


Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2021

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Jürgen Graalmann, Tim Rödiger, Andreas Tecklenburg, Christoph Straub, Lutz Stroppe, Uwe Repschläger,
Djordje Nikolic, Hedwig François-Kettner, Klaus Focke, Manuel Berger, Tom Ackermann
Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle ermöglichen –
mit einer passenden Krankenhausstruktur, Seite 38–66

doi: 10.30433/GWA2021-38

Jürgen Graalman, Tim Rödiger, Andreas Tecklenburg, Christoph Straub,
Lutz Stroppe, Uwe Repschläger, Djordje Nikolic, Hedwig François-Kettner,
Klaus Focke, Manuel Berger, Tom Ackermann

Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle ermöglichen – mit einer passenden Krankenhausstruktur

Der rasante medizinische Fortschritt ermöglicht Spitzenmedizin für jeden – eigentlich. Damit der Fortschritt bei den Patienten ankommt, braucht es eine mutige Reform der Krankenhausstrukturen statt des heute ungesteuerten Wandels der Krankenhauslandschaft.

Festgefahrene Diskussionen erhöhen Reformdruck

Die deutsche Krankenhauslandschaft ist Gegenstand einer andauernden Diskussion. Im Zentrum der Auseinandersetzung steht dabei der dringend notwendige Umbau der Krankenhauslandschaft, der nach Beginn der nächsten Legislaturperiode im Rahmen einer Krankenhausstrukturreform zu erwarten ist. Hierzu gehören die Festlegung und räumliche Verteilung der erforderlichen stationären Kapazitäten, der Weg, auf dem die Neustrukturierung erfolgen soll, sowie deren Finanzierung. Konfliktpotenzial bietet auch das Vergütungssystem auf Basis der DRG-Fallpauschalen. Die Kostenträger möchten eher an der DRG-Systematik festhalten. Dagegen fordern die Krankenhausträger und zunehmend auch Politiker von Bund, Ländern und Kommunen eine stärkere Abkehr vom DRG-System, weil die damit verbundenen Anreize Fehlentwicklungen befördern, die zu einer Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung führen. Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems existieren divergierende Vorstellungen zwischen den unterschiedlichen privaten, konfessionellen und kommunalen Trägern, den politischen Ebenen von Kommunen, Ländern und dem Bund sowie den Kostenträgern.

Die Autoren analysieren strukturprägende Entwicklungen, die bei einer umfassenden Reform berücksichtigt werden sollten. Bisherige Fehlanreize für Krankenhäuser und Versorgungsbrüche für die Patienten treffen auf künftige Herausforderungen durch die

sprunghafte Alterung der Gesellschaft in der nächsten Dekade, die zu einem Anstieg des Versorgungsbedarfs bei gleichzeitiger Verknappung der Personalressourcen führt. Hinzu kommt ein sich beschleunigender medizinischer Fortschritt, der Versorgung komplizierter und dynamischer macht. Die Fortschritte der genombasierten Forschung, die exponentiell steigenden Rechen- und Speicherkapazitäten, die Weiterentwicklung der künstlichen Intelligenz und andere Trends ermöglichen das Aufkommen einer personalisierten Netzwerkmedizin für jeden mit neuen Rollen für die Gesundheitsberufe. Die Infrastruktur ist auf diese Anforderungen heute nicht vorbereitet. Wir laufen Gefahr, dass der eigentlich mögliche medizinische Fortschritt auf Grundlage der heutigen Versorgungsstrukturen nicht bei allen Patienten ankommt und ein Großteil der Patienten faktisch von Behandlungsmöglichkeiten ausgeschlossen ist, weil diese am „falschen Ort“ wohnen oder im „falschen Krankenhaus“ behandelt werden, welches die für sie bestmögliche Diagnose- oder Therapieoption entweder nicht kennt oder nicht in der notwendigen Qualität erbringen kann.

Diese „stille Rationierung“ kann mit einer modernisierten Krankenhausinfrastruktur vermieden werden. Derzeit mangelt es nicht an Reformvorschlägen. Damit eine breite Teilhabe der Bevölkerung am medizinischen Fortschritt möglich wird, braucht es ein ordnungspolitisch stimmiges Gesamtkonzept, welches die drei Schlüsselfaktoren Planung, Vergütung und Finanzierung zusammendenkt, damit sich die Akteure anhand von konsistenten Rahmenbedingungen auf den Strukturwandel einstellen können. In der nächsten Legislaturperiode muss die Frage beantwortet werden, wie die künftige Krankenhausstruktur so gestaltet werden kann, dass angesichts der enormen Herausforderungen in der kommenden Dekade der Anspruch auf eine verfügbare, gute und wirtschaftliche Versorgung der Patienten unabhängig vom Wohnort verlässlich eingelöst werden kann. Nur dann wird jeder Patient am rasanten medizinischen Fortschritt tatsächlich partizipieren können.

Der Artikel soll einen Beitrag dazu leisten, die festgefahrene Reformdiskussion in eine gesamthafte Struktur auf Basis dieser Schlüsselfaktoren (Planung, Vergütung und Finanzierung) zu überführen.

Bisher ungesteuerter Wandel führt zu zahlreichen Problemen

Die Lage der Krankenhäuser in Deutschland ist sehr unterschiedlich. Hoch profitable Klinikkonzerne und spezialisierte Fachkliniken stehen zahlreichen Häusern aller Größenklassen mit erheblichen wirtschaftlichen Problemen gegenüber. Immer mehr Krankenhäuser, vor allem so genannte Nicht-Verbund-Häuser, landen in den roten Zahlen (Rong et al. 2020: 4). Zuletzt wurden die Finanzierungsprobleme teilweise durch die Corona-Pandemie verdeckt. Die Defizite werden nach Auslaufen der pandemiebedingten Unterstützungsmaßnahmen wieder erkennbar. Aktuell rechnen 83 Prozent der Krankenhäuser mit einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation (Magunia et al. 2021). Rund die Hälfte der Häuser erwirtschaftete im Jahr 2020 demnach ein Defizit. Bei öffentlich-rechtlichen Trägern lag der Anteil laut dieser Krankenhausstudie von Roland Berger bei 63 Prozent. Einem immer größeren Teil der Krankenhäuser droht die Insolvenz. Die scheinbar einzige Alternative zur Schließung ist derzeit die Privatisierung, bei der aber aufgrund der Finanzierungslogik privater Anbieter langfristig nur lukrative Standorte und Abteilungen erhalten bleiben können, unabhängig vom regionalen Versorgungsbedarf.

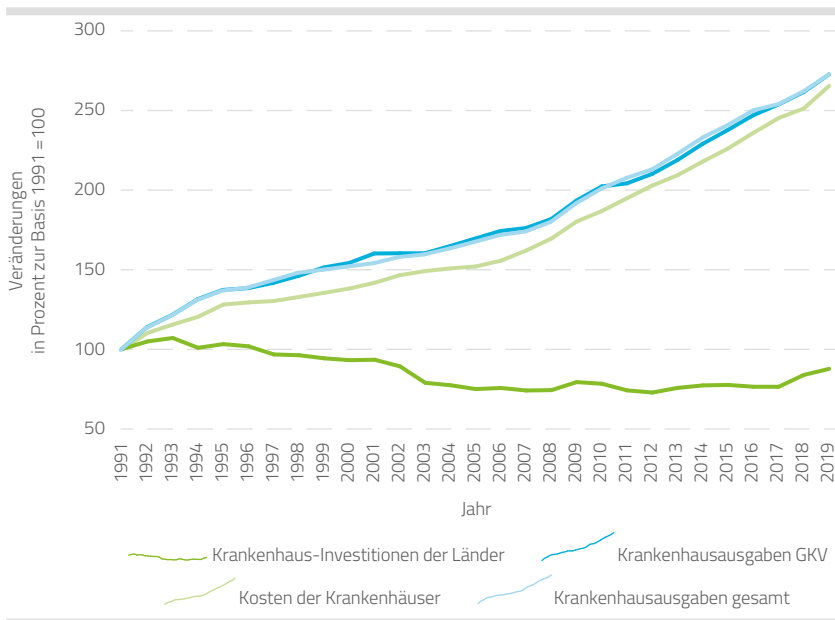
Bei einer Fortschreibung dieser Entwicklung käme es zu einer Kommerzialisierung der Krankenhauslandschaft mit einem ungesteuerten Krankenhaus- und Abteilungssterben, wodurch die Länder ihren Einfluss auf die Krankenhausstruktur schleichend verlieren. Wird diese Entwicklung in Kauf genommen, können Länder ihrem per Verfassung zugeschriebenen Anspruch einer umfassenden Daseinsvorsorge und gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland faktisch nicht mehr gerecht werden. Dieser Anspruch kann in Zukunft nur erfüllt werden, wenn die ursächlichen Probleme angegangen werden.

Ungesteuerter Wandel durch Investitionskostenspirale

Ursächlich für den bereits beginnenden, ungesteuerten Krankenhauswandel ist ein Mix aus Fehlanreizen im DRG-System und einer mangelnden Investitionsfinanzierung. Bei der Krankenhausversorgung in Deutschland besteht eine wachsende Lücke zwischen dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser und den von den Ländern bereitgestellten Investitionsmitteln. So zeigt eine Aufstellung des bfg (BARMER Institut für Gesund-

heitssystemforschung), dass die Investitionsmittel der Länder 1991 bei 3,6 Milliarden Euro lagen und 2019 bei 3,2 Milliarden Euro. Die Investitionsmittel waren absolut also rückläufig. Legt man Krankenhausleistungen, -ausgaben und -kosten daneben, zeigt sich der immer wieder gleiche Befund. Während die Krankenhaus-Investitionen der Länder in diesem Zeitraum um 13 Prozent gesunken sind, stiegen sowohl die GKV-Ausgaben als auch die Gesamtausgaben um 171 Prozent. Im gleichen Zeitraum stiegen die Betriebskosten der Krankenhäuser um 164 Prozent.

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



Quelle: Statistisches Bundesamt, KV 45, KJ 1, vdek – Basisdaten des Gesundheitswesens, eigene Berechnung

Anmerkung: Krankenhaus-Investitionen der Länder, Krankenhausausgaben GKV, Krankenhausausgaben gesamt und Kosten der Krankenhäuser 1991 bis 2019, 1991 = 100 Prozent

Die Lücke zwischen Investitionsbedarf und verfügbaren Mitteln treibt Krankenhäuser in eine negative Investitionskostenspirale. Das bedeutet, sie versuchen die fehlenden Investitionsmittel der Länder über zusätzliche Betriebserlöse mittels weiterer Fälle auszugleichen. Es entsteht ein ungesunder Wettbewerb um die Menge.

Krankenhäuser gehen in eine Fallzahl- und Indikationsausweitung bei für sie lukrativen DRG-Fallpauschalen, wie der hohe Anstieg verschiedener operativer Eingriffe in den letzten Jahren zeigt (Schreyögg et al. 2014). Dieser ungesunde Mengenzuwachs trifft auch das Pflegepersonal. Dessen Personalstärke ist zwischen 1991 und 2016 nahezu gleichgeblieben, während sich die Fallzahl je pflegender Person um 34 Prozent erhöht hat (Deutsche Stiftung Patientenschutz 2017; Leopoldina 2016). Die Fallzahlausweitung zieht wiederum einen erhöhten Investitionsbedarf nach sich, weil zum Beispiel zusätzliche Geräte oder OP-Räume angeschafft werden müssen. Werden die geplanten zusätzlichen Mengen nicht erreicht oder die Kapazitäten nicht zu den in der DRG-Kalkulation abgebildeten Kosten ausgelastet, steigt die Finanzierungslücke der Krankenhäuser. Immer mehr Krankenhäuser landen in den roten Zahlen, während der angemeldete Investitionsbedarf gegenüber den Ländern immer weiter steigt.

Die Folge der Investitionskostenspirale ist nicht nur ein ständig wachsender Investitionsbedarf einer ungesteuerten Krankenhauslandschaft, sondern auch erhebliche Qualitätsunterschiede für Patienten, weil zahlreiche Krankenhäuser aus finanziellen Gründen in großem Umfang Eingriffe vornehmen, für die sie nicht gut aufgestellt sind (Nimptsch und Mansky 2017). Die Fehlanreize zur Erlösmaximierung aufgrund der Investitionskostenspirale führen zu einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung, welche die Patientensicherheit gefährdet.

So zeigen Zahlen aus der Qualitätssicherung mit Routinedaten des wissenschaftlichen Instituts der AOK (Mansky et al. 2017 und 2018; WiDO 2014, 2018 und 2020) über mehrere Eingriffe hinweg immer wieder das gleiche Bild. Das letzte Viertel der Krankenhäuser zeigt im Vergleich zur Spitzengruppe deutliche Qualitätsunterschiede, wenn man beispielsweise die standardisierte Mortalitätsrate der Häuser vergleicht (Nimptsch und Mansky 2017). Nehmen kleinere Krankenhäuser auch komplexere Fälle vor, kommt es zur „Gelegenheitschirurgie“. Da die Eingriffe seltener vorkommen, haben die Operateure weniger Erfahrung und im Durchschnitt fällt die Qualität schlechter aus, weil es zum Beispiel häufiger zu Komplikationen kommt. Sogar bei komplexen Eingriffen mit Vorgabe einer Mindestmenge, wie der Ösophaguschirurgie (Speiseröhrenchirurgie), erfüllt dennoch ein erheblicher Teil der ausführenden Krankenhäuser die Mindestmenge

nicht. Bei der Ösophaguschirurgie trifft dies beispielsweise auf 54 Prozent der Krankenhäuser zu (Bertelsmann Stiftung 2019).

„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 standortbezogene 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). Unter den Qualitätsunterschieden leiden Patienten aufgrund der schlechten Qualität und Beitragszahler, weil Eingriffe – die im Zweifelsfall auch nicht notwendig sind – in dafür nicht geeigneten Häusern vorgenommen und vergütet werden. Und ob die Festlegung und Durchsetzung von Mindestmengen in der Krankenhausversorgung durch weitere Verfahrensvorgaben durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG 2021) in § 136b SGB V tatsächlich verbessert wird, bleibt abzuwarten.

Ungesteuerter Wandel fördert Versorgungsbrüche

Der Mengenwettbewerb führt dazu, dass Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen um die gleichen Interventionen konkurrieren und bei Diagnostik und Therapie vermehrt auch in den Wettbewerb mit dem ambulanten Sektor treten. Statt sich auf bestimmte Indikationen und das Management der damit verbundenen Behandlungsepisoden zu fokussieren, bieten immer mehr Krankenhäuser eine Vielzahl von oft kleinteiligen Eingriffen in Konkurrenz zu anderen Häusern und Arztpraxen an, wie der wachsende Katalog Ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe (AOP-Katalog 2021) zeigt.

Diese Fragmentierung führt aus Patientenperspektive zu zahlreichen Versorgungsbrüchen – insbesondere an den Sektorenschnittstellen. Die Patientenreise gleicht heute nicht mehr nur bei komplizierten und seltenen Erkrankungen einer abenteuerlichen

Durchquerung des vielzitierten „Gesundheitsdschungels“. Dieser wird noch komplizierter durch einen sich beschleunigenden medizinischen und technologischen Fortschritt, der eigentlich eine intensivere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe erfordert, die jedoch in den aktuellen Strukturen behindert wird. Beispielhaft dafür steht der komplexe Prozess der Molekulardiagnostik in der Onkologie, wo nicht sichergestellt ist, dass die notwendigen, auch sektorenübergreifenden Prozesse immer etabliert sind. Es kommt daher zu einem hohen Maß an „Noise“, also großen Unterschieden in der ärztlichen Entscheidung, ob, wann, für welche Patientengruppen, in welcher Pathologie und mit welcher Panel-Technologie eine Molekulardiagnostik durchgeführt werden soll. Die Entscheidung darüber beeinflusst die Lebenserwartung und -qualität der Patienten und gleicht heute einem Lotteriespiel. Zwar gibt es indikationsbezogene Zentrenansätze, welche auch die niedergelassenen Ärzte und Patienten aktiv miteinbeziehen. Von einer flächendeckend systematisch hochwertigen Versorgung unabhängig vom Wohnort sind wir aber infrastrukturell, personell und prozessual weit entfernt (DGHO 2019).

Zusammenarbeit durch fehlende Digitalisierung erschwert

Die Investitionskosten Spirale befördert den ungesteuerten Wandel der Krankenhauslandschaft mit einem kleinteiligen Mengenwettbewerb. Die damit einhergehenden Versorgungsbrüche behindern die Zusammenarbeit, die zusätzlich erschwert wird, weil das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich einen erheblichen Rückstand bei der Digitalisierung aufweist. So bescheinigt eine Untersuchung für Deutschland einen erheblichen Rückstand beim Einsatz neuer Informationstechnologie in Krankenhäusern. Von 167 untersuchten Krankenhäusern befinden sich auf einer international anerkannten Skala von „0“ bis „7“ 38 Prozent auf Stufe „0“ (Stephani et al. 2019). Deutschland belegt zusammen mit Österreich den letzten Platz in dieser Untersuchung, deutlich abgeschlagen nicht nur zu den üblichen Verdächtigen wie Dänemark, sondern auch zur Türkei oder zu Spanien.

Im Jahr 2019 stellten 59 Prozent der ambulanten Ärzte und Psychotherapeuten ihren Patienten keinerlei administrative digitale Gesundheitservices bereit. 93 Prozent der niedergelassenen Ärzte kommunizieren im Jahr 2019 mit den Krankenhäusern noch

immer überwiegend in Papierform und nur 44 Prozent der Gesundheitseinrichtungen – also Krankenhäuser, ambulante Praxen, Medizinische Versorgungszentren und Sozial- einrichtungen – tauschen medizinische Daten digital aus (McKinsey & Company 2020). Ein wichtiger Grund für den Rückstand ist eine immer stärker hinterfragte Auslegung des Datenschutzes, die vermehrt zu Konflikten mit dem Patientenschutz führt. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der Sachverständigenrat feststellt: „Deutschland steht bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems weit hinter anderen Ländern zurück. Es zeigt sich ein dringlicher Bedarf an strukturellen, informations- technologischen, organisatorischen und rechtlichen Verbesserungen im Hinblick auf Fehlerfreiheit und Effizienz in der Versorgung, auf flächendeckende Implementierung des medizinischen Fortschritts einschließlich der Verarbeitung von Informationen sowie auf sektorenübergreifende Kommunikation“ (SVR-G 2021: XXIII, Executive Summary Nr. 1).

Wettbewerb um Gesundheit braucht Strukturwandel „aus einem Guss“

Die Ausgangslage ist kritisch. Investitionskosten spirale und Versorgungsbrüche haben die Qualitätsprobleme verschärft und eine ungesunde Über-, Unter- und Fehlversorgung befördert, welche die Krankenhäuser immer mehr an personelle Grenzen bringt, auch weil die Potenziale der Digitalisierung nicht konsequent genutzt werden. Die Krankenhäuser können diese systemischen Fehlentwicklungen auf individueller Ebene kaum auflösen. Trotz zahlreicher Reformen wurden die zugrunde liegenden Probleme und Fehlanreize nicht beseitigt. Statt immer neues Geld in diese Strukturen zu kippen, braucht es umfassende strukturelle Reformen, welche die Ursachen der aktuellen Fehlentwicklungen tatsächlich angehen.

Der breite Zugang zu hochwertiger Versorgung stellt eine der zentralen Anforderungen an die Politik und das Gesundheitswesen dar. Aber wie kann der Anspruch einer umfassenden Daseinsvorsorge in der Gesundheitsversorgung künftig flächendeckend und zu bezahlbaren Preisen eingelöst werden? Dafür muss es gelingen, die Krankenhausstruktur auf die künftigen Versorgungsprozesse hin auszurichten, welche eine immer komplexere Abhängigkeit von differenzierter Diagnostik und Therapie aufweisen.

Versorgungsstufen nach Betreibermodellen abgrenzen

Sollen Planung, Vergütung und Finanzierung Hand in Hand gehen, wird ein gemeinsames Leitbild einer leistungsfähigen Krankenhausstruktur benötigt. Auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen, vieler Reformüberlegungen und internationaler Erkenntnisse hat sich für den stationären Bereich die Vorstellung eines dreistufigen Modells entwickelt. Für den Zweck eines ordnungspolitisch stimmigen Gesamtkonzeptes sollten die Stufen die jeweilig abgrenzbaren Planungs-, Vergütungs- und Finanzierungslogiken der unterschiedlichen Betreibermodelle abbilden können. Aus dieser Perspektive ergeben sich die folgenden drei Versorgungsstufen:

1. wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung mit Krankenhäusern
2. Spezial-/Fachkliniken mit ausreichenden Mindestmengen für planbare Eingriffe („Volume-Shops“)
3. forschungsorientierte Kompetenzzentren für komplizierte und seltene Erkrankungen („Solution-Shops“)

Ein Kernproblem der heutigen Krankenhauslandschaft ist die Vermischung der Betreibermodelle der verschiedenen Versorgungsstufen zu „Gemischtwarenläden“ mit den daraus resultierenden Problemen bei der Wirtschaftlichkeit und Qualität.

So ergibt es zum Beispiel wenig Sinn, einfache, planbare Fälle in einer Uniklinik von Operateuren für Spezialfälle und einer dafür ausgelegten Infrastruktur zu behandeln. Für den Eingriff fallen im Vergleich zu einer dafür speziell ausgelegten Fachklinik höhere Fallkosten sowie höhere Overheadkosten an. Wenn die Planungs-, Vergütungs- und Finanzierungslogik aber darauf ausgelegt ist, dass Unikliniken glauben, auf solche einfachen Fälle angewiesen zu sein, entsteht ein ungesunder Wettbewerb um nicht immer notwendige, planbare Eingriffe zu erhöhten Kosten. Denn auch die einfachen Fälle der Unikliniken gehen mit erhöhten Overhead- und Prozesskosten in die Kalkulationslogik der DRG-Fallpauschalen ein.

Tabelle 1: Ganzjahreskosten je betreibbares Bett nach Krankenhausgröße und -art

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2021

Anmerkung: dargestellt sind die Bruttokosten ohne Abzüge

Für einen ökonomischen Einsatz der finanziellen Mittel sowie der technischen und personellen Ressourcen muss es also darum gehen, die Patienten je nach Schweregrad und Komplexität noch stärker in den jeweils dafür ausgelegten Häusern zu behandeln (siehe hierzu auch SVR-G 2018: 247ff.). Dafür braucht es konsistente Anreize bei den Rahmenbedingungen für Planung, Vergütung und Finanzierung. Diese Konsistenz gelingt nur, wenn die Versorgungsstufen nach ökonomisch sinnvollen Betreibermodellen abgegrenzt werden.

So benötigt ein Haus der Grund- und Notfallversorgung eine andere Infrastruktur und Personalausstattung als Universitätskliniken. Während Ersteres als Finanzierungsinstrument beispielsweise eine Vorhaltepauschale benötigt, hat das Universitätsklinikum einen erhöhten Investitionsbedarf für hochkomplexe Ausstattung oder benötigt spezielle Experten für seltene oder komplexe Krankheiten sowie die räumlichen Möglichkeiten, Forschung und Lehre zu vereinbaren.

Erst wenn den unterschiedlichen Betreibermodellen entsprechende Planungs-, Vergütungs- und Finanzierungsinstrumente bereitgestellt werden, kann auf jeder Versorgungsstufe wirtschaftlich und gleichzeitig mit hoher Qualität versorgt werden. Die heutigen „Gemischtwarenläden“ könnten sich dann auf ihre jeweiligen Stärken konzentrieren und je Versorgungsstufe die Medizin praktizieren, für die sie am besten geeignet sind. So fänden Universitätskliniken im Sinne eines Solution-Shops neue Wege für komplizierte und seltene Erkrankungen, könnten Fachkliniken die Versorgung bei planbaren Eingriffen kontinuierlich verbessern und Kliniken der Grund- und Notfallversorgung oder medizinische Versorgungszentren die Behandlung chronischer und multimorbider Patienten koordinieren.

Für kommunale Maximalversorger und größere Kliniken wird es darum gehen, nicht ganze Häuser, sondern einzelne Fachbereiche den jeweiligen Versorgungsstufen und Betreibermodellen zuzuordnen.

Klare Rollenverteilung zwischen Bund, Land und Kostenträgern

Den Kompetenzen und Finanzierungsverantwortungen im Krankenhaussektor liegt kein ordnungspolitisch stringentes Konzept zugrunde, wie die Corona-Pandemie deutlich gezeigt hat. Aber bereits vor der Pandemie kam es zu sich überlagernden Vor-, Quer-, Doppel- und Ergänzungsfinanzierungen (Herrmann und Mussa 2020). Wird ein grundlegender Strukturwandel angegangen, sollte in einem entsprechenden Reformgesetz auch die Verantwortung von Bund, Land, Kommunen und Kostenträgern klarer geregelt werden – und zwar für die Planung, Vergütung und Finanzierung.

Für die Finanzierung 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 Investitionskostenfinanzierung entlastet. Der Investitionsstau könnte aufgelöst und die damit verbundenen Fehlanreize könnten gesenkt werden.

Kostenträger könnten sich auf die jeweils mit unterschiedlichen Vergütungskomponenten ausgerichtete Betriebskostenfinanzierung fokussieren, mit Anreizen für den Abbau von Qualitätsunterschieden oder der Förderung der Patientenorientierung.

Bei der Planung sollten regionale Versorgungsanalysen einbezogen werden, welche sowohl die unterschiedlichen Versorgungsstufen berücksichtigten als auch Entwicklungen wie das Aufkommen der personalisierten Netzwerkmedizin und die wachsenden Möglichkeiten einer Verlagerung in den ambulanten Sektor und den Bereich Homecare mit einer Fernbetreuung über Telemedizin (Teichert 2021).

**Tabelle 2: Ordnungspolitische Matrix der Krankenhausversorgung –
 exemplarische Darstellung**

	Planung	Vergütung	Finanzierung
Bund	Rahmenvorgaben für Planung, beispielsweise Kriterien für Versorgungsanalysen, Abgrenzung der Versorgungsstufen	Regelung von bundesweit geltenden Vergütungsinstrumenten nach Versorgungsstufen, bundesweite Förderprogramme in Abstimmung mit den Ländern	Investitionen in Strukturwandel und Digitalisierung mit entsprechender Governance
Land	Detaillierung der Planung und Ergänzung um landesspezifische Inhalte	Ergänzung um landesbezogene Vergütungsbestandteile und Förderprogramme	(Ersatz-)Investitionen in Ausstattung und Kapazitäten entsprechend der Planung
Kostenträger/ Krankenhäuser	Bereitstellung von Versorgungs- und Strukturdaten sowie Über-, Unter- und Fehlversorgungsanalysen	Vergütung nach den geltenden Vergütungsinstrumenten	Finanzierung der tatsächlichen Betriebskosten

Quelle: eigene Darstellung

Für eine Strukturreform „aus einem Guss“ sollten sowohl die unterschiedlichen Ebenen der Akteure für die Rahmenbedingungen (Bund, Land, Kostenträger) sowie die drei Bereiche Planung, Vergütung und Finanzierung zusammengedacht werden. Aus der heutigen Kakophonie muss ein stimmiges Gesamtkonzept werden, damit sowohl Krankenhäuser als auch Kostenträger den notwendigen Umbau der Krankenhauslandschaft umsetzen können. Bleibt es bei den heutigen Fehlanreizen zu Mengenausweitung, sich widersprechenden Zielsetzungen bei Planung und Vergütung oder einer unzureichenden Investitionskostenfinanzierung, werden auch die nächsten Krankenhausreformen nichts Wesentliches an der Versorgungsrealität ändern.

Stärkung der Patientenorientierung effektiv fördern

Für die Stärkung der Patientenorientierung ist es gerade bei planbaren Eingriffen möglich, das bisherige Vergütungssystem qualitätsorientiert weiterzuentwickeln, um Behandlungskapazitäten effektiver zu nutzen. Statt der bisherigen Anreize zur Mengen- und Indikationsausweitung über alle Versorgungsstufen hinweg (Schreyögg et al. 2014) könnte zum Beispiel für die Versorgungsstufe 2 ein weiterentwickeltes Vergütungsinstrument zum Einsatz kommen: die Zuschlagsleistung.

Dem Leitbild einer episodengerechten Versorgung folgend übernehmen Krankenhäuser die Versorgungsverantwortung für die gesamte Behandlungsepisode. Vergütet würden neben dem Eingriff selbst auch das Aufnahmemanagement, zum Beispiel im Sinne eines Patient Blood Managements, sowie das Entlassungsmanagement und die Messung des Behandlungserfolges aus Patientenperspektive über wissenschaftlich anerkannte Instrumente, wie Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), für deren Erfassung es zunächst ein entsprechendes Anreizsystem geben sollte (siehe hierzu ausführlich Steinbeck et al. 2021).

Die Vergütung erfolgt analog der heutigen DRG-Pauschale zu einem fixen Preis. Ergänzt wird der Fixpreis um eine Zuschlagsleistung. Für die Finanzierung wäre es denkbar, die Dynamisierung auszusetzen und den erfolgsabhängigen Betrag über die Jahre anwachsen zu lassen. Somit bestünde nur noch für diejenigen Krankenhäuser ein Interesse daran, bestimmte Eingriffe anzubieten, bei denen sie davon ausgehen, auch die erfolgsabhängige Vergütung zu erhalten. Die seit Jahren geforderte Spezialisierung wird so möglich. Jedoch wäre sie durch die Krankenhäuser selbst gesteuert. Krankenhäuser, die sich auf bestimmte Eingriffe spezialisieren und eine gute Qualität anbieten, werden belohnt und weder die Politik noch die Kostenträger müssten einzelnen Häusern vorschreiben, welche Eingriffe sie anbieten. Es käme zu einem Wettbewerb um Gesundheit, der die Suche nach den besten Behandlungsmöglichkeiten und -verfahren dem dezentralen Entdeckungsverfahren des Wettbewerbs überlässt, mit dem Rückgrat einer eindeutig definierten Outcome-Messung (Wohlin et al. 2017).

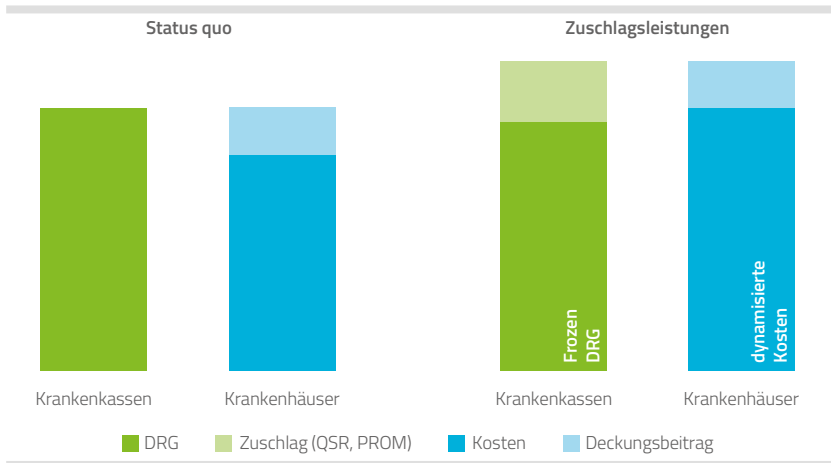
Aber auch hier gilt: Es braucht ein verlässliches Konzept aus Planung, Vergütung und Finanzierung, damit sich die Häuser entscheiden können, auf welcher Versorgungsstufe und für welche Eingriffe und Indikationen sie sich positionieren wollen. Nur dann können sie sich auf den Wandel einstellen, ein klares Profil bilden und zielgerichtet in ein Betreibermodell mit einer wirtschaftlich tragfähigen Aufbau- und Ablauforganisation investieren.

Exkurs: Einführung eines Zuschlagsmodells

Das Zuschlagsmodell sieht vor, dass sich die künftige Vergütung aus DRG-Fallpauschale und einem Zuschlag zusammensetzt. Dabei soll kein DRG-Preis sinken, die Dynamisierung aber ausgesetzt und als Budget für das neue Modell genutzt werden. Die jährliche Steigerung von etwa 2,5 Prozent des Basisfallwertes könnte eingefroren werden beziehungsweise bei bestimmten Leistungen nur noch an Krankenhäuser weitergegeben werden, die definierte Qualitätskriterien erfüllen. In den letzten vier Jahren hätte ein „Aussetzen“ der Steigerungsrate kumuliert ein Budget von etwa zehn Prozent des Gesamtbudgets ausgemacht, welches für eine Stärkung der Patientenorientierung über das Zuschlagsmodell zur Verfügung gestanden hätte.

Bei dieser Logik kann davon ausgegangen werden, dass die definierten Leistungen für diejenigen Krankenhäuser ökonomisch uninteressant werden, die nicht mit einem Zuschlag rechnen können. Dann bieten nur noch Krankenhäuser die jeweiligen Eingriffe an, die aufgrund einer ausreichenden Qualität davon ausgehen, zusätzlich zur DRG-Pauschale auch die Zuschlagsleistung zu erhalten.

Abbildung 2: Übergang zu Zuschlagsleistungen



Quelle: eigene Darstellung

Anmerkung: QSR = Qualitätssicherung mit Routinedaten,
PROM = Patient Reported Outcome Measures

Bei der Auswahl der Leistungen können unterschiedliche Kriterien berücksichtigt werden. Denkbar wären zum Beispiel:

- Leistungen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits Mindestmengen definiert hat beziehungsweise für die ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen erbrachter Menge und Qualität besteht,
- Leistungen, für die „Standards“ verfügbar sind,
- Leistungen, bei denen die Streuung in der Ergebnisqualität auffällig ist,
- Leistungen, die besonders häufig erbracht werden,
- Leistungen, hinter denen ein hohes Erlösvolumen steckt,
- Leistungen der Somatik (90 Prozent der Erlöse),
- Einstieg über vollstationäre Leistungen (97 Prozent der Erlöse),
- Einstieg über vollstationäre DRG (49 Prozent der Fälle / 88 Prozent der Erlöse),
- Einstieg über bestimmte Krankheitsgruppen.

Ein schrittweiser Übergang und eine Einschwingphase könnten sicherstellen, dass es nicht zu einer Unterversorgung kommt, weil zu viele Krankenhäuser auf bestimmte Eingriffe verzichten.

Der Umstieg auf das Modell sollte durch eine GAP-Analyse von Bedarfsplanung und Angebot begleitet werden, um über eine Anpassung der Zuschlagshöhe eine Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Hierzu bedarf es eines „empirischen Ankers“ (BARMER 2019: 7f.), mithin eines systematischen Versorgungs-Monitorings hinsichtlich Qualität, Über- und Unterversorgung sowie Erreichbarkeit (siehe hierzu ausführlich Augurzky et al. 2014).

Medizinischen Fortschritt und Netzwerkmedizin mitdenken

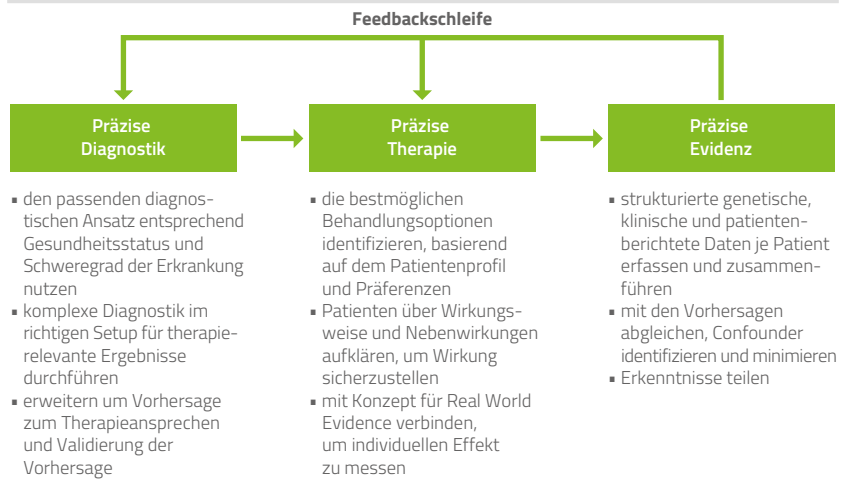
Die bisher aufgezeigten Ansätze berücksichtigen vor allem die seit Jahrzehnten bekannten Defizite in den Anreizstrukturen der Krankenhausversorgung und die daraus resultierenden Versorgungsprobleme im Status quo der Versorgung. Die Entwicklung einer Krankenhausstrukturreform sollte sich aber nicht nur am Status quo der Versorgung orientieren, sondern auch zukünftige Entwicklungen, welche heute bereits

deutlich werden, mitdenken. „Anhand von Leitlinien hoher Evidenz wie S3-Leitlinien beziehungsweise Nationalen Versorgungs-Leitlinien (NVL) können Behandlungspfade für Patienten mit spezifischen Diagnosen festgelegt werden, auf Basis derer der Leistungsbedarf konkretisiert werden kann. Bei Gewährleistung der Aktualität dieser Leitlinien ist der aktuelle medizinische Fortschritt dann auf einer evidenzbasierten Grundlage bereits inhärent in die Ermittlung des Leistungsbedarfs integriert. Zusätzlich können neue Technologien explizit, das heißt über die Leitlinienempfehlungen hinaus, berücksichtigt werden, wenn die Evidenzlage eindeutig ist. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen könnte somit bereits der medizinische Fortschritt berücksichtigt werden“ (SVR-G 2018: 528).

Darüber hinaus wird sich im Zuge der Digitalisierung der medizinische Fortschritt weiter beschleunigen und in der kommenden Dekade die Rolle der Krankenhäuser, auch im Kontext zur ambulanten Versorgung, stark verändern. Immer mehr Informationen müssen bei medizinischen Entscheidungen berücksichtigt werden, während gleichzeitig die Zahl der weltweiten Studien immer weiter ansteigt. Das heißt auch, dass sich das medizinische Wissen nahezu täglich mit Rückwirkung auf die bestmögliche Diagnose- und Therapieentscheidung für den einzelnen Patienten verändert.

Dieses fundamentale Zuordnungsproblem von immer neuen verfügbaren Interventionen zu der Behandlungssituation des einzelnen Patienten kann nur mit einer Infrastruktur aufgelöst werden, die eine deutlich präzisere Medizin ermöglicht. Heute liegt der Fokus der Präzisionsmedizin vor allem auf der Entwicklung neuer Präzisionstherapien. Das allein reicht jedoch nicht für einen effektiven Einsatz dieser innovativen Therapieansätze. Vielmehr braucht es eine durchgängige Präzision von der Früherkennung und Diagnostik über die Therapie bis hin zur Evidenzgenerierung in der tatsächlichen Versorgung (die sogenannte Real World Evidence). Präzise wird Medizin erst bei einer durchgängigen Ende-zu-Ende-Präzision entlang der gesamten Versorgungskette.

Abbildung 3: Ende-zu-Ende-Präzision löst Zuordnungsproblem



Quelle: nach Schlomm et al. 2020

Im Kern bedeutet eine immer präzisere Medizin eine Orphanisierung von Krankheiten in immer feiner gegliederte Patientenkohorten mit jeweils unterschiedlich wirksamen Interventionen. Die Wirkung im realen Versorgungssetting sollte daher stärker mit Real World Daten überprüft werden, auch um die dadurch zunehmende Efficacy Effectiveness Gap zu reduzieren.

In der Präzisionsmedizin richtet sich die Wertschöpfung immer stärker am patienten-individuellen Nutzen aus. Damit verschiebt sich die Frage, ob eine Intervention einen Nutzen an sich hat, hin zu der Frage, welche Intervention für den einzelnen Patienten in seiner Behandlungssituation den bestmöglichen Nutzen hat. Die Qualität der Antwort auf diese Frage entscheidet sich maßgeblich über die Prädiktionsleistung der Diagnostikverfahren. Dafür muss der (zusätzliche) Nutzen innovativer Diagnostikverfahren validiert und über longitudinale Real World Daten im Rahmen einer präzisen Evidenz bewertet werden. Denkbar wäre dafür eine Ausweitung der anwendungsbegleitenden Datenerhebung nach § 35a SGB V von seltenen auf onkologische und weitere Erkrankungen, wie es auch der GKV-Spitzenverband fordert (Haas und Weller 2021).

Neben einer Krankenhausstrukturreform braucht es in der nächsten Legislaturperiode daher sicherlich auch eine Diskussion über eine Nutzenbewertung von Präzisionsdiagnostik und den Ausbau von Real World Evidenz, um in Zeiten der Präzisionsmedizin eine effektive Versorgung zu ermöglichen (zum potenziellen Nutzen der Verwendung von gesundheitsbezogenen Daten für die wissenschaftliche Forschung siehe auch SVR-G 2021: 227ff.).

Präzisionsmedizin wird gebraucht, um dem Bedarf der Patienten nach der bestmöglichen Behandlung auf Basis ihres Gesundheitsstatus in der modernen Medizin gerecht zu werden. Deswegen entwickeln sich vermehrt Ansätze einer personalisierten Netzwerkmedizin, insbesondere bei seltenen Erkrankungen und in der Onkologie. Bei den Ansätzen der Netzwerkmedizin unterstützen Universitätskliniken und andere Schwerpunktversorger die vorgelagerten Versorgungsstufen als Kompetenzzentrum, ohne dass die Patienten zwingend in den universitären Einrichtungen behandelt werden müssen. Vielmehr wird die Digitalisierung genutzt, um Expertenwissen in der Peripherie bereitzustellen und somit auch komplexe Behandlungen zunehmend im wohnortnahen Setting zu erlauben, entweder zu Hause, in der niedergelassenen Arztpraxis oder einer lokalen Klinik der Grundversorgung.

Mit der Netzwerkmedizin ist eine Personalisierung von Diagnostik und Therapie verbunden, die zu einer deutlich besseren Versorgungseffektivität führen kann, wenn hochmoderne, teure Interventionen genau denjenigen Patienten zugutekommen, die davon auch tatsächlich profitieren.

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes wurde eine Regelung zur Molekulardiagnostik verabschiedet (§ 64e SGB V), die in der nächsten Legislaturperiode im Kontext der anstehenden Krankenhausstrukturreform überprüft werden sollte, um eine praxistaugliche Umsetzung der Molekulardiagnostik sicherzustellen.

Das Aufkommen der personalisierten Netzwerkmedizin verdeutlicht die Notwendigkeit einer gestuften Krankenhauslandschaft unter Einbindung des ambulanten Bereichs.

Die Netzwerkmedizin ermöglicht den Übergang von der heute brüchigen, sektoral getrennten Versorgung zu einer patientenorientierten Versorgung, wenn sich die Versorgung an Schweregrad und durchgängigen Behandlungsepisoden für den Patienten orientiert. Dafür werden Netzwerkstrukturen benötigt, die ausgehend von seltenen und onkologischen Erkrankungen auf weitere Krankheitsbilder übertragen werden können.

Am Ende einer solchen Entwicklung würde es immer noch Eingriffe oder andere Interventionen geben, welche einen stationären Aufenthalt notwendig machten. Insgesamt käme es aber zu einer dezentraleren Versorgung. Dieser Trend zeichnet sich heute schon ab. Verfahren wie die Dialyse haben sich durch den medizinischen Fortschritt von universitärer Versorgung bis nach Hause verlagert. Der rasante medizinische Fortschritt und die Digitalisierung beschleunigen diesen Prozess noch und verändern damit die Prämissen für eine zukunftsfähige und effektive Krankenhausstruktur. Die künftige Krankenhausstruktur muss gerade im universitären Umfeld stärker darauf ausgelegt sein, den medizinischen Fortschritt für die umgebene Peripherie verfügbar zu machen, statt wie heute im Mengewettbewerb in Konkurrenz zu einfachen Eingriffen zu treten.

Neue Rollen der Gesundheitsberufe und interprofessionelle Zusammenarbeit

Mit neuen Anforderungen an eine moderne Krankenhausstruktur und dem Aufkommen der Netzwerkmedizin verändern sich auch die Rollen der Gesundheitsberufe. Im internationalen Vergleich zeigt das arztzentrierte deutsche Gesundheitswesen einigen Nachholbedarf. Angesichts der zunehmenden Knappheit der Gesundheitsberufe in der nächsten Dekade sollten bei einer Krankenhausstrukturreform auch die Rechte und Befugnisse innerhalb der Gesundheitsberufe überdacht werden.

Dabei spielen die verschiedenen Gesundheitsfachberufe eine bisher auch politisch zu wenig beachtete Rolle. Es gibt nicht einmal eine klare und eindeutige Definition des Begriffs „Gesundheitsberufe“: Die Spanne erstreckt sich von Heilberufen bis zu Gesundheitshandwerkern und ist im Bundes- oder Landesrecht geregelt oder sogar noch unregelt. Ein von Bund und Ländern entwickeltes „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“

soll das verändern. Hier muss es – anders als mit der seit dem Jahr 2008 auf Umsetzung wartenden Heilmittelübertragungsrichtlinie – gelingen, zu einer stärkeren Delegation und Aufgabenteilung zu kommen (Kühne et al. 2021).

Ziel muss auch hier eine höhere Effektivität sein, damit redundante Arbeitsabläufe vereinfacht oder medizinische Entscheidungen technisch unterstützt und damit dezentral getroffen werden können. So ist es denkbar, Beschlüsse von molekularen Tumorboards zu automatisieren, um den bestehenden Engpass in der onkologischen Versorgung bei der Gensequenzierung aufzulösen.

Eine Neuverteilung der Aufgaben hat bei der Hauptstadturologie zum Beispiel dazu geführt, dass der Ressourceneinsatz pro Gensequenzierung von 9,75 auf 3,5 Stunden reduziert werden konnte. Während der Gesamtaufwand für Ärzte gesunken ist, stieg der Leistungsanteil der Pflegenden von 21 auf 28 Prozent. Die Wartezeiten für die Patienten haben sich um vier Monate reduziert (interne Prozessanalyse des Kompetenzzentrums der Charité, unveröffentlicht).

Während theoretisch immer mehr Therapieoptionen für immer mehr Patienten zur Verfügung stehen, reichen sowohl die technischen als auch die personellen Ressourcen bei Weitem nicht aus, um den Bedarf an Präzisionsmedizin zu decken. In Zukunft droht eine massive Unterversorgung, wenn nicht mehr nur ein kleiner Teil der 1,7 Millionen Krebspatienten von präziser Medizin profitieren könnte, sondern im Zuge des rasanten medizinischen Fortschritts 30 bis 50 Prozent. Die heutige medizinische Infrastruktur, aber auch die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist in keiner Weise darauf vorbereitet.

Die Folge könnten unnötig lange Wartezeiten bei letal verlaufenden Erkrankungen sein, bei denen aufgrund des progressiven Krankheitsverlaufs jeder Tag zählt. Aber nicht nur in der Onkologie, auch beim vermehrten Einsatz von Telemedizin kann über die Delegation von Leistungen eine Anpassung der Rechte, Pflichten und Befugnisse notwendig werden.

Alternative Finanzierung über „Weiße Anleihen“ mitdenken

Der Zweck öffentlicher Anleihen besteht in der Finanzierung von öffentlichen Investitionen und Infrastruktur, also in der Deckung eines langfristigen Kapitalbedarfs, der nicht mit laufenden Einnahmen gedeckt werden kann oder sollte. Für den kapitalintensiven Umbau der Krankenhausstrukturen im Zuge der Daseinsvorsorge sollte dieses Instrument nicht per se ausgeschlossen werden.

Öffentliche Anleihen können von Bund, Ländern, Kommunen und Gebietskörperschaften begeben werden. Im Kontext sogenannter „Weißer Anleihen“ könnten sowohl der Bund als auch die Länder die Anleihen begeben und die Mittel über verschiedene Wege zur Verfügung stellen, die aber anders als heute einer Gesamtkoordination unterliegen sollten. Der Rahmen dafür könnte mit der nächsten Krankenhausstrukturreform gelegt werden (Graalmann et al. 2021).

Vor dem Hintergrund des aktuellen Investitionsstaus und der künftigen Herausforderungen beim Umbau der medizinischen Infrastruktur wird seitens der Autoren ein Bedarf von zehn Milliarden Euro geschätzt. Dieser Wert ergibt sich auch, wenn man das ursprüngliche Verhältnis von Investitionen zu Krankenhausaufgaben aus dem Jahr 1991 auf das Jahr 2019 überträgt. Für die Sicherstellung der Finanzierung des Strukturwandels nach den Versorgungsstufen sollte der Investitionsbedarf mittelfristig, also für fünf Jahre gedeckt werden. Bei den aktuellen Finanzierungsbedingungen sind mit der Finanzierung keine Zinslasten für den Bund verbunden. Vorbild könnten die grünen Anleihen des Bundes zur Finanzierung der Investitionen für den Strukturwandel im Umweltkontext sein.

ESG-Rahmen unterstützt Anleihefinanzierung

Dass solche Anleihen auch in den nächsten Jahren gefragt sein werden, ergibt sich aus der Fokussierung der Europäischen Union auf so genannte ESG-Werte. Unter ESG versteht man die Berücksichtigung von Kriterien aus den Bereichen Ökologie (Ecology), Soziales (Social) und guter Unternehmensführung (Governance) bei der Investition in Vermögenswerte und Anleihen. Die EU-Kommission fördert diese nachhaltigen Investitionskriterien, um ein attraktives Umfeld für entsprechende Investitionsentitäten zu schaffen.

Daraus ergibt sich makroökonomisch betrachtet nicht nur ein äußerst günstiges Umfeld für einen anleihefinanzierten Strukturwandel bei der Umwelt, sondern auch im Gesundheitswesen. Mit der Erweiterung der Finanzierungsmöglichkeiten um „Weiße Anleihen“ kann der überfällige Strukturwandel angegangen und das Gesundheitswesen so auf gesunde Beine gestellt werden, ohne das Leistungsversprechen der Gesetzlichen Kranken- und Sozialen Pflegeversicherung für die breite Bevölkerung zu beeinträchtigen.

Investitionen in den Strukturwandel im Gesundheitswesen weisen gleich mehrere gesamtwirtschaftliche Vorteile auf. Erstens werden finanzielle Mittel in die Realwirtschaft gelenkt. Im Vergleich zur quantitativen Lockerung profitieren also nicht nur Vermögende wie Immobilienbesitzer oder Aktieninhaber, sondern handelnde Gesundheitsakteure wie Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten und am Ende damit die Patienten. Zweitens werden bei höherer Versorgungseffektivität medizinisch nicht gewollte Leistungskürzungen, Selbstbeteiligungen und Einsparungen bei den Leistungserbringern vermieden. Das umfassende Leistungsversprechen wird geschützt, was einen Anstieg der Ungleichheit vermeidet, weil Gesundheit nicht abhängig vom eigenen Geldbeutel wird. Drittens kann durch die Investitionen die Produktivität im Gesundheitswesen gesteigert werden, was zu einem effektiveren Umgang mit den knappen Gütern Gesundheit, Gesundheitsberufe und Geld im Sinne eines langfristigen Abbaus des strukturellen Defizits führt.

Governance und Mittelverwendung auf Basis der neu justierten Aufgaben von Bund und Ländern

Damit die Finanzmittel wirksam eingesetzt werden, bedarf es einer entsprechenden Governance, nicht nur für die Mittelherkunft, sondern auch für die Mittelverwendung. Diese sollte sich an der ordnungspolitischen Matrix (Tabelle 2) orientieren. Für eine zielgerichtete Governance bei der Mittelverwendung sind mehrere Varianten denkbar. Die Verwendung kann in der Gesetzlichen Krankenversicherung über den Gesundheitsfonds organisiert werden. Hierzu können dem Gesundheitsfonds analog zum Steuerzuschuss die Mittel aus den Anleihen als Bundesmittel zugeführt werden, zum Beispiel als weitere Einnahmeart des Gesundheitsfonds. Die Verwendung der Mittel durch die Krankenkassen kann an Auflagen gebunden werden, welche von der Aufsicht, dem

Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder dem Gesetzgeber vorgegeben werden. Denkbar wäre beispielhaft für den Krankenhaussektor die zweckgebundene Ergänzung der Investitionskostenfinanzierung über Investitionspauschalen. Die Krankenkassen würden die zweckkonforme Mittelverwendung über die Krankenhausvergütung realisieren, während die Mittelherkunft über den Bund erfolgt.

Alternativ zur Zuführung aus Bundesmitteln in den Gesundheitsfonds könnten die Mittel auch in ein Sondervermögen beim Gesundheitsfonds überführt werden oder der Krankenhausstrukturfonds des Bundesamtes für Soziale Sicherung könnte zu einem Investitionsfonds für eine zukunftsfähige Infrastruktur weiterentwickelt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre eine Steuerung über die Kreditanstalt für Wiederaufbau.

Die notwendigen Investitionen für den anstehenden Strukturwandel müssten damit nicht länger mittelbar aus den laufenden Beitragseinnahmen gedeckt werden, was die Entwicklung des Beitragssatzes entlastet und die Produktivität der gesundheitlichen Versorgung durch Investitionen in Infrastruktur verbessert.

Das Beispiel der „Weißen Anleihen“ zeigt also, dass eine verlässliche Finanzierung möglich ist. Es braucht aber ein stimmiges Leitbild und Klarheit über eine dem künftigen Versorgungsbedarf entsprechende Versorgungsstruktur. Dazu gehört auch die Frage, inwieweit die künftige Infrastruktur von Bund, Ländern und Kommunen vorgegeben wird oder sich über wettbewerbliche Ansätze im Rahmen eines Wettbewerbs um Gesundheit entwickelt.

Fazit: Mit der nächsten Krankenhausreform die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Strukturwandel schaffen

Die Voraussetzungen für diesen zielführenden Wettbewerb um Gesundheit sind die Etablierung von Versorgungsstufen, die mit ökonomisch tragfähigen Geschäftsmodellen unterlegt werden, sowie eine ordnungspolitisch stringente Aufgabenverteilung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Kostenträgern für Planung, Vergütung und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Anbieter können sich gezielt für ein Betreibermodell entscheiden und mit konsistenten Planungsvorgaben, Vergütungsanreizen und einer

ausreichenden Investitionskostenfinanzierung am Wettbewerb um Gesundheit partizipieren, indem sie sich auf ihre Stärken konzentrieren und anderes weglassen. Qualitätsunterschiede werden abgebaut und die durchschnittliche Qualität der Versorgung steigt. Ärztliches und pflegerisches Personal wird langfristig durch die Verringerung der Mengendynamik entlastet.

Das Leitbild einer episodengerechten Versorgung ermöglicht Anreize über Zuschlagsleistungen und die Berücksichtigung der personalisierten Netzwerkmedizin. Es verzahnt den stationären Bereich mit dem ambulanten Sektor. Eine darauf abzielende Digitalisierung und Neuverteilung der Rollen zwischen den Gesundheitsberufen unterstützen einen breiten Zugang zum rasanten medizinischen Fortschritt. Es braucht Mut, den kleinteiligen Reparaturbetrieb der stationären Versorgung durch einen ordnungspolitisch durchdachten großen Wurf zu ersetzen. Dieser Mut lohnt sich, sofern man den Anspruch hat, das umfassende Leistungsversprechen des deutschen Gesundheitswesens für die Zukunft zu bewahren.

Die Herausforderungen sind groß. Die Frage ist, wie die Politik diese Herausforderungen mithilfe eines ordnungspolitisch sinnvollen Rahmens bewältigt, der die Akteure befähigt, den notwendigen Strukturwandel erfolgreich zu gestalten.

Profitieren sollten diejenigen Krankenhausträger, die sich auf den Wandel einstellen und damit überhaupt erst die Grundlage für eine effektive Versorgung schaffen. Um die notwendigen Investitionen zu ermöglichen, brauchen die Akteure Planungs-, Vergütungs- und Finanzierungssicherheit, die nicht gelingen kann, wenn die Politik weiter im Reparaturmodus arbeitet.

Die Alternative zur „Dauerbaustelle Krankenhaus“ braucht neben dem ordnungspolitischen Leitbild einen verlässlichen Finanzierungsrahmen für mehrere Jahre, der sowohl den Investitionsstau auflöst als auch zusätzliche Investitionen in den Strukturwandel erlaubt. Wenn die Krankenhäuser und Klinikketten die Versorgungsstufen und die damit verbundenen Anreize kennen, können sie sich entscheiden, auf welcher Versorgungsstufe sie sich künftig engagieren wollen. Sie wissen, welchen Investitionsbedarf sie

haben, welche personellen Ressourcen sie benötigen und welche Anforderungen sie erfüllen müssen, um in einem solidarisch finanzierten System wirtschaftlich zu arbeiten. So kann ein Strukturwandel eine strukturierte und zielgerichtete Form annehmen, statt ungesteuert in eine Kommerzialisierung zu laufen.

Literatur

- Albrecht, M., Loos, S. und Irps, S. (2021). Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung – Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse. Ergebnisbericht für den Verband der Ersatzkassen e.V. Online unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/verband/zukunftsforum/2021/IGES_Gutachten_2021.pdf (Download am 6. August 2021).
- AOP – Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (2021). Online unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/AOP-Katalog_2021.pdf (Download am 6. August 2021).
- Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N. und Veltkamp, C. (2014). Krankenhausplanung 2.0. Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Herausgegeben vom Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen (RWI Materialien, Heft 84). Online unter: https://www.vdek.com/presse/publikationen/_jcr_content/par/download_8/file.res/84_Positionen%20der%20Ersatzkassen%20zur%20Krankenhausplanung_ansicht.pdf (Download am 6. August 2021).
- BARMER (2019). 10-Punkte-Papier – Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Berlin. Online unter: <https://www.barmer.de/blob/184386/e9d-daa6aa30f1af80e2945696ae8be5a/data/dl-barmer-10-punkte-papier.pdf> (Download am 6. August 2021).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019). Mindestmengen im Krankenhaus – Bilanz und Neustart. Online unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/mindestmengen-im-krankenhaus> [23.11.2020]

- Deutsche Stiftung Patientenschutz (2017). Entwicklung der Pflegekräfte und Fallzahlen 1991 bis 2016. Online unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/Entwicklung_Pflegekraefte_und_Fallzahlen_Krankenhaus_1991-2016.pdf (Download am 6. August 2021).
- DGHO – Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (2019). Qualitätsgesicherte Molekulardiagnostik in der Onkologie. zielgerichtet – integriert. Positionspapier Januar 2019. Online unter: www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/molekulare-diagnostik/molekulare-diagnostik-positionspapier-2019-1.pdf (Download am 6. August 2021).
- Graalmann, J., Rödiger, T., Schirmer, L. und van Maanen, H. (2021). „Weiße Anleihen“ als alternative Finanzierung für den Strukturwandel im Gesundheitswesen. In: Hildebrandt, H. und Stuppardt, R. (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg.
- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (2021). Online unter: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2021/0501-0600/511-21.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Download am 6. August 2021).
- Haas, A. und Weller, M. (2021). Echte Arzneimittelinnovationen fördern und die Versorgung stärken. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zu patentgeschützten Arzneimitteln. Online unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20210716_Positionspapier_Arzneimittelinnovationen_barrierefrei.pdf (Download am 6. August 2021).
- Hermann, C. und Mussa, N. (2020). Investitionsfinanzierung und ineffiziente Krankenhausstrukturen. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. und Beivers, A. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-60487-8_12
- Kühne, R., Graalmann, J. und Knieps, F. (Hrsg.) (2021). Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe: Kompetenzen stärken und Verantwortung anbieten. Berlin.
- Leopoldina (2016). Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Online unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf (Download am 6. August 2021).

- Magunia, P., Rong, O., Grotelüschen, J. und Bähner, V. (2021). Verspielte Zukunft? Warum Deutschlands Kliniken jetzt investieren müssten, es aber nicht können. Roland Berger Krankenhausstudie 2021. München
- Mansky, T., Drogan, D., Nimptsch, U. und Günster, C. (2017). Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. In: Dormann, F. und Klauber, J. (Hrsg.). Qualitätsmonitor 2017. Berlin. S. 165–214. Online unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Qualitaetsmonitor/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf (Download am 6. August 2021).
- Mansky, T., Drogan, D., Nimptsch, U. und Günster, C. (2018). Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. In: Dormann, F., Klauber, J. und Kuhlen, R. (Hrsg.). Qualitätsmonitor 2018. Berlin, S. 171–223. Online unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Qualitaetsmonitor/wido_ver_qualitaetsmonitor_2018_gesamt_1117.pdf (Download am 6. August 2021).
- McKinsey & Company (Hrsg.) (2020). eHealth Monitor 2020. Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung – Status quo und Perspektiven. Online unter: <https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2020/2020-11-12%20ehealth%20monitor/ehealth%20monitor%202020.pdf> (Download am 6. August 2021).
- Nimptsch, U. und 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. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184
- Rong, O., Magunia, P., Bähner, V. und Grotelüschen, J. (2020). Krise in der Krise: Deutschlands Krankenhäuser zwischen wirtschaftlicher Sanierung und Covid-19. Roland Berger Krankenhausstudie 2020. München
- Schlomm, T., Rödiger, T. und Graalman, J. (2020). Präzisionsonkologie – Wie bleibt hochwertige Versorgung für alle angesichts steigender Diagnostik- und Therapiekosten bezahlbar? In: *Der Urologe* 1/2021. Berlin.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014). Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung 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.
- Steinbeck, V., Ernst, S.-C. und Pross, C. (2021). Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich. Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland. Ergebnisbericht im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung. doi: 10.11586/2021053
- Stephani, V., Busse, R. und Geissler, A. (2019). Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2019. Berlin, Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-58225-1_2
- SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 (Langfassung). Wiesbaden. Online unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Download am 6. August 2021).
- SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021). Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021 (Langfassung). Wiesbaden. Online unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf (Download am 6. August 2021).
- Teichert, D. (2021). Gesundheit ist ein lokales Produkt. In: Hildebrandt, H. und Stuppardt, R. (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg.
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2020). QSR-Verfahren Transkathetäre Transkatheter-Aortenklappenimplantation. Abschlussbericht. Berlin. Online unter: https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_abschlussbericht_tv_tavi.pdf (Download am 6. August 2021).
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2018). QSR-Verfahren Verschluss einer Leistenhernie. Abschlussbericht. Berlin. Online unter: https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_abschlussbericht_leistenhernien.pdf (Download am 6. August 2021).

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2014). QSR-Verfahren Prostataoperation bei Benigner Prostataobstruktion Abschlussbericht. Berlin. Online unter: https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_abschlussbericht_prostataoperation_bps2015.pdf (Download am 6. August 2021).

Wohlin, J., Stalber, H., Ström, O., Rolfson, O., Willers, C. und Brommels, M. (2017). Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm County. Stockholm. Online unter: <https://ki.se/media/95244/download> (Download am 6. August 2021).