

schen Weiterbildung. „Zahlreiche zu verlagernde, bisher stationär erbrachte Operationen und Prozeduren sind typische Weiterbildungseingriffe. Die jetzige

Regelung im Vertrag zum Ambulanten Operieren nach §115b SGB V fordert hingegen für ambulante Eingriffe eindeutig den Facharzt-Status, so dass Ärzte in Weiter-

bildung davon ausgeschlossen wären“, warnte Prof. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der DGCH.

Interview:

Stoff-Ahnis: Abrechnungschaos vorprogrammiert

Klinik Markt inside: Frau Stoff-Ahnis, Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser vorgeschlagen, die Möglichkeiten zur Tagesbehandlung in Krankenhäusern massiv auszuweiten, und das schon sehr kurzfristig. Wo sehen Sie die größten Risiken für die GKV durch die ange-dachten Regelungen?



Stefanie Stoff-Ahnis ist Vorstand des GKV-Spitzenverbands und unter anderem für Vertragsanalyse sowie die Abteilungen Ambulante Versorgung, Krankenhäuser und Arznei- und Heilmittel zuständig.

Foto: GKV-Spitzenverband/
Tom Maelsa

Stefanie Stoff-Ahnis: Der GKV-Spitzenverband kann die Motivation der Regierungskommission grundsätzlich gut nachvollziehen, aufgrund der derzeit angespannten Situation das ärztliche und pflegerische Personal entlasten zu wollen. Die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Ideen halten wir allerdings für ungeeignet, um die Probleme zu lösen. Mit diesem Ansatz würden bestehende Strukturen in der stationären Versorgung zementiert und bestehende Ambulantisierungsmaßnahmen verworfen. Zudem würden weitreichende

Änderungen in der Krankenhausvergütung und -abrechnung ad hoc eingeführt werden. Bei einer so kurzfristigen Umsetzung zum 1. Januar 2023 ist Abrechnungschaos vorprogrammiert. Auf die GKV würden durch den Vorschlag der Regierungskommission erhebliche (noch nicht abschließend zu beziffernde, Anm. d. Red.) Mehrausgaben zukommen, ohne dass Patientinnen und Patienten strukturell besser versorgt werden würden.

Gerade jetzt in der angespannten Finanzsituation der Kassen ist dies aus unserer Sicht inakzeptabel. Insgesamt greifen die ange-dachten Maßnahmen viel zu kurz und könnten die Versorgungs- und Finanzierungsprobleme teilweise sogar noch verschärfen.

KMi: Und wie schätzen Sie die Vorschläge aus Sicht der Patientinnen und Patienten ein?

Stoff-Ahnis: Wir teilen die Analyse, dass in Deutschland über-durchschnittlich viele vollstatio-

näre Behandlungen durchgeführt werden – vielfach Fälle, die eigentlich ambulant versorgt werden könnten. Grundsätzlich begrüßen wir, dass die Ambulantisierung ausgebaut werden soll. Viel wichtiger wäre es aber, unnötige Krankenhausaufenthalte generell zu vermeiden, statt in Einzelfällen lediglich auf unnötige Übernachtungen im Krankenhaus zu verzichten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es schon gar nicht nachvollziehbar, dass bei sämtlichen Krankenhausbehandlungen auf Übernachtungen verzichtet werden könnte. Vielmehr ist es sinnvoll, für geeignete Leistungsbereiche gezielt eine tatsächlich ambulante Behandlungsmöglichkeit zu schaffen.

Dies zeigt der GKV-Spitzenverband bereits mit eigenen Konzepten für das Ambulante Operieren sowie für die im Koalitionsvertrag angedachten Hybrid-DRG auf. Für die Patientinnen und Patienten fehlt mit dem Umsetzungsvorschlag der Regierungskommission eine Perspektive in die ambulante Versorgung. Vielmehr führt der Vorschlag dazu, dass die Versorgung zukünftig dauerhaft und überwiegend stationär im Krankenhaus stattfindet. Es entsteht auf diesem Weg gerade

keine nachhaltige Entlastung für das Krankenhauspersonal. Mit dem Vorschlag der Regierungskommission geht unserer Ansicht nach trotz erheblicher Mehrausgaben keine strukturelle Verbesserung der Gesundheitsversorgung einher.

Dies gilt ebenso für die Situation der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen. Hier sieht der Vorschlag der Regierungskommission eine reine Finanzspritze für die Notfallversorgung vor. Für die GKV könnte diese zu milliardenschweren Mehrausgaben führen, ohne dass die Versorgung der 73 Millionen gesetzlich Versicherten verbessert wird. Im Gegenteil steigt der Anreiz, Patientinnen und Patienten möglichst lang in der Notaufnahme zu halten. Dies wäre ein Rückschritt für die Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung.

Nicht vergessen, woher Probleme ursächlich kommen

KMi: Nun haben die Krankenhäuser nach dem deutlichen Rückgang der Patientenzahlen während der Corona-Pandemie ja auch mit den steigenden Preisen für Energie und Verbrauchsmaterialien zu kämpfen, ebenso wie mit dem Mangel an Personal. Wären die Vorschläge da nicht ein geeigneter Weg zur Entlastung?

Stoff-Ahnis: Natürlich haben wir vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftspolitischen Herausforderungen Verständnis für die angespannte Situation in den Krankenhäusern. Wir dürfen aber trotz der aktuellen ersten Lage nicht vergessen, woher die Probleme ursächlich kommen und

wie sie langfristig zu lösen sind. Die Probleme der Krankenhäuser haben ihre Ursache zu großem Teil in nicht bedarfsgerechten Strukturen. Rund 40 Prozent der Krankenhausbetten werden mittlerweile regelmäßig nicht benötigt. Viele kleine Kliniken, gerade in Ballungsgebieten, binden Geld und Personal, obwohl sie für die gute Versorgung der Bevölkerung nicht mehr in dieser Form benötigt werden. Die Politik muss deshalb endlich Rahmenbedingungen für konkreten, bedarfsgerechten Strukturwandel schaffen.

Grundlegendes Nachdenken über Versorgungsstrukturen

KMi: Welche Möglichkeiten sehen Sie für kurzfristige Reformen, die sowohl den Krankenhäusern die dringend benötigte Entlastung bringen als auch die Kassen und damit die Beitragszahlerinnen und -zahler nicht über Gebühr belasten?

Stoff-Ahnis: Aus unserer Sicht muss grundlegend über die bestehenden Versorgungsstrukturen nachgedacht werden. Die Ambulantisierung muss ganz klar gestärkt werden. An erster Stelle wollen wir den Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) erweitern – verbunden mit der Einführung einer für Krankenhäuser und die Vertragsärzteschaft gleichermaßen nach Schweregraden adjustierten Vergütung für Betreuungsfälle von bis zu 24 Stunden. Daran arbeiten wir bereits intensiv mit den Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die damit einhergehende Stärkung der Ambulantisierung wird durch die

Regierungskommission gänzlich ausgeblendet, obwohl damit erhebliches Entlastungspotenzial für Krankenhäuser, Ärzteschaft und Pflegepersonal einhergeht.

In einem nächsten Schritt können dann die Hybrid-DRG für geeignete Leistungen umgesetzt werden, ich verweise noch einmal auf den Koalitionsvertrag. Hierfür kommen bisher rein vollstationäre Leistungen in Frage. Behandlungen also, bei denen sich die Patientinnen und Patienten selbstständig in der Häuslichkeit versorgen können, für die Behandlung selbst sind aber zwingend die organisatorischen, personellen oder technischen Strukturen eines Krankenhauses erforderlich. Vorgesehen sind Kurzliefgefälle mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen sowie definierte tagesklinische Behandlungen. Für alle anderen komplexen Fälle besteht dann weiterhin die Möglichkeit der vollstationären Behandlung.

Für die Notfallversorgung könnten Notfallzentren direkt ins Krankenhaus integriert werden. Patientinnen und Patienten erhalten hier eine Ersteinschätzung an einem von Vertragsärzteschaft und Krankenhäusern gemeinsam betriebenen Tresen, danach werden sie an die erforderliche Versorgungsebene weitergeleitet. Diese integrierten Notfallzentren könnten auch die Notfallversorgung nachhaltig strukturell reformieren.

KMi: Vielen Dank für das Gespräch!