

Die Bundesländer kommen ihrer Verpflichtung, für die Investitionskosten der Krankenhäuser aufzukommen, seit vielen Jahren überwiegend kaum noch nach. Dies ist eine Ursache für Fehlsteuerungen, Mengenausweitungen und unzulässige Kostenverlagerungen. Dem Anspruch auf Entscheidungshoheit bei der Krankenhausplanung korrespondiert auf Länderebene nur wenig Bereitschaft zur Mitwirkung bei der dualen Finanzierung.

Politik, Länder, Kommunen, Krankenhäuser und Kostenträger sind gemeinsam gefordert, partnerschaftlich Lösungen zu entwickeln. Dabei kann die Digitalisierung helfen, die im Konjunkturpaket jetzt auch zielgerichtet gefördert wird. Die Qualitäts-offensive bei der stationären Versorgung ist heute dringlicher denn je.

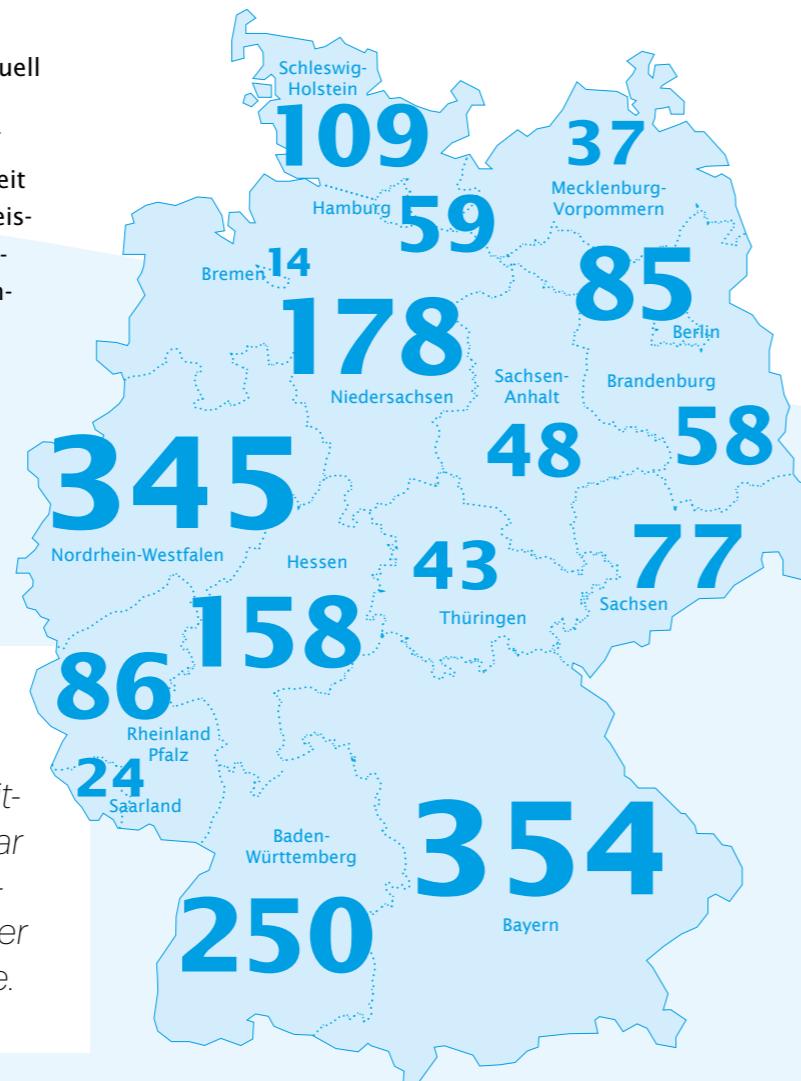
Gibt es schon positive Signale? Und wie könnten die Reformansätze Rückenwind bekommen?

Schritte in die richtige Richtung sehen wir aktuell bei der leistungsorientierten Planung in Nordrhein-Westfalen. Diese Ansätze verdienen, auf Bundesebene weiterverfolgt zu werden. Die Zeit dafür drängt. Denn mit den diversen neuen Leistungsgesetzen und den Belastungen der Corona-Krise gerät die GKV in den kommenden Jahren absehbar unter erheblichen Finanzdruck. Immer weniger vermittelbar ist es vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen, im Gesundheitssystem Milliarden für unzeitgemäße Strukturen aufzuwenden.

Kai Swoboda ist seit 2018 stellvertretender Vorstandsvorsitzender der IKK classic. Zuvor war er viele Jahre lang im Klinikmanagement tätig, u. a. als COO der MEDIAN Unternehmensgruppe.

Krankenhauslandschaft

HISTORISCH GEWACHSEN



Krankenhausanzahl nach Bundesländern
Quelle: Statistisches Bundesamt 2018



Versorgung

PERSPEKTIVEN FÜR DIE KLINIKEN

Der Krankenhaussektor steht in der Kritik: Wie können die Kliniken besser, wirtschaftlicher und patientenfreundlicher werden? Kai Swoboda skizziert, welche Probleme die Verantwortlichen heute gemeinsam angehen müssen, um die Krankenhauslandschaft der Zukunft zu schaffen.

Interview

GEMEINSAMES HANDELN IST GEFRAGT



Kai Swoboda, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der IKK classic, zur Rolle der Krankenhäuser während der Corona-Krise und zum künftigen Reformbedarf.

In Deutschland konnten während der Corona-Krise schnell viele Krankenhausbetten für potenzielle Intensivpatienten bereitgestellt werden. Ist unser Krankenhaus-system besser als gedacht?

Auf das Risiko steigender Fallzahlen bei beatmungspflichtigen Patienten war Deutschland gut vorbereitet. Dazu beigetragen haben zweifellos die ohnehin hohe Zahl vorhandener Krankenhaus- und Intensivbetten und die schnell geschaffenen zusätzlichen Intensivkapazitäten. Dennoch bleibt der stationäre Sektor auch nach Corona ein Sorgenkind.

Das Übermaß an Kliniken, zu viele, falsch in der Fläche verteilte Betten und der Unwillen der Bundesländer, ihren Investitionspflichten nachzukommen, sind Treibkräfte fortwährender Unwirtschaftlichkeit.

Bei der Notfallversorgung werden aktuell die Defizite des Nebeneinanders ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen schmerzhaft spürbar.

NACH DER KRISE IST EINE GRUNDLEGENDE REFORM UNAUSWEICHLICH.

Wie war das während der Krise: Was hat die Politik mit Blick auf die klinische Versorgung richtig gemacht?

Die Politik hat schnell und besonnen gehandelt. In der Frühphase der Corona-Pandemie war es völlig richtig, primäre Versorgungsstrukturen wie Kliniken durch Schutzschirme vor der Gefahr des Zusammenbruchs zu bewahren.

Auch die Vorfinanzierung der Kosten für freigehaltene Intensivbetten aus der Reserve des Gesundheitsfonds war wegen der Eilbedürftigkeit angemessen. Sachgerecht wäre, dass diese Kosten nicht bei den Beitragszahlern der GKV verbleiben, sondern vom Staat aus Steuermitteln erstattet werden.

Ebenso richtig war es, die zunächst pauschale Finanzierung der Leerbetten mit 560 Euro pro Tag (aus Mitteln des Gesundheitsfonds) wegen der damit verbundenen Fehlanreize durch ein gestaffeltes Vergütungsmodell zu ersetzen. Dieses hätte aber passgenauer und klinikspezifisch geschehen müssen.

Was hätte in Bezug auf die Krankenhäuser anders laufen müssen?

Die nun entwickelten differenzierten Vergütungssätze zwischen 360 Euro und 760 Euro für die Leerbetten bilden den realen Kostenaufwand der Häuser zwar etwas besser, aber am Ende auch nicht zielgenau ab. Sie sind daher nicht geeignet, die mögliche Über-, aber auch die Unterfinanzierung von Kliniken wirklich zuverlässig auszuschließen. Dazu lagen schon bessere Entwürfe vor. Ein Eckkostenbetrag mit Bezug zum CMI wäre die wirtschaftliche Alternative gewesen.

Schwachpunkte des politischen Krisenmanagements sind gegenwärtig die deutlich zu hoch festgesetzte Vergütung für Corona-Tests bei Krankenhauspatienten sowie die drastische Einschränkung der Prüfmöglichkeiten, die Krankenkassen bei den Klinikrechnungen haben. Besonders mit Blick auf den Milliardenumfang der in den vergangenen Jahren bereinigten Abrechnungsfelder bergen die aktuellen Minimalprüfungen das Risiko unnötiger wirtschaftlicher Nachteile für die Beitragszahler der GKV.

Wo liegen die Probleme im Krankenhaussektor, die Sie auch nach Corona beschäftigen?

Auch nach Corona ist der klinische Sektor das, was er vor Corona schon war: ein historisch gewachsenes Nebeneinander von leistungsstarken und weniger leistungsfähigen, kleinen und großen, wirtschaftlichen und unwirtschaftlichen Akteuren. Sie alle konkurrieren um Patienten, Behandlungserlöse und übrigens auch um Pflegekräfte. Der Umfang der vorgehaltenen Kapazitäten ist im internationalen Vergleich immens hoch, ihre Integration in ein konsistentes Versorgungskonzept fehlt. Dieser teure Wildwuchs ist nicht nur eine wesentliche Ursache für den gegenwärtigen Pflegemangel, sondern erzeugt jährliche Kosten in Milliardenhöhe.

Internationale Studien legen nahe, dass die erreichte Versorgungsqualität mit diesem Aufwand nicht immer Schritt hält. Mit dem durch die Beitragszahler der GKV finanzierten Investment von rund

80 MILLIARDEN EURO

im Jahr ließe sich die stationäre Versorgung an vielen Stellen sicher noch besser organisieren.

Was muss eine Reform bei den Krankenhäusern verbessern?

Notwendig ist eine Neuordnung der Kliniklandschaft, die Schwerpunktstandorte mit hoch spezialisierter Versorgung und die flächengerechte Grundversorgung klug vernetzt und dabei die ambulanten und stationären Angebote systematisch verbindet. Dies schließt eine Intensivbettenreserve für den pandemischen Notfall ein. An der Planung und Umsetzung dieser neuen Versorgungslandschaft sind die Krankenkassen in vollem Umfang zu beteiligen, weil ihre Beitragszahler die Betriebskosten finanzieren – und am Ende als Patienten auch Anspruch auf bestmögliche Qualität haben.