

Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Wenn wir die Gesundheitsversorgung für morgen sichern wollen, sollten wir heute gemeinsam damit beginnen.

Ausgangslage

1. Wir haben historisch gewachsene Krankenhausstrukturen. Trägervielfalt, geringe Wartezeiten, gesicherte Qualität und Wahlfreiheit für die Versicherten sind die positiven Markenzeichen unseres Systems. Wie andere Sektoren unseres Gesundheitswesens ist aber auch die Krankenhausversorgung von einem Nebeneinander von Regionen mit hoher und Regionen mit geringer Versorgungsdichte geprägt. Auch die Einführung des DRG-Systems vor mehr als 15 Jahren konnte diese Situation nicht grundlegend beseitigen. In Teilbereichen hat das Fallpauschalensystem diese Situation durch entsprechende Fehlanreize sogar verstärkt.
2. Die Herausforderungen für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur sind regional unterschiedlich. Regionen mit Tendenz zu hoher Versorgungsdichte und Parallelstrukturen stehen Regionen mit Unterversorgung gegenüber. Dies betrifft den ambulant-vertragsärztlichen und den akutstationären Sektor gleichermaßen. Hinzu kommt ein in Verdichtungsräumen zunehmender Spezialisierungsgrad der Versorgung.
3. Kostenträger und zum Teil auch die Politik fokussieren in ihren Zielsetzungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen einseitig und undifferenziert auf den Aspekt des Kapazitätsabbaus. Dabei favorisieren sie politische Initiativen, die auf eine immer restriktivere Regulierung, eine undifferenzierte Ausweitung von Qualitätsanforderungen und auf zusätzliche Restriktionen bei der Finanzierung von Krankenhäusern abzielen. Im Ergebnis dieser Politik werden immer mehr Krankenhausstandorte in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht und in ihrer Leistungserbringung eingeschränkt, ohne dass ein nachhaltiges am Bedarf ausgerichtetes Versorgungskonzept verfolgt wird. Die Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen unterliegt damit in hohem Maße den Zufälligkeiten von nicht kalkulierbaren Wechselwirkungen dieser Instrumente und des wirtschaftlichen Überlebenskampfes. Zudem werden die Leistungen der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten zunehmend durch eine nicht gerechtfertigte Misstrauenskultur schlecht geredet.
4. Die seit Jahrzehnten von den Bundesländern nur unzureichend bereitgestellten Investitionsmittel haben zu einem massiven Investitionsrückstand, Nachholbedarfen in der Digitalisierung und an vielen Standorten zu beklagenswerten Infrastrukturbedingungen geführt. Auch der vor einigen Jahren eingeführte Strukturfonds als ergänzende Finanzierung für spezifische Handlungsfelder hat an dieser grundlegenden Situation nichts geändert.

5. Die Krankenhausplanung der Bundesländer hat auf diese Herausforderungen bisher keine schlüssigen Antworten gefunden. Die Krankenhausplanung hat überwiegend einen bewahrenden Charakter. Auch die bislang unabgestimmten Planungsverfahren (Krankenhausplanung und vertragsärztliche Bedarfsplanung) werden den Erfordernissen einer patientenorientierten und zugleich sektorübergreifenden Versorgung nicht mehr gerecht.

Neuausrichtung

6. Die Reduktion hoher Versorgungsdichten und der Abbau von Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich müssen in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. Die Überwindung unterschiedlicher Interessen in diesem Entwicklungsprozess wird nur möglich sein, wenn er sich konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientiert, transparent ausgestaltet wird und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen gibt.
7. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenhausgesellschaften der Länder als Vertreter der Krankenhäuser sind bereit, sich auch in schwierige Strukturdiskussionen einzubringen und damit die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung verantwortlich mit zu gestalten. Der Abbau von nachweisbar nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im konkreten Einzelfall auch Standortschließungen sind ebenso Teil dieser Strukturentwicklungen wie der Erhalt, die Stärkung und inhaltliche Weiterentwicklung von Standorten in Regionen mit Versorgungsdefiziten zur Sicherung der sozialen Daseinsvorsorge und bundesweit gleicher Lebensverhältnisse.
8. Diese Strukturentwicklungen müssen unter der politischen Federführung der Länder (Krankenhausplanung) koordiniert und verantwortet werden. Der Prozess muss transparent gestaltet werden und die betreffenden Akteure (Beschäftigte, Bürger, Kommunalpolitik) sind frühzeitig einzubeziehen. Regionalkonferenzen können ein geeignetes Instrument dafür sein. Den Krankenhausträgern ist bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen eine aktive und verantwortungsvolle Rolle einzuräumen.
9. Die eingeforderte aktive Krankenhausplanung der Bundesländer sollte Qualitätssicherungsinstrumente einbeziehen. Bundesweite Strukturqualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) müssen im Einklang mit dem vorrangigen Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Regionen stehen und sollen als Orientierungswerte ausgestaltet werden.
10. Regionale Strukturkonzepte müssen sektorübergreifend angelegt sein. Die Krankenhäuser bieten sich deshalb an, die ambulante fachärztliche Versorgung an ihren Standorten in ländlich geprägten Regionen zu sichern. Krankenhäuser sind zentrale Punkte der regionalmedizinischen Versorgung. Eine sektorübergreifende Planung kann und sollte dies berücksichtigen, indem neben den stationären Versorgungsmöglichkeiten ambulante medizinische und pflegerische Leistungen auch an Krankenhäusern als niedrigschwellige Leistungsangebote anzusiedeln

sind. Dies sollte vor allem bei ambulanten medizinischen Versorgungsangeboten erfolgen, z.B. in Form medizinisch-pflegerischer Versorgungszentren, wofür entsprechende Verbindungen zwischen dem SGB V und dem SGB XI zu schaffen sind.

11. Grundvoraussetzung für die Umsetzung der vereinbarten Strukturentwicklungen ist eine spürbare Ausweitung der bisherigen Investitionsfinanzierung.
12. Auch das Fallpauschalensystem zur Finanzierung der Behandlungsleistungen muss in diesem Zusammenhang weiterentwickelt werden. Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss in der Lage sein, seinen medizinischen Versorgungsauftrag zu erbringen und Tariflöhne zu zahlen ohne kontinuierlich Mehrleistungen erbringen zu müssen. Dazu müssen u.a. individuelle strukturelle Besonderheiten besser abgebildet werden, z.B. durch eine Kombination der Vergütung von Behandlungs- und Vorhaltekosten.