

„Es ist genug Geld im System“

GKV-Vorstand Stefanie Stoff-Ahnis im Gespräch - über die Frage, wie viele Krankenhäuser es für eine bedarfsgerechte Versorgung bräuchte, Kosten der geplanten Klinikreform und fahrlässige Argumente gegen Mindestmengen.

Das Interview führte Thomas Hommel

Frau Stoff-Ahnis, wann rechnen Sie mit einem Start der Krankenhausreform?

Das ist eine spannende Frage momentan, die aber von niemandem tatsächlich zu beantworten ist. Fest steht: Wir liegen weit hinter dem Zeitplan. Der ursprüngliche Plan war, dass das Reformgesetz zum 1. Januar 2024 in Kraft tritt. Aber aktuell gibt es nur Arbeitsentwürfe der Bund-Länder-Gruppe. Mitte Januar soll ein erster Referentenentwurf daraus reifen. Gesundheitsminister Karl Lauterbach hat Ostern als Beschlusszeitpunkt für die Reform angekündigt. Ob das klappt, steht in den Sternen.

Überrascht es Sie, dass der Reformprozess so schleppend verläuft?

Nicht wirklich. Es geht hier um grundlegende Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft. Das Thema war schon immer hart umkämpft zwischen Bund und Ländern. Beide Seiten müssen sich einigen, da sie auf unterschiedliche Weise verantwortlich zeichnen für die Krankenhauspolitik. Am Status quo festzuhalten, wäre aber fatal.

Das heißt, die Länder brauchen die Krankenhausreform?

Ganz zuvorderst die Länder benötigen eine Reform der Krankenhausstrukturen! Schaut man sich den Status quo an, dann stellt man fest: Es gibt dringenden Veränderungsbedarf. Zum einen ist erkennbar, dass

wir mit Blick auf die Krankenhausqualität bundesweit nicht die gleichen Ergebnisse vorweisen können. Es ist doch kein haltbarer Zustand, dass die Qualität der Versorgung auch davon abhängt, wo in Deutschland ich krank werde!

Wir sind auch weit entfernt von bedarfsgerechter Versorgung – und wir verzeichnen derzeit einen starken Rückgang der Patientenzahlen in den Krankenhäusern. Wir liegen bei einer Auslastung von unter 70 Prozent, teilweise sogar bei um die 60 Prozent. Hinzugesellt sich ein Fachkräftemangel in Medizin und Pflege. Da die Länder die Planungshoheit über die stationäre Versorgung haben und am Ende verantwortlich zeichnen dafür, sollten sie großes Interesse haben, dass der Sektor grundlegend reformiert wird.

Was ist für die Kassen das Entscheidende? Dass es weniger Krankenhäuser gibt oder dass am Ende des Reformprozesses eine bessere Qualität steht?

Aus Sicht von Krankenkassen lässt sich das leicht beantworten: Entscheidend ist, was Patientinnen und Patienten in der Krankenhausversorgung benötigen. Das ist zum einen eine bessere Qualität. Wir brauchen mehr Spezialisierung – weg von der Gelegenheitsversorgung hin zu wirklich hohen Fallzahlen in bestimmten Fachdisziplinen, um so bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen. Zurzeit erbringen Krankenhäuser die Leistungen, die sie

gerne erbringen möchten. Das bedeutet aber auch, dass teils komplexe Versorgung sehr selten erbracht wird und damit Handlungsroutrinen und Erfahrung fehlen. Studien belegen, dass sich das negativ auf Behandlungsergebnisse auswirkt. Der zweite Punkt ist eine bedarfsgerechte Versorgung, also die Frage: Wie sichern wir die Versorgung in ländlichen Räumen ab und wie bauen wir gleichzeitig Überversorgung in Ballungsräumen ab?

Reichen am Ende 1.000 Krankenhäuser aus, um beides sicherzustellen?

Wir haben das tatsächlich einmal simuliert und sind auf insgesamt 1.247 Krankenhäuser gekommen, die es bundesweit für eine bedarfsgerechte Versorgung bräuchte.

Welche Kriterien liegen der Berechnung zugrunde?

Zum einen Kriterien der Erreichbarkeit. Wir haben berücksichtigt, was sind notfallversorgende Krankenhäuser, die wir flächendeckend brauchen, die spezialisierten Fachkrankenhäuser, Spezialversorger wie Kinderkrankenhäuser, Schlaganfallereinheiten und Traumazentren, aber auch, ob die notwendige Kapazität für die Versorgung noch erhalten bleibt.

Wir haben jetzt auch darauf geschaut, in welchen Leistungsgruppen und welchen Falldisziplinen benötigt man welche Anzahl von Angeboten. Die Zahl 1.247 ist also >>

Stefanie Stoff-Ahnis

Seit 1. Juli 2019 Vorstand
GKV-Spitzenverband

2016 bis 2019
Mitglied der Geschäftsleitung,
Ressort Versorgung der AOK
Nordost

1995 bis 2000 Studium der
Rechtswissenschaften an der
Humboldt-Universität zu Berlin



>> nicht willkürlich gewählt. Sie fußt auf dem Bedarf für eine qualitätsgesicherte Versorgung.

Haben Sie auch ausgerechnet, was die Krankenhaustransformation kosten könnte? Da werden von manchen Beobachtern Summen zwischen 50 bis 100 Milliarden Euro aufgerufen – wengleich über einen längeren Zeitraum.

Gerade von der Krankenseite wird immer wieder nach gewaltigen Milliardensummen gerufen. Diese Diskussion ist aus meiner Sicht der Grund, weshalb es jetzt zu einem Zwischenstopp gekommen ist und zum Transparenzgesetz der Vermittlungsausschuss angerufen wurde. Es ist das politische Ziel, die Reform möglichst ohne zusätzliches Geld vorzunehmen. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Diese Reform zielt auf echte Veränderung. Wir wollen über eine stärkere Vorhaltevergütung – ergänzend zu den Fallpauschalen – Geld sinnvoll umverteilen.

Wir sprechen hier über 30 Milliarden Euro, die in den Topf der Vorhaltevergütung fließen sollen. Und hier ist beabsichtigt, dass nicht jedes Krankenhaus weiter genau in den gleichen Leistungsgruppen versorgt wie bisher. Sondern dass sich bestimmte Fälle durch Spezialisierung auf Standorte konzentrieren und sich so die Versorgungsqualität spürbar verbessert. Vorhaltung soll letztlich derjenige erbringen, der Fälle in sehr guter Qualität und hoher Zahl erbringt oder für die Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung gebraucht wird.

Es geht darum, vorhandenes Geld besser zu verteilen, statt neues ins System zu pumpen?

Schon heute fließt jeder dritte Euro aus den Portemonnaies der Beitragszahlenden an die Krankenhäuser. Es ist genug Geld im System. Es ist aber nicht hinreichend gut verteilt.

Ein wichtiges Stichwort in der Debatte ist die stärkere Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Fälle. Sollte der Ambulantisierungsschub eher am Krankenhaus oder in den Praxen erfolgen?

Zunächst: Ambulantisierung muss – neben der Frage der Qualität und der bedarfsgerechten Versorgung – ein Kernanliegen der Reform sein. Wir können aus internationalen Studien klar ablesen, dass Deutschland in Sachen Ambulantisierung abgeschlagen ist. Hier schlummert also ein großes Potenzial. Darum ist es aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ein großes Anliegen, an dieser Stelle ambulante Strukturen



© ROLF SCHULTEN

zu stärken. Daher lautet die Antwort auf Ihre Frage: Wir wünschen uns, dass ein Mehr an Ambulantisierung in ambulanten Strukturen erfolgt. Diese könnten nicht nur im vertragsärztlichen Bereich, sondern letztlich auch an einem veränderten, angepassten Krankenhaus vorgehalten werden – aber eben nicht mit der stationären Infrastruktur eines Krankenhauses.

Was heißt das konkret?

Wir erreichen ja nur eine Veränderung im Sinne von mehr Effizienz, wenn wir für die ambulante Versorgung letztlich nicht ein hochteures Overhead eines Krankenhauses vorgehalten: also 24/7-Betreuung, ausgestattet mit Großgeräten und all dem, was ein Krankenhaus ausmacht.

Beim Prozess der Ambulantisierung geht es ja auch darum, Personal besser einzusetzen, weil personelle Ressourcen zunehmend schwinden. Und natürlich hat das auch Auswirkungen auf die Finanzierung. Obendrein wollen Patientinnen und Patienten lieber ambulant behandelt werden, als dass sie sich im Krankenhaus aufhalten.

Ist der EBM oder die DRG der richtige Maßstab bei der Ambulantisierung?

Ich werde Sie sicherlich nicht überraschen, wenn ich sage, dass wir ambulante Leistungen auf Grundlage des EBM vergüten sollten. Das praktizieren wir – was zu meinem Leidwesen von der Politik nicht so sehr wahrgenommen wird – ja auch schon in der Weiterentwicklung des AOP-Kataloges. Dazu sitzen wir gemeinsam mit KBV und DKG an einem Tisch. Zum Jahresende werden wir hoffentlich die nächste Stufe zünden, aus der hervorgeht, wie ambulantes Operieren angemessen vergütet wird. Das ist eine Weiterentwicklung eines breiten Feldes. Wie

gesagt: Der EBM soll als Grundlage gewählt werden. Ein Beispiel: Sachkosten, die noch nicht abgedeckt sind, werden ergänzt – sofern dies erforderlich ist.

Eine zentrale Rolle der Krankenhausrreform spielen Leistungsgruppen. Sie sprachen die bereits an. Geplant sind in Anlehnung an Nordrhein-Westfalen 64 Leistungsgruppen plus fünf, die der Bund in seinen Arbeitsentwurf freigeschrieben hat. Reicht das aus?

Für die Krankenhausreform war das der politische Kompromiss: 64 plus 5. Nordrhein-Westfalen soll quasi als Blaupause für die künftige Krankenhausplanung der übrigen 15 Länder dienen. Den Ländern mag die Formel 64 plus 5 für die Planung als Grundlage ausreichen. Um eine komplexe Qualitätssicherung für die Kliniken inklusive der nötigen Vorhaltevergütung aufzusetzen, sind 69 Leistungsgruppen aber zu wenig. Der NRW-Planungsansatz ist gut für die Krankenhausplanung in NRW, für alle anderen Vorhaben im Rahmen der Krankenhausreform stößt der Ansatz aber an seine Grenzen.

Warum?

Wir haben im Krankenhausbereich aktuell rund 1.200 Fallpauschalen. Das sind sehr spezifische Fallkonstellationen. Nehmen Sie Leistungsgruppen wie etwa „Inneres“ oder „Chirurgie“. Für die gibt es jeweils so viele Subdisziplinen, vorgehalten an Universitätsklinik oder Fachkliniken, die sind noch gar nicht abgebildet. Da gehen ganze Fachgebiete ebenso unter wie die Vergütungsgerechtigkeit.

Also zu sagen, 69 Leistungsgruppen reichten für die Ermittlung der Qualitätskriterien und der Vergütung aus, die daran geknüpft sind, ist unzutreffend. Hier braucht es definitiv eine Weiterentwicklung und

Ausdifferenzierung. Für diese Arbeit bietet sich natürlich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) an. Dieses Gremium ist genau befähigt, sich strukturiert, transparent und auch zeitlich sicher bei entsprechendem Auftrag die Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen vorzunehmen.

Erheblicher Reformbedarf hat sich auch in der Notfallversorgung aufgetürmt. Der Umbau soll gekoppelt sein an die Krankenhausreform. Kann das funktionieren – ein Anlauf zur Notfallreform ist ja bereits gescheitert?

So richtig gekoppelt an die Krankenhausreform ist das nicht. Das sind ja unterschiedliche Vorhaben. Die Regierungskommission hat sich geäußert und Vorschläge gemacht, die im Übrigen den unseren sehr ähnlich sind, wie die Notfallstrukturen anzupassen sind.

Minister Lauterbach betont, beides solle zeitgleich erfolgen. Aber von einem Gesetzentwurf sind wir noch weit entfernt. Es ergäbe aber natürlich Sinn, beides zu kombinieren. Bedarfsgerechte Versorgung und bundeseinheitliche Kriterien, um Qualität zu sichern, brauchen wir auch in der Notfallversorgung. Auch hier gibt es diese Struktur noch nicht. Die ließe sich erreichen zum Beispiel über Integrierte Notfallzentren, kurz INZ.

Die INZ stehen auch als Ziel im Koalitionsvertrag der Ampel und werden im Prinzip von allen gewollt. Aber wenn es an die Details geht, gehen die Meinungen auseinander – etwa bei der Frage, wer hat den Hut auf. Wie ist Ihre Position?

Die INZ mit einem gemeinsamen Tresen der jeweiligen KV und des Krankenhauses drängt sich ja quasi auf. Das soll letztlich ein Herzstück der Notfallversorgung sein. Denn an

diesem Tresen wird entschieden, auf welchen Versorgungszweig muss sich der Patient, der sich da einfindet, geleitet werden. Wir meinen: Hier braucht es ganz klar ein Zusammenwirken von KV und Krankenhaus, kein Gegeneinander. Die Frage nach dem Hut ist da kontraproduktiv.

Weil?

Weil uns das ein Stück weit verharren lässt im ewigen Sektorendenken, das Ressourcen verschwendet und nicht effektiv nutzt. Wir haben im G-BA an der Ersteinschätzungsrichtlinie gearbeitet und aus meiner Sicht waren wir auch gemeinsam mit der KBV sehr weit vorangekommen. Wir hatten hier einen guten Beschlussvorschlag erarbeitet, der eine Weiterleitung in den ambulanten Bereich für solche Patientinnen und Patienten vorsieht, die nicht dringlich und sofort im Krankenhaus behandelt werden müssen. Politisch wurde das leider vom Aufsicht führenden Ministerium gestoppt.

Wir hängen also ein Stück weit zurück bei der Patientensteuerung im Notfall?

In der Tat. Jetzt wird darüber diskutiert, wie viele Integrierte Notfallzentren braucht es, um Notfallversorgung flächendeckend gut vorzuhalten. Wir haben auch das in einer Simulation errechnet.

Mit welchem Ergebnis?

Für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Notfallversorgung in den Ballungszentren und gerade auch in den Flächenregionen, sprich ländlichen Gebieten, bräuchte es insgesamt 730 Krankenhausstandorte. Die Regierungskommission hatte vorgeschlagen, dass die erweiterte und umfassende Notfallstufe – also die zwei oberen Notfallstufen –, dass diese Häuser zwingend Integrierte Notfallzentren darstellen sollen. Das passt aus unserer Sicht nicht. In Ballungsräumen hätten wir dadurch Überversorgung und eine Unterversorgung im ländlichen Raum würde dadurch nicht verhindert. Wichtig ist, dass wir INZ in der Breite anbieten, mit der dann auch sichergestellt ist, dass nicht jeder medizinische Hilfe suchende Mensch anschließend im Krankenhaus landet, sondern dass er oder sie gegebenenfalls auch im ambulanten Bereich versorgt wird, wenn das dem medizinischen Bedarf entspricht.

Wie geht es mit dem geplanten Klinik-Transparenzgesetz nach der Intervention der Länderkammer weiter – das Vorhaben liegt ja nun erst einmal auf Eis?

Die Länder haben hier einen Pflock eingeschlagen. Zwei Punkte sind da mindestens berührt. Die erste Ebene ist: Die Länder haben betont, Transparenz über Behandlungsqualität ist überbewertet. Es gab die Aussage, der Klinik-Atlas könne irreführend sein, wenn darin erkennbar ist, wel-



Schon heute fließt jeder dritte Euro aus den Portemonnaies der Beitragszahlenden an die Krankenhäuser.

ches Krankenhaus erbringt welche Leistungen. Da fragen sich jetzt natürlich viele Menschen: Soll da etwas verborgen bleiben? Ganz ehrlich, wenn ich als Patientin selbstverantwortlich und informiert eine Entscheidung treffen möchte, weil ich sie treffen muss, also für eine >>

ANZEIGE

>> Behandlung, dann brauche ich die Orientierung, welches Krankenhaus was wie gut macht. Das ist im Übrigen auch für ambulant behandelnde Ärztinnen und Ärzte als Einweiser ganz relevant. Zu wissen, wohin überweise ich oder vermittele ich meinen Patienten.

Und der zweite Punkt?

Der zweite Punkt ist: Mehr Transparenz in der Krankenhausversorgung wurde im Juli bewusst in die Eckpunkte von Bund und Ländern als Ziel aufgenommen – nach hartem Ringen. Das steht sogar in der Präambel. Es sollten damit Grundlagen geschaffen werden für die Krankenhausreform – zum Beispiel, um die Vorhaltevergütungen errechnen zu können. Dafür muss man deutschlandweit erst einmal Transparenz herstellen, sprich Daten abfragen, um letztlich sagen zu können, welche Fälle werden in welchen Kliniken erbracht, welchen Leistungsgruppen können Häusern zugeordnet werden und so fort. Diese Vorarbeiten können nicht erfolgen, wenn es das Transparenzgesetz nicht gibt.

Überdies sind Liquiditätshilfen in Höhe von fünf bis sechs Milliarden Euro, die im Gesetzentwurf drin stehen, auf Eis gelegt. Und das alles bei einem Gesetz, das nicht zustimmungspflichtig ist.

Die Anrufung des Vermittlungsausschusses durch die Länderkammer ist demnach ein taktisches Manöver gewesen, das nach hinten losgehen könnte?

Das ist aus meiner Sicht eine Blockade, um die Interessen im Verhandlungsprozess zur Krankenhausreform zu stärken. Die Länder haben von Beginn betont, wo ihr Kompetenzradius, ihre Deutungshoheit und ihre Handlungshoheit liegen.

Sie haben aber wenig darüber gesprochen, wie sie Versorgung konkret verbessern wollen. Wie soll sich die Krankenhausstruktur verändern oder die Versorgungsstruktur insgesamt? Ambulantisierung ist, wie gesagt, ein ganz wichtiges Feld. Wie lauten hier die Konzepte der Länder? Ich habe davon noch nichts gesehen.

Am geplanten Klinik-Atlas wird unter anderem kritisiert, er bilde nur Strukturqualität, aber eben keine Ergebnisqualität ab. Teilen Sie diese Kritik?

Auch ich sehe noch Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Erst ab Oktober 2024 sollten ja die Leistungsgruppen erkennbar sein, dass man einfach sehen kann, an welchen Inhalten arbeitet eine Klinik? Aber ergänzend sollen ja auch Angaben zu Min-

destmengen sein, zu Zertifikaten und Qualitätssiegel, zu Notfallstufen und so weiter. Wir haben im Anhörungsverfahren auch vorgeschlagen, dass die Operateure sichtbar sein sollten – ebenso die Anzahl der von ihnen erbrachten Operationsleistung. Das ist für einweisende Ärztinnen und Ärzte und auch für Patienten ein ganz relevanter Punkt. Und ja, natürlich ist das Konzept weiterzuentwickeln. Aber so wie es jetzt für den Start im Mai 2024 geplant ist, wäre es ein guter Aufschlag!

Sie sprachen die Mindestmengen als einen Hebel für mehr Qualität und Versorgungssicherheit in den Kliniken an. Warum ist der Widerstand gegen die Vorgaben immer noch so groß?

Ich halte die Argumente gegen Mindestmengen für unberechtigt und fahrlässig. Nehmen Sie das Beispiel Neonatologie, konkret die Vorgabe für die Versorgung von Frühchen unter 1.250 Gramm. Die Mindestmengen wurden vom G-BA auf 25 Fälle erhöht, die ab 2024 jährlich er-

bracht sein müssen von einer Klinik. Es gibt enorme Widerstände, vor allem aufseiten der Länder. Die tragen vor, dass die neuen Mindestmengen auf eine unangemessene Beeinträchtigung ihrer Planungshoheit hinausliefen und die Frühchen-Versorgung gefährden würden.

Machen wir uns ehrlich: Die Mindestmenge 25 bedeutet, dass ein Krankenhaus 24 Fälle im Jahr nicht versorgen darf. Das ist die Konsequenz. Zugleich ist klar nachgewiesen, dass Häuser, die die Mindestmenge erfüllen, die Frühchen besser versorgen. Die Sterblichkeit liegt signifikant niedriger. Fachgesellschaften als auch Elternverbände haben klar betont, dass die höhere Mindestmenge-Regelung überfällig ist. Kurzum: Ich halte die Diskussion, die die Länder da vom Zaun brechen, für bemerkenswert. Und sie entsetzt mich auch. Mindestmengen sichern Versorgungsqualität und dienen der Patientensicherheit.

Frau Stoff-Ahnis, wir bedanken uns für das Gespräch!

