

Gute Gesundheitsversorgung und Pflege langfristig sichern

von
Prof. Josef Hecken

Herausforderungen:

In der Bundesrepublik Deutschland verfügen wir über ein sehr gutes und leistungsfähiges Versorgungssystem. Das schließt Mängel in Einzelfällen bei der Gesundheitsversorgung nicht aus, schmälert die Gesamtbewertung aber nicht. Dank des Einsatzes der vielen engagierten Beschäftigten hat sich die Versorgungsstruktur aus ambulanten und stationären Leistungsangeboten nicht nur während der extremen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie, sondern auch in seinen Grundsätzen bewährt.

Trotzdem stehen wir vor der Notwendigkeit, Veränderungen anzugehen. In einer älter werdenden Gesellschaft und der damit einhergehende Multimorbidität wird die Nachfrage nach medizinischer und pflegerischer Versorgung zwangsläufig steigen. Daneben werden durch den medizinisch-technischen Fortschritt immer mehr Krankheiten behandelbar. Die damit einhergehenden Versorgungsbedarfe bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten werden komplexer. Gleichzeitig verschärft sich der Wettbewerb um Personal für den Gesundheitssektor infolge der demographischen Entwicklung dramatisch, sodass es zwingend notwendig ist, die immer kostbarer werdende Ressource der im Gesundheitswesen Mitarbeitenden in effizienten Strukturen einzusetzen. Zugleich ergeben sich hieraus Fragen nach der dauerhaften Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

Das alles zusammen macht es unabdingbar, Versorgungsstrukturen zu optimieren und Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige Leistungserbringungen zu beseitigen, um eine gute Gesundheitsversorgung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten.

Heute stehen 16,2 Millionen Menschen über 67 Jahre noch 51,8 Millionen potenziell erwerbsfähige Menschen im Alter von 20 bis unter 67 Jahren gegenüber. Im Jahr 2040 wird die Zahl der über 67-Jährigen um 5,2 Millionen auf 21,4 Millionen angestiegen sein, während die Zahl der potenziell Erwerbsfähigen um 6 Millionen auf 45,8 Millionen absinkt. Dies macht die Dringlichkeit zu handeln deutlich, denn allein durch Digitalisierung und Nutzung von Automatisierungspotenzialen kann der damit einhergehende Versorgungsmehrbedarf und die sich absehbar manifestierende Personalknappheit nicht gedeckt werden.

Um unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden, ist eine koordinierte Planung und Gestaltung aller Versorgungsangebote zwingend geboten. Deshalb müssen Krankenhausplanung und ambulante Bedarfsplanung auch bei absehbar fortbestehenden unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Krankenhaus- und die ambulante vertragsärztliche Versorgung gemeinsam betrachtet und abgestimmt gestaltet werden.

Denn nur so kann die Versorgung auch in ländlichen Regionen für die Zukunft sichergestellt und Überversorgung in städtischen Ballungsgebieten reduziert werden.

Herausforderungen der Zukunft sind

- **regionale Versorgungssicherheit flächendeckend zu gewährleisten,**
- **Versorgungsbedarfe sektorenübergreifend sachgerecht zu ermitteln und abzubilden,**
- **Versorgungsqualität und Patientenorientierung weiter zu steigern sowie**
- **Finanzierbarkeit zu sichern.**

Besondere Herausforderungen bestehen dabei im Bereich der stationären Versorgung, der vertragsärztlichen allgemeinen medizinischen Grundversorgung in ländlichen Räumen und bei der weiteren Erschließung und Nutzung von sektorenübergreifenden Ambulantisierungspotenzialen sowie der weiteren Digitalisierung.

Regionale Versorgungssicherheit gewährleisten:

Stufenmodell für Krankenhausplanung statt planloser Strukturveränderungen

Aufgrund der hohen Krankenhausdichte in manchen Regionen konkurrieren dort die Krankenhäuser um Einnahmen (aus Betriebs- und Investitionsmitteln) sowie um Personal. Vielen kleinen Krankenhäusern fehlen auch die nötige technische und personelle Ausstattung und die Routine, um lebensbedrohliche Notfälle behandeln oder bestimmte planbare Leistungen sachgerecht erbringen zu können.

Die Folge ist, dass immer mehr Krankenhäuser auf finanziellen Gründen entweder ganz schließen oder nur noch planbare spezialisierte Leistungen erbringen, obwohl sie von hoher Bedeutung für die Grund- und Notfallversorgung sind. **Diese oftmals ungesteuert erfolgenden Strukturveränderungen gefährden in manchen Regionen die Gesundheitsversorgung und müssen deshalb unterbunden werden.**

Zwingend notwendig ist deshalb: Alle Strukturveränderungen müssen deshalb zukünftig zwingend am jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf orientiert und mit der Krankenhausplanung abgestimmt erfolgen.

Wie groß der Reformbedarf ist, belegen die Basisdaten zur stationären Versorgung. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es im Jahr ca. 20 Millionen vollstationäre Krankenhaufälle. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer ist in den letzten knapp 30 Jahren trotz komplexer werdender Behandlungen von 12 Tagen auf ca. 7 Tage gesunken. Die Bettenauslastung der Krankenhäuser liegt im langjährigen Mittel zwischen 77 und 78 %, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausleistungen sind von 52 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf knapp 82 Milliarden im Jahr 2019 angestiegen. Damit entwickelten sich die GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen in den vergangenen Jahren

dynamischer als die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter der Beitragszahlenden, die Grundlohnrate ist in den letzten zwei Jahrzehnten um knapp 40 % gestiegen, die Krankenhausgaben um 80 %.

Trotz all dieser bekannten Fakten hat sich die bisherige Krankenhausplanung der Bundesländer als in vielen Fällen ungeeignet erwiesen, darauf zu reagieren, notwendige Strukturen planvoll zu verändern und so auch für die Zukunft eine qualitätsgesicherte, ausdifferenzierte und den regionalen Versorgungsnotwendigkeiten Rechnung tragende Struktur zu gewährleisten. In der Regel werden nur bestehende Strukturen fortgeschrieben, die häufig nicht zukunftsfest sind und Über-, Unter- oder Fehlversorgung zur Folge haben.

Zwingend notwendig ist deshalb: Die Krankenhausplanung muss durch ein Stufenmodell reformiert werden. Drei klar abgegrenzten Versorgungsstufen mit jeweils unterschiedlichen Personal- und Strukturanforderungen werden dabei ganz konkret definierte Leistungsaufträge zugeordnet, dabei müssen die Häuser der einzelnen Versorgungsstufen regional abgestimmt eng zusammenarbeiten.

Basis für dieses Stufenmodell unter Wahrung der föderal unterschiedlichen Zuständigkeiten ist dabei eine **veränderte künftige Aufgabenteilung: Bundeseinheitlich festzulegen sind die Anforderungen an die einzelnen Versorgungsstufen. Ebenso sollte auf Bundesebene eine verbindliche Zuordnung von Leistungskomplexen zu den unterschiedlichen Versorgungsstufen erfolgen.** Diese bundeseinheitlichen Vorgaben und Zuordnungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu definieren.

Die Länder legen anschließend Versorgungsregionen fest. Auf Grundlage der regional- und sektorenübergreifend zu ermittelnden Versorgungsbedarfe und der Vorgaben des Bundes bestimmen sie die Krankenhausstandorte, die dann den jeweiligen konkreten Versorgungsstufen zugeordnet werden.

Dabei ist die bisher in den meisten Bundesländern noch angewendete **Bettenplanung durch eine populationsbezogene Leistungsplanung zu ersetzen.** Hierbei sollen anhand der jeweiligen Demographie- und Morbiditätsstruktur die voraussichtlich zu erbringenden Leistungsmengen ermittelt und diese unter Berücksichtigung von Erreichbarkeitskriterien und der bundeseinheitlichen Vorgaben einzelnen „Krankenhäuser“ zugeordnet werden. Dies führt zwar dazu, dass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen wird, gewährleistet aber eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten, indem „Gelegenheitsversorgung“ unterbunden wird.

Regionale Grundversorger:

Basis des Stufenmodells sind die **regionalen Grundversorger**, die für alle Menschen in allen Regionen in maximal 30 Minuten erreichbar sein müssen.

Die Sicherstellung dieser patienten- und bedarfsgerechten wohnortnahen Grundversorgung ist für die gestufte Krankenhausstruktur unverzichtbar. Sie muss die häufigsten Krankheitsbilder auf den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie behandeln können, die keiner hochspezialisierten Diagnostik und Therapie bedürfen, weil gerade in einer alternden Bevölkerung hier hohe und zunehmende Versorgungsbedarfe bestehen. Zentrales Element dieser Grundversorgung soll zudem eine geburtshilfliche sowie kinder- und jugendmedizinische Kompetenz sein, wo immer dies aufgrund regionaler Gegebenheiten für notwendig erachtet wird und qualitätsgesichert möglich ist.

Regionale Versorgungssicherheit: Potenzial von Grundversorgern für ambulante Angebote nutzen

Häuser der Grundversorgung können in enger Zusammenarbeit und Kooperation mit Vertragsärztinnen und -ärzten auch Nukleus für teambasierte und interdisziplinäre Formen der sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten sein. Damit könnten zunehmend Möglichkeiten der **Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen** erschlossen werden. Hier können entweder Krankenhäuser ambulante Leistungen selbst erbringen oder Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulante Versorgungsangebote bereithalten und hierbei im Bedarfsfall die Krankenhausinfrastruktur nutzen. In diesen Einrichtungen sollten beispielsweise auch ältere oder multimorbide Patientinnen und Patienten niedrigschwellig für ein oder zwei Tage beobachtet werden können, ohne dass es hierfür einer formalen Krankenseinweisung bedarf.

So kann es auch gelingen, die im internationalen Vergleich in Deutschland noch bestehenden Ambulantisierungspotenziale zu erschließen wie es bei unseren Nachbarn bereits der Fall ist: vollstationär durchgeführte Kataraktoperationen 2019 in Deutschland: 16,8 %, in Frankreich: 4,7 %, in Großbritannien: 0,9 %, in den Niederlanden: 0,2 %; vollstationär durchgeführte Leistenoperationen in Deutschland 2019: 99,7 %, in Frankreich: 30,5 %, in Großbritannien: 25,9 %, in den Niederlanden: 17,2 %.

Schwerpunkt- und Maximalversorger mit Steuerungsfunktionen

Mit dieser Gewährleistung der regionalen Versorgungssicherheit untrennbar verbunden ist die klare Verantwortungsteilung: **Die Krankenhäuser der Grundversorgung als Basisversorger werden auf der zweiten Stufe durch Häuser der Schwerpunktversorgung und auf der dritten Stufe durch Häuser der Maximalversorgung (besondere Zentren, Universitätskliniken, hochspezialisierte Fachkliniken) ergänzt.** Es gibt verbindlich festgelegte Struktur- und Personalanforderungen sowie zugeordnete Leistungsbereiche. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten zu Recht, dass ein Krankenhaus über die notwendige personelle wie technische Ausstattung verfügt und planbare komplexere Leistungen aufgrund von ausreichender Erfahrung gut erbringen kann.

Größere Krankenhäuser nehmen dabei auf der **zweiten Stufe** eine **zentrale Steuerungsfunktion für die jeweilige Region** ein. Diese Häuser garantieren aufgrund ihrer Größe und der regionalen Verankerung rund um die Uhr die fachliche und technische Expertise für alle komplexen Anforderungen der modernen medizinischen Versorgung. Sie gewährleisten damit höchste Versorgungsqualität mit einem nachhaltigen und tragfähigen Ressourceneinsatz.

Auf der **dritten Versorgungsstufe der Maximalversorgung** werden dann von personell und technisch optimal ausgestatteten Krankenhäusern neben den Versorgungsaufgaben der zweiten Stufe besonders komplexe und gefahrgeneigte Interventionen durchgeführt, die eine hohe Spezialisierung und Fachkunde des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie eine besondere technische Infrastruktur sowie größere intensivmedizinische Kapazitäten erfordern. In der Stufe der Maximalversorgung ist dabei durch differenzierte Anforderungen den besonderen und unterschiedlichen Versorgungsaufträgen von Universitätskliniken und Spezialversorgern Rechnung zu tragen.

Die Länder legen für einzelne Leistungskomplexe fest, in welchen Krankenhäusern welche Leistungsbereiche abgedeckt und welche Leistungsmengen erbracht werden. Dabei berücksichtigen sie zwingend die vorhandenen Versorgungsangebote und legen die bundesweit vorgegebenen Strukturvorgaben zugrunde. Dies gewährleistet nicht nur höchste Versorgungsqualität, sondern auch eine im Interesse der Versichertengemeinschaft unabdingbar notwendige wirtschaftliche Betriebsführung.

Wie die Zuordnung der komplexeren Leistungsbereiche zu einzelnen Krankenhäusern erfolgt, entscheiden die Länder. Dabei prüfen die jeweiligen Akteure, ob die bundesweit einheitlich vorgegebenen Anforderungen für die Leistungserbringung erfüllt werden und nehmen Schwerpunktsetzungen vor, wenn in einer Region das Leistungsangebot die erforderliche Leistungsmenge übersteigt.

Zwingend notwendig ist: Für eine zukunftsfeste Struktur braucht es neben der leistungsfähigen wohnortnahen stationäre Grundversorgung spezialisierte und technisch sowie personell bestens ausgestatteten größere Krankenhäuser. In ihnen können komplexer werdende Behandlungen qualitätsgesichert angeboten werden. Diese Zweiteilung ist die richtige Antwort auf die zunehmende Multimorbidität einer älter werdenden Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt. Durch Spezialisierung und Konzentration wird zudem die wirtschaftliche Basis der Leistungserbringung gestärkt und ein sinnvoller Einsatz von Personal gewährleistet.

Der notwendige **Transformationsprozess** hin zu diesem klar strukturierten Stufenmodell wird erhebliche Strukturveränderungen und Kapazitätsanpassungen zur Folge haben und deshalb auch einige Zeit in Anspruch nehmen, um geordnet und sozialverträglich vollzogen zu werden, ohne dass in der Umstrukturierungsphase Versorgungsgengpässe entstehen.

Versorgungsqualität weiter ausbauen: Pflege stärken

Elementar für eine gute Versorgung von kranken und / oder pflegebedürftigen Menschen sind nicht nur die richtigen Strukturen. Es braucht auch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger, die eine fachlich qualifizierte und den Menschen zugewandte Behandlung und Pflege gewährleisten. Vor allem im Pflegebereich, aber auch bei der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen, zeichnen sich bereits heute gravierende Personalengpässe ab, die auch durch mögliche Fallzahlreduktionen nicht ausgeglichen werden können. So müssen sich in der Versorgungsrealität sehr häufig Einrichtungen von der Versorgung abmelden, weil sie die qualitativ zwingend notwendigen Fachkraftquoten infolge von Personalengpässen nicht erfüllen können. Dies betrifft nicht nur besonders pflegeintensive und risikogeneigte Versorgungsbereiche wie die Kinderherzchirurgie und die Perinatalversorgung, sondern auch Versorgungsbereiche, in denen lediglich allgemeine Personalvorgaben festgelegt sind. Auch bei Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ist diese Entwicklung zu erkennen. Selbst hier, wo die Richtlinie des G-BA ohnehin nur moderate und stufenweise einzuführende Personalmindestvorgaben vorsieht, kann seit geraumer Zeit das Nichteinhalten dieser Vorgaben nicht sanktioniert werden, weil eine Personalrekrutierung im ausreichenden Maße insbesondere in der Pflege objektiv unmöglich ist.

Zwingend notwendig ist deshalb: Die Pflege muss gestärkt und attraktiver gestaltet werden. Neben einer Ausbildungsoffensive bedarf es hier auch verbesserter Arbeitsbedingungen. Nur so kann es gelingen, bei einer immer kleiner werdenden Zahl an Erwerbstätigen den zunehmenden Bedarf an medizinischem Fachpersonal auch tatsächlich zu decken.

Versorgungsqualität weiter steigern: Digitalisierung nutzen

Flankiert werden müssen diese Maßnahmen durch ein konsequentes Fortsetzen der bereits eingeleiteten Digitalisierungsoffensive. So lassen sich nicht nur unnötige Dokumentationsaufwände reduzieren, sondern auch Behandlungsabläufe verbessern. Eine vernetzte Behandlung von Patientinnen und Patienten zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern wäre so ohne Brüche möglich. Eine weitergehende Digitalisierung des Rettungswesens und die Datenübertragung an das aufnehmende Krankenhaus könnte in zeitkritischen Notfallsituationen die Versorgung verbessern. Dank der Digitalisierung könnten kranken Menschen auch in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, indem z. B. kardiale Implantate in ihrer Funktionalität fernüberwacht werden. Oder: Durch automatisierte Closed-Loop-Systeme kann die Behandlung von Diabetespatientinnen und -patienten optimiert und erleichtert werden. Dies fördert nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern schont auch Personalressourcen, ohne dass es zu Qualitätseinbußen kommt.

Zwingend notwendig ist deshalb: Digitalisierung ist von zentraler Bedeutung, aber kein Selbstzweck. Auch digitale Medizinprodukte müssen alle Sicherheits- und Qualitätsanforderungen erfüllen, damit durch ihren Einsatz die Patientensicherheit ebenso wie die Datensicherheit garantiert wird. Die digitalen Potenziale in der ambulanten Patientenversorgung ebenso wie zur standortübergreifenden Patientenversorgung und Steuerung müssen deshalb weiter erschlossen und genutzt werden.

Finanzierung Weiterentwickeln: Vergütungssystematik anpassen

Zusätzlich muss diese Strukturreform durch eine Weiterentwicklung der Vergütungssystematik den veränderten Notwendigkeiten angepasst werden.

Zum einen bedarf es einer Fortentwicklung des bestehenden DRG-Systems- Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf die Kinder- und Jugendmedizin, die Geburtshilfe und die Psychiatrie zu richten. **Die Vergütungen müssen den bundeseinheitlichen Strukturvorgaben für die einzelnen Leistungsbereiche angepasst werden.** Zudem bedarf es hierbei einer **adäquaten finanziellen Absicherung der Krankenhäuser der Grundversorgung** nach diesem Stufenmodell. Durch besondere Zuschläge oder andere Maßnahmen sollte diese Häuser abgesichert werden, wenn sie für die Versorgung notwendig sind in dünn besiedelten Gebieten die Fallzahlen jedoch nicht ausreichen, um die Einrichtung wirtschaftlich zu betreiben. **Orientierung für die Identifikation dieser bedarfsnotwendigen Einrichtungen in dünn besiedelten Gebieten sind für uns dabei die vom G-BA festgelegten Kriterien für Sicherstellungs-Krankenhäuser, die heute bereits pauschale Zuschläge und im Bedarfsfall einen Defizitausgleich erhalten.**

Zwingend notwendig ist deshalb: Das DRG-System muss weiterentwickelt werden, um auch Aspekte der Vorhaltefinanzierung zu berücksichtigen.

Außerdem müssen die bereits eingeleiteten Schritte hin zu einer **gemeinsamen Abrechnungssystematik** für sowohl ambulant wie auch stationär erbringbare Leistungen konsequent fortgeführt werden. Ansonsten werden die auf das heute bestehende unterschiedliche Vergütungssystem zurückzuführenden Fehlanreize in der Patientenversorgung manifestiert. Dies kann nur gelingen, wenn das Institut des Bewertungsausschusses und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei der betriebswirtschaftlichen Kalkulation von ambulanten Krankenhausleistungen eng kooperieren.

Finanzierung weiterentwickeln: Mindestinvestitionsquote für Krankenhäuser statt Querfinanzierung

Eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft ist nicht nur unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung, sondern gehört zugleich elementar zur Daseinsvorsorge.

Die stationäre Versorgung ist zwar durch ein ortsnahe Versorgungsangebot geprägt, es offenbaren sich jedoch immer mehr strukturelle Probleme.

Trotz kurzfristiger finanzieller Hilfen während der Corona-Pandemie stehen die Krankenhäuser in Deutschland zunehmend unter wirtschaftlichem Druck. Eine wichtige Ursache hierfür ist auch, dass viele Länder ihren Investitionsverpflichtungen seit Jahren nicht in dem erforderlichen Umfang nachkommen. Die Investitionsquote der Länder liegt derzeit nur noch bei ca. 3 %, vor 50 Jahren lag sie noch bei 25 %. Krankenhausleitungen sind daher gezwungen, Gelder für Investitionen zu nutzen, die als Entgelte für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten gezahlt werden.

Zwingend notwendig ist deshalb: Der Bund und die Länder müssen sich auf eine angemessene Investitionsquote verständigen, die in den einzelnen Bundesländern als Mindestquote auch verlässlich realisiert wird, so dass notwendige Investitionen nicht aus Krankenbehandlungserlösen querfinanziert werden müssen.

Ergänzt werden sollte dies durch eine Stabilisierung der während der Pandemie entstandenen Bundesfinanzierung, die z.B. für eine systematische Vorhaltefinanzierung nach bundeseinheitlichen Kriterien zweckgebunden eingesetzt werden könnte.