Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Sieben Problemfelder und Hürden identifiziert“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/22), S. 24. http://doi.org/10.24945/MVF.05.22.1866-0533.2437

Münch-Studie: „Krankenhäuser umwandeln statt schließen: Voraussetzungen für neue Gestaltungsoptionen schaffen“

Sieben Problemfelder und Hürden identifiziert

„Krankenhäuser umwandeln statt schließen: Voraussetzungen für neue Gestaltungsoptionen schaffen“, nennt die Münch-Stiftung ihre aktuelle Studie, die vom Institute for Health Care Business GmbH und der Oberender AG erarbeitet wurde. Die Auftragsarbeit finanziert und publiziert die Stiftung als Leitfaden, der konkrete Handlungsbedarfe und Lösungsansätze zum Abbau von Hürden darlegt, die es den Gesetzgebern im Bund sowie in den Ländern ermöglichen soll, zielgerichtet die zukunftssichere Gestaltung der Gesundheitsversorgung voranzutreiben.

>> Viele kleine ländliche Krankenhäuser der Grundversorgung sind – so schreiben die Studienautoren in ihrer Zusammenfassung – akut in ihrem Fortbestand bedroht. Neben wirtschaftlichen Defiziten sei es häufig ein eklatanter Personalmangel, der einen weiteren Betrieb ohne substanzielle Anpassungen verhindere. Zugleich würden diese Krankenhäuser eine wichtige Funktion in der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung vor Ort erfüllen. Ebenso existieren verschiedene Zielbilder für die zukunftsfähige Weiterentwicklung kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, die es erlaubten, diese Funktion auch weiter zu erfüllen – beispielsweise sogenannte ambulante Kliniken oder Überwachungskliniken.

Doch würde die konsequente Umsetzung derartiger Zielbilder heute jedoch oft an unzureichenden rechtlichen Rahmenbedingungen scheitern. Der von Münch vorgelegte Leitfaden hat darum sieben Problemfelder identifiziert, die Hürden für die Weiterentwicklung kleiner Krankenhausstandorte darstellen:

1. Unpassende Vergütung von Leistungen neuer Versorgungsformen,
2. unklarer Status neuer Versorgungsformen in der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung,
3. fehlender Status weiterentwickelter Krankenhausstandorte im Krankenhausplan,
4. Gefahr der Rückzahlung erhaltener Fördermittel bei Weiterentwicklung eines Krankenhauses,
5. mangelnde Instrumente zur bedarfsgerechten Gestaltung von Versorgungstrukturen,
6. unklare Rolle der Kommunen und
7. mangelnde Rechtssicherheit für Behandelnde und Pflegende.

Das Gute daran, sieht die Stiftung in dem Fakt begründet, dass sich die dazu notwendigen Reformen weitgehend ohne zusätzliche Kosten umsetzen ließen. Aber, so mahnt die Autorengruppe: „Sie müssen umgehend auf den Weg gebracht werden.“ Denn in vielen ländlichen Regionen schließe sich das Zeitfenster, das genutzt werden könne, um Versorgung noch aktiv gestalten und Krankenhausstandorte weiterentwickeln zu können, statt unkontrolliert und ohne geeigneten Ersatz den Betrieb einzustellen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Was muss sich ändern?

1. Bei der Vergütung von Leistungen neuer Versorgungsformen

> Für intersektorale Versorgungsangebote, die nicht in die Schublade DRG oder EBM passen, ist eine entsprechende Vergütung zu etablieren.
- So genannte Hybrid-DRG bieten sich hierfür an.
- Sie müssen zeitnah in den Kollektivvertrag überführt werden, sei es in Form eines neuen Abschnitts im SGB V oder integriert in ein separates Kapitel des EBM oder als eine Variante der DRG.

> Um auch kurzfristig handlungsfähig zu sein, müssen geeignete Formen von Selektivverträgen ermöglicht werden.
- Blaupausen für einen vereinfachten Vertragsabschluss mit standardisierten Vergütungsmodalitäten sind zu erstellen.
- Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass Verträge nach § 140a SGB V auch gemeinschaftlich von mehreren oder sogar allen Kassen gemeinsam abgeschlossen werden können.
- Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, derartige Verträge zu kontrahieren, wenn die Zielbilder definierte Voraussetzungen erfüllen.
- Damit eine Transformation – solange keine Verankerung der Vergütung im Kollektivvertrag erfolgt ist – nicht am wirtschaftlichen Risiko scheitert, das Ärzte und andere Leistungserbringer auf sich nehmen müssen, sollte für eine begrenzte Anzahl von Pilotprojekten ein „Bestandsschutz“, z. B. im Sinne einer großzügig bemessenen Mindestvertragslaufzeit, gewährt werden.

2. Zur Statusklärung neuer Versorgungsformen in der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung

> Für Überwachungskliniken und vergleichbare intersektorale, bettenführende Einrichtungen muss ein geeigneter Rechtsrahmen geschaffen werden, der den Gründungsaufwand und das rechtliche Risiko für die Beteiligten beherrschbar macht.

> Die Einrichtung der Überwachungsklinik – im Sinne einer bettenführenden intersektoralen Gesundheitseinrichtung – muss als Einrichtung sui generis rechtlich definiert werden. Das könnte auf zwei Wegen gelingen:
- Ein vollkommen neuer Abschnitt wird im SGB V verankert, der u.a. die Sicherstellung und Bedarfsplanung, den Leistungsumfang und die Vergütung für intersektorale bettenführende Einrichtungen regelt und diese gleichberechtigt in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und Krankenhausversorgung ansieht.
- Eine Erweiterung des § 107 SGB V sowie des § 2 KHG wird vorgenommen, wo neben der Definition von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen intersektorale bettenführende Einrichtungen in Abgrenzung zu Krankenhäusern definiert werden könnten.

> Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung sollten Überwachungskliniken als eigenständige Vertragspartner gegenüber den Krankenkassen in der Versorgung auftreten, da Konstrukte wie dreiseitige Verträge in der Praxis keine geeignete Lösung darstellen.

3. Für einen Sonderstatus weiterentwickelter Krankenhausstandorte im Krankenhausplan

> Die Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Länder sind dahingehend anzupassen, dass umgewandelte Krankenhäuser im Krankenhausplan fortgeführt werden und ihr Institutionskennzeichen behalten können.

> Auch Krankenhausstandorte, die bereits in den letzten Jahren in alternative Strukturen überführt wurden, sollen diesen Status erhalten können.

> Diese Maßnahmen können und müssen losgelöst von der Frage des Planungsanspruchs und der Verantwortung der Investitionskosten diskutiert und umgesetzt werden, um absehbare Verzögerungen zu vermeiden.

> Langfristig ist eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung anzustreben.

4. Zur Sicherung von erhaltenen Fördermitteln bei Weiterentwicklung eines Krankenhauses

> Der Gesetzgeber muss festhalten, dass eine Umwandlung kleiner, für die stationäre Versorgung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, die durch eine bedarfsgerechte intersektorale oder ambulante Struktur ersetzt werden, im krankenhausplanerischen Interesse ist und keine Fördermittelrückzahlung nach sich zieht.

Link zur Studie und zu Punkten 5-7: https://bit.ly/3By3JxE