

Michael Hanke

# Makroökonomische Gesundheitspolitik und mikroökonomische Realitäten

Ein Kommentar zur Krankenhausreform aus der Perspektive einer Klinik der Grundversorgung

## Ordnungspolitische Grundlagen

Die Gesundheit gehört neben dem Wohnen, der Nahrung und der Bildung zu den wichtigsten Komponenten der menschlichen Daseinsvorsorge. Genau darum ist die Gesundheitsversorgung nicht dem freien Spiel der marktwirtschaftlichen Kräfte überlassen, sondern Pflichtaufgabe des Staates. Das gilt vor allem für die Angebotsseite, also die Sorge für ein flächendeckendes Angebot von ambulanten und stationären Leistungen. Diese Aufgabe delegiert der Staat über die Krankenhausplanung zum einen an die Länder (stationärer Sektor) und zum anderen an die Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungspartner (ambulanter Sektor) und die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Allerdings entscheiden nicht die Krankenkassen, was an welchen Standorten an Leistungen erbracht wird, sondern die Leistungserbringer. Das ist auch völlig logisch und sinnvoll, denn wer das betriebswirtschaftliche Risiko trägt, der muss auch entscheiden können, welche med. Leistungen er anbieten kann und will.

Hier greift das sogenannte gesetzliche Kontrahierungsgebot, das besagt, dass alle vom Land zugelassenen Plankrankenhäuser auch über die Länder (Investitionskosten) und die Krankenkassen (Betriebskosten) zu finanzieren sind. Wenn zukünftig der Staat über die Leistungsgruppen entscheiden will, wer welche Leistungen anbietet, dann müsste er konsequenterweise auch das betriebswirtschaftliche (Verlust-)Risiko übernehmen. Denn zukünftig haben die Krankenhäuser nicht mehr die unternehmerische Freiheit, defizitäre Leistungen durch profitable Leistungen auszugleichen.

Die Nachfrageseite ist aufgrund des Grundsatzes der freien Arztwahl nur eingeschränkt einer (staatlichen/planerischen) Steuerung zugänglich. Wenn ein Patient sich unbedingt von seinem bekannten Chefarzt aus dem Golfclub operieren lassen will und nicht von einem spezialisierten Chefarzt in der 70 Kilometer entfernten Universitätsklinik, dann ist das sein gutes Recht und auch seine höchstpersönliche Entscheidung. Er muss dann auch mit dem Ergebnis leben. Eine Garantie, dass die Operation in der Uniklinik immer zu einem besseren Ergebnis führt, kann auch der Universitätsprofessor nicht geben. Kein Arzt wird seinen Patienten jemals eine Heilerfolgsgarantie geben.

## Ergebnisqualität, Prozessqualität und Strukturqualität

Darüber sollte man sich im Klaren sein, wenn über Qualität gesprochen wird. Die Ergebnisqualität hängt vor allem vom Zustand des Patienten ab und die ist nur patientenindividuell zu

beurteilen. Sie eignet sich daher nicht als allgemeines Planungskriterium.

Die Prozessqualität hängt von den handelnden Akteuren im Betrieb ab und ist nur betriebsindividuell zu beurteilen. Wenn Prozessabläufe gut definiert (geplant) sind und von allen Beteiligten eingehalten werden, dann sind auch seltenere Eingriffe ohne Qualitätseinbußen möglich.

In den aktuellen Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (z.B. Hüftgelenksnahe Femurfraktur/QSFFx-RL) wird darum lediglich geprüft, ob es einen Standardbehandlungspfad (SOP) gibt, aber nicht, ob diese SOP auch eingehalten wird oder ob sie für das hausindividuelle Patientenkollektiv qualitativ ausreichend ist. Schon bei geringsten Abweichungen von der Qualitätsrichtlinie werden die Strukturanforderungen vom MD als nicht erfüllt gewertet. Ob es eine andere geeignete stationäre Einrichtung im Umfeld gibt, die eine fristgerechte Versorgung immer gewährleisten kann, prüft der MD nicht. Bundeseinheitliche Richtlinien haben leider den Nachteil, dass sie i. d. R. von den Universitätskliniken definiert werden und daher immer auf ein universitäres Patientenkollektiv und eine universitäre Infrastruktur abstellen (Goldstandard). Die Infrastruktur und das Patientenkollektiv eines wohnortnahen Grundversorgers haben aber einen ganz anderen Charakter. Außerdem kommt es auf die Kompetenz, auf Erfahrung und Routine des Behandlers an. Die Ausbildung zum Facharzt ist in Deutschland einheitlich geregelt und auf hohem Niveau. Ein Oberarzt aus einer Universitätsklinik mit vielen Patienten, der nun als Chefarzt an einer kleineren Klinik mit weniger Patienten arbeitet, ist nicht plötzlich schlechter, nur weil er nicht mehr an einer Uniklinik tätig ist. Die Prozessqualität eignet sich aus den vorgenannten Gründen nur sehr eingeschränkt als allgemeines Planungskriterium.

Die Strukturqualität ist quantitativer Natur und damit relativ gut messbar. Sie wird daher vom Gesetzgeber und seinen nachgelagerten Institutionen (Gemeinsamer Bundesausschuss) gerne in Kombination mit Mindestfallzahlen als Planungskriterium hergenommen. Hier greift aber wieder die fundamentale Erkenntnis, dass es trotz der besten (vorgegebenen) Strukturqualität (Anzahl der Fachärzte; bestimmte apparative Ausstattung) keine Garantie für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis geben kann. Den Menschen in der öffentlichen Diskussion immer etwas anderes vorzumachen, ist ein Spiel mit der Angst und darum verantwortungslos.

Der Bundesgesundheitsminister ist stolz darauf, in der bisherigen Reformdiskussion nicht eingeknickt zu sein und dass er

sich bei der Qualität nicht auf den kleinsten gemeinsamen Nenner hat herunterverhandeln lassen. Damit unterstellt der Gesundheitsminister, dass die Qualität der kleinen Krankenhäuser grundsätzlich schlecht ist. Das ist sie aber nicht. Im Gegenteil. In der Grundversorgung ist die Qualität nachweislich gut. Kein Krankenhaus, das Insolvenz angemeldet hat, musste dies wegen schlechter Qualität tun.

## Unkalkulierbare und ruinöse Rahmenbedingungen seit dem Jahr 2022

Aktuell weiß kein Krankenhaus, was es in zwei oder vier oder sechs Jahren an Leistungen anbieten darf und kann. Nicht einmal die Krankenhäuser in NRW können sicher sein, dass die Leistungsgruppen, die sie jetzt zugesprochen bekommen haben, mit den bundeseinheitlichen Leistungsgruppen und deren Mindestfallzahlen noch Bestand haben werden. Die Krankenhäuser in den anderen Bundesländern wissen noch gar nichts. Das ist schon einigermaßen unerträglich. Unter solchen Umständen bzw. Rahmenbedingungen eine nachhaltige Unternehmensführung zu gewährleisten, ist kaum möglich. Wer kann heute einen mehrjährigen Wirtschafts- und Finanzplan aufstellen, wenn es so viele Unbekannte in der Rechnung gibt?

Die Träger der stationären Einrichtungen und die Mitarbeitenden in den stationären Einrichtungen haben ein berechtigtes Interesse, dass die Gesundheitspolitik endlich klar und verbindlich vorgibt, was an welchen Standorten in den Jahren 2025 ff. an Leistungen vorgehalten und angeboten werden soll. Dies ist mit dem ab dem 1. Januar 2025 in Kraft tretenden KHVVG nicht gegeben. Es fehlen noch einige Verordnungen, die der Gesundheitsminister jetzt schnell noch vor der kommenden Bundestagswahl durchdrücken will.

Mit Aussagen wie „wenn es zukünftig einige hundert Krankenhäuser weniger gibt, ist das nicht schlecht“, kann man nicht ernsthaft eine seriöse Gesundheitspolitik begründen. So werden wir viele ärztliche und pflegerische Fachkräfte verlieren, die wir aufgrund der demografischen Entwicklung dringend brauchen. Wie der aktuelle Klinikahlschlag bei den betroffenen Beschäftigten, deren Angehörigen und der Bevölkerung im Umfeld dieser Kliniken aufgenommen wird und sich im Februar 2025 in der Bundestagswahl niederschlägt, kann sich jeder ausmalen. Jede Klinikinsolvenz ist Wasser auf die Mühlen der Demagogen.

Der Staat wird unter diesen Umständen zukünftig kaum noch Träger finden, die bereit sind, den Betrieb einer stationären Einrichtung zu übernehmen und das damit verbundene Risiko zu tragen. Jeder Träger wird sich genau überlegen, ob und unter welchen Bedingungen er ein Akutkrankenhaus oder ein Gesundheitszentrum bzw. Level 1i-Einrichtung betreiben kann. Beides muss am Ende kostendeckend sein. Solange also die Vergütungen nicht kostendeckend sind, wird man einen (privaten oder konfessionellen) Träger nicht zwingen können, eine chronisch defizitäre Einrichtung zu betreiben. Für die kreisfreien Städte und die Landkreise ist die Gesundheitsversorgung eine Pflichtaufgabe, der man sich nicht einfach entziehen kann. Es

ist nicht unwahrscheinlich, dass es bei chronischer Unterfinanzierung zukünftig sehr reduzierte Versorgungsangebote geben wird, die dem medizinischen Versorgungsbedarf bei weitem nicht gerecht werden.

Die Länder haben nun die undankbare Aufgabe, einigen stationären Einrichtungen mitzuteilen, warum sie nicht mehr bedarfsnotwendig sind. Nichts anderes bedeutet eine signifikante Einschränkung der bisherigen Versorgungsaufträge. Wird einem Krankenhaus vom Sozialministerium eine betriebswirtschaftlich unverzichtbare Leistungsgruppe versagt, kann der Verlust der Leistungsgruppe zu einem nicht mehr tragbaren Bilanzverlust führen. Die Folge ist die Schließung des gesamten Krankenhauses. In einem Rechtsstaat ist in solchen Fällen ein Interessenausgleich vorgesehen. Mit anderen Worten, die betroffenen Träger sind bei einem Entzug der Existenzgrundlage zu entschädigen.

Die Einführung von Leistungsgruppen bedeutet für Krankenhäuser die folgenden betriebswirtschaftlichen Überlegungen: Alle Voraussicht nach wird jedes Krankenhaus zunächst einmal nur die Fallzahlen und die Leistungsgruppen beantragen, die man bereits realisiert hat. Jedes Krankenhaus muss sich dann bei jeder zugewiesenen Leistungsgruppe ausrechnen, ob die dann zugewiesene Fallzahl kostendeckend ist.

Eine Leistungsgruppe allgemeine Innere Medizin mit zum Beispiel 1 200 zugewiesenen Fällen bedeutet 1 200 mal 4 200 € (Landesbasisfallwert) mal 0,85 (CMI), also 4 284 000 € Umsatz. Die Pflege am Bett ist ex definitione über das Pflegebudget bestenfalls kostendeckend finanziert. Vom LSG-Umsatz müssen mindestens drei Oberärzte (Fachärzte), fünf Assistenzärzte, eine Bettenstation sowie diverse Funktionsbereiche (CT, Röntgen, Labor, Ambulanz, EKG, Sonographie, Endoskopie, u. a. ...) plus die anteiligen Kosten der Administration finanziert werden. Das wird mit dem derzeitigen Landesbasisfallwert schon sehr knapp. Für die Grundversorgung (Level 1n) kommt noch die Leistungsgruppe Allgemeinchirurgie hinzu. Mit angenommenen 1 200 Fällen verdoppelt sich der mögliche Umsatz. Es kommen dann allerdings auch die Kosten für den OP, die Anästhesie, Zentralsterilisation u. a. hinzu. Auch das dürfte sehr knapp werden. Zudem braucht man dann noch eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten.

Für jede Leistungsgruppe wird man eine Spartenergebnisrechnung aufstellen müssen. Schön, wenn man da ein gut aufgestelltes Controlling hat, das das leisten kann. Es muss jeden Geschäftsführer brennend interessieren, wo der Break-even-point der jeweiligen Leistungsgruppe liegt.

Bekommt ein Krankenhaus zu wenig Fälle zugewiesen, dann dürfte das LSG-Ergebnis höchstwahrscheinlich negativ ausfallen. Das gilt auch bei der kompletten Versagung einer beantragten Leistungsgruppe, denn die bisherigen Infrastrukturkosten sind ja auch weiterhin existent. Die flotte Empfehlung einiger Berater, die betroffenen Häuser müssen sich dann eben geschrumpfen, ist leichter gesagt als getan. Jeder, der einmal versucht hat, zentrale Dienstleistungen auszulagern, bekommt sofort den Zorn des Betriebsrates zu spüren. Und leerstehende

Bettenstationen können auch nicht einfach so abgebaut werden, sie müssen weiter beheizt und instandgehalten werden.

Am Ende müsste ein Träger die Klinik das LSG-Segment aus betriebswirtschaftlichen Gründen schließen. Faktisch wäre die Zuweisung von nichtkostendeckenden Fallzahlen eine Enteignung. Dann sind juristische Auseinandersetzungen praktisch vorprogrammiert. Denn kein Träger wird die bereits in der betreffenden Klinik investierten Eigenmittel einfach klaglos aufgeben.

Bekommt ein Krankenhaus signifikant mehr Fälle ( $n > \text{Istfallzahl}$ ) zugewiesen, dann stellt sich sofort die Frage, wo sollen diese zusätzlichen Fälle herkommen, und kann man die zusätzlichen Fälle überhaupt versorgen? Selbst wenn man bei der Bettenauslastung noch Potenzial nach oben hat, so braucht man sehr wahrscheinlich für signifikant mehr Fälle auch mehr Personal. Wo soll dieses Fachpersonal jetzt so schnell herkommen?

Es reicht nicht aus, einem Standort über die Leistungsgruppen einfach nur mehr Fälle zuzuweisen. Gleichzeitig müsste dem Träger dann auch das zusätzlich notwendige Personal gestellt werden. Problem: Kein Mensch kann gegen seinen Willen gezwungen werden, ab dem Tag  $x$  an einem anderen Ort oder an einem anderen Standort zu arbeiten. Die Idee, sowohl Patienten als auch angestellte Fachkräfte per Gesetz von A nach B steuern zu wollen, ist jedenfalls ein Glücksspiel mit ungewissem Ausgang.

Ist die zugewiesene Fallzahl nicht kostendeckend, dann müsste ersatzweise eine (höhere) kostendeckende Vorhaltevergütung gezahlt werden. Die Höhe der Vorhaltefinanzierung sollte sich nach der vorgeschriebenen personellen und apparativen Ausstattung bemessen und nicht nach der Fallzahl. Die betriebswirtschaftlich richtige Reihenfolge ist folgende: Zuerst werden die (qualitativ/strukturell) geforderten Ressourcen je Leistungsgruppe festgelegt und auf der Basis wird die dafür notwendige Finanzierung berechnet. Dem ist die gesetzlich vorgesehene Vergütung gegenüberzustellen. Fakt ist: Man kann nicht immer den universitären Goldstandard verlangen, aber den Grundversorgern nur eine medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung bezahlen.

### Planung im Gegenstromverfahren

Die Strukturreform ist eine enorme krankenhausplanerische Herausforderung, die eine systematische Herangehensweise

und eine breite Sichtweise erfordert. Anbieten würde sich ein Vorgehen im sogenannten Gegenstromverfahren.

Zum einen eine Top-Down-Planung der Leistungsgruppen. Hier steht die Frage im Vordergrund: Welche Leistungsgruppen braucht man bzw. will man an welchen Standorten? Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Leistungsgruppen für die Grundversorgung und den speziellen Leistungsgruppen. Letztere sind eher disponibel. Im Hinblick auf die Grundversorgung ist auch die ambulante Versorgungslage im jeweiligen Versorgungsgebiet zu betrachten. Sofern die stationäre Grundversorgung wegfällt, müssen die niedergelassenen Ärzte im Umfeld die Versorgungslücke schließen. Zudem spielt auch die lokale Situation im Rettungsdienst eine wichtige Rolle. Wird ein Krankenhaus geschlossen, das Ärzte für den Rettungsdienst abstellt, fallen diese weg. Die Planungsbehörde muss sich vergewissern, dass auch diese Versorgungslücke geschlossen wird.

Zum anderen eine Bottom-up-Planung der Fallzahlen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Fallzahl und medizinischer Ergebnisqualität ist nur bei sehr wenigen speziellen Leistungsgruppen nachgewiesen. Daher steht hier die Frage im Vordergrund: *Wie viele Fälle braucht man in welcher Leistungsgruppe, um eine Kostendeckung zu erreichen?* Je nach Größe der Klinik kann diese Fallzahl größer oder kleiner sein. Die untere Grenze wird dabei durch die vorgegebene personelle Ausstattung (drei Fachärzte) und apparative Ausstattung (zum Beispiel CT, MRT) der jeweiligen Leistungsgruppe definiert. Je höher die qualitativen Anforderungen für die Leistungsgruppen sind, umso höher müsste eigentlich die Vorhaltefinanzierung ausfallen. Und sofern die Leistungsgruppen homogen definiert sind, sollte sich auch deren Finanzierung auf gleichem Niveau befinden, unabhängig davon wo sie verortet sind.

Genau dies regelt das „revolutionäre“ KHVVG nicht. Ineffizient ist daher nicht unser bewährtes Gesundheitssystem, um das uns viele in der Welt beneiden, sondern eher der Gesetzgeber bzw. der Bundesgesundheitsminister.

### Anschrift des Verfassers

Michael Hanke, Geschäftsführer, Krankenhaus Stockach GmbH

**Redaktionstelefon:  
030 20847294-1/-2**

**Fax: 030 20847294-9**