

Krankenhausplanung 2025

Mehr politischer Schub für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform ist unerlässlich

JÜRGEN MALZAHN,
RALF HEYDER

Dr. med. Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband in Berlin

Ralf Heyder ist Generalsekretär beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) in Berlin

Die deutsche Krankenhauslandschaft einschließlich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bedarf in den nächsten zehn Jahren tiefgreifender Umbauten. Die erforderlichen Maßnahmen werden nicht alleine anbieter- bzw. marktgetrieben erfolgen, sondern bedürfen auch planerischen Vorgaben zur Marktregulierung. Die erforderlichen juristischen, methodischen und empirischen Grundlagen sind teilweise noch zu schaffen, allerdings hat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erste Weichen in die richtige Richtung gestellt. Gelöst werden muss zudem die Investitionsmittelfrage. Ernsthafte, weitreichende Strukturreformen implizieren Investitionen in Milliardenhöhe. Dafür muss in der nächsten Legislaturperiode ein ausreichend ausgestattetes Investitionsprogramm aufgelegt werden, das neben den KHG-geförderten Kliniken ebenso Universitätsklinika einbezieht.

Einleitung

Mit dem am 01.01.2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber nach langen Beratungen zwischen Bund und Ländern die Möglichkeit für einen grundsätzlichen Umbau der Krankenhauslandschaft eröffnet. Die Hauptziele des KHSG waren eine finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser und ein an Qualitätskriterien orientierter Umbau der Krankenhauslandschaft andererseits.

Ob die finanziellen Änderungen ausreichen, wird von Kliniken und Kassen naturgemäß unterschiedlich beurteilt. Im Jahr 2016 waren Ausgabensteigerungen der GKV von 3,8% zu verzeichnen und auch im Jahr 2017 werden erneut über 3,5% zu erwarten sein. Dies sind im langfristigen Vergleich deutliche Ausgabensteigerungen. Gleichwohl ist

aber auch festzuhalten, dass nicht alle im Finanztableau des KHSG in Aussicht gestellten Mehrausgaben termingerecht erfolgt sind bzw. noch unklar ist, ob und ggf. wann sie erfolgen werden.

Trotz der deutlichen Ausgabensteigerungen sind laut aktuellem Krankenhausrating Report zehn Prozent der Krankenhäuser von der Insolvenz bedroht. Das hat zwei wesentliche Gründe. Erstens haben die Bundesländer ihre Finanzverantwortung gegenüber den Krankenhäusern nicht ausreichend wahrgenommen. Das kann auch der Strukturfonds aus dem KHSG nicht ausgleichen. Zwar ist er vom Grundsatz her betrachtet eine sinnvolle Maßnahme. Eine Milliarde Euro über drei Jahre sind aber keine ausreichende Antwort, um das jährliche Investitionsdefizit von rund drei Milliarden Euro für nicht-universitäre Krankenhäuser nachhaltig

auszugleichen. Auch bei den Universitätskliniken klappt bis 2025 eine Investitionsförderungslücke von 12 Mrd. Euro. Zweitens hat ausweislich der einschlägigen Statistiken ein relevanter Teil der Krankenhäuser Auslastungsprobleme. In einem rein leistungsorientierten Vergütungssystem führt dies zwingend zu wirtschaftlichen Problemen.

Ohne strukturelle Reformen der Krankenhauslandschaft wird sich an dieser Situation wenig ändern. Die zahlreichen Maßnahmen des KHSG, mit denen der qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft vorangetrieben werden soll, werden dennoch nur langsam und kaum in ausreichender Breite und Tiefe umgesetzt. Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie die notwendigen Strukturreformen vorangebracht werden können. Dazu werden die deutsche Krankenhauslandschaft analysiert und Grundsätze eines planvollen Vorgehens unter Betrachtung internationaler Beispiele wie Dänemark beschrieben.

Teil I: Startbedingungen und politische Voraussetzungen

Krankenhausplanung in der Vergangenheit

Derzeit haben wir in Deutschland rund 1500 somatische Krankenhäuser, von denen nur 265 Kliniken über 500 Betten aufweisen. (siehe Abb. 1)

Diese Krankenhauslandschaft sowie die Verteilung der Krankenhäuser in der Fläche basiert nicht primär auf einer Planung von Notwendigkeiten und Erreichbarkeiten für akutstationäre Versorgung. Sie ist eher das Ergebnis einer bereits seit Jahrzehnten überwundenen historischen Situation, in der noch weitgehend frei von modernen Transportmitteln und medizinisch

leistungsfähigen Rettungsdiensten das Erreichen irgendeines Krankenhauses über Leben und Tod von Patienten entschieden hat. Möglichkeiten einer geordneten Rückführung nicht benötigter Kapazitäten waren in der Gesetzgebung bisher gar nicht vorgesehen.

Die Frage der Rückführung stationärer Kapazitäten hat sich auch international kaum gestellt, weil die meisten Staaten anders als Deutschland eher einen Kapazitätsmangel als einen Überschuss an Klinikkapazitäten aufweisen.

Ausdruck dessen ist die Tatsache, dass in Deutschland sowohl vor und als auch nach der DRG-Einführung das Thema Wartezeiten für klinische Behandlungen fast nie von Relevanz gewesen ist; ausgenommen einzelner Themenkreise wie Transplantationsmedizin, denen aber ganz andere Mechanismen zugrunde liegen.

Außerdem legen die Gerichte den Begriff der Krankenhausplanung anders aus, als sich dies von der Begrifflichkeit her vermuten lässt. Gemeinhin würde man vermuten, das Ziel einer Krankenhausplanung müsse es sein, dass die Anzahl und Struktur der Krankenhäuser einer an medizinischen und ökonomischen Erfordernissen orientierten Strategie folgten. Dabei bestimmt die Medizin – übersetzt in qualitativ bestmögliche Behandlung von Patienten auf Basis des medizinisch wissenschaftlichen Standards und logistischer Möglichkeiten – die Anzahl und Struktur von Krankenhäusern. Aus ökonomischer Sicht sollte die Krankenhausplanung Effizienz als zweite entscheidende Säule enthalten – auch weil die meisten Bürger durch eine Pflichtversicherung Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sein müssen, sofern sie nicht aufgrund besonderer Bestimmungen davon ausge-

nommen sind (Beamte, PKV-Versicherte etc.).

Die juristische Realität sah aber anders aus: Krankenhausplanung diente seit der Grundgesetzänderung 1969 mit der Folge der Gesetzgebung zum Kran-

Die zahlreichen Maßnahmen des KHSG werden nur langsam und kaum in ausreichender Breite und Tiefe umgesetzt.

kenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und seines Inkrafttretens 1972 dazu, die „bedarfsgerechte“ Versorgung mit „leistungsfähigen“ Krankenhäusern sicherzustellen. An die Leistungsfähigkeit durften nach Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) keine großen Anforderungen gestellt werden. Nachdem die Leistungsfähigkeit als echtes Planungskriterium also ausschied, lohnt ein Blick auf die Bedarfsgerechtigkeit. Nach Auffassung des Oberverwaltungsgericht Lüneburg (Urteil vom 15.12.1998) ergibt sich der tatsächlich zu versorgende Bedarf aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, also Abrechnung, durch die jeweils zuständigen Krankenkassen. In gleicher Richtung urteilte das Bundesverfassungsgericht im Rahmen einer Konkurrenzklage: „Aus § 8 Abs. 2 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) lässt sich ein Verbot der Überversorgung mit Plankrankenhäusern nicht entnehmen. Erst recht begründet die Vorschrift kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses auf Einhaltung eines solchen Verbots. Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch darauf, dass die Planungsbehörde eine Überversorgung mit Krankenhäusern, die nach § 108 Nr. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) kraft Gesetzes zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, vermeidet.“ Die Justiz hat also die Krankenhausplanung nicht als ein Instrument verstanden, mit dem eine bedarfspolitisch und medizinisch rationale Planung ermöglicht werden sollte. Vielmehr hatte das KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die duale Krankenhausfinanzierung im Fokus. Es ist das Verdienst des KHSG durch die Etablierung der Dimension Qualität hier neue Voraussetzungen geschaffen zu haben.

Abbildung 1: Krankenhausbettenklassen in Deutschland, Stand 2016

Krankenhausbettenklassen	Anzahl KH
unter 50 Betten	141
50 bis unter 100 Betten	180
100 bis unter 200 Betten	356
200 bis unter 500 Betten	567
500 bis unter 1.000 Betten	200
über 1.000 Betten	65

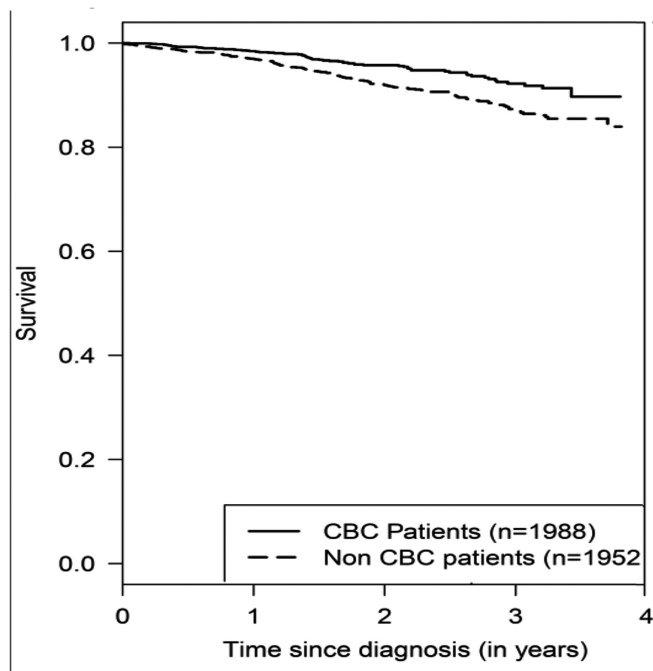
Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Neudefinition von Krankenhausplanung mit den Möglichkeiten des KHSG

Das KHSG liefert grundsätzlich die Möglichkeiten, lang bekannten gesundheitspolitischen Grundsätzen wie „ambulant vor stationär“ und einer „wirtschaftlichen Mittelverwendung der Sozialversicherungsbeiträge“ durch eine an Qualität orientierte Krankenhausplanung zur Durchsetzung zu verhelfen. Dazu bedarf es allerdings eines fundierten Verständnisses davon, welche Anforderungen an die Krankenhauslandschaft von morgen zu stellen sind. Diese Anforderungen ergeben sich aus allgemeinen volkswirtschaftlichen Überlegungen, dem Anspruch einer möglichst hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, konkreter aber den Folgen des medizinischen Fortschritts sowie den erheblichen Limitationen auf dem Personalsektor, die sich aus dem schon heute spürbaren Mangel an Fachkräften ergeben.

Der medizinische Fortschritt führt in immer mehr Gebieten der Medizin dazu, dass nicht mehr die einzelne Fachdisziplin, sondern das Zusammenspiel verschiedenster Disziplinen für den Behandlungserfolg von Belang ist. So werden für die optimale Behandlung eines Schlaganfalls nicht nur eine internistische und neurologische Abteilung nebst einer ausreichenden Bildgebung für die Durchführung einer Lysetherapie benötigt, sondern ebenfalls zur Anwendung einer gegebenenfalls erforderlichen Thrombektomie ein Facharzt für interventionelle Neuroradiologie. Auch für die Behandlung von Herzinfarkten ist ein 24/7 besetzter Herzkathedermessplatz eine zwingend zu fordernde Voraussetzung, wenngleich nicht jeder Infarktpatient einer sofortigen interventionellen Therapie bedarf. Diese Entscheidung kann aber erst mit den Mitteln eines Krankenhauses getroffen werden, und die Intervention muss dann – wenn indiziert – schnell erfolgen. Für die stationäre Notfallbehandlung ist es inzwischen wichtig, dass der Patient so schnell wie möglich in das ausreichend ausgerüstete Krankenhaus gebracht wird und nicht mehr so schnell wie möglich in die nächstgelegene Klinik. Dafür ist eine Zentralisierung und Neuausrichtung der Notfallversorgung erforderlich, denn es werden immerhin über 20.000 Herzin-

Abbildung 2: Vierteljahresmortalität bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren und anderen Krankenhäusern



Quelle: Beckmann MW et al.: Quality Assured Health Care in Certified Breast Centers and Improvement of the Prognosis of Breast Cancer Patients; in *Onkologie* 2011;34:362-367

farkt-Patienten in Krankenhäusern eingeliefert und behandelt, die über keinen Linksherzkathedermessplatz verfügen.¹

Aber auch für zahlreiche elektive Behandlungen wie beispielsweise die onkologische Therapie von Brust- oder Darmkrebs wird nach den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft eine Mindestmenge an behandelten Patienten sowie die Vorhaltung zahlreicher Fachabteilungen und Strukturen gefordert. Diese interdisziplinären Therapien und Strukturanforderungen können von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in der Regel nicht erbracht werden. Diese Voraussetzungen entsprechen aber dem Stand der medizinischen Forschung. Sie sind daher nicht fakultativ, sondern führen in letzter Konsequenz zu besseren Überlebensraten (Abb. 2 zeigt die Vierjahresmortalität bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren und anderen Krankenhäusern).

Auch ist die Zeit vorbei, in der das Argument der Flächenversorgung, die ohnehin nie ausreichend definiert wurde, Zentralisierungsbestrebungen entgegengehalten werden konnte. In einer Befragung der Bertelsmann Stiftung zur

Begleitung der ZDF Sendung „Notfall Krankenhaus“ (2015) hatten Patienten angegeben, dass sie für eine qualitativ hochwertige Behandlung über 100 km fahren würden. Insofern sind Planungen von Krankenhäusern auf lokaler Ebene obsolet – soweit diese nicht den qualitativen Ansprüchen an eine moderne Krankenhausbehandlung entsprechen können.

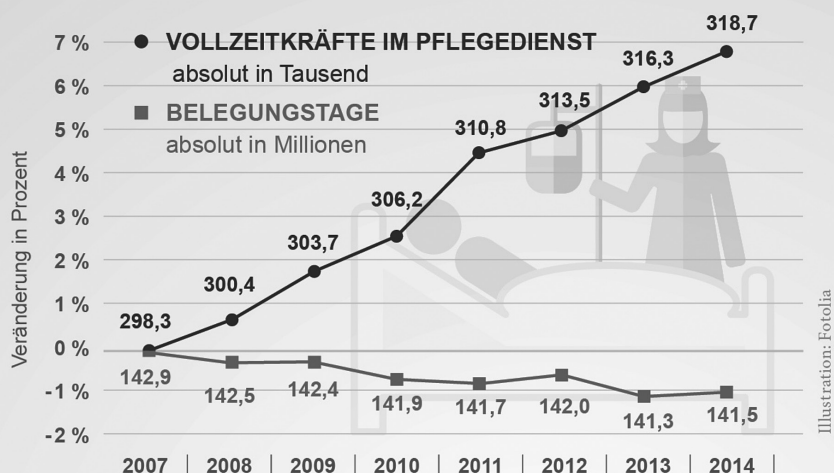
Die qualitätsorientierte Krankenhausbehandlung wird weiterhin stark von der Debatte um die Personalanhaltszahlen für Pflege und Ärzteschaft beeinflusst. Fast jedes Krankenhaus hat offene Arztstellen, die auch auf mittlere Sicht nicht besetzt werden können. Dabei hat Deutschland die fünfhöchste Arztdichte in der OECD². Das ständige Heranziehen des Arbeitszeitgesetzes, das schon seit rund zehn Jahren zur Anwendung kommen soll, ist als Erklärung ebenso wenig überzeugend wie die Feminisierung der Ärzteschaft. Sicherlich wurden vor

1 Mansky, T., Drogan D., Nimpsch, U., Günter, C.; Eckdaten stationärer Versorgungsstruktur für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland; in Dormann F, Klauber J.: Qualitätsmonitor 2017. Berlin 2016

2 <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-DEUTSCHLAND-2014-in-German.pdf>

Abbildung 3: Pflegekräfte und Belegungstage

Mehr Pflegekräfte, weniger Belegungstage



Die Schere geht weiter auseinander: Während die Zahl der Belegungstage stagniert, steigt die Zahl der Pflegekräfte in Kliniken stetig an. Quelle: Destatis

Quelle: Blickpunkt Klinik 0/3 2015, AOK-Bundesverband

zehn Jahren mehr unbezahlte Überstunden im Krankenhaus erbracht, und der Trend zu Teilzeitstellen von Frauen und zu mehr Erziehungszeiten bei Männern existiert. Aber dies sind keine deutschen Sonderphänomene, die jedes Jahr erneut eine Vielzahl von Ärzten aus dem Arbeitsmarkt treiben. Zudem ist keineswegs davon auszugehen, dass sich diese Trends wieder umkehren werden. Daher ist eine Zentralisierung von Krankenhausleistungen unter Vergrößerung der einzelnen Fachabteilungen unabdingbar. Eine wesentliche Erhöhung der Arztszahlen in Deutschland wird es jedenfalls aller Voraussicht nach nicht geben.

Noch deutlicher wird die Situation beim Pflegepersonal. Obwohl die Anzahl der in der Pflege Beschäftigten seit 2007 kontinuierlich angestiegen ist (vgl. Abb. 3), wird die Arbeitsbelastung von Pflegenden selbst zumindest in Teilen des Krankenhausmarktes als völlig unerträglich beschrieben. Dafür ist sicherlich mitverantwortlich, dass es hinsichtlich der Personalausstattung in der Pflege enorme Unterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt. Es gibt deutliche Hinweise, dass einzelne Krankenhäuser weit unterdurchschnittlich besetzt sind. In der Folge hat der Gesetzgeber unlängst die Selbstverwaltung damit beauftragt, Pflegepersonaluntergrenzen in

Krankenhäusern zu vereinbaren. Gelingt dies der Selbstverwaltung bis Mitte 2018 nicht, wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Ersatzvornahmen eingreifen. Bei diesem Gesetz ist kritisch anzumerken, dass der Verhandlungsprozess nahezu den Kriterien der Fachaufsicht durch das BMG entspricht.

Schon heute sind jedoch auf dem Arbeitsmarkt im Pflegebereich kaum Bewerber zu finden, worauf Praktiker immer wieder hinweisen. Also werden die Vorgaben entweder folgenlos bleiben, weil die Nichtbeachtung keine Sanktionen nach sich zieht, oder die Krankenhausstruktur muss sich grundlegend ändern. Denn es ist plausibel, dass weniger, dafür größere Abteilungen an zentralen Krankenhäusern aufgrund von Synergieeffekten zu einem rationaleren Personaleinsatz und damit zu einer besseren Personalausstattung führen und so eine Entlastung im Pflegebereich erzielt werden kann. Dies gilt besonders bei Vorgaben für Nacht- und Wochenenddienste und bei der Kompensation von Auslastungsschwankungen.

Krankenhausreform in Dänemark

Aus diesen beiden Gründen – den Anforderungen des medizinischen Fortschritts sowie den Herausforderungen im Personalbereich – ist zielstrebiges Handeln

bei der Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausreform geboten. Ein Beispiel dafür liefert Dänemark, das aktuell seine stationäre Versorgung umfangreich umbaut und zentralisiert. Eine dafür wichtige Voraussetzung ist die Haltung, mit der die dänische Politik die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft vorantreibt. Wäre der Spruch „Yes – we can!“ nicht schon von dem ehemaligen US Präsidenten Obama besetzt, würde er hier zutreffend das politische Handeln beschreiben.

Natürlich ist ein Kopieren aller Regelungen Dänemarks im Detail nicht die Antwort auf die Herausforderungen in Deutschland. Trotzdem ist auf politischer Ebene beeindruckend, wenn Per Okkels, amtierender dänischer Staatssekretär, anlässlich einer Delegationsreise deutscher Gesundheitsexperten im Juni 2017 klar feststellt, dass die Vorgängerregierung politisch zwar völlig andere Vorstellungen beispielsweise in der Flüchtlingspolitik hatte. Die jetzige Regierung habe jedoch nie daran gedacht, bei der Krankenhausplanung den bereits laufenden logischen und langfristigen Krankenhausreformprozess zu ändern oder zu unterbinden. Erforderliche, umfangreiche Krankenhausstrukturreformen seien laut Okkels nicht mit Pateipolitik verbunden, sondern sachlich geboten.

Ein weiteres Essential einer substanziellen Krankenhausstrukturreform kann man bei den Dänen sehen. Ohne ausreichende Finanzmittel kann eine Klinikreform nicht gelingen. Die dänische Regierung hat eine Volumen von 1.000 € pro Einwohner in den nächsten Jahren als zusätzliche Maßnahmen für die Krankenhausreform eingesetzt. Damit werden 16 Kliniken als übergreifende Maximalversorger ausgestattet, so dass nach Abschluss der Reform 30 Krankenhäuser übrig bleiben. In Deutschland fließen aktuell 50 € pro Einwohner pro Jahr für Krankenhäuser in deren Erhalt bzw. für Investitionen, und im Vergleich ist der Strukturfonds von einer Mrd. € über drei Jahre eine recht mickrige Vergleichssumme.

Für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform würden, wenn man die dänischen Zahlen für Deutschland hochrechnet, ungefähr 70 bis 90 Milliarden Euro über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren benötigt. Damit würden die finanziellen Voraussetzungen dafür geschaffen, um erforderliche Neu- und

Umbauten der Krankenhäuser durchzuführen. Dass die Mittel dafür kaum allein von den Ländern aufgebracht werden könnten, ist offensichtlich. Vielmehr müssten Bund und Länder nach zu vereinbarenden Kriterien ein entsprechendes Sonderprogramm auflegen.

Politische Grundlagen für den Start einer qualitätsorientierten Krankenhausreform

Nachdem nun die Begründung und Rahmenbedingungen für die Durchführung einer qualitätsorientierten Krankenhausreform beschrieben sind, stellt sich die Frage, warum nach dem KHSG weder entscheidende politische oder gar finanzielle Erwägungen getroffen wurden, um dem qualitätsorientierten Ansatz des KHSG zum Durchbruch zu verhelfen. Um die Ursachen hierfür zu ergründen, kann eine Analogie aus einem anderen Politikfeld hilfreich sein. Im Fall des Atomausstiegs hat sich Deutschland handlungsfähig gezeigt, weil es letztlich einen parteiübergreifenden Willen gab, Strukturen grundsätzlich zu verändern. Allerdings gab es zuvor ein Fukushima, und noch nie wollte jemand ein Atomkraftwerk in Sichtweite seiner Wohnung haben. Bei einem Krankenhaus sieht das schon ganz anders aus – schließlich vermittelt ein Krankenhaus Sicherheit, ein Atomkraftwerk hingegen Angst. Nichtsdestotrotz gibt es erhebliche Widerstände gegen den Atomausstieg. Das hat jedoch mittlerweile mehrere Bundesregierungen nicht daran gehindert, den Atomausstieg als Langzeitprojekt zu verfolgen, weil er inhaltlich richtig ist und keine überzeugenden Alternativen vorliegen. Obwohl erwartungsgemäß in der Umsetzung immer wieder Herausforderungen auftauchen, auch gegebenenfalls teure Urteile zugunsten der Stromkonzerne, wird das Vorhaben an sich nicht in Frage gestellt. Vielmehr werden immer wieder aufs Neue Mittel und Wege zur Umsetzung gefunden. Ein solcher langfristig stabiler politischer Wille ist für die erfolgreiche Umsetzung einer Krankenhausreform Voraussetzung. Grundlage müsste ein parteiübergreifendes, von Bund und Ländern geteiltes gesundheitspolitisches Zielbild für das Jahr 2025 sein. Wie müssen leistungsfähige Versorgungsstrukturen in Zukunft aussehen? Darauf gibt es in Deutschland im Gegensatz zu Dänemark bisher keine

Antwort. Hätte Deutschland ein solches Zielbild, dann wäre auch hierzulande viel möglich. Das zeigt sich hier am Beispiel der Energiewende. Im Energiesektor baut Deutschland seine Strukturen radikal um, gegen große Widerstände und mit spürbaren Kosten für die Bürger.

Wir brauchen also eine klare Vorstellung davon, wo wir mit unserer Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren hin wollen. Zentral ist dabei die Rolle der Krankenhäuser, aber nicht nur bezogen auf die stationäre Akutversorgung. Die ambulante Notfallversorgung und die spezialisierte fachärztliche Versorgung müssen in diesem Zusammenhang mitgedacht werden. Leitplanken und Thesen dazu werden im zweiten Teil des Artikels ausgeführt.

Teil II: Leitplanken und Thesen für die qualitätsorientierte Krankenhausreform

Planung als Steuerungsinstrument nutzen

Die letzten 15 Jahre waren geprägt von dem Irrglauben, DRG-gesteuerter Wettbewerb alleine würde dazu führen, die deutsche Krankenhauslandschaft effizienter und bedarfsgerechter zu machen. Mittlerweile ist überdeutlich, dass dieser ordnungspolitische Ansatz nur teilweise seine Ziele erreicht hat. Die Krankenhauslandschaft bleibt fragmentiert, besonders weil die Konzentration und Spezialisierung der Krankenhäuser, obwohl ökonomisch sinnvoll, nach den Erkenntnissen der DRG-System-Begleitforschung weitgehend unterblieben ist. Im Gegenteil gibt es sogar Krankenhäuser, die zunehmend ohne das Vorliegen entsprechender Strukturen hochvergütete komplexe Leistungen erbringen. Über zehn Jahre nach Einführung der DRGs existiert ein weitgehend unkoordiniertes Nebeneinander von hochspezialisierten Fachkliniken, Grundversorgern, Maximalversorgern und allen erdenklichen Zwischenstufen. Statt einer Konzentration komplexer medizinischer Angebote in Zentren sehen wir eine Diffusion von Leistungen der Maximalversorgung in die Fläche. Beispielsweise ist die Versorgung kleiner Frühgeborener seit der Einführung der

DRGs nicht in dem Maß konzentriert worden, wie es internationaler Standard ist. Ein weiteres Beispiel ist die Notfallversorgung. Obwohl für die Versorgung echter Notfälle wie Herzinfarkte, weiteren schweren internistischen oder komplizierten geburtshilflichen Situationen aufwendige Strukturen vorgehalten werden müssen, wollen möglichst viele Krankenhäuser diese Leistungen erbringen. Die Folgen für die Versorgungsqualität sind keinesfalls zu tolerieren.

An der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor hat sich in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ein völlig unkoordiniertes Nebeneinander von Krankenhausambulanzen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Einzelpraxen entwickelt. Schon eine gemeinsame Betrachtung der spezialisierten fachärztlichen ambulanten Versorgungsangebote findet nicht statt – auch aufgrund weitgehender Intransparenz der Leistungserbringung und der Vielzahl konkurrierender Leistungsbringer bzw. Abrechnungsvarianten der Leistungserbringung. Teile dieser Versorgung unterliegen keiner Planung (z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Ambulante Spezialärztliche Versorgung), während andere Bereiche von den KVen geplant werden (MVZ, Einzelpraxen, KV-Zulassungen in Krankenhäusern).

All diese Strukturen agieren weitgehend unabgestimmt. Oft fehlen klar definierte Versorgungsaufträge, Ausrichtungen auf benötigte Kapazitäten im Sinn einer Bedarfsplanung gibt es

Die Krankenhausplanung muss stärker als bisher vorgeben, was Versorgungsangebote leisten sollen und wie die Versorgungslandschaft aussehen soll.

häufig nicht. Die Arbeitsteilung zwischen Krankenhausambulanzen und Vertragsärzteschaft folgt regelmäßig weniger versorgungspolitischen Überlegungen als vielmehr den ökonomischen Interessen des niedergelassenen Sektors, wie die Beispiele der Psychiatrischen Institutsambulanzen oder die Notfallambulanzen zeigen. Die Leistungserbringer entscheiden weitgehend alleine, wo ein

Versorgungsangebot vorgehalten wird, welchen Umfang und Inhalt es hat und inwieweit man sich in der Patientenversorgung untereinander abstimmt bzw. zusammenarbeitet. Insbesondere die Krankenhausplanung, aber auch die vertragsärztliche Bedarfsplanung, vollziehen dies meist nur nach bzw. normieren abstrakt Leistungsmengen auf Praxisniveau, ohne dass konkrete Leistungsbezüge von Relevanz sind. Die Planungsverantwortlichen gestalten Versorgungsstrukturen daher nur sehr eingeschränkt mit. Ein systematisches, an den Versorgungsbedarfen der Menschen orientiertes Monitoring der Versorgungslandschaft findet nur unzureichend statt.

Hier muss sich dringend etwas ändern. Die „unsichtbare Hand des Marktes“ alleine wird es nicht richten. Es wird nicht völlig ohne die ordnende Hand einer Planung gehen. Das heißt aber nicht, dass staatlicher Dirigismus den Wettbewerb ersetzen soll. Es geht lediglich darum, Wettbewerb ordnungspolitisch besser einzubetten und zielgerichteter zu nutzen.

Dazu muss Planung sich jedoch weiter entwickeln. Sie muss stärker als bisher vorgeben, was Versorgungsangebote leisten sollen und wie die Versorgungslandschaft aussehen soll. Planung muss in die Lage versetzt werden, Versorgungsdefizite frühzeitig zu identifizieren und zu beheben. Dafür werden valide Daten- und Entscheidungsgrundlagen sowie Instrumente benötigt, um planerische Entscheidungen konsequent durchzusetzen.

Voraussetzung für eine gestaltende Planung ist, dass zunächst politisch klar definiert wird, welchen Bedarfsbegriff man für Planungsentscheidungen zugrunde legen will. Hier sollte nicht zu restriktiv agiert werden. Ein Bedarfsbegriff, der sich auf das für die Versorgung unbedingt Notwendige reduziert, würde wahrscheinlich zu kurz greifen. Unbedingt zu beachten ist, dass gerade eine qualitätsorientierte Versorgungsplanung ein gewisses Maß an Reservekapazitäten benötigt. Das ergibt sich aus den folgenden drei Überlegungen:

- Wenn auf Qualitätsdefizite wirkungsvoll reagiert werden soll, darf eine Unterversorgung in den entsprechenden Regionen oder Leistungsbereichen nicht die Folge sein.

- Der Bedarf als solches ist schwer ganz genau zu ermitteln; zudem beeinflusst der medizinische Fortschritt die Bedarfsermittlung ständig und führt somit zu kontinuierlichem Anpassungsbedarf. Dies birgt das Risiko, dass Bedarfe nicht nur über-, sondern auch unterschätzt werden können, so dass zu „sparsame“ Planungen zu Problemen führen können.

- Zudem müssen Risiken von Konzentrationseffekten einfließen. In Dänemark werden zukünftig alle Herztransplantationen an einem Standort durchgeführt – eine Ausweichstrategie für den Fall, dass dieses Zentrum aus welchen Gründen auch immer seine Aufgabe einmal nicht ausreichend wahrnehmen kann, ist schwer vorstellbar.

Wenn man eine engere Auslegung des Bedarfsbegriffs in Erwägung ziehen wollte, müssten diese Fragen beantwortet werden. Dass aktuell Überkapazitäten in der akutstationären Versorgung vorliegen, die einer Rückführung bedürfen, und eine neue Methodik zur Bedarfsbemessung ermittelt werden muss, ist davon unberührt.

Einige Bundesländer suchen nach Wegen zu einer aktiveren Planung. Ansätze zur Stärkung der Krankenhausplanung sind in der jüngeren Gesetzgebung erkennbar. Mit dem KHSG wurde ein Instrumentenkasten geschaffen, um Planungsentscheidungen besser als in der Vergangenheit in der Praxis durchsetzen zu können. Das gilt es weiter auszubauen.

Planungsinhalte müssen sich ändern

Planung fokussiert bisher immer noch stark auf den einzelnen Krankenhaus- oder Praxisstandort. In der Krankenhausplanung ist die Planungsebene in der Regel die Fachabteilung mit der jeweiligen Bettenzahl, in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung der einzelne Arztsitz und das Fach des Arztsitzinhabers. Bedarf wird weitgehend als Bett-Einwohner-Relation oder Arzt-Einwohner-Relation definiert.

Das ist überholt. Moderne Medizin ist zunehmend sektorenübergreifend, interdisziplinär und multiprofessionell. Gute Behandlung sollte bei ernstesten Erkrankungen heute so gut wie immer in Teams erfolgen. Die Teamzusammensetzung

hängt maßgeblich vom Krankheitsbild und dem individuellen Behandlungsbedarf ab. Zudem ist die Subspezialisierung innerhalb der jeweiligen medizinischen Fachdisziplinen so weit fortgeschritten, dass das Fach als Planungsgrundlage immer weniger Sinn macht.

Notwendig wäre daher eine viel stärker krankheitsbezogene Perspektive. Für Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes, Depression oder Herzinsuffizienz bräuchte es klare Planungskonzepte. Welche ärztlichen und ggf. nicht-ärztlichen Kompetenzen braucht der Patient wohnortnah vor Ort? Welche Versorgungsangebote sollten in Zentren konzentriert sein? Welche Kriterien sollte ein Zentrum erfüllen? Und wie wird sichergestellt, dass Zentren und wohnortnahe Leistungserbringer arbeitsteilig zum Wohle des Patienten gut zusammenarbeiten? Moderne Planung muss solche Fragen im Diskurs mit Leistungserbringern und Patienten beantworten und Strukturen entsprechend gestalten.

Dazu muss die Planungsperspektive sich von der reinen Standortperspektive bzw. der isolierten Betrachtung jeweils einzelner Leistungserbringer (Krankenhaus, niedergelassener Arzt) lösen. Das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure muss viel stärker in den Blick genommen werden. Versorgung in Netzwerken wird an Bedeutung gewinnen, ebenso eine stärkere Arbeitsteilung zwischen Zentren und Peripherie. Das muss planerisch flankiert werden.

Für die stationäre Versorgung sind die Grundlagen hierfür weitgehend vorhanden. Hier gibt es bereits einen einheitlichen Rechtsrahmen und aufgrund des DRG-Systems klare Regelungen für Dokumentation und Abrechnung. Die Folge ist eine gute Datengrundlage und vergleichsweise hohe Transparenz. Diese Voraussetzungen gibt es im spezialärztlich ambulanten Sektor nicht. Daher bietet sich ein mehrstufiger Prozess an, in dem zunächst die Krankenhausplanung im Vordergrund steht und im spezialfachärztlichen Bereich zunächst die für eine Planung erforderliche strukturelle Transparenz geschaffen wird³.

Das bedingt, dass der Fokus in der Krankenhausplanung zunächst auf

3 Malzahn J., Jacobs, K.; Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung In: Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J. (Hrsg.). Krankenhausreport 2016 – Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart 2016

Themen liegen muss, die keiner begleitenden Betrachtung ambulanter spezialärztlicher Versorgung bedürfen. Dies wären beispielsweise die Frühgeborenen-Versorgung, die Intensivmedizin sowie zahlreiche Themen im Zusammenhang mit Mindestmengen und Zentrumfragestellungen.

Planungsbehörden müssen für neue Aufgaben ertüchtigt werden

Die Krankenhausplanung muss sich neuen Herausforderungen stellen und den Schritt von der rein standortbezogenen Abteilungsplanung zu einer gestaltenden Planung auf regionaler Ebene vollziehen. Sie muss die Strukturanforderungen, Versorgungsprozesse und -inhalte, Schnittstellen zwischen Leistungserbringern sowie krankheitsbildbezogene Betrachtungen mit einschließen. Diese gestaltende Planung braucht gute Datengrundlagen, Zugang zu aussagekräftigen Versorgungsanalysen und Instrumente, um notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen durchzusetzen.

Folgt man diesem Weg wird das Aufgabenspektrum der Krankenhausplanung in Zukunft wesentlich anspruchsvoller sein als dies in der Vergangenheit der Fall war. Die folgenden Aufgaben werden zunehmend an Bedeutung gewinnen:

1. Vermeidung Über- und Unterkapazitäten
2. Zeitnahe und geordnete Einführung des medizinisch-technischen Fortschritts in die Versorgungslandschaft
3. Qualitäts- und Leistungsmonitoring
4. Entwicklung von neuen Steuerungsinstrumenten
5. Planung von Verbund- und Netzwerkstruktur
6. Entwicklung gestufter Versorgungsmodelle

Diese immer anspruchsvolleren Regulierungsaufgaben können nur entsprechend legitimierte, qualifizierte und ausgestattete Strukturen leisten. Die heute verantwortlichen Behörden sind dafür nicht aufgestellt. Sie bedürfen insoweit einer inhaltlichen Neuausrichtung einschließlich der dazu erforderlichen personellen Ressourcen.

Eine wichtige Rolle wird künftig die Kopplung von Versorgungsaufträgen an

Mindestvorgaben zur Strukturqualität spielen. Damit das funktioniert, müssen solche Vorgaben praktikabel sein. Beispielsweise muss das notwendige Personal zur Erfüllung von Personalvorgaben auch tatsächlich im Arbeitsmarkt verfügbar sein. Auf den Zusammenhang zwischen Zentralisierung und der Verfügbarkeit personeller Ressourcen wurde bereits hingewiesen. Daneben eignen sich Mindestmengen und qualitativ hochwertige Zentrumsriterien. Diese müssen allerdings auf den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses fußen, weil ein „Qualitätsföderalismus“ keine wissenschaftlich vertretbare Grundlage hat. In jedem Fall müssen die Planungsbehörden über entsprechende Informationen verfügen, was heute regelmäßig nicht der Fall ist.

Auch dürften ganz neue Monitoring-Systeme notwendig sein, um zu erfassen, wie sich arbeitsteilige Prozesse der Patientenversorgung im System entwickeln und ob die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern patientenbezogen funktioniert. Hat ein Krebspatient rechtzeitig den Weg in das richtige Zentrum gefunden? Konnte bei Herzinsuffizienz-Patienten der gefürchtete Drehtüreffekt nach Entlassung aus dem Krankenhaus verhindert werden? Funktioniert die Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Notfalleinrichtungen und dem Rettungsdienst? Diese zur Beantwortung solcher Fragen nötigen Informationen müssen den Planungsbehörden zugänglich sein bzw. müssen in etlichen Bereichen erst durch Versorgungsforschung erhoben werden.

Planung muss Bedürfnisse von Forschung, Lehre und Weiterbildung berücksichtigen

Für qualitativ hochwertige medizinische Angebote sind eine leistungsfähige klinische und Versorgungsforschung und eine wissenschaftsbasierte und praxisnahe Mediziner Ausbildung wesentliche Voraussetzungen. Ohne eine starke und leistungsfähige universitäre Medizin kann es auf Dauer kein leistungsfähiges Gesundheitssystem geben. Sowohl Forschung als auch Lehre und Weiterbildung brauchen gute Zugänge

zur Versorgungspraxis, stationär wie ambulant. Auch hier erschweren der intensive Wettbewerb um Patienten und Personal sowie das stark fragmentierte Versorgungssystem den Aufbau bzw. die Vorhaltung sinnvoller Strukturen. Planung muss das mitdenken und auf Strukturen hinarbeiten, die neben einer leistungsfähigen Patientenversorgung auch eine gute Aus- und Weiterbildung sowie international wettbewerbsfähige Forschung organisieren können.

Die Universitätsmedizin spielt dabei eine zentrale Rolle. Ihre verfassungsrechtlich determinierten Aufgaben in Forschung und Lehre bedingen mit Blick auf die Krankenhausplanung einen Sonderstatus. Die Freiheit von Forschung und Lehre ist ein hohes Gut, das institutionell abgesichert werden muss. Diese Freiheit muss natürlich ihre Grenze

Es ist noch erhebliche Aufbau- und Entwicklungsarbeit zu leisten, um eine leistungsfähige Infrastruktur für eine gestaltende Angebotsplanung im deutschen Gesundheitssystem zu verankern.

im Patientenwohl finden, nicht aber in konkurrierenden Anbieterinteressen. Entsprechend sollte im Rahmen einer grundlegenden qualitätsorientierten Krankenhausreform auch beleuchtet werden, inwieweit Universitätsmedizin stärker als Organisator regionaler Versorgungsnetze genutzt werden kann – analog verschiedener internationaler Vorbilder, bei denen die Hochleistungsmedizin und die Grundversorgungsanteile der Universitätsmedizin in Netzwerkstrukturen differenziert sind.

Sektorenübergreifende Planung institutionalisieren

Der Fortschritt in der Medizin ermöglicht, dass auch komplexe und hochspezialisierte medizinische Interventionen immer öfter ambulant erbracht werden können. Ambulant ist aber nicht gleichzusetzen mit Vertragsarzt. Komplexe ambulante Medizin ist oft interdisziplinär, infrastrukturintensiv, bedarf einer hochspezialisierten Expertise und unter-

liegt einer rapiden Innovationsdynamik. Dazu kommt, dass bei den betroffenen Patienten oft ambulante und stationäre Behandlungsepisoden ineinander übergehen. Deshalb ist es aus Patientensicht unabdingbar, dass Krankenhaus und Vertragsärzte in entsprechenden Leistungsbereichen, etwa der onkologischen Versorgung, der Herzinsuffizienz-Versorgung, der Versorgung von schweren rheumatischen Erkrankungen oder bei seltenen Erkrankungen, abgestimmt und „aus einem Guss“ agieren. Hier geht es um den Aufbau abgestufter, vernetzter Versorgungsangebote, in denen sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte ihre spezifischen Kompetenzen und Stärken einbringen.

Daher bedarf es der Neugestaltung der fachärztlichen ambulanten Versorgung. Im Gegensatz zur stationären Versorgung, bei der weitgehende Leistungstransparenz und ein einheitlicher Ordnungsrahmen vorliegen, besteht in diesem Segment wie bereits angedeutet ein Nebeneinander unterschiedlicher Dokumentations- und Abrechnungssysteme, so dass das Leistungsgeschehen nicht ausreichend qualifiziert und quantifiziert werden kann. Zudem gibt es unterschiedliche Bedingungen bzgl. der Therapiemöglichkeiten, weil teilweise der Erlaubnis- und teilweise der Verbotsvorbehalt für die unterschiedlichen Versorgungsformen gilt. Eine systematische Qualitätssicherung über alle Anbieter und Leistungsbereiche findet ebenso nicht statt. Insofern ist hier parallel zur qualitätsorientierten Reform des Krankenhaussektors zunächst eine umfassende Transparenzinitiative gefragt, bevor dieser Bereich systematisch im beschriebenen Sinn weiterentwickelt werden kann. Dass eine Weiterentwicklung und Abstimmung der spezialärztlich ambulanten Versorgung zwingend geboten ist, kann schon aufgrund der Tatsache nicht geleugnet werden, dass ambulante Versorgung in vielen Bereichen schon seit längerer Zeit nicht mehr ausschließlich durch Vertragsärzte durchgeführt wird. Die Rolle der Krankenhäuser wächst in diesem Segment beständig.

Bisher verhindern die bisherige Planungspraxis, das teilweise vollständige Fehlen von Planung und die getrennten Planungszuständigkeiten von Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen, dass sich die oben angemahnten pati-

entenzentrierten Angebote „aus einem Guss“ flächendeckend entwickeln können. Deshalb muss die Zuständigkeit für die Planung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung nach Abschluss der Transparenzphase neu gestaltet werden.

Gleiches gilt für die Notfallversorgung. Auch hier führt kein Weg an einer integrierten ambulant-stationären Planung vorbei. Notfallambulanzen müssen abgestimmt mit der stationären Notfallversorgung geplant werden. Auch hier braucht der Patient Angebote aus einer Hand, die optimal ineinander greifen, besonders brauchen wir einen Ausweis von sektorenübergreifenden Notfallstrukturen, die in aller Regel an Krankenhäusern liegen und der Bevölkerung als die zentralen Elemente der Notfallversorgung kommuniziert werden. Die heutige Vielfalt in der ambulanten Notfallversorgung hat nur dazu geführt, dass die Notfallambulanzen von Krankenhäusern von Patienten überlaufen werden. Ein guter Teil dieser Patienten ist dort nicht richtig aufgehoben, weil in keiner Weise eine stationäre bzw. notfallmedizinische Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Fazit

Es ist noch erhebliche Aufbau- und Entwicklungsarbeit zu leisten, um eine leistungsfähige Infrastruktur für eine gestaltende Angebotsplanung im deutschen Gesundheitssystem zu verankern. Als Grundlage für eine solche Angebotsplanung ist eine starke, unabhängige Versorgungsforschung notwendig, auf deren Erkenntnissen Planungsentscheidungen gründen können. Hier wurde mit dem Innovationsfond eine hervorragende Basis geschaffen.

Bei der Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sollten die Länder in medias res gehen und damit ihre gesetzliche Position in der Krankenhausplanung auch durch Taten legitimieren. Insoweit dem aktiven Handeln noch rechtliche Tatbestände entgegenstehen, muss hier in den nächsten Jahren nachgebessert werden. Unabhängig davon gibt es bereits heute viele sinnvolle krankenhauplanerische Ansatzpunkte.

Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist die Situation etwas anders gelagert. Auch wenn eine zeitgleiche qualitätsorientierte Neuplanung wünschenswert wäre, fehlt hier im Ge-

gensatz zum Krankenhausbereich eine belastbare Datengrundlage. Insofern sollten Bund und Länder in der nächsten Legislaturperiode die beschriebenen Transparenzgrundlagen schaffen, damit es zu einer Bestandsaufnahme kommen kann. Im Raum wird dabei die Frage stehen, wer die Sicherstellungs- und Planungsverantwortung erhält. Während sich bei der Notfallversorgung beispielsweise der vdek für das Verbleiben der Aufgaben bei den KVen ausgesprochen hat, wird diese Sichtweise von den Uniklinken weder bei der Notfallversorgung noch bei der Perspektive der spezialfachärztlichen Versorgung geteilt.

Da sich Krankenhausstrukturen schon aufgrund ihrer Größe langsamer als ambulante Strukturen verändern lassen, ist die zeitliche Verzögerung für den spezialfachärztlichen Bereich kein größeres Problem. Wenn die Systemänderungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zügig begonnen werden, könnte am Ende trotzdem eine inhaltliche und zeitliche Koordination des stationären und des spezialfachärztlichen Planungsansatzes erreicht werden.

Um den notwendigen Umbau von Strukturen voranzutreiben, sind zusätzliche Finanzmittel ein wichtiges Steuerungsinstrument. Mit dem Strukturfonds wurde eine Möglichkeit geschaffen, bestimmte Strukturveränderungen wie etwa die Konzentration von Versorgungsangeboten finanziell zu fördern. Jedoch reicht das Volumen des Strukturfonds für eine ernsthafte Krankenhausstrukturreform nicht ansatzweise aus. Deshalb bedarf es in der nächsten Legislaturperiode zusätzlich eines Investitionsprogramms in Milliardenhöhe für den Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft. Die Universitätsklinika mit ihrer zentralen Rolle in der Hochleistungsmedizin müssen dabei einbezogen werden. ■