätspotenziale von Leistungskonzentration oberhalb der Schwellenwerte zu nutzen, heißt es im Gutachten.

Die Autoren empfehlen, die bislang insgesamt noch überschaubaren Ansätze einer aktiveren Krankenhausplanung der Bundesländer fortzusetzen und zu erweitern. Erforderlich sei hierfür eine personelle Stärkung der Planungsbehörden und eine gezielte, ausreichende Investitionsfinanzierung. Die Steuerungsbemühungen der Länder würden allerdings vielfach auf den Widerstand der Krankenhausträger stoßen, diese verfügten über eine starke, unmittelbar im Grundgesetz verankerte Rechtsposition, welche die Durchsetzungsmöglichkeiten der Länder gegen den Willen der Träger deutlich beschränke. Solange sich daran nichts ändere, sei es notwendig, die Krankenhausträger und die Krankenkassen als deren Verhandlungspartner frühzeitig, strukturiert und unter Federführung der Planungsbehörden in den Prozess der Krankenhausplanung und ihrer Umsetzung einzubeziehen. Eigene Bestrebungen der Krankenhäuser, trägerübergreifend zu kooperieren und Angebote zu konzentrieren, würden häufig auf politische, aber auch kartellrechtliche Vorbehalte stoßen. Die kartellrechtliche Bewertung von Krankenhauskooperationen und -fusionen sollte

daher erweitert werden. Empfehlenswert sei, die Konzentration der Krankenhausversorgung mindestens ergänzend auch für spezifische Leistungsmärkte zu messen und Qualitätseffekte bei der Prüfung von Krankenhausfusionen stärker einzubeziehen. Der jüngst mit dem GWB-Digitalisierungsgesetz gewählte Ansatz, die Fusionskontrolle für Kliniken mit Krankenhausstrukturfondsförderung auszusetzen, könne den Zielkonflikt dagegen letztlich nicht lösen.

Ersatzkassen fordern Reform der Krankenhausstrukturen

Der vdek hat mit Blick auf das Gutachten im Rahmen seines „Zukunftsforums 2021“ die Politik aufgefordert, nach der Bundestagswahl eine Reform der Krankenhausstrukturen in Deutschland anzugehen. Durch Konzentration auf weniger Standorte – vor allem in Ballungsgebieten – müsse die Qualität der Versorgung erhöht und die Leistungsfähigkeit der Versorgungsstrukturen langfristig gesichert werden, sagte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. Angesichts geringer werdender personeller und finanzieller Ressourcen sei dies zunehmend wichtig.

„Wir wollen eine hochwertige Qualität der Krankenhausversorgung und größtmögliche Patientensicherheit. Das IGES-Gutachten zeigt, dass Konzentration hier einen wesentlichen Beitrag leisten kann“, so Elsner bei der Vorstellung des Gutachtens auf dem vdek-Zukunftsforum. Frühere Untersuchungen hätten belegt, dass Behandlungen dort qualitativ

besser seien, wo sie öfter durchgeführt werden. Mindestmengenregelungen müssten nach Ansicht des vdek daher ein Element der Strukturplanung sein.

Elsner betonte, es sei richtig, dass die Politik eine Ausweitung der Mindestmengenregelungen diskutiere, derzeit gebe es solche Regelungen lediglich für sechs Bereiche. Die Vorgaben müssten aber auch von den Krankenhäusern vollständig umgesetzt werden. Die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen würden es den Kassen enorm erschweren, ihre Zahlungen einzustellen, wenn Mindestmengenvorgaben nicht eingehalten würden. So hätten zum Beispiel im Jahr 2019 von insgesamt 1.088 Standorten, die in Deutschland Knieoperationen durchführten, 16,5 Prozent die Mindestmengenfallzahl von 50 Eingriffen nicht erreicht. Gerade in einzelnen Ballungsräumen habe der Anteil noch höher gelegen. Zum Vergleich führte Elsner an, dass die Mindestmenge für Knie-OPs in Finnland bei 300 Eingriffen liege.

Um die Leistungserbringung auf weniger, aber größere Standorte zu verteilen, ist nach Ansicht des vdek das Mitwirken der Bundesländer unerlässlich. Elsner: „Die Länder müssen diesen Strukturwandel durch eine aktive Krankenhausplanung unterstützen. Hier ist in der Vergangenheit viel zu wenig passiert. Auch müssen sie endlich ihrer Verantwortung für eine angemessene Investitionsförderung nachkommen und entsprechende Investitionsprogramme auflegen.“ Die Krankenhausplanung müsse sich an bundesweiten Rahmenvorgaben

orientieren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden sollten. Daneben müssten auch Strukturanforderungen des G-BA für weitere Leistungsbereiche der Krankenhäuser folgen, so Elsner.

Um die Qualität der Versorgung auch in ländlichen Regionen aufrecht zu erhalten und künftig weiter zu verbessern, fordert der

vdek, die vernetzten Strukturen auszubauen. Denn Fallzahlen seien in ländlichen Gebieten oft zu gering, um Leistungen zum Beispiel auf Fachkrankenhäuser zu konzentrieren. Daher ist nach Ansicht des vdek eine generelle ambulante Öffnung dieser „Landkrankenhäuser“ sinnvoll. Ein Know-how-Transfer könne zudem über „digitale Kooperationen“ ländlicher Krankenhäuser

mit größeren Zentren in Ballungsgebieten erfolgen. Hier gibt es bereits erfolgreiche Beispiele bei der Schlaganfallversorgung oder der Infektiologie.

Das IGES-Gutachten und die Positionen des vdek zu einer Krankenhausstruktur-Reform stehen unter www.vdek.com/fokus/zukunftsforum-2021.html zum Download bereit.

Einkauf:

Neue Initiative zur Förderung nachhaltiger Beschaffung im Gesundheitswesen gestartet

Sven C. Preusker

Anlässlich des „Tags der Erde“ hat das Netzwerk Zukunft Krankenhaus-Einkauf (ZUKE) die Aktion „ZUKE GREEN“ (www.zuke-green.de) gestartet, eine neue Initiative zur Förderung einer nachhaltigen Beschaffung im Gesundheitswesen. Das Thema Nachhaltigkeit und grüne Beschaffung sei zwar bei vielen Krankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen bereits im Bewusstsein angekommen, jedoch oftmals noch nicht umgesetzt, hieß es von dem Netzwerk. Bei der Umsetzung wolle man unterstützen. Gemeinsam mit Nachhaltigkeitsbotschafter*innen will die Initiative dazu beitragen, dass die Beschaffung zukünftig die bestmöglichen Auswirkungen auf Umwelt, Gesellschaft und Wirtschaft über den gesamten Lebenszyklus hat.

Die Vision: Jede Gesundheitseinrichtung ist im Jahr 2035 kli-

maneutral, trägt soziale Verantwortung innerhalb der eigenen Einrichtung und bei den Lieferketten und arbeitet trotz Einhaltung sozialer und ökologischer Standards wirtschaftlich. Kostensteigerungen sind minimiert, Fördermöglichkeiten genutzt und Risiken gemanagt.

Bis dahin ist es allerdings noch ein weiter Weg: momentan weist der Gesundheitssektor einen Anteil von 4,4 Prozent an den globalen Treibhausgasemissionen auf, damit ist er klimaschädlicher als der Flugverkehr. Der Einkauf trage hierbei eine wesentliche Verantwortung, heißt es aus dem Netzwerk. Er könne bis zu 70 Prozent der im Krankenhaus entstehenden Emissionen beeinflussen. Dazu komme die Verantwortung für eine nach-

haltige Lieferkette unter Einhaltung von Menschenrechten und Umweltstandards. Das Sorgfaltspflichtengesetz (Lieferkettengesetz) wurde jetzt im Bundestag

beschlossen und tritt ab 01.01.2023 in Kraft. Der Einkauf sei somit zentrale Schlüsselposition einer nachhaltigen Wirtschaft.

„Es liegt uns viel daran, mehr Menschen in Einrichtungen des

Gesundheitswesens für dieses Thema zu sensibilisieren und zu mobilisieren“, so Stefan Krojer, Gründer der Initiative ZUKE GREEN. Deshalb sucht die Initiative Mitstreiter*innen aus allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen – egal ob Einkauf, Technik, Verwaltung, Pflege, Ärzte oder andere, die als Botschafter*in dieselbe Vision teilen wollen.



Die Initiative sucht engagierte Menschen in der Gesundheitswirtschaft, die Lust haben sich gemeinsam auf den Weg zu machen, um der Vision ein Stück näher zu kommen. Interessier-

te können sich per E-Mail bei der Initiative melden: kontakt@zukunft-krankenhaus-einkauf.de. Eine Übersicht über die ersten Botschafter*innen ist unter www.zukunft-krankenhaus-einkauf.de/

zuke-green/botschafter zu finden. Weitere Informationen zum Projekt unter www.zuke-green.de.

Herzinsuffizienz:

Helios baut klinisches Register auf

Sven C. Preusker

Unter dem Namen H²-Register baut Helios ab sofort ein klinisches Patientenregister im Bereich der Herzinsuffizienz auf. Ziel des H²-Registers sei es, die aktuelle Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz im klinischen Alltag umfassend abzubilden bzw. die Behandlungsqualität im Zusammenhang mit dieser Erkrankung messbar zu machen, hieß es aus dem Unternehmen. Das Register bilde einen Ausgangspunkt für zukünftige – auch randomisierte – klinische Studien im Bereich der Herzinsuffizienz.

Aufgebaut wird das Register unter der Leitung von Prof. Andreas Bollmann vom Leipzig Heart Institute. Künftig werden sich neben dem Herzzentrum Leipzig schrittweise neun weitere Helios Kliniken am Aufbau des Registers

beteiligen. „Wir gehen davon aus, dass wir jedes Jahr etwa 4.000 Herzinsuffizienz-Patienten in das Register aufnehmen können,“ erklärte Bollmann. „Im weiteren Verlauf des Aufbaus des Registers möchten wir zusätzliche Entitäten von Herzerkrankungen wie etwa Vorhofflimmern und koronare Herzkrankheiten aufnehmen.“ In dem Register werden Daten der klinischen Routinebehandlung sowie Daten zum individuellen Patientenbefinden von volljährigen, stationär behandelten Patienten mit einer Herzinsuffizienz zusammengeführt. Dabei würden für die betreffenden Patienten keine zusätzlichen Untersuchungen anfallen. Die Registerdaten werden während des stationären Aufenthaltes bzw. im ambulanten Umfeld erhoben.

„Das H²-Register wird mit der breiten Abbildung der aktuellen Versorgungslage wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse ermöglichen, die für eine stetige Verbesserung der Patientenversorgung, für das Qualitätsmanagement und für künftige Forschungsprojekte unverzichtbar sind“, betonte Bollmann. Man wolle Routine- und von Patienten berichtete Daten klinikübergreifend und in einer hohen Qualität für Versorgungsforschung nutzbar machen. Unterstützt wird Helios beim Aufbau des Registers durch die Firma AstraZeneca. Auch für weitere Sponsoren mit Forschungsinteresse im Bereich der Herzinsuffizienz sei das Register offen, hieß es aus dem Unternehmen.

DKG-Positionen zur Bundestagswahl:

Forderung nach Ende des „kalten Strukturwandels“

Sven C. Preusker

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat jetzt ein Positionspapier mit Forderungen für die nächste Legislaturperiode veröffentlicht.

„Es ist unser Ziel, mit diesem Positionspapier einen maßgeblichen Beitrag zu den Diskussionen für die Wei-

terentwicklung des stationären Bereichs, aber auch der gesamten Gesundheitsversorgung in Deutschland zu leisten. Wir brau-

chen ordnungspolitische Weichenstellungen für eine moderne medizinische und pflegerische Versorgung. Denn wie bedeutend die gesundheitliche Daseinsvorsorge ist, war den Menschen wohl noch nie so bewusst, wie in den vergangenen Monaten“, so der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß. Man erkenne den dringenden Reformbedarf, der sich über viele Jahre hinweg aufgestaut habe. Für die Krankenhäuser stehe fest, dass der „kalte Strukturwandel“ der vergangenen Jahre ein Ende haben müsse. Bund und Länder müssten ihre politische Verantwortung für die geordnete Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen aktiv wahrnehmen.

Dabei setzt die DKG weiter auf föderale Verantwortung. In der Corona-Krise habe die Verankerung der Planungskompetenzen bei den Ländern einen zielgenauen Einsatz der begrenzt verfügbaren Ressourcen gewährleistet. Das lasse erwarten, dass auch andere dringende Regelungsbedarfe, wie die Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung an den Krankenhäusern, besser gelingen würden, wenn regionale Gegebenheiten bekannt sind und Lösungen unter Einbindung der Akteure im Land entwickelt werden. Daher müsse die ambulante Versorgung stärker in den Diskurs und die Entscheidungsstrukturen im Land eingebunden werden. Die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung müsse auch in Zukunft bei den Ländern liegen. Das Vergütungssystem sollte auch regionale Lösungen ermöglichen.

Im Dialog mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländern wolle man die Krankenhausstrukturen in den Regionen bedarfsgerecht und damit auch sektorübergreifend weiterentwickeln. Regionale Versorgungsnetzwerke, in denen die Krankenhäuser über Versorgungstufen hinweg partnerschaftlich zusammenarbeiten, würden qualitativ hochwertig und wohnortnah die Patientenbehandlung sichern. Krankenhäuser würden dabei regelhaft zu Standorten akutstationärer und stationärer Leistungserbringung, die auch komplexe ambulante Behandlungen umfasse. „Wir müssen gerade im ländlichen Raum ambulante und stationäre Versorgung zusammendenken und zusammenführen. Nur so werden wir dem zunehmenden Ärztemangel im niedergelassenen Bereich entgegenwirken können. Vor dem Anspruch, gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land zu garantieren, ist dies zur Sicherung der Daseinsvorsorge in der Gesundheitsversorgung unerlässlich“, so Gaß.

Ein Fokus der Krankenhauspolitik müsse auf der Bekämpfung des Fachkräftemangels liegen. „Die Pandemie hat deutlich aufgezeigt, dass das Nadelöhr immer das Personal ist und ohne Personal nichts geht. Wir brauchen eine bedarfsgerechte Personalausstattung und attraktive Arbeitsplätze. Die Personalgewinnung, auch im Wettbewerb mit anderen Wirtschaftszweigen, wird im Vordergrund stehen“, so Gaß. Dazu brauche es ein attraktives und abwechslungsreiches Arbeitsumfeld und gute Karrierechancen. Personal müsse von Bürokratie

entlastet werden, darüber hinaus sei eine auskömmliche, wettbewerbsgerechte Bezahlung nötig – dazu müssten die Tarife in allen Berufsgruppen vollständig refinanziert werden.

Anpassungen im DRG-System

Maßgeblich wird laut DKG sein, dass die Finanzierung der Krankenhäuser auf sichere Füße gestellt wird. Dazu brauche es eine auskömmliche Investitionsfinanzierung und Anpassungen im DRG-System. Der „kalte Strukturwandel“ und die damit verbundenen Insolvenzen hätten gezeigt, dass das aktuelle Finanzierungssystem seiner Aufgabe nicht mehr gerecht werde, die gesundheitliche Daseinsvorsorge zu sichern. Bei der Investitionsfinanzierung müssten die Länder ihren Aufgaben endlich nachkommen. Gleichzeitig solle der Bund durch Sonderprogramme die Investitionskostenfinanzierung unterstützen. Ein zukunftsfähiges Vergütungssystem müsse die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten stärker als bisher berücksichtigen. Die Vorhaltekostenproblematik des Fallpauschalensystems müsse angegangen werden. Dies betreffe insbesondere die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen, spezielle Leistungsangebote mit überregionaler Bedeutung, die Vorhaltung von Notfallversorgung und die infolge der Corona-Pandemie zu diskutierende Frage von „Reservekapazitäten“. Die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser, insbesondere das ambulante Operieren, müssten entsprechend ihrer Komplexität und den dahinter liegenden Kostenstrukturen vergütet werden.

Die DKG weist darauf hin, dass Patientensicherheit als Kernelement der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements höchste Priorität habe und auch in der gesetzlichen Qualitätssicherung als zentraler Leitgedanke dienen müsse. Der Stand der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern sei weit fortgeschritten und viele Ziele seien inzwischen erreicht. Gleichzeitig hätten sich allerdings die gesetzlichen Vorgaben erheblich verändert und würden die Umsetzung durch Überbürokratisierung erschweren. Der zunehmende Fokus des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf Sanktionierung widerspreche dem Sinn und Zweck der Qualitätssicherung. Qualitätssicherung müsse wieder als Qualitätsverbesserungssystem verstanden werden. Ein Leistungsverbot müsse Ultima Ratio bleiben.

Schneller digitalisieren

Bei der Digitalisierung sieht die DKG die Notwendigkeit, diese zu

beschleunigen. Dazu sei eine faire Finanzierung nötig. Der Krankenhauszukunftsfonds müsse, so die DKG, in die Investitionsregelfinanzierung überführt werden, um so insbesondere auch die Finanzierung der erforderlichen Wiederbeschaffung dauerhaft zu gewährleisten. Außerdem müssten auch die Kosten der Krankenhäuser für die Umsetzung des Branchenspezifischen Sicherheitsstandards (B3S) für die Gesundheitsversorgung refinanziert werden. Weiterhin fordert die DKG, dass Krankenhäuser zur Erbringung von Telemonitoring und Telekonsultationen für ambulante Patient*innen ermächtigt und diese Leistungen angemessen vergütet werden. Auch telemedizinisch organisierte Strukturvorhaltungen müssten als vorgehaltene Strukturmerkmale am Standort des Krankenhauses anerkannt werden. Die einrichtungsübergreifende elektronische Fallakte (EFA) sei als leistungserbringergesteuerte Kommunikation in vertraglichen Versorgungsstrukturen zu unter-

stützen und ergänzend zur Kommunikation im Medizinwesen (KIM) für adressierte Kommunikation (verschlüsselte E-Mail) zu etablieren. Neben dem Heilberufsausweis (HBA) sei eine Institutionskarte im SGB V einzuführen, die das institutionelle Handeln der Krankenhäuser ohne einen Rückverweis auf einen HBA legitimiert. Auch die Ausbildungsordnungen und Curricula der medizinischen Berufe seien anzupassen, sodass längerfristig ein Grundverständnis für Informationstechnik und die damit verbundenen Chancen und Risiken bei allen Mitarbeiter*innen vorausgesetzt werden könne.

Unabdingbar sei es, auf zukünftige Pandemien vorbereitet zu sein. Dazu seien zum Beispiel Landesreserven für Schutzausrüstung genauso nötig wie ein aktueller erregerunabhängiger Landes-Pandemieplan unter Beteiligung der Krankenhäuser, so Gaß.

Krankenhauskosten:

Durchschnittskosten pro stationärem Fall 2019 erstmals über 5.000 Euro

Sven C. Preusker

Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland sind 2019 gegenüber dem Vorjahr um 5,7 Prozent auf rund 98,8 Milliarden Euro gestiegen (2018: 93,5 Milliarden Euro). Das teilte das Statistische Bundesamt (Destatis) jetzt mit.

Umgerechnet auf die rund 19,4 Millionen vollstationär im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten lagen die Kosten je Fall im Jahr 2019 bei durchschnittlich 5.088 Euro und damit 5,5 Prozent höher als 2018 (4.823 Euro).

Im Fünfjahresvergleich von 2014 bis 2019 stiegen die Krankenhauskosten um 18,8 Milliarden Euro (+23,5 Prozent). Die Behandlungskosten je Fall stiegen in diesem Zeitraum um 912 Euro (+21,9 Prozent; 2014: 4.176 Euro).

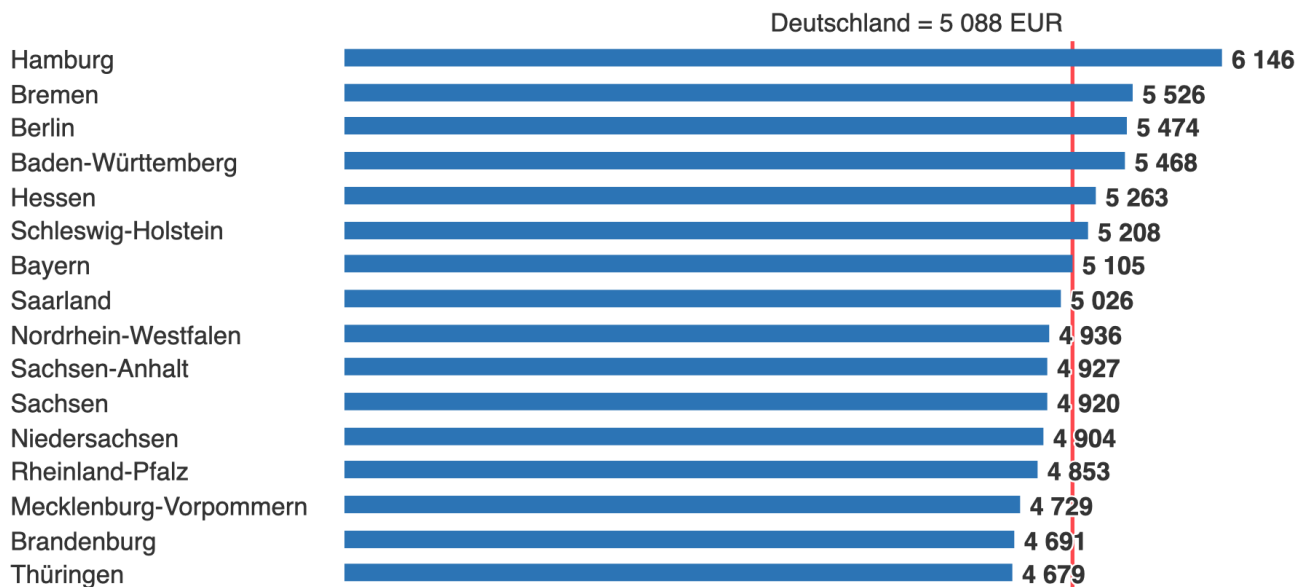
Der Ländervergleich zeigt deutliche Unterschiede in den Kosten pro Behandlungsfall: Am höchsten waren die durchschnittlichen stationären Kosten je Fall in Ham-

Kosten je stationärem Behandlungsfall hatte Thüringen mit durchschnittlich 4.679 Euro. Am deutlichsten stiegen die stationären Kosten je Fall im Vergleich zu

in Höhe von 16,3 Milliarden Euro beliefen sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser im Jahr 2019 auf 115,1 Milliarden Euro (2018: 108,9 Milliarden Euro). Die Perso-

Stationäre Krankenhauskosten je Fall 2019

in EUR



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

burg mit 6.146 Euro. Auch in Bremen, Berlin, Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein und Bayern lagen die durchschnittlichen Fallkosten über dem Bundesdurchschnitt. Die niedrigsten

2018 in Bremen mit +12,6 Prozent. In Rheinland-Pfalz gab es mit +3,8 Prozent den geringsten Anstieg.

Zusammen mit den Ausgaben für nichtstationäre Leistungen

nalkosten machten davon 70,3 Milliarden Euro aus (+5,7 Prozent gegenüber 2018), Sachkosten 43,1 Milliarden Euro (+5,6 Prozent).

Ambulante Notfallversorgung:

Zi analysiert langfristige Entwicklung

Sven C. Preusker

Die Zahl der insgesamt an Krankenhäusern in Deutschland ambulant oder stationär behandelten Notfallpatientinnen und -patienten ist laut einer neuen Analyse des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) seit 2016 leicht rückläufig. Bis

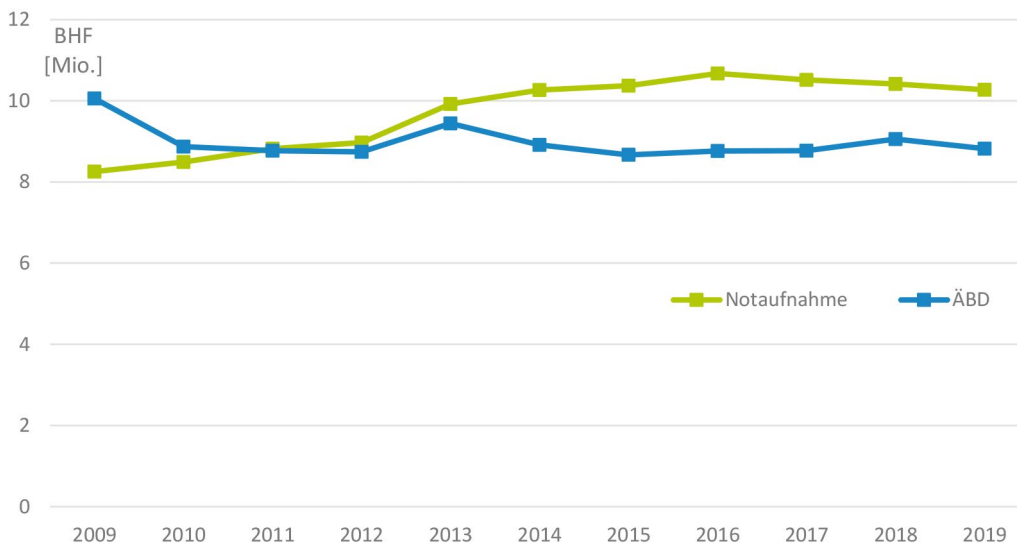
2019 ist demnach die Gesamtzahl der Notfallbehandlungen dort um rund 265.000 Fälle auf 19 Millionen Fälle gesunken. Grund dafür sei der Rückgang der ambulant im Krankenhaus behandelten Notfälle. Waren es 2016 noch 10,67 Millionen Behand-

lungsfälle, sei diese Zahl bis 2019 auf 10,27 Millionen zurückgegangen. Gleichzeitig stiel laut der Zi-Untersuchung die Zahl der durch niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte behandelten ambulanten Notfälle von 8,76 Millionen im Jahr 2016 auf 9,05 Milli-

onen Fälle im Jahr 2018 um rund 290.000 Fälle an, 2019 gab diese Zahl dann wieder leicht nach auf insgesamt 8,82 Millionen Behandlungsfälle. Die Gesamtzahl ambulanter Notfälle in Krankenhäusern und im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist von 18,3 Millionen Fällen 2009 auf 19,5 Millionen Fälle 2018 angestiegen. Von 2018 auf 2019 sank die Gesamtfallzahl auf 19 Millionen ambulante Notfälle pro Jahr. Der Gesamtfallzahl-

nahmen behandeln demnach überwiegend Unfälle und Verletzungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst Infektionskrankheiten, chronische Krankheiten, aber auch kleinere Wunden und Verletzungen. Dies ändere sich 2020 nicht wesentlich. „Durch gezielte Verbesserungen der Arbeitsteilung zwischen Praxen und Krankenhäusern in den Regionen könnten weitere Entlastungen der Notaufnahmen erreicht wer-

Initiativen zur Aktivierung einer niedrigschwelligen telefonischen Terminvermittlung für Akutfälle sowie mit der Einrichtung von Bereitschaftspraxen an oder in der Nähe von Krankenhäusern gelingt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, die ambulante Inanspruchnahme der Krankenhausnotaufnahmen immer weiter zu senken. Damit leisten die Vertragsärztinnen und -ärzte einen zentralen Beitrag zur Entlastung der Notaufnahmen in den Kliniken um solche Fälle, die einer Krankenhausbehandlung nicht bedürfen. Diese Ansätze müssen jetzt weiter unterstützt werden, so wie im Regierungsentwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vorgesehen.“



Anzahl ambulante Notfälle 2009 bis 2019 nach Versorgungsbereich (ÄBD/Notaufnahme)

Quelle: Zi-Paper Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020; Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

rückgang verstärkt sich laut Zi im COVID-19-Pandemiejahr 2020 noch weiter. So sei in den ersten drei Quartalen 2020 ein Rückgang an ambulanten Notfällen um 13 Prozent im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Demgegenüber sei die Anzahl stationärer Notfälle von 2009 bis 2019 kontinuierlich von 6,6 auf 8,7 Millionen Fälle gestiegen.

Bezüglich des Diagnosespektrums sei zu erkennen, dass es eine Arbeitsteilung zwischen den Versorgungsbereichen gebe, so der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. Notauf-

nahmen“, so von Stillfried.

Das Zi sieht in den Zahlen eine „Trendumkehr“ bei der Inanspruchnahme der von Notfallversorgungsressourcen in Deutschland. Dieser gehe „weg von den Notfallambulanz, hin zum ärztlichen Bereitschaftsdienst.“ Wobei auch die Nutzung der Notfallversorgungsstrukturen insgesamt im Abschwung sein könne, heißt es von dem Institut. Trotzdem ist laut von Stillfried die Annahme, immer mehr Versicherte würden selbständig die Notaufnahmen der Kliniken aufsuchen, nicht mehr richtig. „Mit ihren

Von den KVen seien rund 830 Bereitschaftspraxen eingerichtet worden, von

denen rund 660 am Krankenhaus oder in unmittelbarer Krankenhaushäufigkeit angesiedelt seien. Dies entspreche einer Bereitschaftspraxis an mehr als der Hälfte (58 Prozent) der an der gestuften Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser. Auch die Servicenummer 116117 der KVen habe zwischen 2016 und 2019 eine deutliche Zunahme (mehr als 25 Prozent) von Anrufen verzeichnet.

Krankenhaus und Recht:

Keine Verwirkung von Vergütungsansprüchen bei vorheriger Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse

Aylin Grollmann

Das Landessozialgericht (LSG) Berlin entschied mit Urteil vom 27.01.2020 (Az.: L 1 KR 195/18) über die Verwirkung eines Zahlungsanspruches des klagenden Krankenhauses gegen eine gesetzliche Krankenkasse.

In der Zeit vom 22.02.2010 bis 12.03.2010 wurde die Versicherte der beklagten Krankenkasse im Hause der Klägerin stationär behandelt. Zunächst forderte die Klägerin mit Rechnung vom 13.04.2010 einen Betrag in Höhe von 7.443,88 € unter Berücksichtigung der DRG T60 B. Diese Abrechnung war für die Beklagte allerdings nicht plausibel, sodass sie fristgerecht den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) Berlin-Brandenburg mit einer Überprüfung beauftragte. Die in Rechnung gestellten Leistungen beglich die Beklagte zunächst in voller Höhe.

Der MDK kam in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass die abgerechnete DRG nicht nachvollziehbar sei, da die Hauptdiagnose A41.9 (Sepsis, nicht näher

bezeichnet) nicht hätte kodiert werden dürfen. Vielmehr sei die



Aylin Grollmann¹

Foto: privat

Hauptdiagnose D70.10 (arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie kritische Phase unter 4 Tagen) zu kodieren gewesen. Die Beklagte schloss sich der Meinung des MDK vollumfänglich an. Sie forderte von der Klägerin sowohl

eine Korrektur der Abrechnung als auch die Rücküberweisung des Differenzbetrages in Höhe von 2.774,11 €. Die Klägerin teilte der Beklagten in einer schriftlichen Zwischennachricht mit, dass sich der Fall zur Klärung noch in Bearbeitung befinden würde. Im November rechnete die Beklagte sodann in Höhe des Differenzbetrages mit einem anderen unstrittigen Behandlungsfall der Klägerin auf.

Die Klägerin widersprach dem MDK-Gutachten daraufhin. Sie stornierte im Dezember 2014 die ursprüngliche Rechnung und berechnete nunmehr die DRG R63 B (andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter

< 16 oder mit äußerst schweren CC) in Höhe von 19.854,20 €. Als Hauptdiagnose kodierte die Klägerin C91.00 (akute lymphoblastische Leukämie ohne Angaben einer Remission).

Nachvergütungsanspruch nicht verwirkt

Die Beklagte lehnte eine Nachvergütung ab, da die Nachforderung nicht bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres erfolgt sei. Im Dezember 2014 erhob das Krankenhaus nunmehr Klage beim Sozialgericht (SG) Berlin. Die Klägerin führte in ihrer Klagebegründung aus, dass ihr Nachvergütungsanspruch nicht verwirkt sei, da die Beklagte aufgrund der geführten Korrespondenz nicht darauf vertrauen durfte, dass die erste Kodierung richtig sei.

Das LSG (Urt. v. 21.01.2021 – L 1 KR 195/18) schloss sich vollumfänglich der Ansicht des vorinstanzlichen SG Berlin an und führte mitunter aus:

„Wie bereits das SG zutreffend dargelegt hat, hat die Klägerin den Vergütungsanspruch auch nicht verwirkt. Zwar verpflichten die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, in partnerschaftlicher Weise gegenseitig

¹Aylin Grollmann, Rechtsanwältin;
E-Mail: koeln@medizin-recht.com,
Internet: www.medizin-recht.com; Dr. Halbe –
Rechtsanwälte, Im Mediapark 6A, 50670 Köln

Rücksicht zu nehmen nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB). Sie arbeiten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammen. Ihnen sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. Streitet jedoch ein Krankenhaus mit der Krankenkasse über die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Vergütung und legt dabei den vollständigen Behandlungsablauf offen, kann es nicht gehindert sein, im Laufe des Rechtsstreits zur Begründung seiner Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende Kodierung auszutauschen, soweit nicht gesetzeskonformes Vertragsrecht entgegensteht. (BSG, Urt. v. 23. Juni 2015 – B 1 KR 13/14 R). Der für eine Verwirkung erforderliche Vertrauenstatbestand fehlt in einer solchen Konstellation. Ein Vertrauen der Beklagten darauf, dass die Klägerin dabei keine andere als die in der ursprünglichen Schlussrechnung vom 13. April 2010 zunächst vorgenomme-

nen Kodierung vornehmen würde, konnte sich nicht bilden, nachdem die Beklagte diese Kodierung selbst für unzutreffend angegriffen hatte.“ (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 27.01.2021 – L 1 KR 195/18, juris, Rn. 30; 32)

Auch die von der Beklagten hilfsweise erhobene Einrede der Verjährung griff im vorliegenden Fall nicht durch. Das LSG urteilte, dass der Zahlungsanspruch noch nicht verjährt sei, obwohl zwischen seiner Entstehung im Jahr 2010 und der Klageerhebung mehr als zwei Jahre verstrichen sind. Die nunmehr geltende Zweijahresfrist im Sinne des § 109 Abs. 5 Satz 1 SGB, welche durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) eingeführt wurde, gelte nämlich erst für Ansprüche aus Behandlungsfällen ab dem 01.01.2019. Alle vorherigen Ansprüche (bis zum 31.12.2018), seien es die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen die Krankenkassen oder die Erstattungsansprüche

der Krankenkassen gegen die Krankenhäuser, unterliegen dem in § 45 SGB I zum Ausdruck kommenden allgemeinen Rechtsgedanken der 4-jährigen Verjährungsfrist.

Interessant ist das Urteil insbesondere wegen seiner Ausführungen zu einer eventuellen Verwirkung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser gegen die gesetzlichen Krankenkassen, welches sich aus dem Prinzip des Treu- und Glaubenstatbestandes des § 242 BGB ergibt.

Wenn die Krankenkassen selbst eine Überprüfung durch den MDK in Auftrag geben, dann dürfen sie nicht drauf vertrauen, dass das Krankenhaus keine neue (richtige) DRG in Rechnung stellt, weil eine neue (richtige) Hauptdiagnose kodiert wurde. Dieses Prinzip dürfte sich ebenso auf die Abänderung von Prozeduren und OPS übertragen lassen.

Erzgebirgskreis:

Fusion der kommunalen Kliniken geplant

Mit der geplanten Fusionierung der kommunalen Krankenhäuser Erzgebirgsklinikum Annaberg, Kreiskrankenhaus Stollberg und Klinikum Mittleres Erzgebirge in Zschopau und Olbernhau zur Erzgebirgsklinikum gGmbH sollen zukunftsfähige Strukturen für die Krankenhausgesellschaften des Landkreises und damit für die medizinische Versorgung im Erzgebirge geschaffen werden. Geplant ist eine Seitwärtsverschmelzung der Erzgebirgsklini-

kum Annaberg gGmbH (EKA) und der Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH (KME) auf die Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH (KKH). Die fusionierte Krankenhausgesellschaft soll als Erzgebirgsklinikum gGmbH firmieren. Die bestehende Krankenhaus-Gesundheitsholding Erzgebirge GmbH als Dachgesellschaft der bisherigen drei Gesellschaften soll zu einem späteren Zeitpunkt auf die Erzgebirgsklinikum gGmbH verschmolzen werden. „Ziel der Fusionierung ist es, auch in Zukunft eine optimale medizinische Versorgung an allen vier Standorten zu gewährleisten

und das medizinische Angebot schwerpunktspezifisch und im ambulanten Bereich zu erweitern“, so Marcel Koch, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaften. Damit solle sowohl ein Mehrwert für die Bevölkerung als auch eine konkurrenzfähige Krankenhausgesellschaft geschaffen werden, die im künftigen Gesundheitsmarkt wirtschaftlich bestehen könne.

„Diesen Fusionsprozess können und wollen wir ohne Entlassungen umsetzen“, betonte Koch. „Jeder Mitarbeiter an den vier Standorten kann auch in Zukunft einen Platz in der Erzgebirgs-

„klinikum gGmbH finden.“ Die vier Häuser Annaberg, Stollberg, Zschopau und Olbernhau sollen dabei in jedem Fall erhalten werden. „Zudem soll es in der fusionierten Gesellschaft künftig einen Haustarifvertrag geben, der Lohnkürzungen ausschließt und insbesondere im Bereich der Ärzte und Pfleger ein konkurrenzfähiges Lohnniveau abbildet“, erklärte Koch.

Neben der Fusion der Krankenhausgesellschaft sollen auch die nichtmedizinischen Dienstleistungen der vier Häuser, wie unter anderem die Reinigung und die Speisenversorgung, vereinheitlicht und in zwei Tochtergesellschaften gebündelt werden. „Hierbei verfolgen wir vor allem das Ziel, keine weiteren Servicebereiche an externe Dienstleister auszulagern – wie es bisher gerade in Zschopau, Olbernhau und Annaberg der Fall war – sondern diese im Gegenteil wieder in die künftige Konzernstruktur der Krankenhausgesellschaft einzugliedern“, so Koch. Auch im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) soll es strukturelle Veränderungen geben. So sollen alle Vertragsarztsitze der bisherigen MVZs, abgesehen von der Radiologie, künftig einer MVZ-Gesellschaft zugeordnet werden (bisherige Klinikum Mittleres Erzgebirge MVZ gGmbH). Alle radiologischen Vertragsarztsitze sollen in der künftigen Erzgebirgsklinikum gGmbH als MVZ weitergeführt werden.

Allerdings wurde ein Beschluss zu den Plänen im Betriebsausschuss kurzfristig verschoben, da die Landesdirektion eine Befangenheit befürchtet bezüglich Interessenkonflikten zwischen einer Tä-

tigkeit als Mitglied im Aufsichtsrat und im Kreistag. So würden einzelne Ausschussmitglieder mit der Fusion ihr Mandat in einem der Aufsichtsräte verlieren. Dieser Sachverhalt soll zunächst nochmals geprüft und mit der Landesdirektion diskutiert werden, die Beschlussfassung soll jetzt am 28. April erfolgen. Der nächste Schritt wäre dann der für den 7. Juli geplante Beschluss der Fusion im Kreistag.

(scp)

Stolberg:

Alexianer wollen Bethlehem Gesundheitszentrum übernehmen

Die Alexianer GmbH und die Stiftung Katholische Kirchengemeinde St. Lucia haben beschlossen, die Mehrheitsanteile der Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH an die Alexianer zu übertragen. Sofern die zuständigen Bistümer sowie das Bundeskartellamt die Freigabe erteilen, sollen die Alexianer ab dem 1. Juli 2021 Mehrheitsgesellschafter sein. Über Vertragsdetails haben die Vertragspartner Stillschweigen vereinbart.

Träger des Stolberger Krankenhauses war mehr als 146 Jahre die Katholische Kirchengemeinde St. Lucia, Stolberg. Gegründet wurde das Krankenhaus bereits 1863. Ende 2009 gründete die Kirchengemeinde die „Stiftung Katholische Kirchengemeinde St. Lucia“. Die Anteile wurden an die Stiftung übertragen und eine gemeinnützige GmbH gegründet. Seitdem gibt es die Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH.

„Der katholische Charakter wird durch uns selbstverständlich erhalten bleiben und auch das bestehende medizinische Profil des Hauses behält einen festen Platz im Zukunftskonzept“, sagte Andreas Barthold, Hauptgeschäftsführer der Alexianer GmbH. „Die bestehende Geschäftsführung hat nebst Stiftung St. Lucia in den vergangenen Jahren schon an vielen Stellschrauben gedreht, um das Schiff Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg in ruhigere Gewässer zu führen. Dieses Krankenhaus mit seinen unterschiedlichen Tochtergesellschaften ist etwas ganz Besonderes – das merkt man sofort beim Betreten des Hauses. Wir von den Alexianern freuen uns deshalb nun sehr darauf, mit auf der Kommandobrücke stehen und gemeinsam mit Volldampf in eine erfolgreiche Zukunft schippern zu dürfen.“

Barthold schätzt das Zukunftskonzept der Stolberger als sehr gut ein, man wolle dort unterstützen und weiterentwickeln. Um die Spezialisierung des „Bethlehem“ vorantreiben zu können, werde man in den kommenden Jahren einen zweistelligen Millionenbetrag in den Standort Stolberg investieren.

(scp)

Neue Bücher



Das Jahr 2020 kam völlig anders als geplant. Seit „Corona“ die Welt fest im Griff hat, bleibt nur kurzfristiges Agieren auf Sicht. Auch wenn mehr Daten als vor der Krise zur Verfügung stehen, besteht große Unsicherheit. Viele Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 stehen noch aus. Völlig offen ist die Richtung, die das laufende und die kommenden Jahre einschlagen werden. Wird sich das stationäre Leistungsgeschehen wieder auf dem Niveau von 2019 einpendeln oder erleben wir eine dauerhafte Niveaushiftung nach unten? Hat sich die Ambulantisierung der Medizin durch Corona beschleunigt? Definiert sich die Rolle des Krankenhauses neu?

Augurzky/Krolop/Pilny/Schmidt/Wuckel: Krankenhaus Rating Report 2021 – Mit Wucht in die Zukunft katapultiert; Softcover mit eBook Code (ePub) inside; medhochzwei Verlag, 2021; erscheint am 16. Juni 2021; ISBN: 978-3-86216-830-9; ca. 250 Seiten; Preis: 349,99 €

Infos: <https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/krankenhaus-rating-report-2021-978-3-86216-830-9>

Termine

20.05.2021, online: 2. Health Care Management-Webkonferenz – Auf dem Weg zum digitalen Krankenhaus: Mitarbeiter abholen, Patienten überzeugen; Mit dem Aktionscode 2MED15 können Sie sich einen Rabatt von 15 Prozent auf den Teilnahmepreis sichern!
Infos: <https://www.sympto-gesundheitsmanagement.de>

21.05.2021, Berlin: Digitalforum Gesundheit – Wege zum Smart Hospital;
Infos: <https://www.digitalforum-gesundheit.de/kongress.html>

07.-11.06.2021, online: DMEA 2021;
Infos/Programm: <https://www.virtualmarket.dmea.de/de/programmuebersicht>

15.-17.06.2021, Berlin: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2021;

Infos: <https://www.hauptstadtkongress.de>

08.-09.07.2021, Potsdam: 28. Deutscher Krankenhaus Controller Tag – „New Work im Controlling“;
Infos: <https://www.dvkc.de/28-controllertag/>

07.-08.09.2021, hybrid (online/ Köln): Gesundheitskongress des Westens;
Infos: www.gesundheitskongress-des-westens.de

21.-22.09.2021, Hamburg: 16. Gesundheitswirtschaftskongress;
Infos: <https://www.gesundheitswirtschaftskongress.de/>

23.-26.10.2021, Himmelfort: NextHealth Business Retreat;
Infos: www.nexthealth.de/business-retreat

Impressum

Klinik Markt inside

Herausgeber: Dr. Uwe K. Preusker

Herausgeberbeirat: Dr. Daisy Hünefeld; Alexander Schmidtke; Prof. Dr. Christian Schmidt; Prof. Dr. Bernd Halbe

V.i.S.d.P.: Julia Rondot

Chefredakteur und Redaktion:

Sven C. Preusker

kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de

www.klinikmarktinside.de

Tel. + 49 6221 91 49 6-15

Verlag: medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

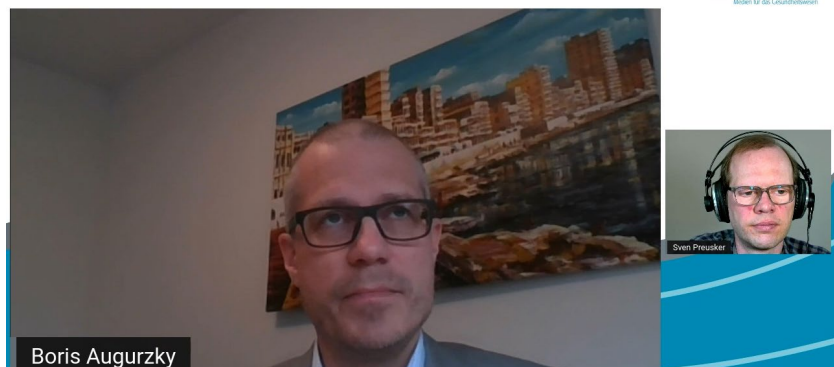
www.medhochzwei-verlag.de

Bezugsbedingungen: Klinik Markt inside erscheint mit 24 Ausgaben pro Jahr, Abonnement jährl. 655,00 Euro inkl. Versandkosten. Auch als elektronische Ausgabe in der KMi-App erhältlich. Weitere Informationen unter www.klinikmarktinside.de. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Vertrieb: medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Straße 42/1, 69115 Heidelberg, Tel. +49 6221 91 49 6-15, Fax +49 6221 91 49 6-20, sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de
Vervielfältigung nur nach Absprache mit dem Verlag.

Video-Tipp

Prof. Boris Augurzky über den Krankenhaus Rating Report 2021



Im Interview spricht Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen und Mitautor des jährlich im medhochzwei Verlag erscheinenden „Krankenhaus Rating Reports“, über die diesjährige Ausgabe des Reports, die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Krankenhäuser und wichtige politische Weichenstellungen in der kommenden Legislaturperiode.

Das Video-Interview können Sie unter <https://www.medhochzwei-verlag.de/Video/Details/109336> sehen.

Die nächste Ausgabe erscheint am 10.05.2021