

AKG VISION 2030

POSITIONSPAPIER ZUR KRANKENHAUSSTRUKTUR DER ZUKUNFT

Version 3.0

Dienstag, 8. Juni 2021

INHALTSVERZEICHNIS

Hintergrund	1
Annahmen	2
Digitalisierung	2
Sektorübergreifende Versorgung	2
Fachkräftemangel	3
Qualität und Finanzierung	3
Zukunftsvision der AKG	4
Präambel	4
Stufenmodell	5
Umsetzung und Schritte der Umsetzung	7
Forderungen und Maßnahmen	7
Reform des DRG-System	9
Finanzierung von Pflegepersonalkosten in der Krankenhausbehandlung	10
Rolle der DKG	10
Rolle des Deutschen Städtetages	10
Freigabe	11

HINTERGRUND

Die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens haben sich für alle Krankenhäuser in den vergangenen Jahren kontinuierlich verschärft. Ein zunehmender Kosten- und Wettbewerbsdruck führte zu einem teilweisen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft, der sich jedoch nicht vollständig an den objektiven Versorgungsbedarfen orientierte. Die kommunalen Großkrankenhäuser haben mit der AKG frühzeitig eine Plattform für eine gemeinsame Bewältigung der Herausforderungen geschaffen und sind im Jahr 2017 mit der Vereinsgründung bewusst in den politischen und gesellschaftlichen Diskurs zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen eingetreten. Angetrieben von wissenschaftlichen Studien und internationalen Vergleichen wird eine deutliche Reduzierung der Krankenhauszahlen diskutiert. Für die AKG ergibt sich die Positionierung in diesem Diskurs bereits aus dem Selbstverständnis. Eine hochwertige und tragfähige

Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung steht dementsprechend im Mittelpunkt aller Bemühungen. Gleichzeitig ergibt sich diese jedoch nicht nur aus einer zu definierenden Anzahl von Krankenhäusern, sondern vielmehr durch eine professionelle und transparente Rollenverteilung und Zusammenarbeit aller Akteure im regionalen Kontext. Dabei ist die Gesundheitsversorgung in einer gesellschaftlich akzeptierten und volkswirtschaftlich tragfähigen Form auszugestalten. Hohe Effektivität und Effizienz gleichermaßen sind Voraussetzungen für eine dauerhafte Akzeptanz und den Bestand der Daseinsvorsorge. Im Hinblick auf die großen aktuellen Herausforderungen hat die AKG im Sommer 2019 strategische Projektgruppen installiert, die für vier zentrale Handlungsfelder strategische Positionen und Lösungsansätze erarbeiten. Gleichzeitig hat der Vorstand ausgehend von den strategischen Handlungsfeldern die Arbeit an einer gemeinsamen Vision für die Krankenhausstrukturen der Zukunft aufgenommen. Dabei ist ein Stufenmodell für zukünftige Krankenhausstrukturen entstanden. Zur Verwirklichung dieser Vision wurden darüber hinaus konkrete Forderungen und Maßnahmen für die tägliche politische Arbeit der AKG formuliert.

ANNAHMEN

Nach Einschätzung der AKG-Kliniken werden die folgenden vier Handlungsfelder die Entwicklungen im Gesundheitsbereich maßgeblich beeinflussen. Die installierten Projektgruppen arbeiten an kurz- und mittelfristigen Lösungsansätzen und Positionen zu den jeweiligen Handlungsfeldern. Der Vorstand hat zu jedem Handlungsfeld Annahmen formuliert, wie sich diese Entwicklung bis 2030 darstellen wird.

DIGITALISIERUNG

Die Digitalisierung verändert derzeit die Arbeits- und Lebenswelt in allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen. Aufgrund der begrenzten finanziellen Ressourcen, der hohen regulativen Anforderungen und der kulturellen Prägungen in der medizinischen Versorgung schreitet die Digitalisierung im Gesundheitswesen langsamer voran als in anderen Bereichen.

Größter Treiber für eine systematische Digitalisierung des Gesundheitswesens ist jedoch der Fachkräftemangel, sodass eine umfassende digitale Unterstützung in der Medizin zum Wettbewerbsfaktor für die Krankenhäuser wird.

Annahmen für 2030:

- Telematikinfrastruktur als Kommunikationsweg etabliert
- ePA etabliert
- Technische Standards sorgen für umfassende Interoperabilität zwischen diversen Anwendungen und der ePA
- Diverse APPs bei Leistungserbringern und Patienten im Einsatz
- Ca. 80 % der Patienten verfügen über zusätzliche Gesundheitsdaten und bringen diese in den Behandlungsprozess mit ein
- Diverse Datenpools sorgen für die notwendige Datengrundlage in KI-Anwendungen
- KI kommt regelhaft als Unterstützung in der Diagnostik zum Einsatz
- Videosprechstunden und diverse telemedizinische Anwendungen sind etabliert

SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Die starre Trennung der Sektoren ist ein zentrales Hemmnis bei der Entwicklung von echten Innovationen in der Patientenversorgung. Durch neue Möglichkeiten der (digitalen) Zusammenarbeit bei gleichzeitigem

Fachkräftemangel gewinnt die Öffnung der Sektorengrenzen an neuer Dynamik. Hierbei kommt es auf die gesetzgeberische Initiative der politischen Kräfte in Bund und Ländern an.

Annahmen für 2030:

- Weniger KH, weniger Betten, weniger stat. Fälle, weniger niedergelassene Ärzte
- KVen bestehen fort, haben jedoch eine andere Rolle
- Im niedergelassenen Bereich ist die Bildung von Versorgungsketten und –verbänden weit fortgeschritten
- Zugang zu ambulanten Leistungen durch KH ist erleichtert; gleichzeitig ist die stationäre Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte gestärkt
- Notfallversorgung findet deutlich überwiegend im/ am Krankenhaus statt
- KH-MVZ sind Standard
- Kooperationen zwischen FÄ und KH sind deutlich vielfältiger und regelhaft etabliert

FACHKRÄFTEMANGEL

Der Fachkräftemangel hat das Gesundheitswesen inzwischen in allen Bereichen erreicht und wird zum zentralen Wettbewerbsfaktor für die Krankenhäuser. Dabei erleben wir gleichzeitig eine konsequente Ausdifferenzierung der Qualifikationen und Berufsgruppen in Verbindung mit einem veränderten Selbstverständnis der nachwachsenden Generationen mit allen Konsequenzen für die Zusammenarbeit und Organisationsformen im Krankenhausalltag. Die Zunahme an Ausdifferenzierung und Qualifikation führt aber nur bedingt zur Prozessinnovationen, da diese weiterhin durch Macht- und Status-Denken behindert werden.

Annahmen für 2030:

- Insgesamt besteht der Mangel fort (insbesondere ÄD, PD und IT)
- Abschlüsse bzw. Qualifikationen/ neue Berufe/ Spezialisierung ist deutlich ausdifferenziert
- Arztvorbehalt besteht fort/ Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen ist kaum verändert
- Abhängigkeit von Weiterbildungsärzten bzw. CÄ besteht fort
- Führungsbedarf (Ressourcenbedarf) ist deutlich höher
- Hohe Differenzen im Rollenverständnis (Soll- Ist)

QUALITÄT UND FINANZIERUNG

Unter dem Stichwort „Qualität“ sind verschiedene Interessensvertreter des Gesundheitswesens bemüht, die Rahmenbedingungen zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Dabei verlagert sich die Qualitätsdebatte zunehmend aus der Wissenschaft in die Politik. Die politischen Kräfte erkennen die gestalterische Wirkung entsprechender Regularien. Damit wird diese Debatte in Verbindung mit Fragen der Vergütung zum zentralen Mechanismus der Strukturplanung im Wettstreit zwischen Bund und Ländern.

Annahmen 2030:

- Mehr Mindestmengen und strengere Anforderungen
- Mehr Strukturanforderungen und Vorgaben zum Personaleinsatz
- Digitalisierung von Prozessen ermöglicht neue Vorgaben für Prozessqualität
- Verbindliche Zweitmeinungsverfahren
- Weitere Zuschläge
- Unterfinanzierung besteht fort (investiv und konsumtiv)

- Diverse Einzelanforderungen zur Qualitätssicherung

ZUKUNFTSVISION DER AKG

Die AKG will sich im laufenden Diskurs über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland aktiv einbringen und positionieren. Zentraler Ansatzpunkt ist dabei die besondere Versorgungsrolle der AKG-Kliniken, die im Selbstverständnis der AKG wie folgt beschrieben ist:

„Als zentraler Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Versorgung in den mittleren und großen Ballungsgebieten des Landes treten wir auch dann für die Versorgung der Patienten ein, wenn andere Träger oder Einrichtungen aus wirtschaftlichen oder strategischen Überlegungen ihr Angebot spezialisieren oder ganz einstellen. Damit sind wir die nachhaltige Stütze der Versorgung vor Ort und gestalten den notwendigen Strukturwandel anhand der tatsächlichen Bedarfe aktiv mit.“

Durch die Verankerung einer Mindestgröße von 800 Betten bzw. 35.000 Patienten an einem Standort in der Vereinsatzung liegt der Fokus auf einer überregionalen und umfassenden medizinischen Spitzenversorgung auf Basis einer interdisziplinären Zusammenarbeit zahlreicher medizinischer Fachdisziplinen.

Die Versorgungsrolle der AKG-Kliniken auch anhand konkreter Versorgungsdaten belegen. Hierzu greift die AKG auf Daten des wissenschaftlichen Institutes der AOK (Wido) zurück. Folgende Kennzahlen untermauern das dargelegte Selbstverständnis auch quantitativ:

- Überdurchschnittlicher Anteil Notfallbehandlungen (Notfallindikationen)
- Unterdurchschnittlicher Anteil operativer Leistungen
- Überdurchschnittliche Pflegelast (gem. Pflegequotient)
- Überdurchschnittliche Anzahl von Verlegungen (Aufnahmeklinik)
- Überdurchschnittliche Anzahl von Einweisungen aus Pflegeheimen
- Überdurchschnittlicher Anteil von Fällen aus Pädiatrie, Geriatrie u.ä.
- Überdurchschnittlicher Anteil von Komplexcodes
- Kürzere Prozess bis zur Intervention bzw. Diagnostik (durch eigenes Labor, Pathologie usw.)
- Anteil vom Fällen mit abweichender Einweisungs- und Entlassdiagnose
- Anteil Wiederaufnahmen

Ergebnisse folgen!

Aus diesem Selbstverständnis und den dargestellten Annahmen zur zukünftigen Entwicklung heraus hat die AKG folgende Zukunftsvision entwickelt.

PRÄAMBEL

Die kommunalen Großkrankenhäuser sind schon heute die nachhaltige Stütze der Versorgung vor Ort und gestalten den notwendigen Strukturwandel bedarfsorientiert und aktiv mit. Die schwierige Strukturdebatte ist für uns ein Spagat zwischen notwendiger Spezialisierung und Größe einerseits und der langfristigen Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung andererseits, dem wir uns mutig mit konkreten Vorschlägen stellen.

Der zunehmende Wettbewerbs- und Verteilungskampf führt zu ungesteuerten Veränderungen der Versorgungslandschaft und geht vor allem zu Lasten von Patienten und Mitarbeitern der Krankenhäuser. Ohne

ein zügiges und grundlegendes Umdenken aller Akteure wird sich die politische Pattsituation zwischen den Regelungskompetenzen des Bundes und der Planungshoheit der Länder nicht auflösen lassen.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung und neue Formen der Zusammenarbeit eröffnen dabei allen Leistungserbringern große Chancen, die Versorgung der Patienten nachhaltig zu verbessern. Wir unterstützen eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung in einem System aus aufeinander aufbauenden Versorgungsstufen. Nur so kann ein nachhaltiger Ressourceneinsatz für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in allen Lebenslagen sichergestellt werden.

Den kommunalen Großkrankenhäusern kommt dabei eine zentrale Steuerungsfunktion zu. Wir bündeln rund um die Uhr die fachliche und technische Expertise für alle komplexen Anforderungen der modernen medizinischen Versorgung. Gleichzeitig ergibt sich unser Leistungsspektrum auch aus den regionalen Besonderheiten und Erfordernissen. Diese Ressourcen stellen wir in einem neuen System auf Basis verbindlicher Kooperationen und umfassender digitaler Vernetzung auch allen anderen Akteuren der regionalen Versorgungslandschaft jederzeit zur Verfügung. Das ist zukunftsfähige Daseinsvorsorge. Dabei messen wir uns stets an unserer Wirkung für den Patienten. Die wirtschaftliche Verantwortung ergibt sich für uns aus unserer regionalen Verbundenheit.

STUFENMODELL

Die deutsche Krankenhauslandschaft zeigt sich unverändert kleinteilig und weitgehend undifferenziert. Klare Rollenverteilungen und Spezialisierungen sind nur punktuell erkennbar. Darauf hat bereits 2018 der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hingewiesen und eine bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen eingefordert. Steigende Fallzahlen haben die strukturellen Defizite der Krankenhausplanung lange überdeckt. Die durchschnittliche Betriebsgröße reicht vielerorts nicht aus, um eine vollumfängliche Versorgung sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich zu gewährleisten. Der bundeseinheitliche Fallpauschalenkatalog setzt für alle Leistungserbringer identische Anreize und ist damit nicht geeignet eine qualitätsorientierte Ausdifferenzierung der Versorgungslandschaft zu fördern. Die Fallpauschalen haben den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern grundsätzlich erhöht. Die bestehenden Anreize haben zu einem ruinösen Wettbewerb zulasten von Personal und Patienten geführt. Stagnierende Patientenzahlen und immer neue Anforderungen zum Fachkräftebedarf richten den Wettbewerb einseitig auf bestimmte besonders lukrative Leistungsbereiche aus. Dies läuft einer flächendeckenden qualitätsorientierten Versorgung zuwider. Eine klar definierte Versorgungsrolle muss daher mit einer abschließenden Festlegung von Leistungen aus dem bestehenden DRG-Katalog einhergehen.

Das Stufenmodell der AKG ist die Antwort auf die großen Herausforderungen zur Sicherung der Versorgungssicherheit und Qualität bei gleichzeitig begrenzten finanziellen und personellen Mitteln. Alle bisherigen Ansätze zur Festlegung von unterschiedlichen Versorgungsrollen der Krankenhäuser blieben ohne durchgreifende Steuerungswirkungen. Zwar sind die Bezeichnungen Grund- und Regelversorger, Schwerpunktversorger oder Maximalversorger in 8 von sechzehn Landeskrankengesetzen verankert. Sie haben jedoch weder eine einheitliche Definition noch haben sie eine praktische Relevanz für die Krankenhausplanung oder -finanzierung entwickelt. Grundlage des AKG-Konzeptes ist deshalb eine bundesweit einheitliche Definition von Anforderungen an verschiedene Versorgungsstufen in Anlehnung an die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (G-BA 2018).

Versorgungsstufe	Notfall	Strukturanforderungen	Leistungsbeziehungen	Erreichbarkeit
Umfassend Unikliniken Maximalversorger	Teilnahme an der umfassenden Notfallstufe nach G-BA-Richtlinie	Transplantationszentren/ Zentren für Seltene Erkrankungen Institutsermächtigungen für spez. Leistungsbereiche Zentrenführung Mindestanforderungen: Chirurgie: X Subdisziplinen + Innere: X Subdisziplinen + Kinder: X Subdisziplinen + SU/ HKT	Kooperation bei Aus- und Weiterbildung mit Maximalversorgern Strukturanforderungen (inkl. Mindestmengen) durch den G-BA regeln verbindlich die „Zulassung“ zu medizinischen Leistungsbereichen (inkl. Ausschluss eines Vergütungsausspruchs)	Max. 90 Minuten Max. 60 Minuten
Erweitert Inkl. Spezialkliniken	mindestens Basis-Notfallstufe nach G-BA-Notfallstufe	Mindestanforderungen: Chirurgie: X Subdisziplinen + Innere: X Subdisziplinen + Kinder inkl. Kreissaal oder Spezialisierung Ggf. persönliche Ermächtigungen bei regionaler Unterversorgung bzw. Spezialisierung Vollumfängliche eigene Diagnostik	Kooperationsvertrag (Regionales Versorgungsnetzwerk) mit mindestens einer Klinik aus der umfassenden Versorgungsstufe (Telemedizinische Anbindung, Weiterbildung, QM, Abnahme- bzw. Versorgungsverpflichtung) Strukturanforderungen durch den G-BA regeln verbindlich die „Zulassung“ zu medizinischen Leistungsbereichen.	Max. 45 Minuten
Basis Betten auch durch Belegärzte abzudecken oder Klinik als Praxisklinik zu führen	Kann zur Notfallversorgung zugelassen werden. Im Regelfall Notfallpraxis	Mind. Chirurgie + Innere + Gynäkologie (Ohne Kreissaal) <u>und Geriatrie</u> Keine eigene Diagnostik erforderlich (Kooperationsvereinbarung mit niedergelassenen Ärzten)	Kooperationsvertrag mit mindestens einer Klinik aus der umfassenden Versorgungsstufe (Telemedizinische Anbindung, Weiterbildung, QM, Abnahme- bzw. Versorgungsverpflichtung) Kooperationsvertrag oder Integration einer Kurzzeitpflege	Max. 30 Minuten

			Strukturanforderungen durch den G-BA regeln verbindlich die „Zulassung“ zu medizinischen Leistungsbereichen.	
--	--	--	--	--

UMSETZUNG UND SCHRITTE DER UMSETZUNG

Die konsequente Umsetzung dieses Stufenmodells erfordert einerseits klare Definitionen von neuen Versorgungsrollen und deren Umsetzung in der Krankenhausplanung. Die Strukturanforderungen und Erreichbarkeitsanforderungen müssen verbindlich gesetzlich definiert werden. Die zur Umsetzung notwendigen Rahmenbedingungen in Bezug auf das Kartellrecht, Kooperationsmodelle und digitalen Vernetzung müssen ebenfalls gesetzgeberisch sichergestellt werden.

Die AKG sieht also den Gesetzgeber gefordert, ein entsprechendes Zielbild der Stufenversorgung als gesetzliche Rahmenbedingung zu formulieren. Den Selbstverwaltungspartnern im G-BA obliegt dann die konkrete fachliche Ausgestaltung der einzelnen Anforderungen.

Der tatsächliche Erfolg der Umsetzung hängt am Ende maßgeblich von den handelnden Akteuren vor Ort ab. Anreizsysteme, insbesondere der Finanzierungs- und Investitionsmodelle, haben die Entwicklung von neuen Kooperationsmodellen konsequent zu unterstützen.

FORDERUNGEN UND MAßNAHMEN

Das vorgestellte Stufenmodell stellt das Zielbild der AKG dar. Im Rahmen der laufenden politischen Arbeit und der laufenden Gesetzgebungsverfahren dient es als Orientierung und trägt so zur einheitlichen und strategischen Positionierung bei. Wohlwissend, dass eine grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen in nur einer Legislaturperiode kaum realisierbar erscheint, hat der Vorstand darüber hinaus Forderungen und Maßnahmen zu den aktuellen Reformthemen formuliert. Diese sind darauf ausgerichtet, dem Zielbild schrittweise näherzukommen und die kontinuierliche Ausdifferenzierung der Krankenhauslandschaft zu befördern.

	Forderung	Maßnahme	Zuständigkeit
Versorgungsstrukturen	Umsetzung von Versorgungsstufen entsprechend der Versorgungs-Pyramide in der Krankenhausplanung	Reform der Krankenhausplanung	Länder
	Neuordnung der Notfallversorgung: <ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des GBA-Notfall-Stufenkonzeptes • Konsequente Weiterentwicklung der Zentralisierung von komplexen Notfallbehandlungen (Trauma, Herzinfarkt, Stroke) • Neuordnung ambulante Notfallversorgung 	Definierte Versorgungsrollen in der Notfallversorgung mit eindeutigen Verantwortlichkeiten und Versorgungsbereichen Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle	Bund

Versorgungsstrukturen	Sektorenübergreifende Bedarfsplanung	Studie zur Objektivierung des gesamten Behandlungsbedarfes (ambulant und stationär) Anpassung der Bedarfsplanung	Bund/ GB-A
	Ausbau der ambulanten und nachstationären Versorgungsangebote zur konsequenten Konzentration stationärer Versorgung auf den medizinisch notwendigen Umfang	Ausbau von Kurzzeitpflege Ausbau ärztlicher Versorgung im häuslichen Umfeld Alternativ pflegerische Versorgungspauschalen für Krankenhäuser, wenn ambulantes Angebot nicht aufgebaut werden kann	Bund/ Selbstverwaltung
	Ausbau ambulanter Behandlungsmöglichkeiten für Krankenhäuser. Differenzierte Vergütung nach Komplexität	Ermittlung und Umsetzung des erweiterten Kataloges der ambulanten Eingriffe gemäß MDK-Gesetz 11/2019 Definition von Komplexitätszuschläge für Krankenhäuser bei Zuweisung durch Fachärzte	Selbstverwaltung
	Abbau der Sektorengrenzen (Sektorübergreifende Versorgung)	Praxistauglicher Rechts- und Vergütungsrahmen für ambulante und stationäre Leistungen (Leistungsbereich zu definieren) unter Einbindung von neuen Behandlungsformen, Pflegekonzepten und Reha	Bund
	Strikt bedarfsorientierte Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung	Kritische Prüfung der doppelten Facharztschiene unter Bedarfs- und Fachkräftemangelaspekten Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgungsmöglichkeiten an Krankenhäusern	Bund
	Förderung formeller Krankenhausfusionen	Anpassung Kartellrecht	Bund
Qualität und Finanzierung	Weitere Konzentration von komplexen elektiven Eingriffen (z.B. Krebserkrankungen, orthopädische Eingriffe) in Zentren.	Erweiterung und Verschärfung der Mindestmengenrichtlinie Qualitätsorientierte Strukturanforderungen (analog Brustzentren) mit Fokus auf interdisziplinäre Versorgungsstrukturen "Onko Strukturrichtlinie"	Bund/ G-BA
	Finanzierung der notwendigen Strukturanpassungen in den Krankenhäusern	Verlängerung und Aufstockung des Strukturfonds	Bund

Qualität und Finanzierung	Reform des DRG-Systems	stärkere Patientenorientierung; Wertbeitrag durch Pflegeleistungen (s.u.)	Bund/ Selbstverwalt ung
	Bundesweit festgelegte Vorhalte-Pauschalen für Infrastruktur einschließlich Investitionsmitteln differenziert nach neuer Versorgungsstufe und Größen-Klassen für Krankenhäuser	Vergütungsvereinbarung der Selbstverwaltung gem. Richtlinie aus Nr. 4. (ggf. Gegenfinanzierung durch Absenkung des LBFW)	Bund/ G-BA/ Selbstverwalt ung
	Gesundheitsversorgung als zentralen Baustein der Daseinsvorsorge stärken.	gute Versorgung für alle sichern, Wirtschaftlichkeit sichern, Renditen begrenzen	Alle
	Trägervielfalt nicht als Primärziel und Selbstzweck verfolgen	Die Ziele einer hohen Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit müssen unabhängig von Trägerstrukturen erreicht werden	Alle
	Aktive und motivierende Patienten-Steuerung in die richtige Versorgungsform.	Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch Kampagnen und Anreize (Prämien, Selbstbeteiligungen),	Bund, Länder und Kassen
Digitalisierung	Rascher Ausbau der Digitalisierung mit Telemedizin, elektronischer Patientenakte, Künstlicher Intelligenz, Roboter-Systemen und Grundlagen für bessere Versorgungsforschung.	Erfüllung der Finanzierungspflicht der Länder gemäß KHG Zusätzliche Maßnahmen (in Umsetzung DVG, DVG II, KHZG)	Länder / Bund
Fachkräfte	Stärkung der Arbeitsplatzattraktivität zur Bekämpfung des Fachkräftemangels	Skillmix fördern; Delegationsprinzip stärken; Akademisierung in begründeten Fällen fördern	Krankenhäuser, Bund
	Entbürokratisierung der klinischen Tätigkeit	Vertrauen statt Kontrolle; Strukturpauschalen; Wegfall Pflegepersonaluntergrenze; Reduzierung Aufwand für Rechnungsprüfungen	Bund

REFORM DES DRG-SYSTEM

Die Corona-Pandemie macht erneut deutlich, dass das DRG-System in seiner aktuellen Form eine am Versorgungsbedarf orientierte Ausdifferenzierung der Krankenhauslandschaft behindert. Der Wettbewerbscharakter des Systems kann für einzelne Leistungsbereiche die wirtschaftliche und qualitative Entwicklung fördern. Es werden aber gleichzeitig Anreize zur Spezialisierung und Fokussierung auf besonders lukrative Behandlungen geschaffen, während andere Versorgungen nicht wirtschaftlich darstellbar sind. Die bestehenden strukturellen Defizite in der Versorgung sind zu einem wesentlichen Anteil auf diese Fehlanreize des Vergütungssystems zurückzuführen. Weiterhin werden im DRG System ausschließlich erbrachte Leistungen

finanziert, obwohl auch die Vorhaltung von Versorgungskapazitäten ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Daseinsvorsorge und Versorgung darstellt.

Deshalb sind für eng definierte Versorgungsbereiche auch die Bereitstellung und Vorhaltung angemessener Kapazitäten zu finanzieren. Hierfür schlagen wir sogenannte Strukturpauschalen vor. Die Vergütung einer tatsächlichen Behandlung innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereiches erfolgt dann mit einer entsprechend reduzierten DRG, die die variablen Kosten deckt. Dadurch entsteht ein Mischmodell aus mengenunabhängiger Basisvergütung (Vorhaltepauschalen) und leistungsbezogener Vergütung (Leistungspauschalen). Die Basisvergütung orientiert sich an der Versorgungsstufe, dem Erfüllungsgrad der Strukturanforderungen und erreichter Mindestfallzahlen. Auch die Erfüllung von Mindestpersonalgrenzen könnte hier berücksichtigt werden.

FINANZIERUNG VON PFLEGEPERSONALKOSTEN IN DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Die Anforderungen an die stationäre medizinische Versorgung entwickeln sich grundlegend auseinander: Einerseits steigt die technisch spezialisierte Fachlichkeit durch Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite steigt der Bedarf an betreuungsintensiver Grundversorgung. Beiden Entwicklungen hat die Krankenhauslandschaft strukturell gleichzeitig Rechnung zu tragen. Die Versorgungsstrukturen sind so auszudifferenzieren, dass ein Patient erkennen kann, welches Haus für sein Anliegen am ehesten geeignet ist. Für eine nachhaltige und nachvollziehbare Ausdifferenzierung der Krankenhauslandschaft braucht es damit auch eines neuen Versorgungsverständnisses. Im Einzelfall kann alleine die fehlende pflegerische Versorgung im ambulanten Umfeld eine stationäre Versorgung des Patienten rechtfertigen. Nur wenn die Leistung der Pflege in der Vergütung der Krankenhäuser zu einem relevanten Erlösfaktor wird, lösen wir die bestehenden Engpässe auf Seiten des Personals und in der Versorgung nachhaltig. Mit einer eigenständigen Erlösponente wird die pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus gegenüber der technischen Medizin aufgewertet und eröffnet so neue Entwicklungsperspektiven innerhalb des Berufstandes. Neben einer angemessenen Entlohnung wird die Attraktivität des Pflegeberufes damit grundsätzlich erhöht.

ROLLE DER DKG

Die DKG übernimmt als Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung wichtige gesetzliche Aufgaben in der inhaltlichen Ausgestaltung der stationären Versorgung in Deutschland. Dabei obliegt ihr eine besondere Verantwortung als gemeinsame Vertretung aller Krankenhäuser in Deutschland. Unabhängig von der inhaltlichen Überzeugung einzelner Akteure, macht es der DKG ihr umfänglicher Vertretungsanspruch schwer, eine eindeutige Forderung zur Konzentration und Ausdifferenzierung der Krankenhausstrukturen zu vertreten. Trotzdem ist die Mitwirkung der DKG im G-BA zur Umsetzung der notwendigen Entwicklungsschritte zu einem System differenzierter Versorgungsstufen unerlässlich. Durch die umfassende Erfahrung und breite Basis ist die DKG dabei der zentrale Ansprechpartner für die weitere Ausgestaltung des Stufenmodells.

ROLLE DES DEUTSCHEN STÄDTETAGES

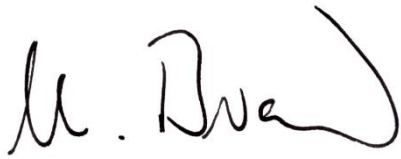
Die AKG und der Deutsche Städtetag sind partnerschaftlich verbunden. Die Mitgliedschaft eines Vertreters des Städtetages im Vorstand der AKG und die Rolle als ständiger Gast eines Vertreters der AKG im Gesundheitsausschuss des Städtetages sind Zeichen dieser Verbindung. Unsere Mitgliedshäuser sind kommunales Eigentum und fühlen sich der kommunalen Selbstverwaltung verpflichtet und durch diese in ihren Interessen gestärkt. Die Ausdifferenzierung der Krankenhausstrukturen zur Sicherstellung einer hochwertigen

Versorgung sind im Interesse der kommunalen Eigentümer. Nur durch zukunftsfähige Kooperationen und Netzwerke auf Augenhöhe ist eine partnerschaftliche Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft möglich. Erfolgreiche Beispiele aus den Regionen sind dabei ein zentrales Argument für die Positionen der AKG.

FREIGABE

Version	Gremium	Status	Datum
2.0	Vorstand	Freigabe	16.10.2020
2.0	Mitglieder	Zur Kommentierung	Bis 22.10.2020
2.0	Strategische Projektgruppen	Zur Kommentierung	Bis 20.11.2020
3.0	Vorstand	Umsetzung und Freigabe	17.3.2021

Berlin, den 17.3.2021



Dr. Matthias Bracht

Vorsitzender des Vorstandes



Nils Dehne

Geschäftsführer