

Deutscher Krankenhauscontroller-Tag

Planung und Finanzierung – was ist der richtige Weg?

Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands

Freitag, den 08.07.2022

Das Umfeld: Baustellen unseres Gesundheitswesens



Spannungsfeld Medizin und Ökonomie



Qualifizierung und
Kompetenzen



Personal

Bedarf und Qualität

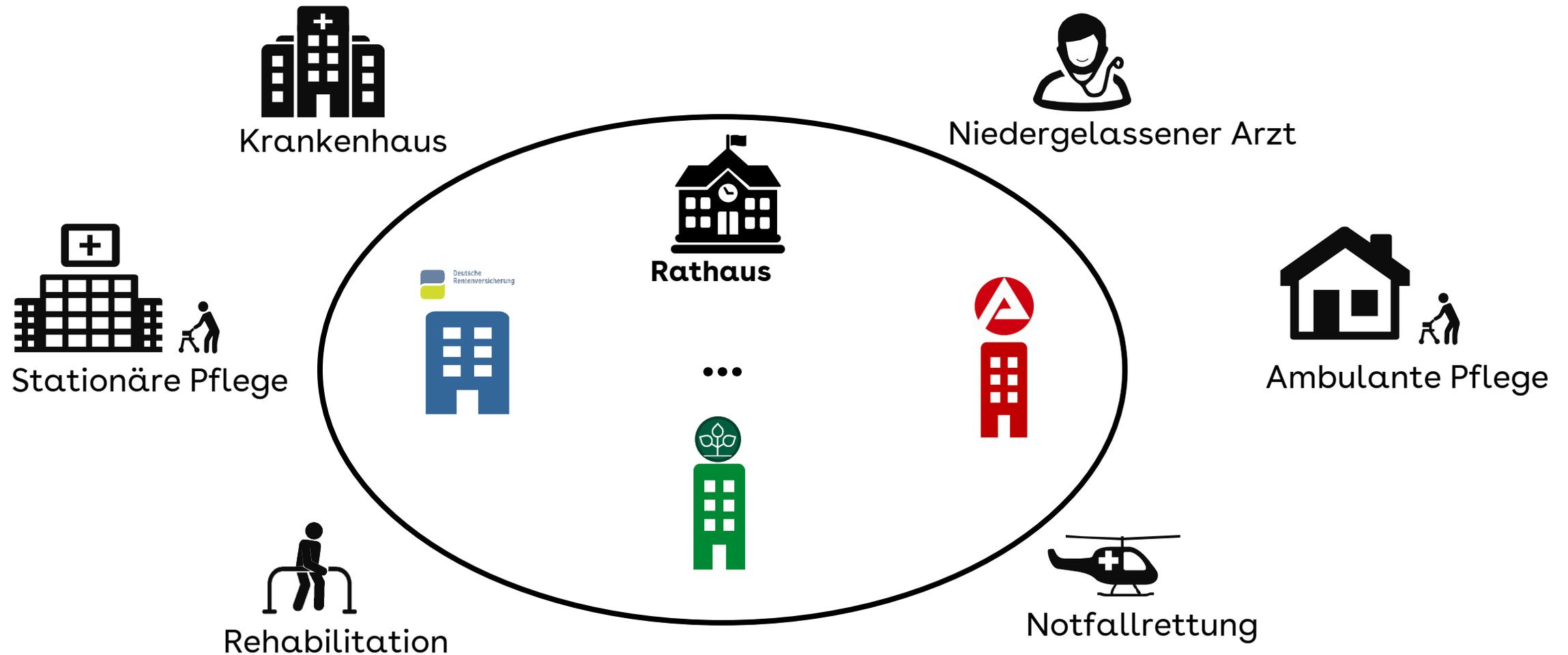


Kommerz

Bürokratie

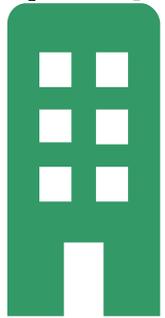
Digitalisierung

You'll never walk alone (again)



Baustellen unseres Gesundheitswesens

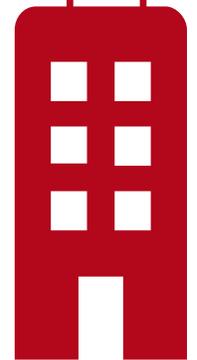
Unterschiedliche Perspektiven



Krankenhäuser



Niedergelassene Ärzte



Krankenkassen

Welche Anreize haben Leistungserbringer, welche die GKV?

Wer sollte eine gestalterische Rolle einnehmen dürfen?

Der Unterschied zwischen Konkurrenz und Wettbewerb: Verständigung statt Vernichtung

Wer den Widerstand scheut, muss gar nicht erst anfangen – Politik muss den Rahmen für die Erneuerung setzen, auch mal entscheiden, kann es nicht allen recht machen.

Veränderung kostet Geld, alles andere ist Illusion – wuppen das die Länder?



Politik



Geld

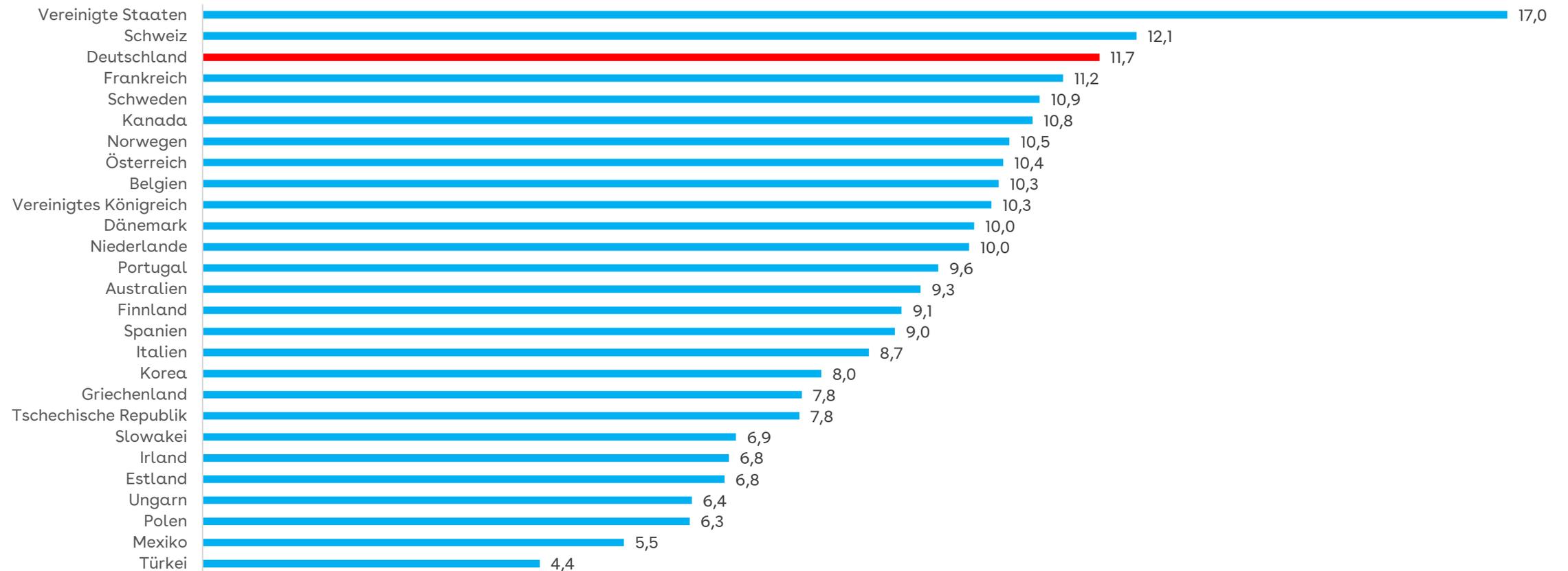
Keine Laborbedingungen

- Hohes und zunehmendes Maß an Unsicherheiten, erschwerte Planbarkeit
- Schwer absehbare Folgen, langdauernde Auswirkungen
- Emotionalisierung, verstärkt durch (soziale) Medien
- Kurzfristige Orientierung, oft Reaktion auf Berichterstattung; Aktionismus
- Gesellschaftliche Ungleichheit
- Politische Fragmentierung, Oppositionsreflexe
- Überregionale/ internationale Verflechtung
- Abhängigkeit von „übermächtigen“ Kräften (Finanzmarkt, Wirtschaft)
- Vermuteter Autonomieverlust; Gefühl der Ohnmacht

Anforderungen: Volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit

Im Hintergrund: Das Geld

Gesundheitsausgaben 2019 Anteil in % am BIP



Quelle: OECD Health Data, Abruf: 21.9.2020

Der Kontext

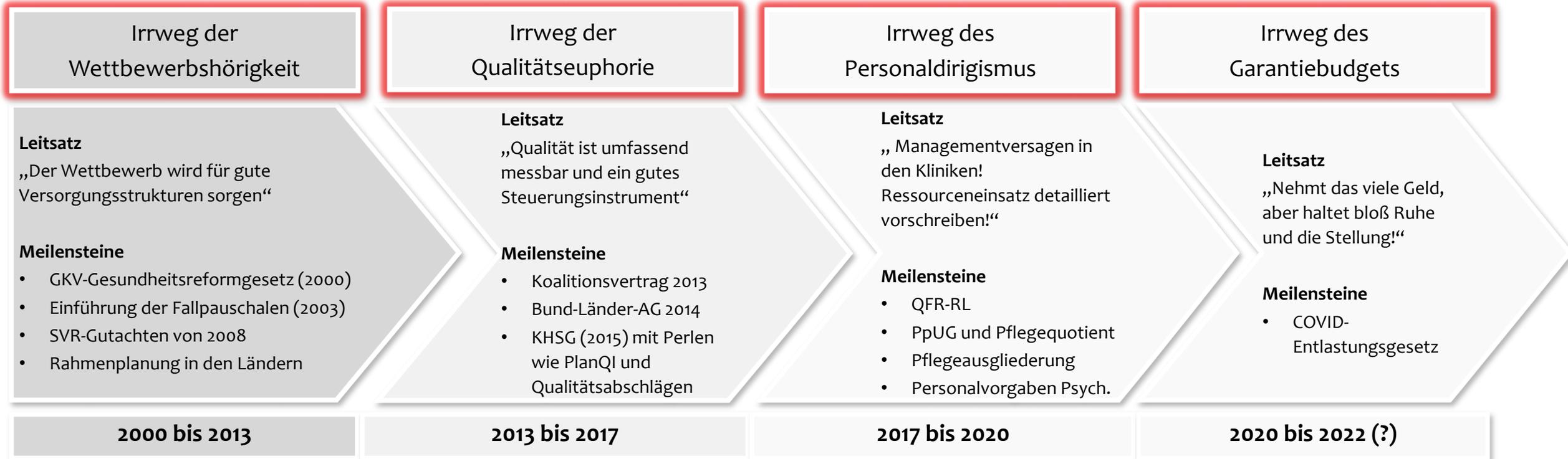
Unser Gesundheitssystem 2025 – Einige Vorstellungen



Portale: „Booking.com.kh“



Was hat man versucht?



Einige zusätzliche Hypothesen



Die höchst **unterschiedliche Belastungssituation der Kliniken** durch die Behandlung von an COVID-19 erkrankten Patienten hat gezeigt, dass eine **Zentralisierung vieler Versorgungsbereiche** sinnvoll und erforderlich ist



Die **Grenzen des vollkostenbasierten Fallpauschalensystems sind erreicht** – sie geben den Kliniken bei volatilen Fallzahlenentwicklungen wenig Planungssicherheit.

- Ohne Planung droht eine **Dekade des kalten Strukturwandels**, z.B.:
 - *Ökonomisch motivierte Schließungen als Trägerentscheidungen*
 - *Schließungen durch singuläre Ereignisse wie der Überflutungskatastrophe in NRW und RLP*
 - *Ein willkürlicher Strukturwandel, der sich aus gesamtstrukturelevant intensivierten Qualitätsvorgaben von der Bundesebene (G-BA) ergibt*

→ Allen Punkten ist gemein, dass eine **Korrelation von fehlender Bedarfsnotwendigkeit und Schließung gerade nicht besteht**

Krankenhausplanung und Vergütungsreform gehören zusammen



2022 sind die Krankenhäuser und Krankenkassen klamm. Was muss passieren, damit wir die solidarisch finanzierte Spitzenversorgung auch in den kommenden Krisenjahren bewahren können?

- 1. Finanzierung mengenrobust sichern:** Bundeseinheitliche Höhe der Sockelfinanzierung je Leistungsbereich, die sich klar am Versorgungsauftrag orientiert → Vorhaltekosten der Kliniken werden krisensicher über diesen Sockel finanziert und die Vergütung der Fallkosten erfolgt über variable DRG's
10/20/30/40
- 2. Die regionale Handlungsfähigkeit wiederherstellen und den regionalen Dialog zwischen Kliniken und Krankenkassen fördern:**
 - Direkter Ausgleich des Pflegebudgets 2020 bis 2022 für die Kassen aus dem Gesundheitsfonds
→ Krankenhäuser erhalten Vertrauensschutz: Echter Pflegepersonalaufbau wird finanziert
→ Zwingend resultierende Doppelfinanzierung ist zeitlich befristet und wird wettbewerbsneutral abgearbeitet

Reformstau und Gesundheitskrise haben ein Rendesvouz

3. Dem moderierten Strukturwandel nochmal eine Chance geben:

= Zentralisierung von Leistungen in Ballungszentren und Abbau redundanter Versorgungsangebote

→ Krankenhäuser: Realisierung von Skaleneffekten, umfassende Weiterbildungsangebote, medizinische Spezialisierung, Einführung medizinischer Innovationen, Ausbildung einer besonderen Behandlungsroutine, Optimierung des Fachkräfteeinsatzes, Verbesserung der Großgeräteaustattung, bessere Optionen für ambulante Angebote, Reputation, wissenschaftliches Engagement

→ Wahlfreiheit der PatientInnen wird nicht relevant eingeschränkt



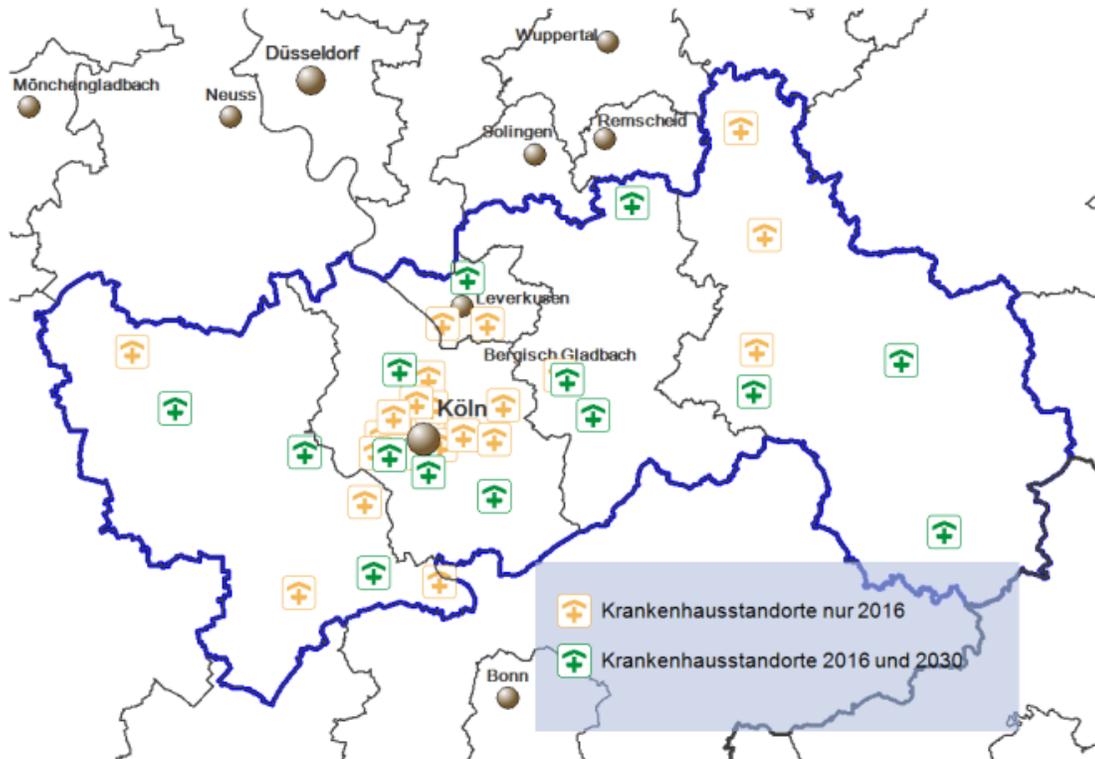
Individuelle regionale Lösungen! Eine Krankenhausplanung auf der Basis bundesweiter Qualitätsvorgaben bietet weder inhaltlich eine gute Lösung noch ist sie praktikabel.

→ Aber: Die Qualitätsvorgaben des G-BA sind sehr wertvoll und müssen auch in Zukunft Mindeststandards vorgeben und weiterentwickelt werden. **Mit der Idee darauf eine algorithmische Krankenhausplanung aufzubauen, erscheinen diese Kriterien aber zweckentfremdet.**

Vielleicht können wir zukünftig die Diskussion etwas anders führen

Die grüne Wiese und die bösen Kassen

Abbildung 22: Nicht psychiatrische Krankenhäuser 2016 und regionale Verteilung der erforderlichen Krankenhausstandorte in der Versorgungsregion 5 gemäß Zielmodell bei Erfüllung des Erreichbarkeitskriteriums (100 %) im Jahr 2030



Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung | Veröffentlicht 2019

Von der Planung zur algorithmischen Marktregulierung



- ▶ Übereinstimmender gesundheitspolitischer Befund: Die Länder haben bei Planung und Investitionsfinanzierung versagt.
- ▶ Schwierige Fragen: Würde Krankenhausplanung funktionieren, wenn die Länder keine Versager wären?
- ▶ Wahrscheinlich nicht. Verwaltungsgerichte schützen jedes belegte Krankenhaus.
- ▶ Machen Sie den Drei-Häuser-Test!
- ▶ Konsequenz:
 1. Marktregulierung (via G-BA)
 2. Strukturfonds, der wirklich Strukturen bereinigt

Strukturbereinigung einleiten!



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer



Herrje...

Sollte man zur Kosteneinsparung im Gesundheitswesen eher die Zahl der Krankenhäuser oder die der Krankenkassen reduzieren?

5,9%

sind für die Reduzierung von
Krankenhäuser

79,7%

sind für die Reduzierung von
Krankenkassen

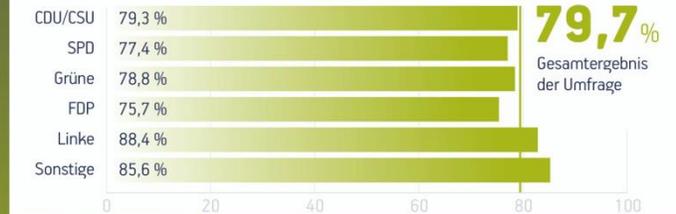


Eindeutig für Krankenhäuser Eher für Krankenhäuser Unentschieden Eher für Krankenkassen Eindeutig für Krankenkassen



Quelle: VLK Umfrage September 2021

Weniger Krankenhäuser oder Krankenkassen:
Wähler:innen der Parteien sind für die Reduzierung der Krankenkassen



Quelle: VLK Umfrage September 2021

23. September 2021



PM VLK 4 von 5 Bu_rger-innen gegen Krankenkassen (00000002)



Politische Instrumentalisierung der Krankenhausplanung

Regierungsprogramm der SPD
für Nordrhein-Westfalen zur
Landtagswahl am 15. Mai 2022

Sie können einem kranken Menschen nicht erklären, dass es für sie oder ihn kein Krankenhaus in der Nähe gibt, weil Krankenhausstandorte allein an Faktoren wie Bevölkerungsdichte und demografischer Struktur bemessen wurden. Wer krank ist, braucht ein Krankenhaus vor Ort. Eines, das so nah ist, dass ein lieber Freund mit Blumenstrauß leicht zu Besuch kommen kann. Das Land berücksichtigt bei der Krankenhausplanung, das wohnortnah eine kinderchirurgische Grundversorgung für (Klein)Kinder gegeben sein muss.

- In ganz Deutschland gibt es gut 700 aktive Kinderchirurg*innen (Quelle BÄK),
- DGKCH fordert in Zukunftspapier (https://dgkch.de/images/dgkch/Dokumente_oeffentlich/Zukunftspapier_DGKCH_2017-1017.pdf...) fachärztliche 24h-Verfügbarkeit
- Unter diesen Voraussetzungen verspricht die NRWSPD im Regierungsprogramm wohnortnah eine kinderchirurgische Grundversorgung.

Auch wettbewerbliche Rahmenbedingungen sind zu beachten

Oliver Metzger: Hi, good afternoon. First question on Helios. So '21 has basically for you a good year when you look for the external growth opportunities. So do you expect the German market to continue to consolidate, or do you expect even some acceleration, given that this mandatory vaccination level might force in particular smaller hospitals even into greater problems to staff shortages?

Stephan Sturm: Oliver, thank you. And I'll take both. On the one hand, I would not be surprised if we saw further consolidation in the German hospital market against the backdrop of a fairly dramatic situation for many smaller independent hospitals, not necessarily owned by municipal owners, but also already privatized or church-owned hospitals. On the other hand, I want to reiterate that we are determined to see through our clustering strategy and that, therefore, we will remain very disciplined as far as seizing any opportunity is concerned. We will only go about any of these situations where we can realistically capture near-term and also meaningful synergies. And in general, we'd much rather pursue the rollout of our ambulatory services, digital services, and as you've seen also on our growth opportunities slide as far as Helios is concerned, going forward, I believe we should much less think about brick-and-mortar hospital services than rather going about digital and other territories, where the infrastructure is less developed.

Transcript FY/21 Results, 22 February 2022 © Fresenius SE & Co. KGaA Investor Relations & Sustainability

Tom Jones: Good afternoon. Thank you for taking my two somewhat related questions. It's just on the idea of having larger equity investors in the Helios and Vamed subsidiaries. I guess the first part of the question is, if you're allowing external investors to participate in finance and growth opportunities, some of that value that's created in any kind of transaction like that, some of that value belongs to the existing Fresenius SE shareholders. So how do you ensure and how do we measure whether that value creation is accruing fairly to the new equity investors and to the existing Fresenius SE holders? And I ask the question because one of the complaints about the group structure is its complexity and the number of different subsidiaries, and then having a minority interest in there just adds a further level of complexity.

Alternatively, obviously, this could also be a cash injection that would then be used to do the right strategic growth step. As I alluded to earlier in response to James' question, we have no intention to starting something completely new but much rather would rely on the fact that, with any such strategic growth steps, synergy value can be created. And in the governance, with regard to any external shareholders, we would make absolutely sure that synergy value sticks to where it's coming from. And that should be predominantly us.

- Die Konfliktlinien verlaufen nicht immer zwischen den Krankenkassen und den Kliniken.
- In der **Abrechnungsprüfung** treten eigentlich die Kassen gegeneinander an (Fehlanreize im Kassenwettbewerb).
- In der Krankenhausplanung kollidieren dagegen Klinikinteressen. Kein Wunder, dass sich die Krankenhausgesellschaften hier lange schwer taten.

Helios Quartalsergebnis Q1/22

Der Vorstandsvorsitzende der börsennotierten Gesundheitskonzerns Fresenius, Ulf Schneider, verlangt von seinen Krankenhäusern 15 Prozent Gewinn. "Wir haben dutzendfach gezeigt, dass man ein Krankenhaus in diese Gewinnregion bringen kann", sagt Schneider in einem Gespräch mit dem Nachrichten-Magazin DER SPIEGEL. Die zu

FY/22 Financial Outlook by Business Segment

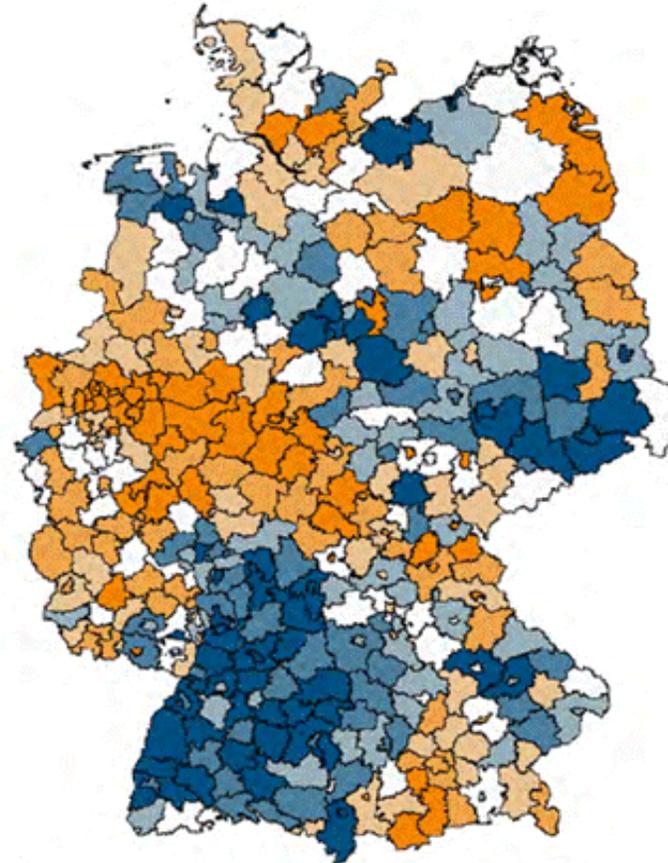
Cm (except otherwise stated)		FY/21 Base	Q1/22		FY/22e
	Sales growth (org)	7,193	1%		Low single-digit % 
	EBIT growth (cc)	1,153	0%	Decline in high single- to low double-digit %-range	
	Sales growth (org)	10,891	8%		Low-to-mid single-digit % 
	EBIT growth (cc)	1,127	15%		Mid single-digit % 
	Sales growth (org)	2,297	7%		High single- to low double-digit % 
	EBIT	101	8	Returning to absolute pre-COVID levels (2019: €134 m)	

Before special items and including COVID-19 effects

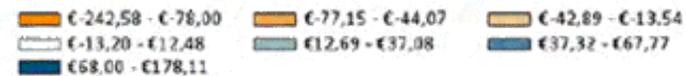
For a detailed overview of special items please see the reconciliation tables provided on our website <https://www.fresenius.com/results-center>.

Warum es Handlungsbedarf in NRW gibt, die Sicht der KK

Deckungsgrad HLB4 (Krankenhaus)



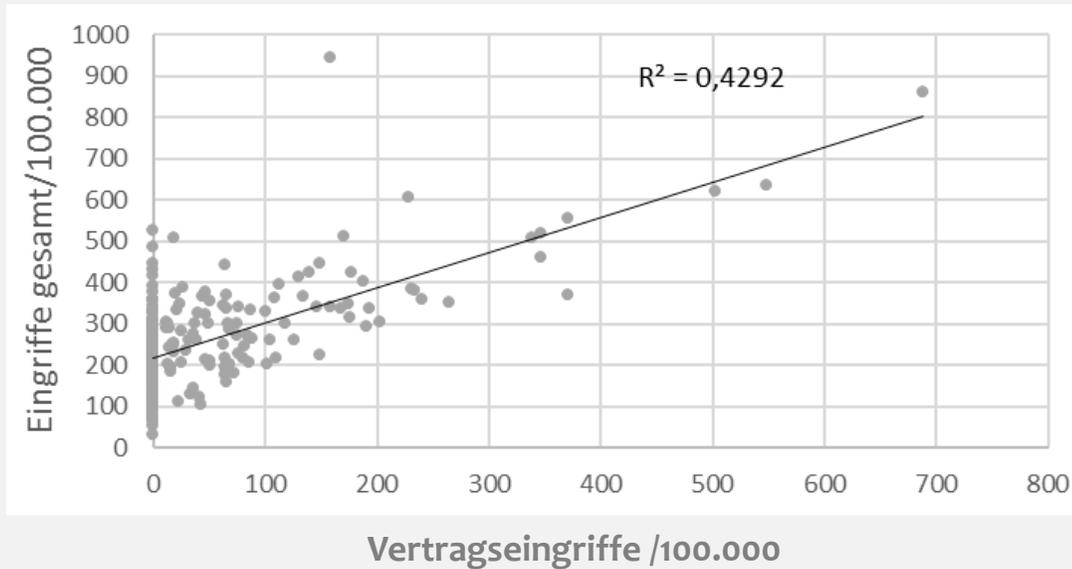
Deckungsbeitrag je VJ (HLB4)



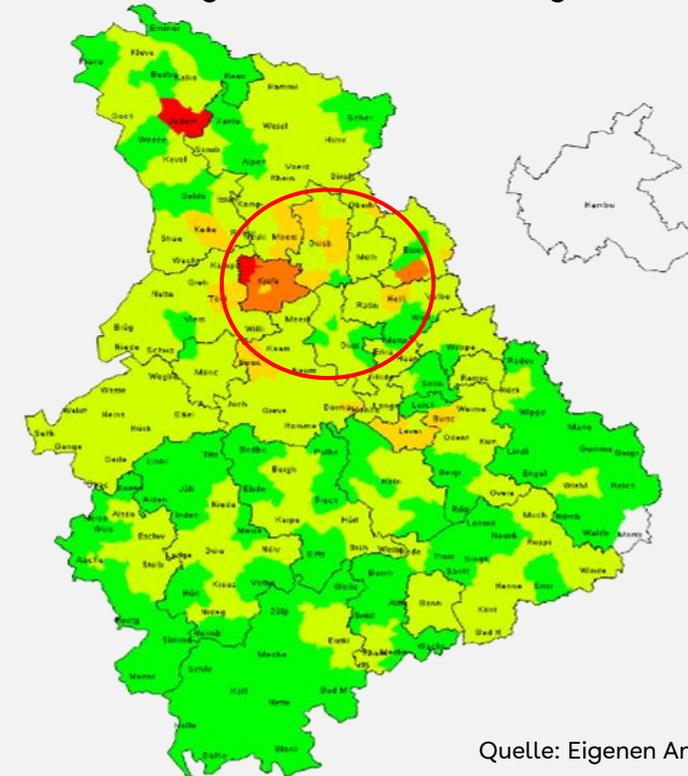
Quelle: Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des MRSA, 2018

Ökonomisch getriggerte sektorübergreifende Mengenausweitung

Zusammenhang ambulanter Vertragseingriffe / Gesamteingriffshäufigkeit



Intersektorale Gesamthäufigkeit der sieben Vertragsleistungen in Nordrhein



Eingriffszahlen der Vertragspartner offensichtlicher Treiber für die Eingriffshäufigkeit

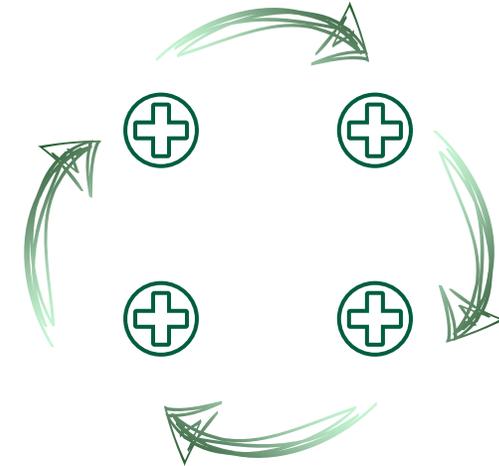
Es geht: Zusammenarbeit der Kliniken in der Planung

Bezirksregierung Köln



Umsetzung des Krankenhausplans 2015 in Köln

- 23.07.2013: Veröffentlichung (Homepage MGEPA) und Inkrafttreten des Krankenhausplans 2015
- 19.05.2015: Vorlage des „Aktiva“-Gutachtens durch die 18 somatischen Krankenhäuser
- 27.05.2015: Ablehnung des Konzeptes durch die Kostenträger
- Danach: Datenaustausch und Einzelverhandlungen der Kostenträger mit den Krankenhäusern
- 01.06.2016: Erteilung des FB für das Marien-Hospital Köln
- November 2015: Abschluss der anderen regionalen Planungskonzepte, nur z. T. geeinigt
- 07.12.2015: Planungsrunde bei der Bezirksregierung Köln
- Einigung mit allen 18 Krankenhäusern
- 11.12.2015: Bericht an MGEPA
- 07.01.2016: Anhörungserlass
- 25.02.2016: Entscheidungserlass
- 18.03.2016: Erteilung aller FB für die somatischen Krankenhäuser
- 02.05.2016: Bestandskraft der FB
- seitdem sukzessive Umsetzung aus SOLL in IST



Aufgrund der detaillierteren Systematik wird in der kommenden Planungsrunde die Abstimmung der Planungsziele noch wichtiger

Achtung: Monopolkommission!

Aktive, professionelle Landesplanung

Laissez faire

- Hyperwettbewerb
- kalter Strukturwandel
- Privatisierungswelle
- strukturelles Überangebot

Aktive Bundesplanung

- arbiträre Effekte in den Regionen
- keine Bedarfsorientierung
- Ressourcenverschwendung
- unflexibel

Aktive Landesplanung

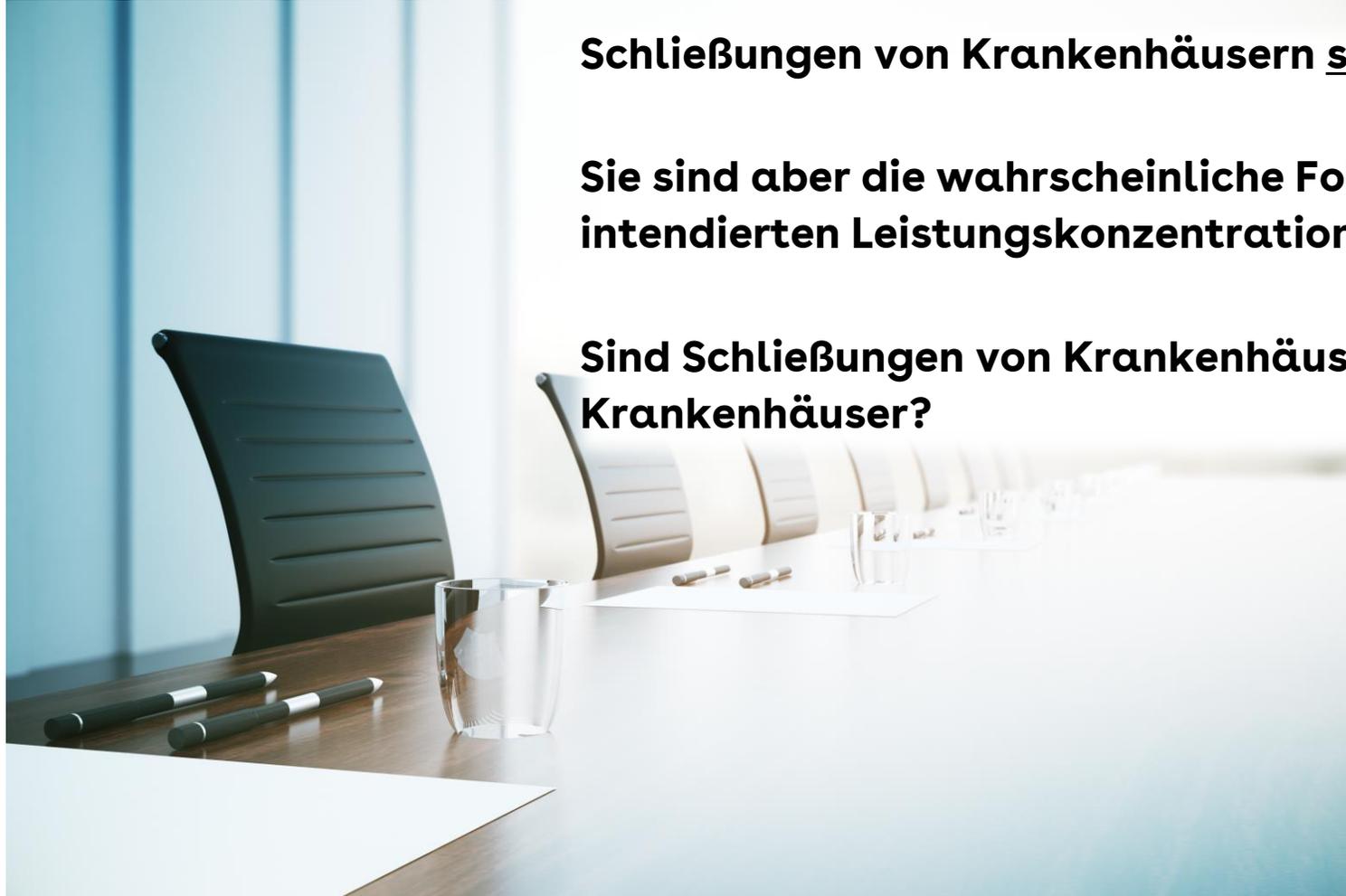
- bedarfsgerecht
- ressourcenschonend
- konfliktär und schwer durchzusetzen. Gefahr des Abgleitens in „Laissez faire“

Schließung von Kliniken als primäres Ziel?

Schließungen von Krankenhäusern sind gar kein Ziel der Kostenträger.

Sie sind aber die wahrscheinliche Folge der von den Kostenträgern intendierten Leistungskonzentration.

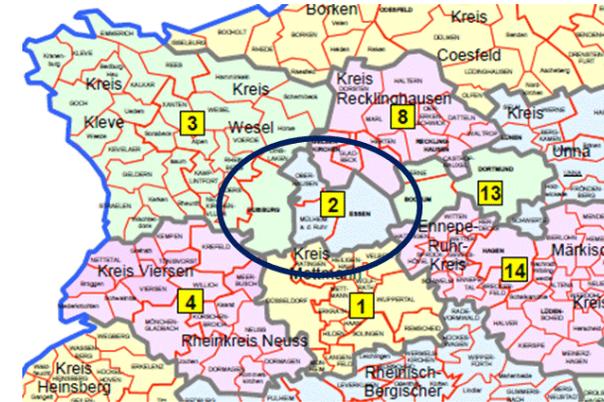
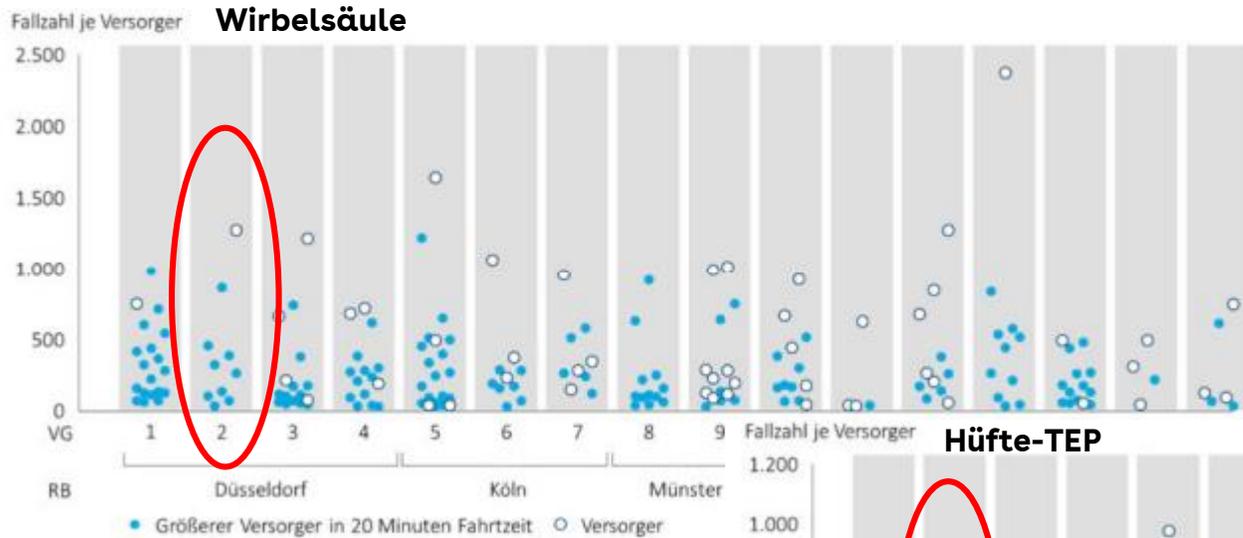
Sind Schließungen von Krankenhäusern primäres Ziel der (anderen) Krankenhäuser?



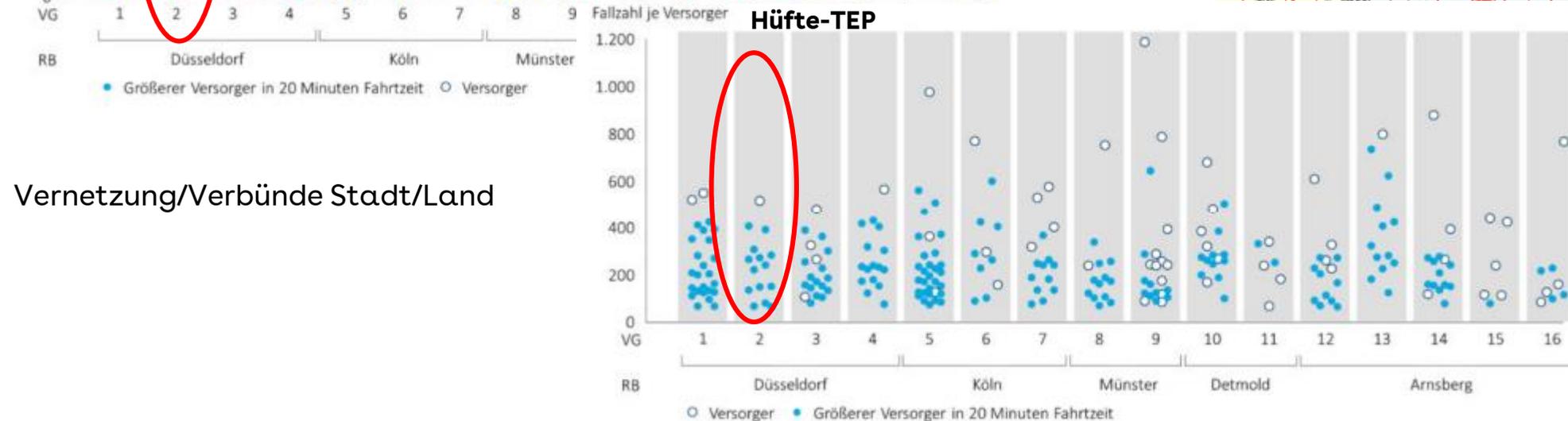
Warum überhaupt Leistungskonzentration?

- **Medizinisches Wissen** wächst in allen Fachgebieten. Intensiver kollegialer Austausch und weitere Spezialisierung auch innerhalb der Fachgebiete für Behandlungsqualität unverzichtbar
- Bisher phänotypisch definierte Krankheitsentitäten zerfallen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse in immer kleinere Subgruppen bis hin zu Ansätzen der **precision medicine** mit Ihrer hohen Komplexität
- Die leitliniengerechte Behandlung zahlreicher Erkrankungen betont zunehmend die Bedeutung der **interprofessionellen und interdisziplinären** Zusammenarbeit
- Immer komplexere Behandlungsregimes, Interventionen und Operationen erfordern höheres Maß an **Routine**.
- **Fachkräftemangel**. Ein effizienter Einsatz von Ärzten, Pflegekräften und weiteren Experten unverzichtbar und nur in Einrichtungen ab einer kritischen Größe möglich
- Für immer mehr Erkrankungen sind kostenintensive Großgeräte und innovative Methoden vorzuhalten, wobei in der Regel hohe **Skaleneffekte** erzielt werden können

Maßgeblich ist nicht die quantitative, sondern die strukturelle Überversorgung



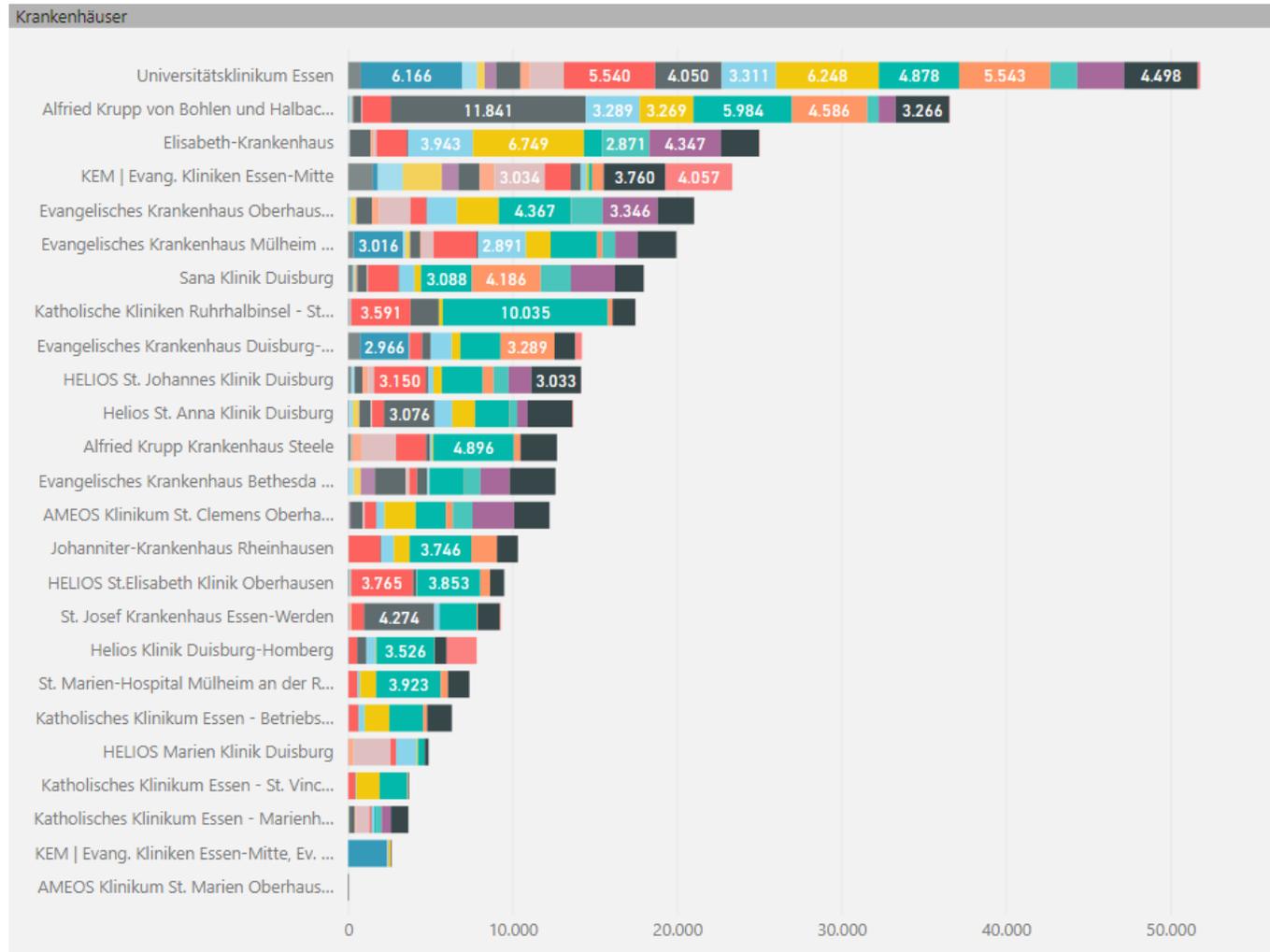
Vernetzung/Verbünde Stadt/Land



Quelle: Gutachten PD mit Lohfert & Lohfert zur Krankenhausplanung NRW, 2019

Es finden sich großstadttypisch im westlichen Ruhrgebiet zahlreiche Versorgungsredundanzen

Kardiologische und orthopädische Leistungsgruppen sind generell Kandidaten für Auswahlentscheidungen



Warum einigen, wenn man sich auch streiten kann?

Geeinigtes Konzept bietet die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung:

- Starke Forderung nach **investiver Förderung** der planerischen Maßnahmen
- Einheitliche **Kommunikation** sinnvoller Vorhaben in Politik und Bevölkerung
- Zügige **Umsetzung**
- **Planungssicherheit** für alle Beteiligten durch Vermeidung von VG-Verfahren
- Konsenterte und damit **qualitätsbasierte Aufgabenverteilung** bei der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung
- Auch mal zu diskutieren: Verhandelst du noch oder planst du schon? Wo begegnen wir uns zukünftig?

Denken jenseits von Wahlterminen

Alle warten auf die große Krankenhausreform, die Minister Karl Lauterbach versprochen hat. Doch die Synchronisierung von Krankenhausplanung, -finanzierung und -struktur ist eine Herkulesaufgabe. Eine Annäherung in zehn Punkten.

Von Matthias Mohrmann

Alle scheinen sich einig zu sein: Krankenhausplanung und -finanzierung müssen irgendwie „neu“ gedacht werden. Aber wie es denn künftig gehen soll, darin unterscheiden sich die Ansätze erheblich. Ist weiterhin Raum für alle heutigen Anbieter da? Woher kommt das Geld, das für Investitionen und Betrieb notwendig sein wird? Die Kassen – nicht nur die Krankenkassen – sind strapaziert, wie viel bleibt für die Daseinsvorsorge der Zukunft? Wie passt

die intendierte Auflösung von Sektorengrenzen zu all dem? Nicht alle Fragen lassen sich beantworten, ein paar Ansätze sollen aber skizziert werden.

Eine stationäre Strukturreform ist komplex, vermutlich wird das „Produkt“ nie wirklich fertig sein. Ein Gesundheitssystem muss sich entsprechend dem medizinischen Erkenntniszuwachs und den gesellschaftlichen Entwicklungen stetig weiterentwickeln. Schon aus der Luftfahrt weiß man: Ein

vollkommen starrer Flügel bricht in Turbulenzen. Und die sind im Gesundheitsbereich sicher, nicht nur in Form von Pandemien. Es klingt ein wenig widersprüchlich: Anpassungsfähigkeit ist ein wesentliches Kriterium für die Stabilität. Grundsätze und Zielsetzungen haben dabei Bestand. Eine stetige und professionelle Begleitung der System(fort)entwicklung ist die Konsequenz.

Eine sehr zügige Neuausrichtung des stationären Sektors ist nicht zu erwarten,

Foto: Getty Images/Achim Saas

ein vollständiges Umkleenetzwerk nicht mal eben so. Wir beginnen aber auch nicht auf der grünen Wiese. Gerade deshalb sind – auch politisches – Durchhaltevermögen und „Power“ erforderlich, nicht zuletzt auch finanziell. Ohne starke Investition geht nicht viel.

Ein genauere Blick zeigt ein bereits hohes Maß an Evidenz bezüglich der Notwendigkeiten. Das eine oder andere wurde bereits umgesetzt. Der für eine Strukturreform erforderliche lange Atem hat in den vergangenen Jahren jedoch gefehlt. Einige Aspekte werden im Folgenden benannt.

1. Bund und Länder gemeinsam

In unserem föderalen System ist die Krankenhausplanung Aufgabe der Länder. Daraus erwächst auch die Verpflichtung, die Investitionskosten zu finanzieren – eine Verpflichtung, die die Länder bereits seit langer Zeit nicht mehr erfüllen, in der Ausprägung unterschiedlich je nach Bundesland, aber nirgendwo ausreichend.

Wenn zeitgemäße Strukturen das Ziel sind, benötigen wir Investitionsmittel in erheblicher Höhe. Die Länder werden diese nicht allein aufbringen können, der Bund muss sich beteiligen. Sonst wird es nicht zu wirklichen Reformen kommen, allenfalls zu kleinen Modifikationen wie bisher. Werden Bundesmittel in relevantem Umfang zugesteuert, ergeben sich daraus Beteiligungsrechte des Bundes an der inhaltlichen Gestaltung. Dies bedeutet keineswegs, dass die Planung der Krankenhausstrukturen nicht primär auf regionalen Bedarfen beruhen muss. Die Einhaltung bundesweit verbindlicher Minimalstandards ist aber bei der Gestaltung einer zeitgemäßen Struktur nicht Menetekel, sondern Erfordernis. Basis sind dabei Erkenntnisse aus Medizin und Wissenschaft.

2. Qualität und Wirtschaftlichkeit

Eine bezüglich des Ergebnisses gelungene Behandlung ist zunächst einmal gut für den Patienten. Sie ist aber auch gut unter Wirtschaftlichkeitsaspekten: Werden Kooperationen vermieden, wird von verschiedenen Therapieoptionen die richtige ausgewählt, dann hat dies aber ebenso positive Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit.

Illosurwäre die Annahme, dass einzelne Krankenhausbehandlung würde künftig weniger kosten. Effekte ergeben sich allerdings aus einer medizinisch sinnvollen Verlagerung vieler Krankenhausaufenthalte in die ambulante Versorgung. Dass das Know-how, die Infrastruktur eines Krankenhauses, dabei von Nutzen sein kann, ist klar. „Ambulant mit den Mitteln eines Krankenhauses“ könnte eine neue Kategorie im Leistungskatalog heißen. Es ist nicht sinnvoll, bisher stationär erbrachte Behandlungen, die eine hohe Spezialisierung voraussetzen, generell für den ambulanten Bereich zu öffnen.

3. Politische Verantwortung

Menschen, die eine hohe Gesundheitskompetenz haben, die sich in unserem Versorgungssystem auskennen oder aber entsprechende Experten kennen, gehen bei einer komplexen Krankenhausbehandlung nicht einfach in das nächste Krankenhaus.

Die meisten Bundesbürger verfügen aber nicht über solche Beziehungen. Die Transparenz bezüglich unterschiedlicher Versorgungsqualität ist – und bleibt auf absehbare Zeit – für den „normalen“ Bürger eng begrenzt. Politische oder gesellschaftliche Verantwortung muss danach streben, dass alle Bürgerinnen und Bürger gleiche Gesundheitschancen haben. Dazu gehört für die „Beziehungslosen“ die Verbesserung der Wahrscheinlichkeit, in ein Krankenhaus zu gelangen, das die Voraussetzungen für eine exzellente Behandlung bietet. Die Notwendigkeit zu einer dezidierten Krankenhausplanung folgt unmittelbar aus politischer Verantwortung.

Die bisherige Krankenhausplanung hatte kaum Steuerungs- und Versorgungsrelevanz. Eine Orientierung an Leistungsbereichen und Leistungsgruppen wie in Nordrhein-Westfalen (NRW) hat nun das Potenzial, eine solche zu entwickeln, und widersetzt sich zudem der aktuellen Fragmentierung der Leistungen. Unseres Erachtens ist sie eine geeignete Methodik, nicht nur für NRW, sondern bundesweit.

4. Stadt und Land ergänzen sich

Findet stationäre Versorgung künftig nur noch in Städten statt? Wie lang ist

künftig die Weg ein Krankenhaus? Manche der publizierten Modellrechnungen bezüglich der Anzahl notwendiger Krankenhausstandorte lösen bei undifferenzierter Betrachtung Ängste aus. Diese werden manchmal instrumentalisiert, ob aus Oppositionsreflex, ob aus Gründen der „Besitzstandswahrung“, egal.

Wichtig daher: Die Versorgung in der Fläche wird verbessert, nicht verschlechtert. In Notfällen muss ein Krankenhaus in vertretbarer Zeit erreichbar sein, nicht nur in der Stadt. Es nützt aber nichts, wenn das angefahrte Krankenhaus die erforderlichen Behandlungen nicht beherrscht, entsprechend qualifiziertes Personal nicht vorhält oder schlicht überfordert ist. Auch heute gilt bereits: Ein paar Minuten länger in einem gut ausgestatteten und kompetent besetzten Rettungswagen sind oft gut investiert, um eine adäquate Behandlung zu erhalten. Entscheidend ist eine optimale Versorgungskette, dazu gehört mehr als das Krankenhaus.

5. Veränderte Rollen

Nach Ertüchtigung der verbleibenden Standorte könnte man rein unter Bedarfsdeckungskriterien eine große Anzahl von Kliniken schließen. Die derzeit bescheidene Förderung der Investitionsmittel könnte auf weniger Standorte konzentriert werden, erhöht werden muss sie trotzdem. Ärzte und Pflegekräfte würden in größeren Einheiten zusammengefasst – gut zum Beispiel für die Erfüllung von Mindestbesetzungsnormen. In einer Zeit des Fachkräftemangels ist eine gewisse Konzentration im Sinne der Qualität ein Mittel der Wahl. Dafür gibt es international hinreichend Evidenz; eine qualitative Überlegenheit des eher kleinteilig orientierten deutschen stationären Versorgungssystems lässt sich jedenfalls nicht belegen. Und unzumutbare, medizinisch problematische Entfernungen würden in Deutschland ohnehin nicht entstehen, wären gesellschaftlich nicht durchsetzbar.

Trotzdem wäre es aus Akzeptanzgründen schwierig, einfach eine große Zahl von Standorten zu schließen. Ein Standort, der stationäre Leistungen nicht mehr oder in geringerem Umfang

verschieden. Wir haben in Deutschland einen Mangel an hoch spezialisierten, multidisziplinär ambulanten Zentren sowie ein großes Verlagerungspotenzial von stationär in Richtung ambulant. So können viele bisherige Krankenhäuser in modifizierter Rolle als Gesundheitsstandorte weitergeführt werden. Kurzstationäre Behandlungen, Pflegeleistungen oder Ähnliches ließen sich integrieren. „Ambulant mit den Mitteln eines Krankenhauses“ ist vielleicht eine treffendere Bezeichnung als der im Koalitionsvertrag genannte Begriff „Hybrid-DRG“. Wir sollten bewusst entscheiden, ob das heute noch stationär versorgte Spektrum künftig generell für alle geöffnet werden sollte oder ob wir hierauf ein neues Rollenmodell für bisherige stationäre Einrichtungen begründen wollen. Dafür bedarf es jedoch einer klaren wirtschaftlichen Perspektive.

6. Effiziente Personalplanung

Einfach Pflegekräfte aus dem Ausland zu akquirieren, wird den sich abzeichnenden Personalmangel nur lindern, nicht beheben. Gleichzeitig scheinen „körpernahe“ Berufe nicht an Attraktivität zu gewinnen – ob man diesen scheinbaren Trend umkehren kann, ist offen. Allein die Gehaltshöhe wird das Problem nicht lösen. Die Technik kann vieles erleichtern, sicher ist: Auf eine persönliche Zuwendung für den Kranken wollen wir nicht verzichten. Das wäre inhuman und unethisch.

Was eine stärkere Konzentration von Standorten aber mit sich bringt, sind Synergien. Sie ermöglicht effizientere Mindestbesetzungen, leichtere Spezialisierungen und ein besseres Verkräften von Personalausfällen – nicht nur in Pandemien. Eine Institution wird robuster gegen Krisen. Ein Argument für eine Krankenhausplanung, die eine Konzentration fördert.

7. Resistenz gegen Pandemien

Covid-19 hat zu schizophrenen Situationen geführt: Überlastungen an einer Stelle, Leerlauf an anderer. In vielen Kliniken hat die gegenseitige Unterstützung gut funktioniert, auch in einigen Regionen gab es gute Beispiele. Aber vielfach eben auch Koordinationsmängel.

wegen rückläufiger Eingriffe dort. Kein Vorwurf, man konnte nicht alles vorhersehen. Und sicher, viele Akteure haben einen exzellenten Job gemacht.

Es geht jetzt darum, aus Erfahrungen zu lernen. Ist es möglich, eine Intensivreserve auszubilden? Gelingt es, Kliniken in Bedarfssituationen schneller auf ein Spezialgebiet auszurichten? Wer koordiniert auf Basis welcher Daten? Starre Vorhaltungen scheinen mit Blick auf volatile Entwicklungen nicht die richtige Antwort zu sein. Eine fachkundig besetzte Kommission sollte die letzten zwei Jahre aufarbeiten und Konsequenzen vorschlagen.

8. Kooperation statt Lagerdenken

Sortieren wir die Sektoren neu und reißen Grenzen ein – dann beginnt ein Verteilungskampf: Wer bekommt was? Kooperation gibt es zwischen den Akteuren vor Ort, mit echter Kooperation zwischen den beteiligten Organisationen und Institutionen tun wir uns schwer. Ich plädiere hier in dem Bewusstsein, mir nicht nur Freunde zu machen, dafür, das, was im Koalitionsvertrag „Hybrid-DRGs“ heißt, als „Ambulant mit den Mitteln eines Krankenhauses“ umzusetzen. Dies bedeutet, bisher stationär erbrachte, aber ambulant mögliche Eingriffe im Wesentlichen für die Krankenhausstandorte zu reservieren, die sich ganz oder teilweise aus der stationären Leistungserbringung zurückziehen. Kooperationen mit Niedergelassenen sind möglich, sogar erwünscht – aber eine Art „Recht des ersten Zugriffs“ sollte bei den Klinikstandorten liegen. Ansonsten wird ein Weiterbetrieb dieser Gesundheitsstandorte auch wirtschaftlich nur schwer möglich sein.

9. Die Frage nach dem Budget

Wie jedes denkbare Vergütungssystem so hat auch das DRG-System bei allen Qualitäten einige Fehlanreize. Lange Jahre war es der Umstand, dass die Pflege nicht lösungsrelevant war, der sie zum reinen Kostenfaktor abwertete. Eine wahrgenommene Verschlechterung der Pflegesituation für Patienten und Pflegekräfte rief die Politik auf den Plan, das Pflegebudget war die Folge. Gut ge-

meint, schlecht gemacht – der Rückstand bezüglich der Budgetabschlüsse ist ganz wesentlich auf massive Konstruktionsfehler zurückzuführen. Wir haben im Oktober 2021 mit einem Gutachten des Institute for Health Care Business (Professor Boris Augurzkj) als Alternative eine Finanzierung tatsächlich geleisteter Pflegeminuten vorgeschlagen – dies auch im Gegensatz zu der Finanzierung fiktiver Bedarfe in dem als „PPR 2.0“ bekannten Modell. „Echte“ Pflege wird lösungsrelevant.

Eine zweite Modifizierung ist ebenfalls sinnvoll: Ein Vorhaltebudget, das einen Teil der Fixkosten eines (bedarfsnotwendigen) Krankenhauses unabhängig von der Leistungsmenge finanziert. Ein solches System wäre kompatibel zu einer leistungsbezogenen Planung wie in NRW. Es reduziert Mengenanreize, ohne Effizianzanreize abzuschaffen. Die Höhe des Vorhaltebudgets wäre populationsbezogen in Anlehnung an den Risikostrukturausgleich zu bestimmen, eine Differenzierung nach Leistungsbereichen oder Versorgungsstufen wäre möglich.

10. Die Rolle der Politik

Das alles ist komplex und nicht „aus dem Handgelenk geschüttelt“ umsetzbar. Es erfordert ein Denken jenseits von Wahlterminen und benötigt nicht nur eine gewisse politische, sondern auch gesellschaftliche Geschlossenheit. Diskussionen, auch im Parlament, sind wichtig für die Entwicklung. Das Ringen nach der besten Lösung soll und darf nicht unterbunden werden. Gelingt es, auf Polemik zu verzichten, persönliche Angriffe zu unterbinden, latente Ängste der Bevölkerung nicht zu instrumentalisieren? Dies ist unser aller Verantwortung. Nur wenn wir sie wahrnehmen, ist die Entwicklung eines konsistenten und zeitgemäßen ambulanten-stationären Versorgungssystems möglich. Ansonsten bleiben wir bei Stückwerk und unter unseren Möglichkeiten.