

Berlin, 29. Juni 2022

Stellungnahme der AG „Medizin und Ökonomie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Krankenhausreform

Die AG „Medizin und Ökonomie“ der AWMF begrüßt die Einrichtung einer wissenschaftlich ausgerichteten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, für deren Arbeit auch die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften gehört werden sollen¹. Die AWMF und die in ihr organisierten 182 Fachgesellschaften mit mehr als 250.000 Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen weiterer Gesundheitsfachberufe stehen für einen zeitnahen Austausch gerne zur Verfügung.

Begrüßt wird weiterhin, dass die Bundesregierung das unkontrollierte Schließen von Krankenhäusern beenden und das Vergütungssystem reformieren möchte, um Fehlanreize abzubauen¹. Folgende Aspekte sind aus unserer Sicht bei den anstehenden Reformen unbedingt zu berücksichtigen:

- 1. Eine Krankenhausreform für eine wissenschaftlich begründete, Patient*innen-zentrierte und ressourcenbewusste Gesundheitsversorgung² kann nur als sektorenübergreifende, regionale Versorgungsplanung mit Einbeziehung des ambulanten Sektors gelingen.**
- 2. Für die regionale Versorgungsplanung sind neue, sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgungskonzepte erforderlich, die Zentren und Netzwerke einschließen.**
- 3. Krankenhäuser und ambulant Versorgende müssen gemeinsam an ihrer Versorgungsqualität gemessen werden. Neben fachspezifischer Struktur- und Prozessqualität sind Indikationsqualität, Kommunikation mit Patient*innen, Kontinuität der Versorgung mit interprofessioneller Abstimmung sowie Ergebnisqualität einzubeziehen.**

¹ Deutsches Ärzteblatt Nachrichten/Politik vom 13.05. 2022 „Krankenhauslandschaft: Regierung will kalten Strukturwandel beenden“; verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134057/Krankenhauslandschaft-Regierung-will-kalten-Strukturwandel-beenden> (Zugriff 13.05.2022)

² Nothacker M, Busse R, Elsner P, Fölsch UR, Gogol M, Jungehülsing GJ, Kopp I, Marckmann G, Maschmann J, Meyer HJ, Miller K, Wagner W, Wienke A, Zimmer KP, Kreienberg R. Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [Medicine and Economy: Measures for a Science Based, Patient-Centred and Resource Conscious Care. The Association of Scientific Medical Societies' (AWMF) Strategy Paper]. Dtsch Med Wochenschr. 2019 Jul;144(14):990-996. German. doi: 10.1055/a-0891-3940. PMID: 31096279.

Zu 1. Versorgungsstrukturen müssen von den Bedarfen der Patient*innen und ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen ausgehen³. Diese wünschen sich eine zeitgerechte Versorgung, die auf sie als individuelle Persönlichkeiten eingeht, gut zugänglich und qualitativ hochwertig ist^{4,5}. Dabei sind ethische Anforderungen an den Umgang mit Patient*innen mitzubedenken, insbesondere die Achtung ihrer Selbstbestimmung⁶. Brüche in der Versorgung, Informationsdefizite zwischen den Versorgenden sowie Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sind zu vermeiden.

Krankenhausplanung muss daher im Rahmen sektorenübergreifender Konzepte gestaltet werden, wenn stationäre Kapazitäten bedarfsorientiert geplant werden sollen. Da die Versorgungssituation in Deutschland auch innerhalb von Bundesländern heterogen ist (z.B. Stadt-Landgefälle), sind Versorgungsstrukturen regional auszurichten.

Bislang erfolgt die gesundheitliche Versorgungsplanung getrennt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung⁷. Insbesondere an den Schnittstellen zwischen diesen Versorgungsbereichen kommt es zu Brüchen und Versorgungsproblemen⁸, aber auch zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und unter den ambulanten Versorgenden. Die ambulante Planung orientiert sich an veralteten Bezugsgrößen; stationäre Bedarfsplanung findet nur unzureichend statt. In Nordrhein-Westfalen wurde vor kurzem ein Gesetz zur Krankenhausplanung auf den Weg gebracht⁹. Dieses sieht vor, dass sich Nordrhein-Westfalen künftig neben der demografischen Entwicklung an der „Ambulantisierung“ und dem Verweildauerrend orientiert, die Größe „Bettenzahl“ aufgibt und nach fachorientierten Leistungen plant¹⁰. Es ist offenkundig, dass dabei die Integration der regionalen ambulanten Versorgung eine entscheidende Rolle spielen muss.

Nach Auffassung der AG „Medizin und Ökonomie“ sollte sich die regionale populationsbezogene Planung neben der erwarteten demografischen Entwicklung insbesondere an dem diagnose- und schweregradorientierten Behandlungs- und Pflegebedarf orientieren¹¹. Sozioökonomische Determinanten sind ebenfalls einzubeziehen^{12,13,14}.

Die Fachgesellschaften in der AWMF treten für eine wissenschaftlich begründete Versorgung ein. Dazu erstellen sie evidenz- und konsensbasierte Leitlinien. Der ermittelte Versorgungsbedarf sollte demzufolge nicht unkritisch vom Status Quo

³ siehe z.B. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen! Düsseldorf, April 2022; verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung>

⁴ de Boer D, Delnoij D, Rademakers J. The importance of patient-centered care for various patient groups. Patient Educ Couns. 2013 Mar;90(3):405-10. doi: 10.1016/j.pec.2011.10.002. Epub 2011 Nov 12. PMID: 22079211.

⁵ Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) Bürgerreport 2019 – Reformvorschläge aus den Bürgerdialogen In: „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, 2020. Stuttgart.

⁶ Marckmann G, Schildmann J. Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung [Quality and ethics in healthcare]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022 Mar;65(3):335-341. German. doi: 10.1007/s00103-022-03492-4. PMID: 35129623;

⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, 2018.

⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, 2012.

⁹ Das dritte Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen ist am 4. März 2021 in Kraft getreten.

¹⁰ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!, Düsseldorf, April 2022; verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung>

¹¹ Siehe z.B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016) – Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Verfügbar unter: https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf

¹² Rohleder S, et al. Area-level socioeconomic deprivation, non-national residency, and Covid-19 incidence: A longitudinal spatiotemporal analysis in Germany. eClinicalMedicine, 2022

¹³ BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), Morbiditäts- und Sozialatlas, 2022 verfügbar unter: <https://www.bifg.de/atlas>

¹⁴ Lampert T. et al, Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends; Journal of Health Monitoring · 2018 3(S1), doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-019, Robert Koch-Institut, Berlin, verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03S1_2018_Gesundheitliche_Ungleichheit.pdf?__blob=publicationFile

ausgehen, sondern eine adäquate, evidenzbasierte Indikationsstellung zugrunde legen.

Zu 2. Zur Überwindung der Sektorengrenzen bedarf es neuer Konzepte. Es gilt, intersektorale und interprofessionelle Zentren und Netzwerke mit u.a. sektorenübergreifenden integrierten Behandlungspfaden, intersektoralen Qualitätszirkeln und adäquatem Einweisungs- und Entlassungsmanagement aufzubauen¹⁵. Solche Netzwerke können auch zu mehr sektorenübergreifender Forschung beitragen¹⁶ und den ganzheitlichen Blick für die Patient*innenversorgung stärken. Diese ist seit langem in der Aus-, Weiter- und Fortbildung erschwert, die in einer zunehmenden Spezialisierung und Fächer-Aufspaltung stattfindet¹⁷. Bürger*innen fordern u.a. das Einrichten medizinischer Primär-Versorgungszentren mit ambulanten Praxen für eine umfassende und ganzheitliche Behandlung¹⁸. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften setzen sich für eine angemessene Zentralisierung komplexer Leistungen ein, mit Kooperationen und sektorübergreifenden Netzwerken für komplexe Versorgungsprozesse. Nur so kann nach unserer Einschätzung eine Verbesserung von Ergebnisqualität erreicht werden, die das Primat der zukünftigen Versorgungsplanung sein muss.

Darüber hinaus müssen Versorgungskonzepte eine qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe mitdenken. Die Strukturen in den Gesundheitseinrichtungen müssen eine differenzierte Befassung mit Studien und Leitlinien im Rahmen von Fort- und Weiterbildung ermöglichen, auch im interprofessionellen Austausch.

In den Einrichtungen ist zudem ausreichend Gesundheitsfachpersonal sicherzustellen mit berufsspezifischen Personalschlüsseln, die an den Bedarfen der Patient*innen und ihren Bezugspersonen ausgerichtet sind. Dies dient der Sicherheit von Patient*innen und beugt Unzufriedenheit von Versorgenden vor.

Zu 3. Die AWMF und die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften nehmen im stationären¹⁹ und im ambulanten Sektor Fehlanreize wahr²⁰. Qualitätsüberprüfungen sollten deshalb sektorenübergreifend entlang der Behandlungswege von Patient*innen erfolgen, auch mit dem Ziel, die Kontinuität der Versorgung zu evaluieren. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Indikationsqualität gelegt werden – hier können Leitlinien unterstützen²¹. Zudem bestehen Assoziationen von niedrigen Fallzahlen mit höheren Komplikationsraten und höherer Mortalität für nicht wenige Indikationen²². Diese müssen bei der Planung berücksichtigt werden. Eine datenbasierte Qualitätserfassung ist hierfür nur möglich, wenn bei den ausgewerteten Einheiten Fallzahlen erreicht werden, die eine statistische Auswertung erlauben. Es sollten zudem krankheitsübergreifende Qualitätsprüfungen stattfinden, z.B. für die

¹⁵ Schang L, Sundmacher L, Grill E. Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept [New Forms of Cooperation Between The Outpatient and Inpatient Sectors: An Innovative Funding Concept]. Gesundheitswesen. 2020 Jun;82(6):514-519. German. doi: 10.1055/a-0829-6465. Epub 2019 Feb 4. PMID: 30716776; PMCID: PMC7723519.

¹⁶ Siehe z.B. Kooperationen im allgemeinmedizinischen Bereich unter: <https://www.allgemeinmedizin.uk-erlangen.de/forschung/kooperationspartner/forschungspraxen-franken/que-nuernberg/>

¹⁷ Siess M. Ärztliche Leitungsstrukturen und Führungsaufgaben – Organisationskonzepte für das moderne Krankenhaus. Wiesbaden: Dt Univ.-Verl. 1999

¹⁸ Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) Bürgerreport 2019 – Reformvorschläge aus den Bürgerdialogen. Im Rahmen der Initiative Neustart! - Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen. 2019, Stuttgart.

¹⁹ Siehe z.B. Bleß H, Kip M Hrsg. Weißbuch Gelenkersatz – Versorgungssituation endoprothetischer Hüft- und Knieoperationen in Deutschland. Berlin/ Heidelberg: Springer; 2017

²⁰ Korzelius H, Ambulante Versorgung: Investoren auf Einkaufstour, Dtsch Arztebl 2018; 115(39): A-1688 / B-1422 / C-1408; verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/201014/Ambulante-Versorgung-Investoren-auf-Einkaufstour> (Zugriff 13.05.2022)

²¹ Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). S3-Leitlinie „Indikation Hüfttotalendoprothese“ AWMF-Registernr. 178-001 | Version1. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/187-001.html>

²² Nimptsch U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. BMJ Open 2017. doi:10.1136/bmjopen-2017-016184

Versorgung multimorbider Patient*innen²³ und in Bezug auf Information und gemeinsame Entscheidungsfindung für alle Patient*innen.

Nicht zuletzt bedarf die beschriebene sektorenübergreifende Versorgungsplanung nach der Überzeugung der AWMF und ihrer Fachgesellschaften einer grundlegenden Reform der Vergütung. Die derzeitige duale Finanzierung sowie der gewünschte „Wettbewerb“ zwischen den Leistungsanbietenden stehen einer ressourcenbewussten Versorgung in vielen Bereichen entgegen. In Kombination mit der Sektorentrennung und der fehlenden Transparenz über Leistungsabrechnungen führt dieses Vergütungssystem zu einer mangelnden Verantwortlichkeit aller Beteiligten für angemessene Ausgaben – einschließlich der Bürgerinnen und Bürger. Die AG „Medizin und Ökonomie“ der AWMF wird sich zur erforderlichen Reform des Vergütungssystems in einer weiteren Stellungnahme äußern.

Für Rücksprachen stehen wir jederzeit zur Verfügung: office@awmf.org

Autorinnen und Autoren:

Dr. Monika Nothacker, AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Prof. Dr. Ina Kopp, AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Prof. Dr. Francois Chenot, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Prof. Dr. Georg Marckmann, Akademie für Ethik in der Medizin

Prof. Dr. Dr. Hans-Joachim Meyer, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. Peter Elsner, Prof. Dr. Julia Welzel, Deutsche Gesellschaft für Dermatologie

Prof. Dr. Dr. Ulrich Fölsch, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. Reinhard Busse, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. Burkhard Rodeck, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

PD Dr. Jan Jungehülsing, Prof. Dr. Peter Berlit, Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Prof. Dr. Ingeborg Eberl, Prof. Dr. Erika Sirsch, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Prof. Dr. Jens Maschmann, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung

Dr. Manfred Gogol, AWMF

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, AWMF

Prof. Dr. Fred Zepp, AWMF

²³ Schulze J, Glassen K, Pohontsch NJ, Blozik E, Eißing T, Breckner A, Höflich C, Rakebrandt A, Schäfer I, Szecsenyi J, Scherer M, Lühmann D. Measuring the quality of care for older adults with multimorbidity: Results of the MULTQual project. *Gerontologist*. 2022 Jan 28;gnac013. doi: 10.1093/geront/gnac013. PMID: 35090014.