

Christoph Straub, Uwe Repschläger 

Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung



Ausgangssituation

Die stationäre Versorgung in Deutschland ist durch ein umfangreiches, ausdifferenziertes und ortsnahe Versorgungsangebot geprägt. Dabei zeigen sich jedoch strukturelle Probleme. Aufgrund der hohen Krankenhausedichte konkurrieren die Krankenhäuser sowohl um Personal als auch um Betriebs- und Investitionsmittel. Andererseits fehlt vielen kleinen Krankenhäusern die nötige technische und personelle Ausstattung und Routine, um lebensbedrohliche Notfälle oder bestimmte planbare Leistungen adäquat behandeln zu können.

Die Krankenhausplanung der Bundesländer hat sich in diesem Zusammenhang als zu undifferenziert erwiesen. Bestehende Strukturen werden fortgeschrieben, es fehlen klare Versorgungsaufträge an die Krankenhäuser. Das Leistungsangebot der Kliniken wird aus betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten und nicht mit Blick auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf festgelegt. Es kommt zu Mengenausweitungen bei den

stationären Leistungen, ohne dass sich diese mit der Morbidität der Bevölkerung erklären ließen. Gleichzeitig beklagen kleine wie große Krankenhäuser, dass die unterschiedlichen regionalen Kostenstrukturen nicht berücksichtigt werden und ihre Vorhaltekosten unzureichend refinanziert seien.

Hinzu kommt, dass die Fördermittel der Bundesländer bereits seit Langem den Investitionsbedarf der Kliniken nicht mehr abdecken. Dies hat zur Folge, dass in großem Umfang die Mittel der Krankenkassen für die Patientenversorgung für die Refinanzierung notwendiger Investitionen zweckentfremdet werden.

Bei der Digitalisierung der Krankenhauslandschaft gibt es erhebliche Defizite. Nach dem internationalen EMRAM-Score haben im Jahr 2017 38% der 167 teilnehmenden Krankenhäuser nicht einmal die Stufe 1 erreicht (Stephani et al., 2019). Deutschland belegt zusammen mit Österreich den letzten Platz in dieser Untersuchung, deutlich abgeschlagen nicht nur zu füh-



renden Ländern im Bereich der Digitalisierung wie Dänemark, sondern auch zur Türkei oder Spanien.

Handlungsbedarf

Die aufgezeigten Probleme belegen die Notwendigkeit einer grundlegenden Strukturreform im Krankenhausbereich. Dabei stehen die folgenden Handlungsfelder im Vordergrund (vgl. z.B. OECD, 2019; Kumar & Schoenstein, 2013; SVR-G, 2014, RWI, 2012; Leopoldina, 2016; Vogel et al., 2020):

- Steigerung von Qualität und Patientensicherheit durch stärkere Spezialisierung und Konzentration
- Entwicklung einer sektorenübergreifenden, qualitäts- und bedarfsorientierten Versorgungsstrukturplanung unter Berücksichtigung von Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit
- Vermeidung nicht medizinisch-demografisch begründbarer Mengendynamiken
- Abbau der im internationalen Vergleich erheblichen Überkapazitäten
- Stärkung der sektorenübergreifenden Kooperation und Patientenorientierung

Der Krankenhaussektor ist weiterhin von Doppelstrukturen, zu wenig Spezialisierung und einer übermäßigen Inanspruchnahme teurer stationärer Behandlungen geprägt. Die Versorgungsstrukturen müssen deshalb dringend aus Sicht der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt werden. Nur solche Krankenhäuser sollten Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Notwendig ist daher eine Konzentration von Leistungen: Insbesondere die Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen sowie die Durchführung von komplexen Eingriffen sollten an ausgewählten Standorten mit entsprechender Spezialisierung konzentriert werden. Leistungen der Grundversorgung können beispielsweise in intersektoralen Gesundheitszentren erbracht werden.

Eine solche Anpassung der Krankenhauslandschaft ist gleichzeitig die Grundlage für eine Fortentwicklung des DRG-Vergütungssystems, das sich grundsätzlich bewährt hat.

Bis zum Beginn der Corona-Pandemie hatte die Diskussion um eine Strukturreform des stationären Sektors einen Höhepunkt erreicht. Der Sachverständigenrat Gesundheit und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung forderten unisono in ihren Gutachten eine Strukturberreinigung der Krankenhauslandschaft, die Umstellung der Investitionsfinanzierung (Monistik), mehr pauschale Vergütungselemente und eine stärkere Ambulantisierung sowie die Überwindung der sektoralen Trennung (SVR-G, 2018). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft forderte daraufhin gar einen „Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ (DKG, 2019). Darin forderte die DKG den „Abbau von nachweisbar nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im konkreten Einzelfall auch Standortschließungen“.

Aufgrund des Ausbruchs der Corona-Pandemie kam es bekanntermaßen nicht zu einer Krankenhausreform, umso dringlicher wird nun der Handlungsbedarf für die neue Bundesregierung. Dieser Artikel soll die entscheidenden Reformmaßnahmen zur Neuausrichtung der Krankenhausstrukturen sowie ihrer Planung und Finanzierung aufzeigen.

Reform der Versorgungsplanung und Qualitätsvorgaben

Planung nach Versorgungsstufen

Der zukünftigen Krankenhausplanung sollte ein Konzept mit gestuften Versorgungsstrukturen aus Regel-, Grund- und Maximalversorgern zugrunde liegen. Dafür werden die Leistungen auf Bundesebene den einzelnen Versorgungsstufen verbindlich zugeordnet. Die Vorgaben müssen dabei durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter Berücksichtigung leistungsbezogener Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse konkretisiert werden. Die Länder legen anschließend einzelne Regionen fest und bestimmen auf Grundlage des Versorgungsbedarfs und der Vorgaben des Bundes die dortigen Krankenhausstandorte. Diese werden konkreten Versorgungsstufen zugeord-

net, mit der Folge, dass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen kann.

Instrumente zur Qualitätssicherung rücken bei der Krankenhausplanung stärker in den Mittelpunkt. So müssen bestehende bundesweite Qualitätsvorgaben stringent umgesetzt werden. Die Einhaltung von Mindestmengen ohne Ausnahmen wird verpflichtend, damit bei diesen risikoreichen Eingriffen eine „Gelegenheitsversorgung“ unterbunden wird. Die Folge ist eine stärkere Spezialisierung einzelner Krankenhäuser. Kleine Krankenhausstandorte werden dabei weiterhin benötigt, jedoch in anderer Funktion: Sie sollen die wohn-

ortnahe Grundversorgung gewährleisten. Dafür kann auch die Umwandlung in ein intersektorales Gesundheits- oder Pflegezentrum eine sinnvolle Lösung sein.

Bei einer derartigen Neuordnung der Krankenhauslandschaft stünde gerade nicht die Anzahl der Kliniken und deren Reduktion im Fokus, sondern die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit. Darüber hinaus ist eine Zuordnung zu Versorgungsstufen ökonomisch relevant, da in Abhängigkeit von Versorgungsstufen unterschiedliche Sach- und Personalkosten anfallen.

Tabelle 1: Ganzjahreskosten je betreibbares Bett nach Krankenhausgröße

in Tausend Euro	Universitätskliniken	restliche Häuser mit mehr als 1.000 Betten	restliche Häuser mit weniger als 1.000 Betten
Sachkosten je Bett	215	157	78
Personalkosten je Bett	292	226	129

Anmerkung: Bruttokosten ohne Abzüge
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2021

Perspektiven für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Mittelfristig sollten die derzeitige Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung zu einer qualitäts-, bedarfs- und erreichbarkeitsorientierten sowie sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturplanung weiterentwickelt werden. Dazu ergeben sich folgende Zielsetzungen:

1. Entwicklung von gestuften Versorgungsstrukturen aus Regel-, Grund- sowie Maximal- und Spezialversorgung auf Bundesebene. Zuordnung von indikations- und eingriffsbezogenen Leistungen zu den Versorgungsstufen inkl. der Konkretisierung leistungsbezogener Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse (strukturbezogenes Stufenmodell).
2. Entwicklung eines Instrumentariums zur sektorenübergreifenden Bedarfsermittlung auf Basis von Routine- und weiteren Daten auch im inter-

nationalen Vergleich (Quentin et al., 2020; SVR-G, 2018). Ziel ist eine Orientierung am prospektiven regionalen Versorgungsbedarf der Bevölkerung unter Berücksichtigung demografischer, medizintechnischer und vor allem digitaler Möglichkeiten („empirischer Anker“).

3. Weiterentwicklung bestehender regionaler Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der auf Bundesebene festgelegten stationären Versorgungsstufen und der dazugehörigen Leistungen. Mittelfristiges Ziel ist eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung unter Berücksichtigung digitaler und prozessualer Optimierungsmöglichkeiten.
4. Bestimmung von indikations- und eingriffsbezogenen Versorgungsclustern, für die eine sektorenübergreifende Konzentration und Schwerpunktbildung mit Blick auf die G-BA-Mindestvorgaben geboten ist (Prioritätensetzung bei der Anpassung der Versorgungsstrukturen). Hierfür eignet sich etwa die Endoprothetik, die onkologische Versorgung oder die Versorgung von Schlaganfall- und

Herzinfarktpatienten. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch auf Versorgungscluster bezogene medizinische Schwerpunktbildungen.

5. Definition von speziellen Versorgungsaufträgen der Krankenhäuser für den Fall weiterer Pandemien bzw. Pandemiewellen oder anderer Katastrophen (Versorgungskaskade). Dabei steht vor allem ein schnelles Zusammenwirken der Beteiligten (v.a. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Öffentlicher Gesundheitsdienst) im Vordergrund. So können die vorhandenen personellen und Ausstattungskapazitäten im Krisenfall optimal genutzt werden. Die Versorgungsaufträge für Maximal- und Spezialversorger müssen künftig mit den Katastrophenplänen der Länder abgestimmt werden. Dies gilt auch für die Wartung und Vorhaltung der Reservekapazitäten an Intensivbetten, die für den Katastrophen- und Bevölkerungsschutz im Rahmen der Corona-Pandemie von der GKV finanziert wurden.
6. Der Aufbau des DIVI/RKI-Registers zu Beginn der Corona-Krise war ein wichtiger Schritt hin zu mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen in den Bundesländern. Register wie das DIVI-Intensivregister sollten verstetigt und weiterentwickelt werden. Freie und verfügbare Kapazitäten sollten differenziert nach Leistungen (bzw. zunächst nach Fachabteilungen und Schwerpunkten) für einweisende Ärzte und Rettungspersonal transparent gemacht und für die regionale Versorgungssteuerung genutzt werden. Ebenfalls können klinische Daten zu anderen Krankheitsentitäten so zur Verfügung gestellt werden, dass diese zur Versorgungsplanung und von der Versorgungsforschung barrierefrei genutzt werden können (Augurzky et al., 2020, S. 29 f.).

Volume-Outcome-Zusammenhang stärker berücksichtigen

„Ein positiver Volume-Outcome-Zusammenhang, wonach Klinikstandorte mit höheren Fallzahlen bei komplexeren Eingriffen bessere Behandlungsergebnisse erzielen als Klinikstandorte mit niedrigeren Fallzahlen, ist mittlerweile durch Studien vielfach statistisch belegt. Zur Sicherung und Steigerung der Qualität in der Krankenhausversorgung wird daher eine standortbe-

zogene Konzentration dieser Leistungen im Sinne einer Zentrenbildung angestrebt. Zahlreiche regulatorische Maßnahmen, insbesondere die Festlegung von Mindestmengen sowie Strukturvorgaben für ausgewählte Leistungsbereiche durch den G-BA, wurden in jüngerer Zeit mit dieser Zielsetzung ergriffen.“ (Albrecht et al., 2021)

Mindestmengenregelungen sollen gewährleisten, dass medizinische Eingriffe nur dort stattfinden, wo Behandlungsteams über die erforderliche Erfahrung verfügen und die Abläufe eingespielt sind. Trotzdem verfehlen zahlreiche Krankenhäuser die Mindestmengen bislang deutlich. Dies ist für Patientinnen und Patienten problematisch, die Eingriffe in dafür nicht geeigneten Häusern vornehmen lassen. Es ist sinnvoll, dass der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) die Vorgaben für Mindestmengen geschärft hat und die Landesbehörden Ausnahmeentscheidungen zukünftig nur noch im Einvernehmen mit den Krankenkassen treffen können. Die Kostenträger erhalten damit zudem ein verbindliches Mitspracherecht im Rahmen der Krankenhausplanung.

Neben den Regelungen zu Mindestmengen müssen weitere verbindliche Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden. Leistungen sollten grundsätzlich nur dann vergütet werden, wenn Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse eingehalten werden. Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, ohne etwa eine festgelegte Mindestmenge zu erreichen, dürfen künftig keine Vergütung mehr erhalten.

Reform der Krankenhausfinanzierung

Weiterentwicklung des DRG-Systems

Eine solche Anpassung der Krankenhauslandschaft bildet die Grundlage für eine Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems, das sich als Finanzierungsinstrument aufgrund seiner Leistungsorientierung grundsätzlich bewährt hat. Dabei sollten zuerst die

Pflegekosten in die DRG wiedereingegliedert werden. Denn die Ausgliederung setzt Fehlanreize, da sie zur teilweisen Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips geführt hat und die Differenzierung nicht-ärztlicher Berufe behindert. Da die Vorhaltekosten in den Versorgungsstufen stark variieren, müssen diese vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter Einbezug von Wirtschaftlichkeitsanreizen neu kalkuliert werden. Die DRG werden nach Versorgungsstufen differenziert. Die Leistungen würden somit besser abgebildet und künftig angemessen finanziert und die Vorhaltekosten je Versorgungsstufe besser bei der Kalkulation berücksichtigt. Der Leistungsbezug der Fallpauschalen bleibt erhalten.

Durch die parallel bestehenden Vergütungssysteme im stationären und vertragsärztlichen Bereich werden zusätzlich zahlreiche Fehlanreize gesetzt. „Seit mehreren Jahrzehnten bereits versucht der Gesetzgeber, die Sektorenbarrieren entlang der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden. Ein wesentlicher Kern der Fragmentierung blieb davon jedoch bislang vollständig unberührt: die Koexistenz von EBM und DRG“ (vgl. Bock et al., 2017, S. 9). Auch seitens der Länder wird „die Angleichung der Honorierungssysteme“ für die sektorenübergreifende Versorgung spätestens seit der 90. Gesundheitsministerkonferenz als gesundheitspolitisches Ziel verfolgt (Gesundheitsministerkonferenz, 2017). Hier liegt also der grundsätzliche gesundheitspolitische Reformansatz auf der Hand: die Entwicklung eines neuen sektorenübergreifenden Vergütungssystems.

Ein erster Schritt ist dabei der mit dem MDK-Reformgesetz erteilte Auftrag an DKG, KBV und GKV-Spitzenverband, ein gemeinsames Gutachten zu den Leistungen des sog. AOP-Vertrags (nach § 115 b Abs. 1 SGB V) zu erarbeiten. Dieses soll in einer Überarbeitung des AOP-Katalogs münden. Im Gutachten sollen der Stand

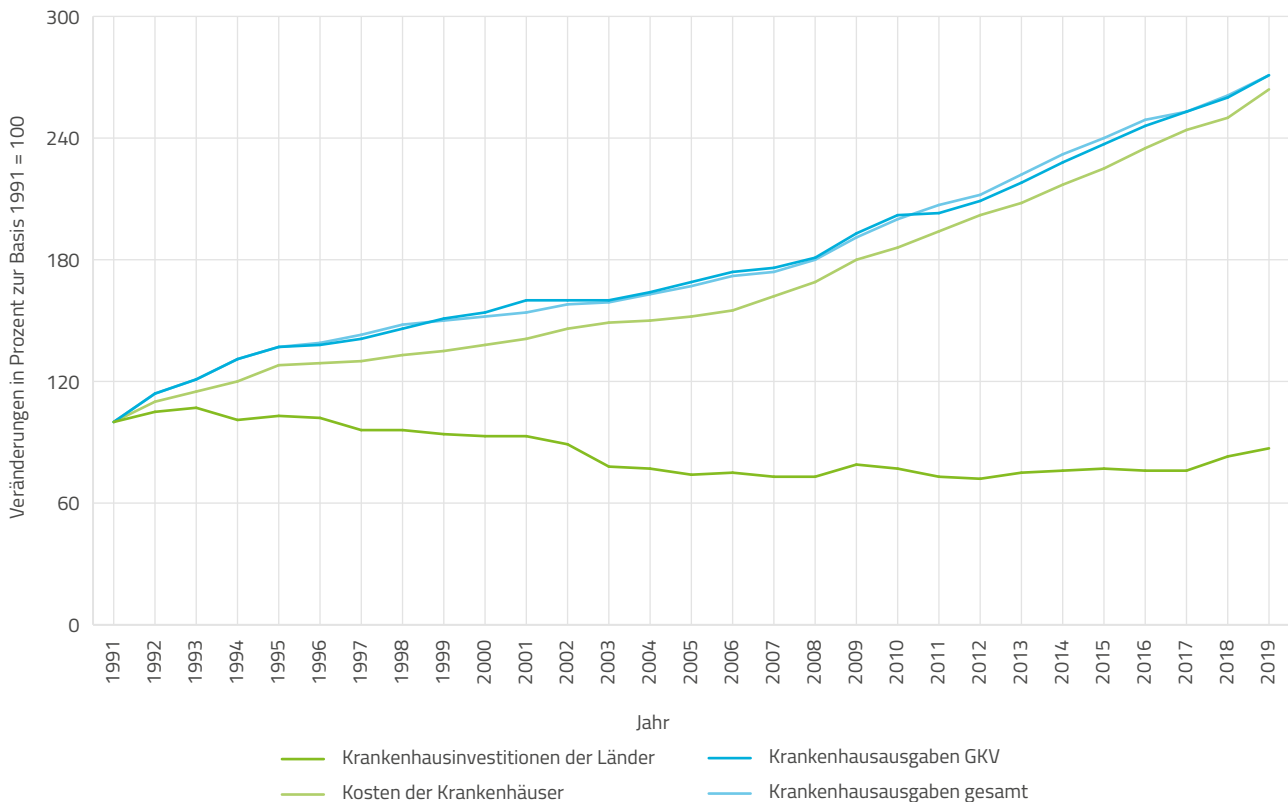
der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationärsersetzenden Eingriffen und stationärsersetzenden Behandlungen untersucht sowie Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad herausgearbeitet werden. Das Gutachten muss bis zum 4. Januar 2022 fertiggestellt werden und die Grundlage für eine Anpassung des AOP-Katalogs werden: Im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sollen bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut werden. Dies wäre eine wichtige Basis, um eine einheitliche Vergütung für definierte Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schaffen.

Auskömmliche Investitionsfinanzierung sicherstellen

Unverzichtbar für die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Kliniken ist eine auskömmliche Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer. Der Investitionsbedarf sollte objektiv und nach einheitlichen Kriterien, etwa über die Investitionsbewertungsrelationen aus der Kalkulation des InEK, abgebildet werden.

Aktuell bleibt diese Finanzierung hinter den Erfordernissen zurück. So zeigt eine Aufstellung des bifg (BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung), dass die Investitionsmittel der Länder 1991 bei 3,6 Mrd. € lagen, 2019 jedoch nur noch bei 3,2 Mrd. €. Die Investitionsmittel waren in absoluten Zahlen also rückläufig. Werden Krankenhausleistungen, -ausgaben und -kosten einbezogen, zeigt sich der gleiche Befund. Während die Mittel in diesem Zeitraum um 13% gesunken sind, stiegen sowohl die GKV-Ausgaben als auch die Gesamtausgaben um 171%. Im gleichen Zeitraum stiegen die Betriebskosten der Krankenhäuser um 164%.

Abbildung 1: Vergleich von Investitionsmitteln, Ausgaben und Kosten 1991 bis 2019



Anmerkung: Krankenhausinvestitionen der Länder, Krankenhausausgaben GKV, Krankenhausausgaben gesamt und Kosten der Krankenhäuser 1991 bis 2019, 1991 = 100

Quelle: Statistisches Bundesamt, KJ1, KV45, vdek – Basisdaten des Gesundheitswesens, eigene Berechnung

Die Lücke zwischen Investitionsbedarf und verfügbaren Mitteln treibt Krankenhäuser in eine negative Investitionskostenspirale. Sie sehen sich gezwungen, die fehlenden Investitionsmittel der Länder über zusätzliche Betriebserlöse mittels weiterer Fälle auszugleichen. Somit entsteht ein ungesunder Mengenwettbewerb. Krankenhäuser weiten die Fallzahlen und Indikationen bei für sie lukrativen DRG-Fallpauschalen aus, wie der hohe Anstieg verschiedener operativer Eingriffe in den letzten Jahren zeigt (Schreyögg et al., 2014). Dieser ungesunde Mengenzuwachs belastet auch das Pflegepersonal. Dessen Personalstärke ist zwischen 1991 und 2016 nahezu gleichgeblieben, während sich die Fallzahl je Pflegenden um 34 % erhöht hat (Deutsche Stiftung Patientenschutz, 2017; Leopoldina, 2016).

Die Folge der unzureichenden Investitionsfinanzierung ist zum einen ein ständig wachsender Investitionsbedarf einer ungesteuerten Krankenhauslandschaft. Vor

allem aber entstehen Defizite bei Qualität und Patientensicherheit, weil zahlreiche Krankenhäuser aus finanziellen Gründen in großem Umfang Eingriffe vornehmen, für die sie nicht entsprechend ausgestattet sind (Nimptsch & Mansky, 2017). Auch ohne eine Reform wird es demnach zum Wandel in der Krankenhauslandschaft kommen, allerdings nicht zu einer qualitativen Verbesserung der Versorgung.

Für eine auskömmliche Investitionsfinanzierung müssen die Länder deshalb eine Mindestinvestitionsquote von 8 % gewährleisten. Statt einer Investitionsfinanzierung der Krankenkassen durch die Hintertür sollte alternativ der Bund stärker an der Investitionskostenfinanzierung beteiligt werden. Die Krankenkassen sollten ein verbindliches Mitspracherecht in der Krankenhausplanung mit dem Ziel einer langfristig sektorenübergreifenden Planung erhalten. Solange struktureller Optimierungsbedarf im Krankenhaussektor

herrscht, müssen vor allem jene Häuser von der Investitionskostenförderung profitieren, die einen wichtigen Beitrag zur Berücksichtigung qualitativer Versorgungsziele leisten, Kapazitäten bündeln oder Kooperationen sicherstellen.

Mit dem Krankenhaus-Strukturfonds stehen in den nächsten Jahren GKV-Beitragsmittel zur Verfügung, um Konsolidierungsprozesse zu unterstützen. Wichtig ist, dass sie in erster Linie für die Konzentration von Versorgungskapazitäten oder die Umwandlung in andere bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen verwendet werden.

Darüber hinaus ist es denkbar, dass der Bund Investitionsmittel für übergreifende Ziele und zeitlich begrenzte Vorhaben wie die Digitalisierung der medizinischen Infrastruktur oder den Strukturwandel entlang der Versorgungsstufen trägt und die Länder dadurch mit klar abgrenzbaren Bereichen bei der Investitionsfinanzierung entlastet. Die Mittelvergabe und die Prüfung der Verwendung müssen dabei streng an die Umsetzung der Ziele der neuen Versorgungsstrukturplanung geknüpft werden. Hierzu wird v. a. auf vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entwickelnde Instrumente und Methoden abgestellt.

Oberstes Ziel der Konzentration der Leistungserbringung im stationären Bereich ist es, die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu verbessern. Es geht nicht um den schlichten Abbau von Kapazitäten, sondern um den Aufbau moderner und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen. Mit dem Krankenhausstrukturfonds sollen vor Ort Chancen eröffnet werden, „die notwendige Marktberreinigung zu unterstützen. Ebenfalls sollten Krankenhausbetreiber zeitlich befristete Übergangszahlungen dazu nutzen können, um sich aus Geschäftsfeldern zurückzuziehen, in denen sie absehbar weder die erforderlichen Deckungsbeiträge noch Qualitätsniveaus erreichen. Auf

diese Weise könnten zudem medizinisch unangemessene Mengenausweitungen vermieden werden, die sonst ggf. zum Ausgleich geringer Deckungsbeiträge drohen“ (SVR-G, 2014). Insoweit handelt es sich um eine Investition in die Zukunft, von der alle Beteiligten profitieren.

Corona-Krise unterstreicht Reformnotwendigkeit

Mit einer an Qualität orientierten Krankenhausplanung, die auf Spezialisierung und Konzentration setzt, dürfen nur noch die Krankenhäuser eine Leistung erbringen, die bestimmte Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Damit wird Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegengewirkt und gleichzeitig die Patientensicherheit erhöht. Mit der aufgezeigten Strukturreform wird auch die Versorgung im ländlichen Raum gestärkt. So wird eine flächendeckende Basisversorgung sichergestellt, gleichzeitig werden Patientinnen und Patienten mit komplexeren Behandlungsbedarfen über strukturierte Zuweisungswege in hochleistungsfähige, gut ausgestattete Krankenhausstandorte geführt.

Auch in der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten spielen Maximal- und Spezialversorger mit der notwendigen intensivmedizinischen Ausstattung und entsprechend geschultem Personal eine herausragende Rolle. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die vorhandenen Kapazitäten im stationären Sektor ausreichend. Bei Bedarf können zudem schnell zusätzliche Kapazitäten mobilisiert werden, um alle Patientinnen und Patienten in qualifizierteren Krankenhäusern zu behandeln und damit Verlegungen zu vermeiden. Die Erfahrungen zeigen grundsätzlich, dass es sinnvoll ist, Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen vor allem in großen Krankenhäusern mit entsprechender intensivmedizinischer Ausstat-

tung und Vorhaltung zu versorgen. Kleine Häuser der Grundversorgung sind damit zumeist strukturell überfordert.

Die Pandemie bestätigt die Notwendigkeit einer Reform hin zu mehr Konzentration, Kooperation und Spezialisierung. Was in der Krise deutlich wird, gilt auch in normalen Zeiten. Nur solche Krankenhäuser sollten Patientinnen und Patienten behandeln, die über die entsprechende technische Ausstattung und personelle Expertise verfügen. Für gute Behandlungsergebnisse ist nicht die Nähe, sondern die Ausstattung der Krankenhausstandorte ausschlaggebend.

Zwingende Voraussetzung für eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft ist eine klare Rollenverteilung zwischen Bund, Land und Kostenträgern. Den Kompetenzen und Finanzierungsverantwortungen im Krankenhaussektor liegt bislang kein ordnungspolitisch stringentes Konzept zugrunde, dies haben die Erkenntnisse der Corona-Pandemie noch einmal deutlich gezeigt.

Literatur

- Albrecht, M., Loos, S. & Irps, S. (2021). Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung – Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse. Ergebnisbericht für den Verband der Ersatzkassen e.V. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdek-site/vdek/verband/zukunftsforum/2021/IGES_Gutachten_2021.pdf [07.09.2021].
- Augurzky, B., Busse, R., Gerlach, F. & Meyer, G. (2020). Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020: Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Hrsg. v. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung GmbH. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2020.001> [07.09.2021].
- Bock, J.-O., Focke, K. & Busse, R. (2017). Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Ausgabe 6/2017, S. 9–15. Verfügbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2017-6-9/ein-einheitliches-verguetungssystem-fuer-ambulante-und-stationaere-aerztliche-leistungen-notwendigkeit-und-entwicklung-jahrgang-71-2017-heft-6> [07.09.2021].
- Deutsche Stiftung Patientenschutz (2017). Entwicklung der Pflegekräfte und Fallzahlen 1991 bis 2016. Verfügbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/Entwicklung_Pflegekraefte_und_Fallzahlen_Krankenhaus_1991-2016.pdf [06.08.2021].
- DKG – Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2019). Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Verfügbar unter: https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/Eckpunktepapier_Krankenhausstruktur-_und_Kapazitaetsentwicklung.pdf [07.09.2021].
- Gesundheitsministerkonferenz (2017). Beschlüsse der 90. GMK (2017) – TOP: 11.2, Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung. Verfügbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=552&jahr=2017> [07.09.2021].
- Kumar, A. & Schoenstein, M. (2013). Managing Hospital Volumes, Germany and Experiences from OECD countries. OECD Health Working Papers No. 64. Verfügbar unter: <https://dx.doi.org/10.1787/5k3xwtg2szzr-en> [07.09.2021].
- Leopoldina (2016). Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Verfügbar unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf [07.09.2021].
- Nimptsch, U. & Mansky, T. (2017). Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. In: BMJ open 7 (9), e016184. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016184> [07.09.2021].
- OECD/EOHSP – Organisation for Economic Cooperation and Development / European Observatory on Health Systems and Policies (2019). State of Health in the EU. Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_de_german.pdf [07.09.2021].
- Quentin, W., Busse, R., Vogt, V., Czihal, T., Offermanns, M., Grobe, T. & Focke, K. (2020). Entwicklung eines Systems zur Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs (PopGroup). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.30433/GWA2020-78> [07.09.2021].
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2012). Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen – Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Essen. Verfügbar unter: https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GKV_Menge_stat_Leistung.pdf [07.09.2021].

Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. & Geissler, A. (2014). Forschungsauftrag zur Mengenerwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht. Hamburg, Center for Health Economics.

Statistisches Bundesamt (2021). Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2019, Tabelle 7.2.1 und Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser.

Stephani, V., Busse, R. & Geissler, A. (2019). Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. & Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2019. Berlin, Heidelberg. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_2 [07.09.2021].

SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung, Perspektiven für ländliche Regionen und aus-

gewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014 (Langfassung), Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung_2014.pdf [07.09.2021].

SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Langfassung, Gutachten 2018 (Langfassung), Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf [07.09.2021].

Vogel, J., Letzgus, P. & Geissler, A. (2020). Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. & Beivers, A. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020 – Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, S. 327–358. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18 [07.09.2021].

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autoren

Prof. Dr. Christoph Straub,
Uwe Repschläger

Ansprechpartnerin zum Papier

Claudia Schulte
info@bifg.de

Dieser Artikel übernimmt in einzelnen Punkten Passagen bzw. Aussagen eines Artikels, der im Gesundheitswesen aktuell 2021 erschienen ist: Graalman, J. et al. (2021). Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle ermöglichen – mit einer passenden Krankenhausstruktur. DOI: 10.30433/GWA2021-38

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

14.10.2021

DOI

10.30433/ePGSF.2021.005

Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0