

# AKG VISION 2030

POSITIONSPAPIER ZUR KRANKENHAUSSTRUKTUR DER ZUKUNFT VOM 22. MÄRZ 2021  
**STELLUNGNAHME VON PROF. DR. BORIS AZUGURZKY AM 05. JULI 2021**

## 1. HANDLUNGSBEDARFE

Bereits vor der Corona-Pandemie stand die Krankenhausversorgung in Deutschland vor einem Wendepunkt. Das Angebot an medizinischen und Pflegefachkräften konnte mit dem Bedarf nicht mehr Schritt halten. Immer wieder kam es vor, dass einzelne Krankenhäuser vorübergehend eine Station schließen mussten, weil nicht genügend Pflegefachpersonen vorhanden waren. Eine Besserung der Lage war vor dem Hintergrund der Beschleunigung des demografischen Wandels in den 2020er Jahren kaum zu erwarten. Während in Deutschland im Jahr 2020 auf 1,04 Millionen Menschen im Alter von 65 Jahren noch 830.000 Menschen im Alter von 20 Jahren kamen, prognostiziert das Statistische Bundesamt, dass diese Relation im Jahr 2030 bei etwa 1,30 Millionen zu 750.000 liegen wird. Jedes Jahr fehlen dann mehr als eine halbe Million Nachwuchskräfte, um die durch Renteneintritte entstehende Lücke am Arbeitsmarkt zu schließen.

Der Mangel an Fachkräften hatte vor „Corona“ zu einem überproportionalen Anstieg der Löhne geführt, was steigende Personalkosten für Krankenhäuser nach sich zog. Gleichzeitig stagnierte seit 2017 die Menge an stationären Leistungen im Krankenhaus. Während in früheren Jahren ein Leistungszuwachs von jährlich 1,5 bis 1,7% das Kostenwachstum über Skaleneffekte auffangen konnte, war dies seit 2017 nicht mehr möglich. So verwundert es nicht, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser seit 2017 kontinuierlich verschlechterte (Krankenhaus Rating Report 2021). Dies erschwerte zunehmend die Mitfinanzierung von Investitionen aus Eigenmitteln der Krankenhäuser, die aufgrund des niedrigen Niveaus an Investitionsfördermittel der Länder nötig ist, um die Unternehmenssubstanz halten und modernisieren zu können.

Die Gründe für die Stagnation der stationären Leistungsmenge seit 2017 sind vielfältig. Ein Grund kann der Fachkräftemangel sein, der die Leistungserbringung ausbremszt. Ein weiterer Grund können die bis 2019 strengereren Prüfungen des MDK gewesen sein. Beides zusammen, gepaart mit der wachsenden Möglichkeit zur ambulanten Leistungserbringung ehemals stationär erbrachter Fälle, könnte den beobachteten Trend erklären. Tatsächlich dürfte das so genannte ambulante Potenzial im deutschen Gesundheitswesen hoch sein. Die bestehenden Vergütungssysteme und die ambulant-stationäre Sektorengrenze erschweren jedoch seine Realisierung. Diese Sektorengrenze, weitere künstliche Schnittstellen im Gesundheitswesen sowie ein traditionelles Berufsständesystem haben zudem dazu geführt, dass in der Gesundheitsversorgung eine unzureichende Patientenorientierung vorliegt.

Die Corona-Pandemie hat im Jahr 2020 zu einem enormen Einbruch der stationären Fallzahlen von 13% geführt. Auch im Jahr 2021 liegt das Leistungsniveau noch deutlich unter dem des Jahres 2019. Staatliche Ausgleichszahlungen in Form von Freihaltepauschalen konnten die damit verbundene Erlösminderung kompensieren und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser stabilisieren. Der Krankenhaus Rating Report 2021 geht davon aus, dass es für die Mehrzahl der Krankenhäuser sogar zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage im Jahr 2020 gegenüber 2019 gekommen ist und dass auch 2021 noch besser als 2019 ausfallen dürfte. Falls aber die Leistungsmenge nach „Corona“ im Jahr 2022 weiterhin signifikant unter 2019 liegen sollte und keine weiteren staatlichen Ausgleichszahlungen erfolgen, würde sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

schlagartig deutlich verschlechtern. Die damit verbundene hohe Reduktion der Bettenauslastung würde für sehr viele Krankenhäuser das wirtschaftliche Aus bedeuten. In diesem Szenario würde sofort akuter Anpassungsbedarf entstehen, der den demografisch bedingten Anpassungsbedarf im Laufe dieses Jahrzehnts in den Schatten stellen würde.

Allerdings steckt in diesem Szenario auch eine Chance. Denn weniger Leistungsmenge bedeutet weniger Fachkräftebedarf, womit dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegengewirkt würde. Da auch der vertragsärztliche Bereich vor gewaltigen Herausforderungen steht, genannt seien der Nachwuchsmangel in ländlichen Regionen und veränderte Präferenzen hinsichtlich der „Work-life-balance“ verbunden mit einer größeren Risikoaversion des Nachwuchses, zeichnet sich ab, dass die bestehenden Leistungserbringer neue Rollenverständnisse entwickeln müssen. Insbesondere ist die Rolle des Krankenhauses neu zu definieren.

Das Papier der AKG geht auf die aktuellen Problemfelder in der Gesundheits- und Krankenhausversorgung sowie die zu erwartenden Entwicklungen ein und stellt vier zentrale Handlungsfelder heraus, um mit den Problemen umzugehen: (i) Digitalisierung, (ii) sektorenübergreifende Versorgung, (iii) Fachkräftemangel sowie (iv) Qualität und Finanzierung. Aus meiner Sicht sind damit die wesentlichen Handlungsfelder für die kommenden Jahre erfasst. Als weiteres fünftes Handlungsfeld ließe sich noch Prävention bzw. die Gesunderhaltung der Bevölkerung ergänzen, die mit einem neuen Rollenverständnis des Krankenhauses ebenfalls an Bedeutung gewinnen könnte.

Übergeordnet steht der Nutzen der Versorgung für die Patienten. Um einen hohen Nutzen erzielen zu können, braucht es in ausreichendem Maß Personalressourcen und Investitionsmittel, die auf effiziente Art und Weise eingesetzt werden. Der gegenwärtige und künftige Fachkräftemangel sowie der Mangel an Investitionsmittel stehen daher an erster Stelle („Mangel an Ressourcen“) der Herausforderungen. Um die knappen Ressourcen möglichst effizient einsetzen zu können, sind Sektorengrenzen hinderlich, die einer ganzheitlichen Optimierung entgegenstehen. Außerdem sollte, wo immer möglich, moderne Technologie genutzt werden, um das Personal zu entlasten. Darunter fällt das Thema der Digitalisierung. Sie besitzt außerdem ein großes Potenzial zur Steigerung des Patientennutzens, indem sie Versorgungsforschung unterstützt und mehr Transparenz schafft. Damit alle Akteure am gleichen Strang ziehen, ist schließlich ein Vergütungssystem nötig, das sowohl einen hohen Patientennutzen als auch eine effiziente Leistungserbringung belohnt.

Vor diesem Hintergrund würde ich empfehlen, die Reihenfolge der Handlungsfelder im AKG-Papier leicht anders anzuordnen: (i) Ressourcenmangel (Personal und Kapital), (ii) sektorenübergreifende Versorgung, (iii) moderne Technologie, darunter Digitalisierung, und (iv) Qualität und Finanzierung. An erster Stelle steht das Problem des Ressourcenmangels, das über die anderen Felder gemildert werden kann.

Die im Papier genannten Annahmen zum Stand der **Digitalisierung** im Jahr 2030 sind plausibel. Im Zentrum steht eine umfangreich nutzbare elektronische Patientenakte (ePA) für jeden Bürger. Die Telematikinfrastruktur ist voll einsatzfähig und bietet eine Plattform für „herkömmliche“ und neuartige Gesundheitsangebote, insbesondere auch Apps. Die ePA verfügt über Schnittstellen zu Gesundheits-Apps, um von Patienten eigenständig gesammelte Daten einzubinden. Die Mehrzahl der Patienten dürfte eigene Daten in einen Behandlungsprozess mitbringen. Ein wichtiger Aspekt ist der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI). Ihr Einsatz in der Diagnostik ist vorgezeichnet. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass sie verstärkt als persönliche Begleiterin des Patienten und Bürgers zum Einsatz kommen wird. Eine Vorahnung darauf geben beispielsweise Ada Health oder „Alexa“ von Amazon. Eine Folge davon wird sein, dass die Informationsasymmetrie zwischen Patient und Arzt schrumpft, weil der Patient durch die KI quasi „aufgerüstet“ wird. Damit gewinnt die

Nachfrageseite an Marktmacht und wird eine ganzheitliche, sektorenfreie Versorgung mit großem Nachdruck einfordern.

Die beschleunigte Alterung der Gesellschaft in diesem Jahrzehnt wird zu einer weiteren Verschärfung des Ressourcenmangels führen. Der Wettbewerb um Fachkräfte wird sich auf dem Arbeitsmarkt weiter intensivieren und damit wird der Lohndruck noch zunehmen. Für ein funktionierendes Gesundheitswesen wird die effiziente Allokation der Fachkräfte daher von herausragender Bedeutung sein. **Sektorenengrenzen** jeglicher Art setzen aber künstliche Schranken hinsichtlich des erreichbaren Effizienzniveaus. Um Rationierung in der Versorgung zu vermeiden, werden sie fallen müssen. Mithin dürfte es zu einem Aufweichen der doppelten Facharztschiene kommen. Krankenhäuser werden sich im Jahr 2030 stärker in der ambulanten fachärztlichen Versorgung engagieren und umgekehrt werden sich niedergelassene Ärzte im Krankenhaus einbringen und die dort vorhandenen Ressourcen mitnutzen. In Kombination mit veränderten Vergütungsanreizen führt dies dazu, dass trotz der Alterung der Gesellschaft die Zahl der stationären Krankenhausfälle sinkt. Im Gegenzug nimmt die Zahl der komplexen ambulanten Fälle am Krankenhaus in Kooperation mit freiberuflichen und angestellten Fachärzten zu. Im Jahr 2030 wird es nicht mehr um die Frage gehen, wer welche Leistung am Patienten in welcher Form erbringen darf, sondern wie der Patient die optimale Versorgung auf effiziente Weise erhält. Die Annahmen im Positionspapier des AKG sind daher sehr plausibel. Möglicherweise verändern sich die Rollen der einzelnen Leistungserbringer sogar so weit, dass im Jahr 2030 nicht mehr von einem Krankenhaus die Rede sein wird, sondern von einem Zentrum der fachärztlichen Gesundheitsversorgung.

Hinsichtlich des Handlungsfelds „**Fachkräftemangel**“ sind die Annahmen für das Jahr 2030 ebenfalls nachvollziehbar. Sie sind sogar eher zurückhaltend formuliert. Der Druck auf eine effiziente Allokation der Fachkräfte, was besonders die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen angeht, wird Mitte des Jahrzehnts stark wachsen. Hinzu kommt, dass die nachwachsende Generation andere Wertvorstellungen mitbringt, die sie aufgrund ihrer Knappheit am Arbeitsmarkt sehr wahrscheinlich durchsetzen kann. Sie fordert flachere Hierarchien ein, eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, flexiblere Arbeitszeiten und planbare Freizeit. Gut sichtbar ist dies bereits im vertragsärztlichen Bereich: Während hier im Jahr 2008 nur 6% als angestellte Ärzte arbeiteten, waren es 2020 schon 24%; auch der Anteil mit einer Teilzeittätigkeit ist in diesem Zeitraum von ehemals 8% auf inzwischen 38% gestiegen – Tendenz jeweils steigend. Anders als im AKG-Positionspapier angenommen, würde ich erwarten, dass die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen zunimmt und dass insbesondere ein Teil der Pflege mehr Verantwortung im Krankenhaus und in der Gesundheitsversorgung generell übernimmt und damit den ärztlichen Dienst entlastet. Auch neue Berufe vor allem im Zusammenhang mit der zunehmenden Digitalisierung dürften Einzug in die Gesundheitsversorgung halten. In der Summe nimmt damit die Komplexität der Arbeitsorganisation zu und als Folge davon steigt – wie als Annahme formuliert – der Führungsbedarf.

Im Handlungsfeld „**Qualität und Finanzierung**“ beschreiben die Annahmen des Positionspapiers den Status quo im Jahr 2020. Als solche ist ihnen zuzustimmen. Für das Jahr 2030 ist jedoch kaum zu erwarten, dass noch zahlreiche Vorgaben zum Personaleinsatz gemacht werden können. Wenn es an qualifiziertem Personal mangelt, wird die Politik – ähnlich wie während der Corona-Pandemie – nicht darum herumkommen, Regulierung abzubauen und Spielraum für die Optimierung der Personalallokation zu eröffnen. Es ist eher davon auszugehen, dass Vorgaben an die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung eine größere Rolle spielen werden. Die zu erwartende wachsende Transparenz zum Versorgungsgeschehen in Kombination mit der ePA dürfte dies unterstützen. Zwar sind Personalvorgaben politisch opportun, weil sie einfacher kontrollierbar und einfacher der Wählerschaft vermittelbar sind. Wenn sie aber zu einer Rationierung der Patientenversorgung führen, muss die Politik letztendlich einlenken.

## 2. VISION 2030

Die AKG skizziert im Positionspapier das Modell einer gestuften Versorgung (**Stufenmodell**). Es sieht die Zuordnung der einzelnen Leistungserbringer zu klar definierten, aufeinander aufbauenden Versorgungsstufen vor, kombiniert mit einer trägerübergreifenden (digitalen) Vernetzung der Angebote und einer trägerübergreifenden Steuerung der Versorgung. Darüber hinaus kritisiert das Papier die bestehenden Anreize im DRG-Fallpauschalsystem und der Menge an regulativen Vorgaben zum Beispiel im Personalbereich. Um neue Versorgungsrollen einnehmen zu können, braucht es Anpassungen der Vergütungssysteme und Regularien, worauf das Papier hinweist. Es schlägt dazu ein bundesweit einheitliches dreistufiges Modell der Versorgung vor – angelehnt an die Regelungen zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

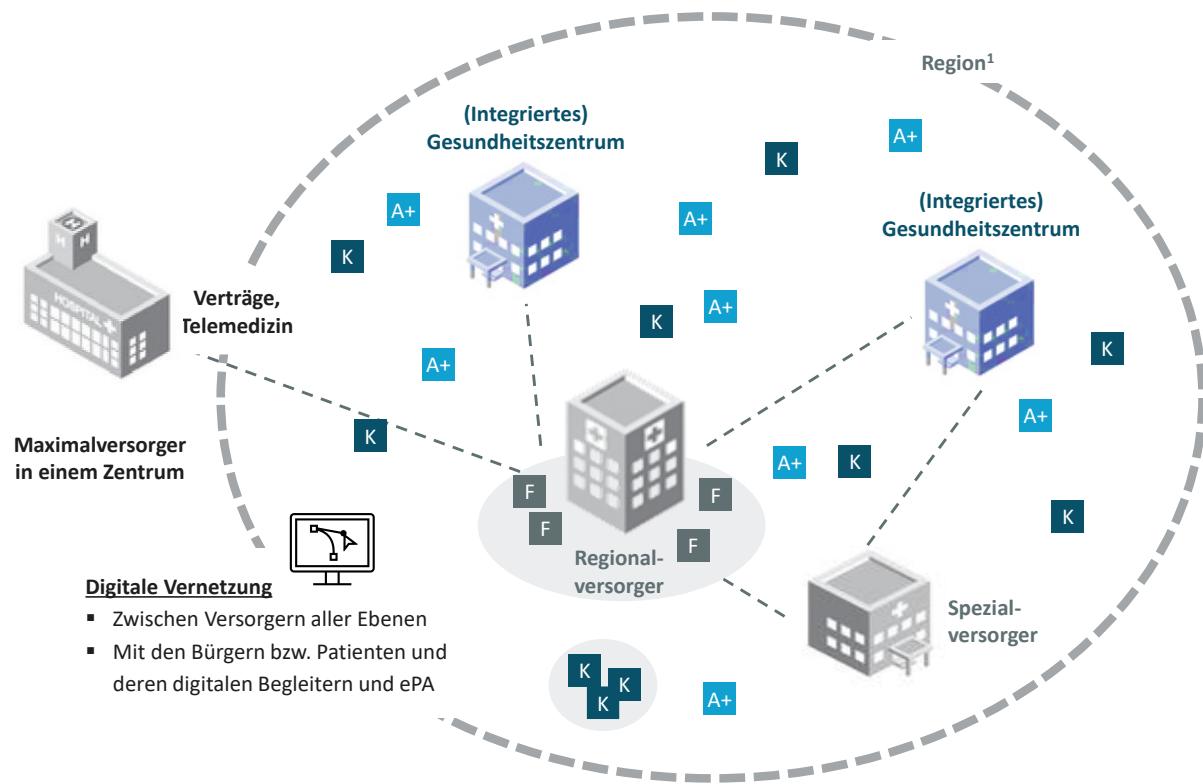
Die **Basisstufe** stellt die lokale Grundversorgung sicher und beinhaltet mindestens Leistungen der Chirurgie, der Inneren Medizin, insbesondere der Geriatrie, und der Gynäkologie ohne Kreissaal. Sie kooperiert mit mindestens einer Klinik der umfassenden Versorgungsstufe, an die sie telemedizinisch angebunden ist, arbeitet eng mit niedergelassenen Ärzten zusammen und benötigt keine eigene Diagnostik. Für die Bevölkerung soll die Basisstufe in maximal 30 Fahrzeitminuten erreicht werden können. Die **erweiterte Versorgungsstufe** beinhaltet darüber hinaus Kindermedizin sowie die Gynäkologie mit Kreissaal. Die Chirurgie und Innere Medizin untergliedern sich in verschiedene Subdisziplinen. Auch sie kooperiert mit mindestens einer Klinik der umfassenden Versorgungsstufe, an die sie telemedizinisch angebunden ist. Für die Bevölkerung soll die erweiterte Stufe in maximal 45 Fahrzeitminuten erreicht werden können. Die **umfassende Versorgungsstufe** wird durch Maximalversorger und Universitätskliniken abgebildet. Dabei sollen Maximalversorger in höchstens 60 Minuten und Universitätskliniken in höchstens 90 Minuten erreichbar sein.

Das vorgestellte Stufenmodell definiert eine sinnvolle Allokation der Versorgungskapazitäten. Es handelt sich um ein **Zielbild**, an das die Regulierung sowie die Vergütungssysteme derart anzupassen sind, dass die einzelnen Akteure im Durchschnitt auskömmlich finanziert sind. Dabei sollten jedoch stets Anreize zur effizienten Leistungserbringung bestehen, um knappe Ressourcen nicht zu verschwenden. Das Stufenmodell ist nah an dem Vorschlag des Krankenhaus Rating Report 2021 (KRR21) zur Gestaltung der regionalen Gesundheitsversorgung (Schaubild 1). Die im Schaubild 1 genannten (integrierten) Gesundheitszentren sind Anlaufstellen für die Grundversorgung, die sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen umfassen kann. Die Gesundheitszentren kümmern sich um die lokale Versorgung und sind – leicht anders als im AKG-Stufenmodell – mit dem „Regionalversorger“ eng (telemedizinisch) vernetzt. Der Regionalversorger entspricht am ehesten der erweiterten Stufe im AKG-Modell. Er koordiniert die Gesundheitsversorgung in der Region, die rund 200.000 Menschen umfassen sollte, und ist überregional mit einem Maximalversorger bzw. einer Universitätsklinik (telemedizinisch) vernetzt. Insofern weisen die beiden Modelle eine große Ähnlichkeit auf. Das KRR21-Modell betont außerdem die sektorenübergreifende Grundversorgung durch lokale Gesundheitszentren.

Zu Recht weist das AKG-Papier darauf hin, dass das Stufenmodell sowohl in der Krankenhausplanung als auch in Vergütungsmodellen hinterlegt sein muss. Auch betont es, dass Struktur- und konkrete Erreichbarkeitsanforderungen festgelegt sowie Anpassungen am Kartellrecht vorgenommen werden müssen. Dabei könnte zusätzlich darauf hingewiesen werden, dass das Kartellrecht in der Gesundheitsversorgung durchaus seine Berechtigung hat, um für Patienten eine ungünstige Monopolbildung zu vermeiden. Allerdings setzt die Prüfung von potenziellen lokalen Monopolen derzeit zu sehr an den vergangenheitsorientierten Patientenströmen an. Es sollte vielmehr prüfen, ob Patienten im Falle einer lokalen Fusion noch Ausweichmöglichkeiten in einer zumutbaren Entfernung haben. Diese Möglichkeit schließt das AKG-Papier nicht aus.

Das Papier fordert die Festlegung eines bundesweit einheitlichen Zielbilds der Stufenversorgung als Rahmensetzung. Die konkrete Ausgestaltung soll den Selbstverwaltungspartnern im GBA obliegen. Allerdings sollte meiner Meinung nach ein sehr hohes Maß an **Gestaltungsfreiheit** auf der regionalen Ebene ermöglicht werden, ohne dass damit der regionale Ressourcenbedarf steigen darf. Denn die anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung sind immens. Sie werden nicht mit den herkömmlichen Mitteln bewältigt werden können. Vielmehr braucht es dazu innovative neue Versorgungsmodelle. Die gegenwärtige hohe Regulierungsdichte dämpft jedoch die Innovationskraft im Gesundheitswesen. Mehr Gestaltungsfreiheit auf regionaler Ebene sollte einen Wettbewerb der Regionen um effiziente Versorgungsmodelle entfachen mit dem Ziel, dass sich die besten Modelle langfristig bundesweit durchsetzen.

**Schaubild 1:** Zielbild einer regionalen Gesundheitsversorgung



Anmerkungen: 1) Kann 1-2 Landkreise mit oder ohne kreisfreie Stadt umfassen, „A+“ = Apotheke plus, „K“ = Kümmerer/Case Manager/Hausarzt, „F“ = Facharzt. Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

### 3. FORDERUNGEN UND MAßNAHMEN

Das im AKG-Papier geschilderte Zielbild dient der Orientierung, um für die nächste Legislaturperiode die nötigen ersten Schritte auf dem Weg zum Ziel ableiten zu können. Auch wenn das Zielbild selbst nicht innerhalb von vier Jahren realisiert werden kann, unterstützt es ein zielstrebiges Vorangehen und die Vermeidung unnötiger Schritte. Das AKG-Papier macht für alle vier genannten Handlungsfelder konkrete Vorschläge und benennt Zuständigkeiten für deren Umsetzung.

So ist eine Reform der **Krankenhausplanung** durch die Länder nötig. Ob eine solche Reform Aussicht auf eine konsequente Umsetzung hat, darf vor dem Hintergrund der vergangenen Erfahrungen bezweifelt werden. Ich würde daher vorschlagen, sie mit Finanzierungselementen auf Bundesebene zu kombinieren. Erstens sollte die nicht ausreichende **Investitionsfinanzierung** der Länder mit ergänzenden Bundesmitteln aufgestockt werden. Sie könnten stärker der Strukturoptimierung ähnlich wie beim Strukturfonds dienen. Zweitens können **Vorhaltebudgets** für zu definierende Versorgungsregionen dazu führen, dass die Akteure innerhalb einer Region sich aus Eigeninteresse enger abstimmen, um das Vorhaltebudget nicht in der Region zu verwässern. Damit einher geht eine Neuordnung der **Notfallversorgung**, die grundsätzlich sektorenübergreifend gedacht werden muss.

Es ist richtig, dass das AKG-Papier auch darauf hinweist, dass die gesamte **Bedarfsplanung** sektorenübergreifend erfolgen muss. Gerade für die Leistungen der Basisversorgung im AKG-Stufenmodell ist dies von großer Bedeutung sowie für die stärkere Ambulantisierung der Medizin. Bei letzterer geht es vor allem darum, ambulant-sensitive Krankenhausfälle künftig stärker ambulant oder teilstationär zu behandeln. Die derzeitige Menge an vertragsärztlichen Leistungen schrumpft dadurch naturgemäß nicht. Folgerichtig ist es daher, dass die Krankenhäuser bei der Ambulantisierung selbst mithelfen, d.h. dass es einen Ausbau der **ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Krankenhäuser** und eine dafür passende Vergütung gibt. Für Vertragsärzte eröffnet sich dadurch die Möglichkeit, mit Krankenhäusern zusammen Versorgungsleistungen zu erbringen, wie es zum Beispiel im AKG-Zukunftsmodell der Basisversorgung vorgesehen ist. Gleichzeitig wird dem Nachwuchs im niedergelassenen Bereich die Option eröffnet, in größeren Einheiten, auf Wunsch in einem Anstellungsverhältnis tätig zu werden und auch eine Teilzeitstelle wahrzunehmen. Ferner können auf diese Weise Investitionsrisiken auf mehrere Akteure verteilt werden. Aufgrund der sich veränderten Präferenzen des Nachwuchses eröffnet sich damit die Chance, die ambulante Versorgung gerade in ländlich geprägten Regionen nachhaltig zu stabilisieren. Eine engere Verzahnung der stationären Versorgung braucht es außerdem zur **Kurzzeitpflege** und zur ärztlichen Versorgung im häuslichen Umfeld der Patienten. Dabei sollte es auch möglich sein, diese Leistungen im Zweifel durch das Krankenhaus zu erbringen, wenn es anderweitig nicht realisierbar ist.

In beiderseitigem Interesse ließe sich somit die ambulant-stationäre **Sektorengrenze abbauen** und eine stärker patientenorientierte Gesundheitsversorgung aufbauen. Das AKG-Papier weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es dafür praxistaugliche **Rechts- und Vergütungsrahmen** für ambulante und stationäre Leistungen unter Einbindung von neuen Behandlungsformen, z.B. digitale Angebote, und von Angeboten der Altenpflege und Reha geben muss. Um eine stärkere Verantwortung für die regionale Koordination der gesamthaften Gesundheitsversorgung realisieren zu können, sollte das **Kartellrecht** lokale Zusammenschlüsse in einer Versorgungsregion zulassen, sofern es für die Menschen in dieser Region erreichbare Ausweichmöglichkeiten in Nachbarregionen gibt. Das AKG-Papier weist auf hierzu nötige Anpassungen des Kartellrechts hin, ohne es – richtigerweise – grundsätzlich in Frage zu stellen. Es geht außerdem auf das häufig zitierte Ziel der Trägervielfalt ein. Aus wettbewerblicher Sicht braucht es nicht zwingend unterschiedliche Trägerarten (kommunal, freigemeinnützig, privat). Wichtig ist nur, dass Patienten immer die Möglichkeit haben, alternative Angebote eines anderen Trägers in erreichbarer Nähe in Anspruch nehmen zu können. Mit dem hier geforderten angepassten Kartellrecht würde dieses Ziel erreicht.

Hinsichtlich des Handlungsfeldes „Qualität und Finanzierung“ zählt das AKG-Papier weitere wichtige Schritte auf. So sollen komplexe Eingriffe vermehrt in **Zentren** erfolgen, was durch Verschärfung von **Mindestmengen- und Strukturvorgaben** erreicht werden soll. Grundsätzlich ist dem zuzustimmen. Allerdings muss bei Strukturvorgaben beachtet werden, dass neue Technologien und Behandlungsmethoden Anpassungen an den

Strukturvorhaben erfordern könnten. Strukturvorgaben dürfen nicht dazu führen, dass die heute gängigen Behandlungsmethoden für alle Zeiten zementiert werden.

Ferner wird eine Verlängerung des **Strukturfonds** gefordert, um Strukturanpassungen beispielsweise im Rahmen einer stärkeren Schwerpunktbildung finanzieren zu können. Wie weiter oben erwähnt, könnte damit eine zweite Säule der Investitionsfinanzierung geschaffen werden. Das Papier spricht auch den Wertbeitrag durch **Pflegeleistungen** an. Meines Erachtens war die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in ein Pflegebudget, das nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert wird, ein gravierender politischer Fehler. Neben den bereits zu beobachtenden Verwerfungen kommt hinzu, dass Selbstkostendeckung per se instabil ist, weil es natürliche Ressourcenknappheiten ignoriert. Es kann daher keinen Bestand haben. Das AKG-Papier fordert stattdessen eine eigenständige **Erlöskomponente für Pflegeleistungen**, sodass die Pflege zu einem relevanten Erlösfaktor wird. Dieser Forderung ist zuzustimmen.

Das Papier fordert darüber hinaus eine grundsätzliche Reform des DRG-Systems, indem Vorhalteleistungen über **Vorhalte- bzw. Strukturpauschalen** finanziert werden, während die dann reduzierten DRG (**Residual-DRG**) nur noch die variablen Kosten decken. Diese Forderung sollte in Erwägung gezogen werden. Allerdings gebe ich zu bedenken, dass die Residual-DRG neben den rein variablen Kosten auch einen gewissen Teil der Fixkosten beinhalten sollten, um zumindest einen kleinen Mengenanreiz beizubehalten. Ein Mengenanreiz ist nicht per se schlecht. Derzeit erzeugen die DRG einen großen Mengenanreiz. Er sollte reduziert werden, jedoch nicht auf null. Auch sollten die Vorhaltepauschalen aus dem regionalen Bedarf heraus abgeleitet werden und nicht aus den bestehenden regionalen Krankenhausstrukturen. In die Vorhaltepauschalen sollten außerdem pauschale Investitionsfördermittel zum Erhalt der Infrastruktur einfließen, die in einer Welt der sektorenübergreifenden Versorgung auch sektorenübergreifend eingesetzt werden sollten.

Das AKG-Papier fordert, den Baustein der **Daseinsvorsorge** zu stärken, indem einerseits die Wirtschaftlichkeit von Angeboten der Daseinsvorsorge gesichert und andererseits Rendite begrenzt wird. Diese Forderung halte ich für kritisch. Grundsätzlich müssen die nötigen Angebote der Daseinsvorsorge wirtschaftlich erbracht werden können. Das heißt, der Leistungserbringer darf mit einem Angebot, das zu seiner Versorgungsstufe passt, nicht dauerhaft Defizite schreiben. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass ein Leistungserbringer ein finanzielles Defizit in allen Fällen auf eine mögliche mangelnde Finanzierung der Daseinsvorsorge schieben kann. Denn es kann im Einzelfall auch zahlreiche andere Ursachen für ein Defizit geben. Ein Defizit kann beispielsweise entstehen, wenn ein Krankenhaus Mittel aufwenden muss, um kommunalpolitische Interessen zu bedienen, die keinen oder nur einen geringen Nutzen für die Gesundheitsversorgung haben. Solche Defizite dürfen nicht durch die landes- oder bundesweite Solidargemeinschaft getragen werden.

Abgesehen von der Frage, wie sich eine **Rendite** in der Praxis begrenzen ließe, scheint mir die Forderung nach einer Begrenzung von Renditen kritisch. Das Streben nach Gewinnen setzt eine große Energie frei, die für die Verbesserung der Versorgung genutzt werden sollte. Wer Gewinne erzielen kann, macht sich intensiver Gedanken darüber, wie mit den Ressourcen sparsam umgegangen werden kann. Ein einmal erreichtes Effizienzniveau wird dann immer wieder in Frage gestellt und daraufhin überprüft, ob noch weitere Effizienzverbesserungen möglich sind. Insbesondere werden dabei auch Innovationen berücksichtigt, die zu Effizienzverbesserungen führen können, und es findet eine leistungsgerechtere Vergütung des Personals statt. Das Gewinnstreben zu unterbinden, bedeutet ebenfalls, auf seine Vorteile zu verzichten. Gerade in den anstehenden Zeiten des wachsenden Fachkräftemangels sind diese Vorteile von großem Nutzen, wenn es darum geht, die Ressource Personal möglichst effizient einzusetzen. Probleme bereitet das Gewinnstreben jedoch, wenn einerseits das Erzielen von Erlösen und andererseits der Nutzen für die Gesundheitsversorgung

auseinanderklaffen. Dann kann es passieren, dass hohe Gewinne erzielt werden, ohne dass gleichzeitig die Gesundheitsversorgung davon profitiert. Statt dann das Gewinnstreben zu beschränken, sollte aus meiner Sicht besser die Vergütungssysteme so angepasst werden, dass die Deckungsgleichheit zwischen Versorgungsnutzen und Vergütung höher wird. Dazu macht das AKG-Papier viele gute Vorschläge.

Eine sehr wichtige Forderung des AKG-Papiers ist die aktive und motivierende **Patientensteuerung** in die richtige Versorgungsform. Zwischen Patienten und Leistungserbringern herrscht naturgemäß eine große Informationsasymmetrie. Patienten vertrauen daher vielfach ihrem Arzt. Dieses Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein Grundpfeiler der medizinischen Versorgung. Jedoch muss der Arzt neben dem Patientennutzen weitere Interessen im Blick haben, darunter das Interesse des Gesundheitsbetriebs, finanzielle Defizite zu vermeiden, sowie sein persönliches Interesse an einem hohen Einkommen und einem stabilen und angenehmen Arbeitsumfeld. Wenn der Patient nicht in der Lage ist, sein persönliches Interesse klar zu äußern, kann es dazu kommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen den genannten Interessen entsteht. Insbesondere entsteht auf Systemebene kein Anreiz, sektorenübergreifende Angebote für Patienten aus einer Hand zu entwickeln und anzubieten. Mangels ausreichender Qualitätstransparenz bleibt zudem der Anreiz zur medizinischen Schwerpunktbildung gering. Mit einer Stärkung seiner **Gesundheitskompetenz** kann der Patient an Augenhöhe gegenüber den Leistungserbringern gewinnen und dadurch seine Interessen besser durchsetzen. Auf diese Weise würde der Druck zur Schaffung eines patientenorientierten Gesundheitswesens steigen. Ein wichtiger Baustein dafür ist aus meiner Sicht die Digitalisierung, insbesondere die elektronische Patientenakte und der Einsatz neutraler künstlicher Intelligenz zur Unterstützung des Patienten bei seinem Weg durch das komplexe Gesundheitssystem.

Damit und aus vielen anderen Gründen ist die Forderung des AKG-Papiers nach einem raschen Ausbau der **Digitalisierung** mit großem Nachdruck zu unterstützen. Sie würde überdies die Versorgungsforschung voranbringen und die Effizienz der Versorgung steigern. Mehr Digitalisierung gepaart mit einer stärker an den Ergebnissen orientierten Vergütung würde auch einen Beitrag dazu leisten, die knappen Fachkräfte von **bürokratischen Tätigkeiten** zu entlasten. Kontrolle ist in einem hochregulierten Gesundheitssystem zwar wichtig. Wenn es jedoch weniger Regeln gäbe, bräuchte es auch weniger Kontrollen. Die zentrale Frage ist also, ob eine Deregulierung möglich ist. Sie ist meiner Auffassung nach dann möglich, wenn die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung stärker in den Mittelpunkt von Vergütungsmodellen rücken. Beispielsweise sollte eine gute Pflegequalität vergütet werden anstatt einen regulatorisch festgelegten Einsatz an Personen, um eine Leistung – von welcher Qualität auch immer – zu erbringen.

Neben anderen im AKG-Papier geforderten Maßnahmen dürfte eine stärker auf Ergebnisse ausgerichtete knappere Regulierung die **Arbeitsplatzattraktivität** im Gesundheitswesen erhöhen. Eine bundesweite elektronische Patientenakte im Eigentum der Bürger ist meines Erachtens dafür eine wichtige Voraussetzung. Ferner braucht es zwischen den Dienstarten im Krankenhaus mehr Durchlässigkeit, was die **Aufgabenverteilung** angeht. In Zeiten knappen Personals muss Delegation von Leistungen an oberster Stelle stehen. Neue **Berufsbilder**, die sich beispielsweise im Zuge der Digitalisierung entwickeln, müssen auch im Krankenhaus Einzug halten können. Die **Pflege** muss eine inhaltliche Aufwertung auf ein Niveau erfahren, wie dies in anderen Ländern durchaus üblich ist. Die Pflege muss sich aber auch stärker sowohl nach oben als auch nach unten ausdifferenzieren. Dazu gehört einerseits eine stärkere Akademisierung der Pflege und andererseits mehr Einsatz von Pflegehilfskräften. Damit steigen die Managementaufgaben der Pflege zur Steuerung der Teams. Grundsätzlich dürfte sich das AKG-Papier noch umfassender mit dem Thema Fachkräfte auseinandersetzen. Denn es wird in diesem Jahrzehnt das entscheidende Thema sein, um Rationierung im Gesundheitswesen zu vermeiden.

## 4. FAZIT

Das Positionspapier der AKG beschreibt die aktuelle Lage der Krankenhausversorgung und geht auf die zu erwartenden Trends in den kommenden Jahren ein und gibt auf die anstehenden Herausforderungen zielführende Antworten. Auf folgende Handlungsfelder geht das Papier ein: (i) Digitalisierung, (ii) sektorenübergreifende Versorgung, (iii) Fachkräftemangel und (iv) Qualität und Finanzierung. Es macht dabei konkrete Vorschläge und skizziert das **Zielbild** einer gestuften Versorgung mit einer Basisstufe, die sowohl mit der umfassenden Versorgungsstufe als auch mit der ambulanten fachärztlichen Versorgung eng vernetzt ist. Es folgt die erweiterte Stufe, die verschiedene Subdisziplinen beinhaltet und die ebenfalls mit der umfassenden Stufe vernetzt ist. Schließlich folgt die umfassende Versorgung, die die Universitätskliniken und Maximalversorger abdecken. Wichtig ist dabei, dass jedes Krankenhaus innerhalb der Stufen seine Rolle einnimmt und dass die Stufen derart finanziert sind, dass auf jeder Stufe ein wirtschaftliches Arbeiten grundsätzlich möglich ist.

Um das Ziel langfristig zu erreichen, leitet das Papier **Forderungen und Maßnahmen** ab, die bereits in der nächsten Legislaturperiode in die Wege geleitet werden sollten. Die Forderungen sind in der Mehrzahl nachvollziehbar und unterstützenswert, darunter beispielsweise Forderungen zur Krankenhausplanung, der Gestaltung der Notfallversorgung, der Bedarfsplanung, einer Patientenversorgung aus einer Hand, dem Abbau von Sektorenengrenzen, engerer Zusammenarbeit der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung, weiterer Schwerpunktbildung und den Anpassungen am Kartellrecht, der Finanzierung der Strukturanpassungen, der Einführung einer Vorhaltefinanzierung im DRG-System, der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, dem Ausbau der Digitalisierung, der Stärkung der Arbeitsplatzattraktivität und der Entbürokratisierung der klinischen Tätigkeiten.