

Positionen
zur Bundes-
tagswahl



Krankenhäuser

IMPULSE FÜR DIE KLINIKLANDSCHAFT

Die Neuordnung der Krankenhausversorgung wird die zentrale gesundheitspolitische Aufgabe der kommenden Jahre. Kai Swoboda erläutert, welche Anforderungen eine Reform des stationären Sektors erfüllen muss.

Interview

KOMPETENZEN BÜNDELN UND VERSORGUNG VERNETZEN



Kai Swoboda, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der IKK classic, über den Reformbedarf des stationären Sektors

Herr Swoboda, für Krankenhausbehandlungen wenden die Krankenkassen gut jeden dritten Euro ihres Leistungsbudgets auf. In diesem Jahr werden das gut 90 Milliarden Euro sein. Ist das Geld der Beitragszahler gut angelegt?

Kai Swoboda: Im Kliniksektor finden wir Spitzenmedizin, hohe Kompetenz und vorbildliches Engagement von Ärzten und Pflegekräften. Dafür lohnt es sich, gutes Geld auszugeben. Aber wir sehen auch Schattenseiten in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die gilt es abzubauen und stattdessen effiziente, bedarfsgerechte Strukturen zu schaffen. Das ist eine Riesenaufgabe, bei der viele an einem Strang ziehen müssen.

Woran hapert es bei Deutschlands Kliniken?

Swoboda: Unsere Krankenhauslandschaft umfasst annähernd 2.000 Kliniken; im internationalen Vergleich ist das ein regelrechter Wildwuchs. Darunter sind leistungsstarke und weniger leistungsfähige, kleine und große, wirtschaftliche und unwirtschaftliche Häuser. Sie alle konkurrieren um Patienten, um Behandlungserlöse und um Pflegekräfte. Das ist der Hauptgrund für den Pflegemangel.

Eine modern ausgerichtete Kliniklandschaft würde die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern – durch die Konzentration medizinischer Kompetenz und eine bessere Verteilung des Pflegepersonals.

Was sind die größten Stolpersteine?

Swoboda: Bei den Krankenhäusern sind die Bundesländer für die Investitionskosten verantwortlich und die Krankenkassen für die Betriebs-, sprich Behandlungskosten. Das aber ist seit Jahren nur noch Theorie. Tatsächlich haben die meisten Länder ihre Investitionen kontinuierlich zurückgefahren. Das erzeugt bei Kliniken den Fehlanreiz, die nötigen Investitionsmittel über zusätzliche Behandlungen hereinzuholen; also zum Beispiel weit mehr Operationen durchzuführen als nötig. Medizinisch ist das problematisch, wirtschaftlich auch.

„**IN DEUTSCHLAND ERFOLGEN IMMENS VIELE LEISTUNGEN STATIONÄR, DIE VIEL BESSER AMBULANT ERBRACHT WERDEN KÖNNEN.**“

Einer Strukturreform stehen oft auch regionale Egoismen entgegen; jeder Landkreis beharrt auf dem eigenen Krankenhaus. Diesen Stillstand müssen wir überwinden.

Wie müsste die stationäre Versorgung in Zukunft aussehen?

Swoboda: Unser Ziel ist eine Neuordnung der Kliniklandschaft, die Schwerpunkstandorte mit hochspezialisierter Versorgung und eine flächengerechte Grundversorgung klug miteinander vernetzt und dabei ambulante und stationäre Angebote systematisch verbindet.

Konkret heißt das: Wir wollen zum einen die Spezialisierung von Kliniken und deren Konzentration an zentralen Standorten vorantreiben. Parallel sollen Gesundheitszentren im ländlichen Raum entstehen. Sie sichern die Versorgung in dünn besiedelten Gebieten. Ihre Schwerpunkte sind stationäre und ambulante Basisleistungen und Notfallmedizin.

An der Planung und Umsetzung dieser neuen Versorgungsarchitektur müssen die Krankenkassen in vollem Umfang beteiligt sein. Deren Beitragszahler finanzieren die Betriebskosten – und haben als Patienten Anspruch auf optimale medizinische Betreuung.

Mehr Qualität bedeutet, dass eine Klinik am Ende nur solche Leistungen anbieten darf, die sie auch nachweislich routiniert beherrscht. Medizinische „Gemischtwarenläden“, die alles Mögliche anbieten, aber nichts richtig gut können, sollten wir uns nicht mehr leisten.

Welche Hausaufgaben muss die Politik in der nächsten Legislaturperiode dazu in Angriff nehmen?

Swoboda: Die Neugestaltung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen kann nicht an Ländergrenzen haltmachen. Deshalb sollte die Gesetzgebung eine länderübergreifende Krankenhausplanung ermöglichen. So würden auch die planerischen Zuständigkeiten der Bundesländer erweitert werden.

Daneben muss die Politik die Bundesländer bei den Investitionskosten endlich in die Pflicht nehmen. Corona hat gezeigt, dass die Länder sich hierbei in noch stärkerem Umfang engagieren müssen, als bislang vorgesehen.

Zudem müssen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen angemessen mit Personal zur qualifizierten Patientenbetreuung ausgestattet werden – und zwar vorzugsweise mit eigenem Personal.

Die künftige Versorgungs- und Bedarfsplanung sollte darüber hinaus sektorenübergreifend erfolgen. Bei den Krankenhäusern beispielsweise nicht isoliert nach Betten, sondern nach Leistungen – also stationäre, ambulante, rehabilitative und pflegende Leistungen zusammen in den Blick nehmen.

Gehen wir von der Planung in die aktuelle Praxis. Wie könnte hier rasch wirtschaftlicher gearbeitet werden?

Swoboda: Die Abrechnungen der Kliniken sind ein kritischer Bereich. Hier müssen die Kassen die Chance haben, genau hinschauen zu dürfen: Wenn Falschabrechnungen erkannt und korrigiert werden, entlastet das die Beitragszahler der GKV jährlich um Milliarden.

In der letzten Legislaturperiode wurde der Umfang dieser Prüfungen

empfindlich eingeschränkt – im Zuge der Corona-Schutzschirme dann noch ein weiteres Mal: auf fünf Prozent der jährlichen Rechnungen.

Der Bundesrechnungshof hat Vorschläge für die Rückkehr zu einem sachgerechten Prüfumfang gemacht. Die Politik sollte diesen im Interesse der Beitragsstabilität folgen.

Helfen würde dabei auch, wenn die gegenwärtige Komplexität der Fallpauschalen (DRG) bei der Krankenhausvergütung reduziert würde.

Die Reform des stationären Sektors ist eine Herkulesaufgabe. Wie kann sie gelingen?

Swoboda: Erfolg werden die skizzierten Reformvorhaben nur haben, wenn alle Beteiligten, also Bund, Länder, Kommunen, Kliniken, ambulante Medizin und Kostenträger konstruktiv zusammenwirken. Dann werden wir auch die Chancen der Digitalisierung nutzen können.

DER FINANZDRUCK IN DER GKV IST EIN SIGNAL, DASS WIR JETZT HANDELN MÜSSEN.