



RHÖN STIFTUNG

POSITIONSPAPIER ZUR ANSTEHENDEN KRANKENHAUSREFORM EUGEN MÜNCH

September 2023



INHALT

Die Arbeitszeit wird knapp	3
Deutschland betritt „Phase 4“ des demografischen Wandels	4
Strukturen optimieren, Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten	7
Der Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung steigt	8
Die Krankenhausstandorte konzentrieren sich auf ihre Stärken	9
Regionale Gesundheitsbudgets als entscheidender Faktor zum Erfolg	11
Geplante Krankenhausreform stösst nötige Veränderungsprozesse an	12
Impressum	13

.....

Wir verwenden in dieser Studie die grammatikalische Form des generischen bzw. inklusiven Maskulinums, das alle Geschlechter, weiblich, männlich und andere, umfasst.

.....

DIE ARBEITSZEIT WIRD KNAPP

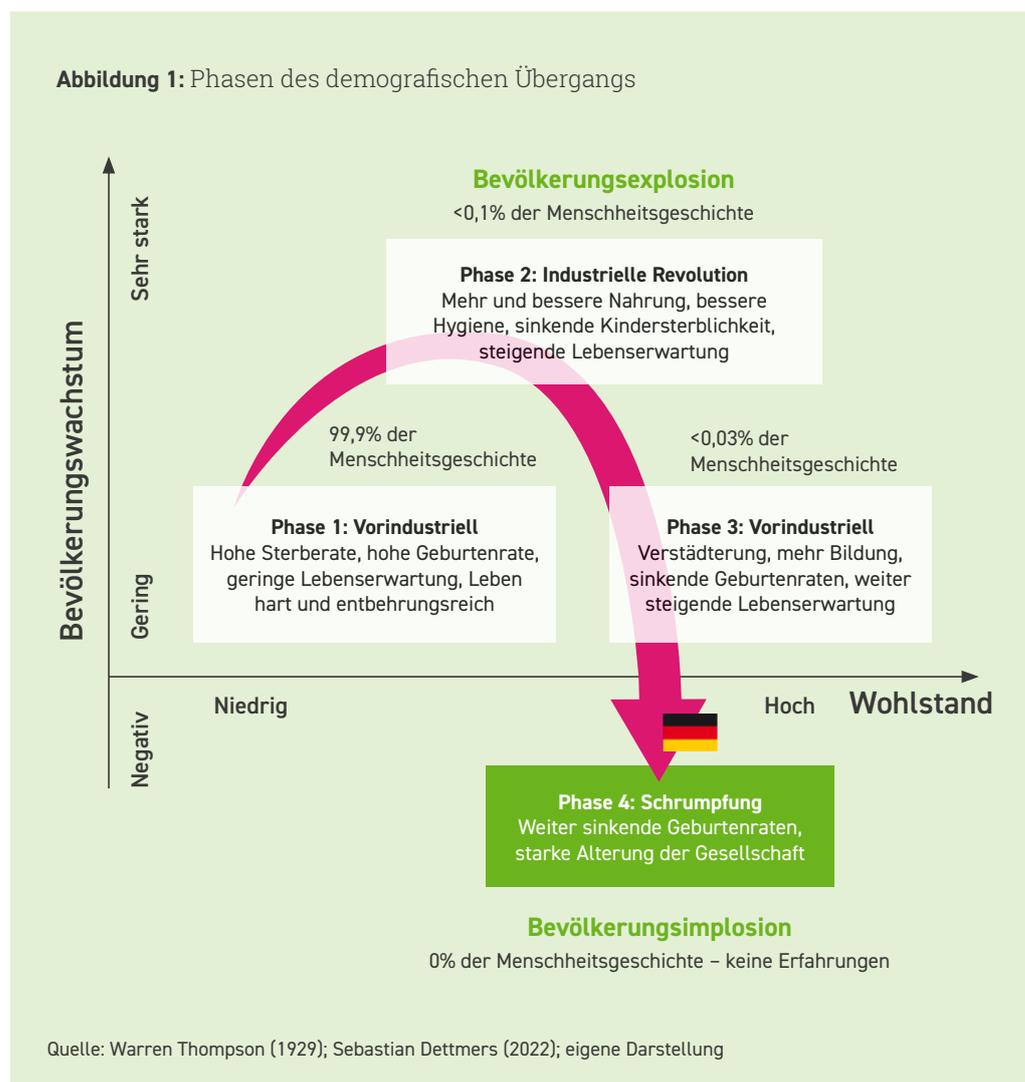
Die heute in Mitteleuropa und Deutschland lebenden Menschen wurden in einer Welt des Wachstums und des Fortschritts geboren. Ihre Erfahrungen sind dadurch geprägt, dass ihr Leben im Durchschnitt einfacher wird, dass der Wohlstand langsam, aber sicher wächst und dass die Gesellschaft individuelle Lebensrisiken immer mehr abfedert. In dieser saturierten Gesellschaft gewinnt für den Einzelnen die für persönliche Interessen verfügbare Zeit („Freizeit“) zunehmend an Bedeutung. Dies – verbunden mit umwälzenden demografischen Veränderungen – mündet in einen Mangel an einsatzbereiten und einsatzwilligen Arbeits- und Fachkräften in allen Branchen, auch im Gesundheitswesen. Gleichzeitig gibt es aber keine Bereitschaft, auf die gewohnten Errungenschaften der Wohlstandsgesellschaft inklusive Gesundheitsdienst und Pflege zumindest teilweise zu verzichten. Das bedeutet, dass dem aus der Bevölkerung kommenden Anspruch an das Gesundheitswesen ein zunehmender Anspruch der hier involvierten Arbeitskräfte auf mehr persönliche Zeit gegenübersteht. Hinzu kommt, dass das in der Gesamtbevölkerung ungleiche Engagement bestehen bleibt, nämlich die Kluft zwischen dem Teil der Bevölkerung, der seine verfügbare Zeit den Anforderungen der Gemeinschaft unterwirft, und dem Teil, der diesbezüglich weniger beiträgt. Möglicherweise geht sie sogar weiter auseinander. Freizeit als der neue Wohlstand ist im Trend.

In einem demokratischen System kann den im Gesundheitswesen tätigen Menschen ihre individuelle Präferenz für mehr persönliche Zeit infolge eines zunehmenden Wohlstands nicht abgesprochen werden. Eher wird durch politisch bedingte Veränderung der Arbeitsanreizsysteme die allgemeine Ungleichverteilung für persönliche Zeit in der Bevölkerung gefördert anstatt reduziert. Die Konsequenzen davon sind Leistungseinschränkungen für die Endnutzer. Die Gefahr steigt dann, dass kranke und pflegebedürftige Menschen nicht mehr die Versorgung erhalten, die sie benötigen. Vor dem Engpass, wer die gewünschte oder erforderliche Leistung bezahlt, steht die Realität, dass die Leistung nicht entsteht, gleichgültig was im Gegenzug geboten wird.

Unter der Prämisse, dass ein funktionierendes Gesundheitswesen eine wichtige Bedingung für ein friedliches Zusammenleben in der Gesellschaft ist, sollte seine Leistungsfähigkeit stets gewährleistet bleiben. Das heißt aktuell, wieder hergestellt und erhalten werden. Dazu bedarf es einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer Erhöhung der Effizienz der Leistungserbringung – unter Beibehaltung der Versorgungsqualität für die Endnutzer. Das Surrogat für den erforderlichen Effizienzgewinn – Lohn oder Gewinn – muss die Gesellschaft letztlich bei den beteiligten Arbeitskräften belassen, sonst werden diese ihn nicht auslösen, weil er nur durch Veränderung und/oder Arbeitsverdichtung entstehen kann. Diese Beteiligung wird kaum über Vorausleistung oder Absicherung durch Tarifverträge alter Form entstehen, weil diese, wie in letzter Vergangenheit sichtbar, stark in den neuen Wohlstand Freizeit eingetauscht werden und die erzeugten Leistungsmengen erneut reduzieren.

DEUTSCHLAND BETRITT „PHASE 4“ DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS

Der US-Wissenschaftler Warren Thompson teilte im Jahr 1929 die Entwicklung der Weltbevölkerung in vier Phasen ein (Abbildung 1). Die erste vorindustrielle Phase ist geprägt durch hohe Sterberaten, eine geringe Lebenserwartung und eine hohe Geburtenrate. Das Leben der Mensch ist hart und entbehrungsreich. Es war der Normalzustand während der allerlängsten Zeit der rund 200.000 Jahre andauernden Menschheitsgeschichte. Mit der industriellen Revolution (Phase 2) bekam der Mensch Unterstützung durch Technik und neue Energiequellen konnten genutzt werden. Die Geburtenrate blieb zunächst hoch, jedoch sank die Kindersterblichkeit und es stieg die Lebenserwartung – dank besserer Nahrungsvorsorgung und Hygiene. Somit kam es zu einer Bevölkerungsexplosion, die zusätzlich zur wachsenden Produktivität pro Kopf – dank des technologischen Fortschritts – eine starke Zunahme des Wohlstands zur Folge hatte. Dabei scheint sich der Wohlstand aktuell nicht mehr vornehmlich über Güter und Dienstleistungen zu definieren, sondern verstärkt über persönliche Zeit.



Mit dem wachsenden Wohlstand, dem Ausbau der Bildung, der Verstädterung und aufgrund der niedrigen Kindersterblichkeit sanken die Geburtenraten kontinuierlich bis inzwischen weit unterhalb der Reproduktionsrate von 2,1 Kinder je Frau. Infolgedessen kam es in Phase 3 zu einem deutlich geringeren Bevölkerungswachstum bei weiterhin wachsendem Wohlstand. Sobald jedoch die noch großen geburtenstarken Jahrgänge aus früheren Zeiten ein höheres Alter erreichen, beginnt Phase 4. Sie ist dadurch geprägt, dass die niedrige Geburtenrate zu einer geringen Zahl an Nachwuchs auf dem Arbeitsmarkt führt, die das altersbedingte Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge bei Weitem nicht ausgleichen kann. Deutschland tritt aktuell in die Phase 4 ein. Mit dem damit einhergehenden Mangel an Erwerbstätigen haben die heute lebenden Menschen keine Erfahrungen. Sie nehmen nur wahr, dass die Menge an verfügbaren Dienstleistungen weniger und ihre Qualität schlechter wird. Im Gesundheitswesen spüren sie eine schleichende Rationierung, nicht mehr alle Leistungen werden in der früher gewohnten Weise erbracht und Wartezeiten auf Arzttermine nehmen zu.

Ähnliche Erfahrungen dürften Menschen nur nach verheerenden Kriegen mit großen Bevölkerungsverlusten oder nach Seuchen wie die Pest im 14. Jahrhundert in Europa, der ein Drittel der Bevölkerung zum Opfer fiel, gemacht haben. Nur noch wenige Menschen in Deutschland kennen die Entbehrungen nach dem zweiten Weltkrieg. Der Übergang in Phase 4, die man auch „demografische Krise“ nennen kann, wird daher für die Gesellschaft äußerst schwierig. Der Unmut über Entbehrungen und infolgedessen soziale Spannungen dürften zunehmen. Zur demografischen Krise kommen die Maßnahmen zur Abmilderung des Klimawandels sowie die international instabile politische Lage hinzu, die jeweils weitere Entbehrungen zur Folge haben. Die Menschen in Deutschland und in Europa bewegen sich damit in ein für sie unbekanntes Terrain.

Um den damit abzusehenden sozialen Spannungen und der zunehmenden Knappheit an Erwerbstätigen entgegenzuwirken, braucht es ein stetiges Wachstum der Produktivität der noch zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte. Die knappen Kräfte müssen dafür so effizient wie möglich eingesetzt und durch moderne Technologie, wo immer nur möglich, unterstützt werden. Technologie war beim Übergang der Phase 1 in Phase 2 der zentrale Faktor zur deutlichen Erhöhung der Produktivität pro Kopf. Technologie hat auch das Potenzial der ansonsten sinkenden Produktivität einer alternden Gesellschaft entgegenzuwirken und die Phase 4 so zu gestalten, dass große Verwerfungen vermieden werden können.

In dieser Phase sollten alle Gesundheitsangebote stets streng daraufhin geprüft werden, ob zu ihrer Erbringung wirklich das knappe Personal eingesetzt werden soll und wenn ja, ob es Möglichkeiten gibt, die Leistungsmenge durch den Einsatz von Technologie und durch kluge Prozessabläufe zu erhöhen, ohne dafür mehr Personal zu benötigen. Denn anders als in anderen Branchen lassen sich das Angebot und die Nachfrage nicht durch Preisadjustierungen ins Gleichgewicht bringen. Stattdessen droht Rationierung; wenn es beispielsweise nicht genügend Pflegekräfte gibt, um den Bedarf zu decken, werden nicht mehr alle Pflegebedürftigen versorgt werden können.

Es geht daher kein Weg daran vorbei, die Produktivität pro Erwerbstätigen im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren deutlich zu erhöhen und gleichzeitig die Bedarfe pro Einwohner zu senken. Es muss dazu sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite angesetzt werden. Neben der Frage des effizienten Einsatzes der einzelnen Berufsgruppen („wer erbringt die Leistung?“) wird es darum gehen, möglichst ressourcenschonende Behandlungsformen zu wählen („wie wird die Leistung erbracht?“). Viele Leistungen, die bislang stationär im Krankenhausbett erbracht wurden, können auch ambulant erbracht werden. Um die Allokation der knappen Fachkräfte effizienter zu gestalten, braucht es zudem eine neue Hochschulausbildung für Gesundheitsberufe. Sie muss alle Berufe zusammen und ganzheitlich ausbilden und insbesondere die ambulante Medizin stärker in den Fokus rücken. Dabei ist es auch von großer Bedeutung, Personal in effizienten Strukturen mit optimalen Prozessabläufen einzusetzen. Sie ermöglichen es, die wenigen Arbeitskräfte sinnvoll einzusetzen.

Zudem können manche Leistungen ins „Digitale“ verlagert werden. Zum Beispiel könnten künftig Apps, unterstützt durch KI, einen Teil der Arbeit übernehmen, mittels KI die Nutzer außerdem „aufrüsten“ und damit ihre Gesundheitskompetenz signifikant erhöhen. Denkbar ist ein „digitaler Zwilling“ für jeden Bürger, der dessen Interessen uneigennützig vertritt, insbesondere im Gesundheitswesen. In der Leistungserbringung kann die Digitalisierung ebenfalls eine große Hilfe sein. Dabei kann an der Schnittstelle von IT zum nicht-IT-affinen Endnutzer, gerade bei der älteren Bevölkerung, mit jederzeit verfügbaren oder regelmäßigen Telefonkontakten eine Brücke zur Nutzung der neuen Technologie geschaffen werden. Sie würde so lange vorgehalten, bis sich diese Leistung durch die neue Generation irgendwann erübrigt. Solange würde die Fähigkeit, eine Gesundheitsapp zu nutzen, mittelbar über einen telefonischen Betreuer erfolgen, der sich regelmäßig kümmert und den Zugang im Hintergrund schafft. Gerade in der ambulanten Medizin ließe sich dadurch die Effizienz steigern und die Beanspruchung des Fachpersonals senken.

Digitale Vernetzung kann beispielsweise auch im Rettungswesen großen Nutzen schaffen. So können mit den Krankenhäusern und Arztpraxen digital vernetzte Rettungsdienste die Notfallbehandlung schon am Notfallort und im Rettungswagen beginnen sowie die Weiterbehandlung im Krankenhaus bereits vorbereitet werden. Wenn dann – wie oben beschrieben – viele Patienten über eine befüllte Gesundheitsapp verfügen, weil diese für sie eingerichtet und fortgeführt wurde, wird die Verschwendung von Ressourcen deutlich reduziert. Viel Zeit bleibt für die Digitalisierung nicht mehr. Denn bis zum Jahr 2030 müssen größere Produktivitätssprünge erreicht werden, um der sonst anstehenden Rationierung effektiv entgegenwirken zu können.

STRUKTUREN OPTIMIEREN, ZUGANG ZUR GESUNDHEITS- VERSORGUNG GEWÄHRLEISTEN

Vor diesem Hintergrund ist es essenziell, die bestehenden Krankenhausstrukturen in Deutschland hinsichtlich ihrer Effizienz zu hinterfragen. Es gibt in Deutschland zahlreiche kleine Kliniken der Grundversorgung, die Krankenhausdichte bezogen sowohl auf die Einwohnerzahl als auch auf die Fläche ist hoch, die Schwerpunktbildung im internationalen Vergleich eher gering. Auch die Menge an stationären Fällen fällt bezogen auf die Bevölkerung hoch aus, wenngleich sie im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie gesunken ist. Mehr ambulant wäre möglich, wie der internationale Vergleich zeigt. Der Vorteil davon ist, dass bei jedweder Behandlung oder Pflege, die ambulant bei vergleichbarer Qualität erbracht werden kann, der Aufwand für Ressourcen der Hospitalisierung entfällt, ohne dass der medizinische Erfolg für die Betroffenen geschmälert wird. Der Preis dafür ist allerdings, dass diejenigen, die diese Leistung erbracht bzw. an ihr verdient haben, sich ändern müssen.

Die Ziele der geplanten Krankenhausreform, die im Jahr 2024 in Kraft treten soll, sind daher richtig: erstens die Konzentration von Krankenhauskapazitäten und Forcierung der Schwerpunktbildung. Die dazu nötige steigende Mobilitätsbereitschaft der Bevölkerung wird im Übrigen schon daran sichtbar, dass knappe Termine im lokalen Umfeld des Einzelnen zu einer höheren Bereitschaft führt, für Verfügbarkeit und Qualität von Versorgungsangeboten weitere Distanzen in Kauf zu nehmen. Zweitens soll der Anreiz zur stationären Leistungserbringung vermindert werden und drittens soll der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger gewährleistet bleiben, auch auf dem Land. Eine stabile mengenunabhängige Vorhaltefinanzierung neben den DRG-Fallpauschalen stärkt die Daseinsvorsorge durch sachgerechte Vorhaltung. Sie reduziert zudem den Mengenanreiz und unterstützt die Konzentration der Kapazitäten, wenn sie entsprechend geschickt ausgestaltet wird.

Die Vorhaltefinanzierung soll an 65 medizinischen Leistungsgruppen geknüpft werden, die differenzierter als die Fachabteilungen sind. Dabei ist besonders darauf zu achten, woran die Vorhaltefinanzierung geknüpft wird. Würde sie z.B. an Personalkosten geknüpft, würde dies in der Praxis zu einer Erstarrung der Art der Leistungserbringung führen. Denn mit starren Personalvorgaben würde der Einsatz von Arbeitshilfen für das Personal, der die Produktivität erhöhen könnte, verhindert. Früher oder später würden die Unzulänglichkeiten dessen sichtbar und es müsste erneut reformiert werden.

Die Bundesländer weisen im Rahmen ihrer Krankenhausplanung die 65 Leistungsgruppen den einzelnen Krankenhausstandorten so zu, dass innerhalb von geeignet gewählten Versorgungsregionen eine ausreichend gute Erreichbarkeit für die Bevölkerung gewährleistet ist. Mit diesem politischen Kompromiss haben die Länder eine Handlungsspanne von „alles bleibt, wie es ist“ bis hin zu straffer Zentralisierung. Wenn sie sachgerecht agieren und nicht auf den Druck aus den Regionen eingehen, können sie damit die Qualität ihrer Flächenversorgung im Rahmen der vorhandenen Betriebsmittel erhalten. Das wird zu Beginn der Veränderungen zu unterschiedlichen, aber vertretbaren Ergebnissen führen, die regional

auszuhalten sind. Letztendlich wird der positive Effekt überwiegen. Bei entsprechender Transparenz werden die Veränderungen auch in die Breite gelangen.

Tatsächlich haben die Länder über die neue Vorhaltefinanzierung erstmals den Anreiz, Schwerpunkte innerhalb der Versorgungsregionen zu bilden, um die Vorhaltebudgets zu bündeln. Denn würde eine Leistungsgruppe zu vielen Standorten zugeteilt, würden die einzelnen Vorhaltebudgets je Standort verwässert und die Krankenhäuser könnten nicht auskömmlich wirtschaften. In ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte, wo eine Mindestversorgung sichergestellt werden muss, werden die Vorhaltebudgets so gestaltet, dass dort die Vorhaltekosten eines Krankenhauses gedeckt werden können. Die Sorge, dass die Krankenhausversorgung in ländlichen Regionen aufgrund der Krankenhausreform wegbrechen könnte, ist also unbegründet.

Sie wäre dann begründet, wenn stattdessen kurzfristige Interessen bedient würden. Denn die größten Risiken für die Versorgung bestehen, wenn sich kein ausreichendes Personal mehr finden lässt. Die Folgen wären verheerend, aber immerhin den Verursachern, nämlich der Krankenhausplanung, zuordenbar. Umso wichtiger ist es daher, die Versorgungsstrukturen rechtzeitig anzupassen. Dazu ist im Reformkonzept jedoch weniger „Budget- und Kästchendenken“ bei der Vorhaltefinanzierung nötig. Stattdessen braucht es einen Fokus auf Innovationsfreude, um auf unterschiedliche Entwicklungen – insbesondere regionale – schnell reagieren zu können. Die Länder sollten sich nicht zu viel Zeit lassen. Die starke demografische Verschiebung hat bereits begonnen. Bis zum Ende dieses Jahrzehnts sollten die wesentlichen Veränderungen passiert sein.

Zur Finanzierung der Vorhaltebudgets werden die DRG-Fallpauschalen herabgewichtet und damit der Anreiz, möglichst viele stationäre Fälle zu erbringen, reduziert. Gleichzeitig bleibt ein Mindestanreiz, die Nachfrage zu bedienen, erhalten. Zur Beobachtung der sich daraus ergebenden Folgen ist eine wissenschaftliche Begleitung nötig, um bei Bedarf nachjustieren zu können. Gleichzeitig mindert sich auch deutlich der Abstand der stationären zur ambulanten Vergütung, was den Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung erhöht. Die zusätzliche Einführung von Hybrid-DRG zu Beginn des Jahres 2024 dürfte dies weiter unterstützen.

DER ANREIZ ZUR AMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGUNG STEIGT

Krankenhäuser, die jetzt und nicht irgendwann damit beginnen, ambulante Strukturen an ihrem Haus aufzubauen, können die Niedergelassenen an den Standort holen. Hinsichtlich neuer Kooperationsmodelle besteht dabei eine große Flexibilität. Damit können sie die Standorthoheit in der Region gewinnen und die eigentliche Standortsicherung erreichen. Da es dafür keine zwingenden Muster gibt, werden die Kreativen und Schnellen für ihre Bevölkerung zum Rückgrat der Versorgung. Das ist eine Chance, die zu ergreifen viele be-

stehende Einrichtungen den Mut verloren zu haben scheinen. Denn das Krankenhaus hat an seinem Standort die Chance zur Aktion und nicht wie sonst oft üblich nur zur Reaktion. Das Krankenhaus muss allerdings beachten, dass die ambulante Leistung nicht bloß eine verkürzte stationäre Leistung ist. Vielmehr ist sie eine organisatorisch und führungstechnisch autonome Vor- und ggf. Zugangsstufe zum stationären Bereich, der damit selbst nur noch die ultima ratio des gesamten Behandlungsprozesses ist. Mit diesem Ansatz bekommen die so genannten Level-I-Häuser eine völlig andere Bedeutung und sollten auch so gesehen werden. Damit kann es im Krankenhaus zu der nötigen Umschichtung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung kommen. Das Krankenhauspersonal wird dadurch auf der einen Seite entlastet und kann sich auf der anderen Seite verstärkt der ambulanten Leistungserbringung widmen.

Dazu muss das Krankenhaus jedoch zwingend eine ambulante Infrastruktur und passende Prozessabläufe aufbauen, um kostendeckend arbeiten zu können. Jeder bisherige Standort hat also die Chance, zum Organisator der ambulanten Versorgung als Eingangsstufe in das System zu werden. Er kann damit einen neuen Versorgungsmittelpunkt schaffen und so in eine Führungsposition gelangen. Dass es dazu der Fähigkeit zum Kompromiss und Ideen braucht, ist Teil des beginnenden Prozesses. Um das Wort von Michail Gorbatschow zu gebrauchen: „Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“. Aber auch die niedergelassene Ärzteschaft wird sich immer stärker zu größeren Einheiten zusammenschließen, zum Beispiel in Form von Praxiskliniken und Medizinischen Versorgungszentren, um dort die knappe Ressource Personal bestmöglich und – oftmals auch im Sinne des Nachwuchses – einsetzen zu können. In solchen größeren Einheiten lassen sich ebenfalls komplexere ambulante Leistungen, unter anderem ambulante Operationen, erbringen. Wenn sie dies zusammen und am Standort der gerade in der Reform befindlichen Krankenhäuser tun und sich so in den neuen Krankenhausbegriff geografisch und in gewissen Grenzen organisatorisch einordnen, können sie die aus der Krankenhausreform kommenden Vorteile für die gemeinsame Versorgung nutzen. Dies könnte beispielsweise auch eine dann existierende Infrastrukturfinanzierung sein.

DIE KRANKENHAUSSTANDORTE KONZENTRIEREN SICH AUF IHRE STÄRKEN

Im Ergebnis gibt es dann Grundversorgungskrankenhäuser, die eine stationäre Basisversorgung sowie eine breite fach- und allgemeinärztliche ambulante Versorgung anbieten. Sie finden sich eher in ländlich geprägten Gebieten. In Zentren finden sich größere Krankenhäuser mit einem breiten stärker spezialisierten Angebot – bis hin zum Maximalversorger und der Universitätsklinik. Der Maximalversorger bietet das komplette Leistungsspektrum der modernen Medizin an. Die Fachklinik fokussiert sich auf ein Fachgebiet, in dem sie Brillanz erreicht. Die Universitätsklinik fokussiert sich auf komplexe Hochleistungsverfahren, auf seltene Erkrankungen und auf ihren verfassungsrechtlich geschützten Auftrag

für Forschung und Lehre. Aufgrund dieser Besonderheit wird sie die Prozessabläufe nicht so stringent und effizient gestalten können wie nicht-universitäre Krankenhäuser. Daher sollten stärker standardisierbare Behandlungen an nicht-universitären Einrichtungen vertortet werden. Die ärztliche Weiterbildung erfolgt durch Kooperationen mit anderen Kliniken. Dass dies machbar ist, zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern. Entscheidend wird sein, dass die Verlegung von der Basis zur Spitze nur durch medizinische Regeln und unter der Hoheit der jeweils niedrigeren Stufe erfolgt. Damit wird verhindert, dass sich die Maximalversorger bzw. Universitätskliniken in der breiten Basisversorgung engagieren. Letzteres wäre für die Breitenversorgung völlig kontraproduktiv.

Denn man sollte nicht vergessen, dass die Universitätsklinik keine geborene, vom Bedarf abgeleitete Versorgungsklinik ist, sondern den Interessen der Wissenschaft, Lehre und Forschung gehorcht. Auch bedeutet Krankenhausgröße nicht automatisch in allen medizinischen Gebieten hohe Qualität. Der Zusammenhang zwischen einer hohen Fallzahl und guter Qualität gilt zwar vielfach für einzelne Leistungssegmente, aber nicht notwendigerweise auf der kompletten Hausebene. So kann es einer kleinen Fachklinik, die sich auf ein schmales Leistungssegment spezialisiert hat, gelingen, in ihrem Segment bessere Ergebnisse zu liefern als ein Maximalversorger oder eine Universitätsklinik in eben diesem Segment. Daher ist es fachlich zwingend, bei der Zuordnung von Leistungsgruppen an Standorte stets auch ein Auge auf die erzielbare Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit zu haben. Die Neigung des Staates, die leichter zu beherrschenden Parameter der Strukturqualität zum Maß der Dinge zu machen, muss zugunsten der schwerer zu erfassenden und dynamischer zu betrachtenden Ergebnisqualität ausgerichtet sein. Auch dies sollte bis 2030 schrittweise angestrebt werden. Ansonsten wird das System starr und schnell untauglich im Umgang mit der knappen Ressource Personal.

Ein wichtiger Aspekt ist also die Art der Definition der Mindestkriterien für die einzelnen Leistungsgruppen. Während die DRG-Fallpauschalen an Kriterien eines stationären Falls geknüpft sind, muss die Vorhaltepauschale an konkreten Kriterien für eine Leistungsgruppe festgemacht sein. Dabei geht es um die Mindestvorhaltung von Personal und Geräten. In der kurzen Frist ist dies sinnvoll. Darüber wird die Vorhalteleistung definiert. Langfristig können jedoch Probleme damit auftreten, wenn dadurch das wertvolle knapper werdende Personal gebunden wird und Flexibilität verloren geht.

Denn erstens schreitet die Medizin stetig voran und Innovationen stellen althergebrachte Abläufe in Frage. Beispielsweise kann künstliche Intelligenz einen Beitrag dazu leisten, dass weniger Personal benötigt wird, um weiterhin die gleiche Leistung zu erbringen. Darauf muss man reagieren können, Ressourcen müssen ausgetauscht werden können, zum Beispiel Mittel für Arbeitshilfen statt Arbeitskräfte. Es könnte auch sein, dass außerhalb des Gesundheitswesens in der Gesellschaft Lösungen gesucht werden müssen, beispielsweise wie Hilfs- und Sozialsysteme gestaltet sein müssen, um die Arbeitsaufnahme zu fördern. Das Risiko, mit dem System in die sozial schädlichste Form der Rationierung zu geraten, sollte Politik und Bevölkerung motivieren, notfalls auch andere heilige Kühe in unserem Denken und Tun zu schlachten.

REGIONALE GESUNDHEITSBUDGETS ALS ENTSCHEIDENDER FAKTOR ZUM ERFOLG

Die anstehende Reform hebt zwar die Sektorengrenze zwischen der ambulanten und stationären Versorgung nicht auf. Es entsteht jedoch eine Kraft des Faktischen, welche die ambulanten Leistungserbringer und Krankenhäuser befähigt, Formen zu finden, mit denen die Grenzen sehr durchlässig werden. Die Reform hat das Potenzial, sich mittelfristig in diese Richtung weiterzuentwickeln. Die Vorhaltebudgets für Leistungsgruppen können für passende Regionen zu so genannten Regionalbudgets ausgebaut werden. Die Rhön Stiftung hat zu Regionalbudgets bzw. so genannten Capitationmodellen in der Vergangenheit konkrete Vorschläge gemacht .

Dabei erhält eine Region ein Gesundheitsbudget, das sich an der zu versorgenden Bevölkerung und ihrem Gesundheitszustand orientiert. Ein Konsortium von Leistungserbringern in der Region erhält dann die Aufgabe, die Bevölkerung in der Region gesundheitlich zu versorgen und dabei vom Regulator vorgegebene Gesundheitsziele zu erreichen sowie im Wettbewerb zu anderen Regionen zu stehen. Wenn keine Sektorengrenzen und andere regulatorische Vorgaben beachtet werden müssen, kann der Ressourceneinsatz im Hinblick auf die definierten Gesundheitsziele optimal gestaltet werden. Auch Präventionsmaßnahmen würden an Bedeutung gewinnen. Denn wenn die Menschen in der Region erst gar nicht erkrankten, würden auch keine Ressourcen zur Behandlung einer Krankheit benötigt werden. Zudem könnten die Anbieter in der Region neue Verfahren in Eigenverantwortung erproben und damit die Innovationsaktivitäten ausweiten, womit sich die Geschwindigkeit, Effizienzverbesserungen zu erreichen, erhöhen kann.

Um diesen nächsten Schritt zu gehen, sollten für Regionen, die noch zu definierende Voraussetzungen erfüllen, die Möglichkeit geschaffen werden, von der Vorhaltefinanzierung auf ein komplettes Regionalbudget umzusteigen. Voraussetzungen können sein, dass es in der Region einen Leistungserbringer gibt, der die Hauptverantwortung übernehmen kann, dass die Region absehbar Probleme bekommen wird, die ambulante und stationäre Versorgung auf dem aktuellen Niveau aufrechtzuerhalten, und dass eine Mehrheit der Krankenversicherungen sich zur Teilnahme bereit erklärt. Sollten die Voraussetzungen erfüllt sein, könnte ein Kontrahierungszwang für alle Beteiligten in der Region greifen, am Regionalbudget zu partizipieren. Erzielte Effizienzgewinne sollten zunächst bei den Leistungserbringern verbleiben, um ihnen einen Anreiz zur Effizienzverbesserung zu geben und um ihre Investitionen zum Aufbau einer neuartigen Gesundheitsversorgung finanzieren zu können. Mittelfristig, im Rahmen einer schrittweisen Anpassung, würden die Effizienzgewinne auch mit den Kostenträgern geteilt, sodass auch die Beitragszahler einen Vorteil davon hätten.

Solche Modelle könnten im gesetzlichen Rahmen mit den Krankenkassen schon heute für eine Region wie zum Beispiel ein großer Landkreis vereinbart werden. Dazu müssten sich die Leistungserbringer der Region zusammenschließen, um die regionale Gesundheitsversorgung über Kopfpauschalen zu organisieren. Es ist nicht ausgeschlossen, dass solche Modelle gerade in ländlichen Regionen entstehen. Auch das ist eine Option, die nicht als Bedrohung, sondern als Chance gesehen werden kann.

GEPLANTE KRANKENHAUSREFORM STÖSST NÖTIGE VERÄNDERUNGS- PROZESSE AN

Die geplante Krankenhausreform stößt dringend notwendige Veränderungsprozesse an. Sie verändert die regulatorischen Rahmenbedingungen und setzt neue Anreize sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Bundesländer. Sie kann sogar einen Prozess der schöpferischen Zerstörung auslösen, der zu einer Neukombination der knappen Ressourcen führt, die effizienter als die alte Kombination ist, wenn man der initiierten Dynamik ihren Lauf lässt und mit gewisser Toleranz nachjustiert. Damit ließe sich die ansonsten demografisch bedingte Rationierung der Versorgung abmildern oder sogar ganz vermeiden.

Herausgeber

RHÖN STIFTUNG

Eugen und Ingeborg Münch
Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@rhoen-stiftung.de
www.rhoen-stiftung.de

Erscheinungsdatum

September 2023

Verantwortlich für den Inhalt

Eugen Münch

Gestaltung

Sonja März

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender),
Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Rhön Stiftung ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als
Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

