



# Zukunftsfähige Strukturen brauchen ein klares Ziel

„Wer das Ziel nicht kennt, braucht sich nicht auf den Weg machen“

Von Reinhard Schaffert

**D**ie Bevölkerungsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland zeigt für die nächsten zwanzig Jahre, dass der Anteil der Menschen in erwerbsfähigem Alter immer geringer wird. Den Menschen, die in Rente gehen werden, stehen weit weniger gegenüber, die in das Berufsleben einsteigen. Die Auswirkung davon ist eine Zunahme des Wettbewerbs der Unternehmen und Arbeitgeber um Auszubildene, Berufseinsteiger und Berufstätige. Das gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern auch für alle anderen Branchen, die zum Teil bessere Arbeitszeiten, Einkommen oder Karrieremöglichkeiten bieten.

In den jetzigen Versorgungsstrukturen kann der Bedarf an qualifizierten Fachkräften nicht mehr gedeckt werden und die Gesundheitsversorgung wird nicht mehr funktionieren. Diese demographische Entwicklung wird der Treiber einer Strukturveränderung in der Gesundheitsversorgung sein – weit stärker als wirtschaftlicher Druck oder Qualitätsanforderungen. Krankenhäuser und andere Leistungserbringer im Gesundheitswe-

sen begeben sich in einen ruinösen Wettbewerb um Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte und andere Fachkräfte, deren Mangel die meisten davon zwingen wird, ihr Leistungsangebot herunterzufahren. Da dies jedoch abhängig von der Leistungsfähigkeit der einzelnen Unternehmen ist und daher nicht strukturiert und schon gar nicht anhand definierter Versorgungsziele geschieht, ist dies weder für die betroffenen Einrichtungen noch für die Gesundheitsversorgung insgesamt sinnvoll. Es ist im Interesse der versorgenden Einrichtungen selbst, auf eine Veränderung der Versorgungsstrukturen hinzuwirken, die nicht wahllos und zufällig, sondern geplant und geordnet auf eine klare Zielstruktur ausgerichtet ist. Ein solches die gesamte Gesundheitsversorgung umfassendes Zielbild ist allerdings in der bisherigen und aktuellen Strukturdebatte kaum zu erkennen.

## Ausgangslage

Wir haben in Deutschland eine Gesundheitsversorgung mit niedrigschwelligem Zugang für nahezu die gesamte Bevölkerung und ohne wesentliche Einschränkungen bei Leis-

*Der Mangel an Menschen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten, wird die treibende Kraft für eine Veränderung der Versorgungsstrukturen sein und sie letztlich erzwingen. Obwohl die Zeit drängt, ist blinder Aktionismus zur „Bereinigung“ der Strukturen fehl am Platz und ineffektiv. Vielmehr braucht es ein klares Zielbild zukünftiger durchgängiger Gesundheitsversorgung und geplante geordnete Schritte dorthin. Regelungen und Besitzstände aus Zeiten eines Überangebots an Ärztinnen und Ärzten und anderen Fachkräften sind nicht mehr zielführend und müssen überdacht werden. Pflege und andere Gesundheitsberufe brauchen eine Aufwertung durch selbstständig verantwortete Versorgungsbereiche. Personal- und ressourcenbindende Bürokratie muss abgebaut werden.*

**Keywords:** Gesundheitspolitik, Sektoren, Patientenversorgung

tungsumfang und Leistungsqualität unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen der Patientinnen und Patienten. Dies gilt es zu erhalten. Wir leisten uns andererseits eine tra- ►

ditionell arztzentrierte Versorgung mit wenig Delegation oder Substitution auf andere medizinische, pflegerische oder therapeutische Fachberufe, eine doppelte Facharztschiene und eine ausgeprägte Sektorentrennung mit geringen Überschneidungen. Trotz einer Reihe unterschiedlicher formaler „sektorübergreifender“ Versorgungsformen mit jeweils unterschiedlicher Finanzierung gibt es nur wenig Möglichkeiten zur teilstationären oder intensivierten ambulanten Behandlung.

Und nicht zuletzt ist innerhalb eines hochregulierten beitragsfinanzierten und damit finanziell begrenzten Systems der Daseinsvorsorge die Leistungserbringung sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich eigenwirtschaftlich ausgerichtet. Diese eigen- bzw. marktwirtschaftlich Ausrichtung ist politisch gewünscht – abgesehen von Der Linken und vielleicht einigen linken Strömungen in der SPD – weil sich davon ein für die Versorgung positiver Wettbewerb insbesondere im Hinblick auf die Qualität versprochen wird. Andererseits ist der „Gesundheitsmarkt“ beispielsweise aufgrund fehlender Preisgestaltungsmöglichkeiten nicht frei und die Daseinsfürsorge erfordert immer wieder teure Eingriffe, um negative wirtschaftliche Konsequenzen mit Folgen für die Versorgung abzumildern oder abzuwenden. Dennoch steht die Eigenwirtschaftlichkeit der Leistungserbringer politisch nicht zur Disposition. Es müssen also Wege gefunden werden, wie die wirtschaftlichen Interessen der versorgenden Einrichtungen innerhalb einer gewünschten Versorgungslandschaft bedient werden können. Dazu müssen wir jedoch wissen, wie die Versorgungslandschaft aussehen soll.

### Umdenken erforderlich

In dem Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Interessen und Daseinsvorsorge vertreten die Verbände auf der politischen Ebene legitimerweise die jeweiligen Interessen ihrer Klientel – Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und GKV – was zu gesundheitspolitischen Regelungen führt, die eher den jeweiligen wirtschaftlichen Interessen, der Besitzstandswahrung und der gegenseitigen Abgrenzung dienen, als einer patientenorientierten Gesundheitsversor-

gung. So können wir aber nicht weitermachen, denn es geht nicht mehr nur um die Verteilung des finanziellen Kuchens, sondern um die Frage, wie wir die Gesundheitsversorgung einer älter werdenden Gesellschaft mit immer weniger personellen Ressourcen aufrecht erhalten können. Längst konkurrieren die Sektoren nicht mehr um Patientinnen und Patienten, vielmehr haben diese inzwischen außerhalb von Ballungszentren Probleme, die geeigneten Versorger zu finden. Auch die Befürchtung, in einem weniger geregelten und abgegrenzten Versorgungssystem bestünde die Gefahr einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung ist angesichts des Fachkräftemangels nicht mehr aktuell. Die Verbände könnten sich daher von dem Lagerdenken lösen und gemeinsam an einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung arbeiten.

### Zielbild einer durchgehenden sektorenfreien Versorgung

Ambulante und stationäre Versorgung sind nicht nur zwei kommunizierende Röhren, bei denen Veränderungen jeweils Auswirkungen auf die andere Seite hat, sondern die Versorgung ist vielmehr ein komplexes Ökosystem, dessen Bereiche fließend ineinander übergehen und das als Ganzes betrachtet werden muss. Weder die Begriffe ambulant und stationär noch die damit verbundene Finanzierung reicht aus, um der heutigen komplexen medizinischen Versorgung gerecht zu werden. Jüngst hat das Bundessozialgericht eine Schockraumbehandlung mit Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus als „ambulante Behandlung“ eingestuft. Das ist medizinisch völlig absurd, denn eine Schockraumbehandlung unter Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen und einem erheblichen personellen und technischen Aufwand ist eine der aufwändigsten Behandlungen am Krankenhaus und kann in keiner Weise auf der Vergütungsebene durch den für die Behandlung in niedergelassener Praxis gedachten EBM abgebildet werden.

Auch wenn es nach wie vor klare ambulante und klare stationäre Leistungen gibt und geben wird, existiert ein Anteil von ressourcenaufwändiger „intensivierter“ ambulanter Behandlung, der mit zunehmender Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen noch zuneh-

men wird. Der bisher übliche Ansatz mit immer weiteren formalen Behandlungs- und Vergütungsformen eine sektorübergreifende Versorgung zu etablieren, geht in die falsche Richtung. Dies führt durch Abgrenzungen einerseits und Überschneidungen andererseits sowie durch die jeweils definierten Voraussetzungen nur zu mehr Bürokratie und Streit um die korrekte Vergütungsform. Vielmehr ist das Ziel eine durchgehende sektorenfreie Versorgung, deren Behandlungsintensität dem jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf entspricht und dort erbracht wird und werden kann, wo die jeweils dafür notwendigen personellen und qualitativen Voraussetzungen bestehen. Die Vergütung sollte ebenso durchgehend dem Behandlungsaufwand folgen.

### Strukturveränderungen folgen dem Ziel

Veränderungen wären bei diesem Versorgungsziel gar nicht so sehr auf der Ebene der Versorgungsstrukturen als vielmehr im regulativen Bereich und der Finanzierung erforderlich. Niedergelassene Haus- und Fachärzte hätten darin genauso ihre Existenzberechtigung wie die Krankenhäuser unterschiedlicher Größenordnungen. Ändern würden sich lediglich die Versorgungsaufgaben und -möglichkeiten, vor allem bei den Krankenhäusern. Deren Schwerpunkt würde sich insbesondere bei kleineren Häusern von der bisherigen stationären Versorgung zu den Behandlungen verschieben, die mehr personelle oder technische Ressourcen benötigen, als sie in einer niedergelassenen Praxis zur Verfügung stehen – und zwar unabhängig davon, ob dafür ein klassisches „Bett“ benötigt wird oder nicht.

Dafür müssten die Beschränkungen und Leistungsbegrenzungen der Sektoren aufgehoben, die Sonderbehandlungsformen abgeschafft und eine durchgängige leistungs- und aufwandsorientierte Finanzierung eingeführt werden, die ggf. regionale Aspekte berücksichtigt und Anreize enthält, um einer regionalen Über- bzw. Unterversorgung entgegen zu wirken. Dennoch braucht es Regelungen, insbesondere hinsichtlich der Qualitätsanforderungen für das jeweilige Leistungsspektrum und eine möglichst regionalisierte ge-

meinsame Versorgungsplanung. Die Versorgungsplanung sollte jedoch nicht mehr zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterscheiden, sondern für eine ausgewogene Verteilung und Abstimmung der medizinischen Leistungen und der möglichen Behandlungsintensitäten sorgen. Ziel einer neuen Versorgungsplanung wäre eine regional abgestimmte und abgestufte Versorgung. Kriterien wären nicht mehr Fachrichtungen und Betten, sondern das medizinische Leistungsspektrum und regionale Versorgungsaspekte. In dieser Hinsicht geht der Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen einen ersten Schritt in die richtige Richtung.

### Kompetenz der Gesundheitsberufe nutzen

Das skizzierte Zielbild einer durchgängigen sektorenfreien Versorgung nutzt die fachärztlichen Ressourcen effizienter und vermeidet eine Doppelvorhaltung. Neben dem ärztlichen Bereich braucht es jedoch auch Maßnahmen für andere Gesundheitsberufe, um die Versorgung aufrecht zu erhalten. Dazu gehört unter

anderem, die Gesundheitskompetenz pflegerischer (und anderer therapeutischer) Qualifikationen anzuerkennen und durch selbstständig verantwortete Leistungsbereiche aufzuwerten. Dies entlastet nicht nur das ärztliche Personal, sondern macht die Gesundheitsberufe im Wettbewerb um motivierte und kompetente Menschen attraktiver.

### Bürokratie abbauen

Die hohe Regulierung und Diversifizierung der Gesundheitsversorgung bindet durch Bürokratie und administrativen Aufwand erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen. In dem beitragsfinanzierten System sind Regelungen und Kontrollen nachvollziehbar, doch der Versuch, auch die letzte – möglicherweise zum Missbrauch geeignete – Lücke zu schließen, schadet allen, ohne Missbrauch wirklich zu verhindern. Statt zu regeln und zu sanktionieren, was verboten oder unerwünscht ist, sind Anreize für gewünschte Entwicklungen deutlich effektiver und zielführender. Natürlich muss Missbrauch und Betrug verfolgt und bestraft werden, aber dafür gibt es auch andere

Möglichkeiten als beispielsweise die flächendeckende Abrechnungsprüfung. Unabhängig davon, welche Versorgungsstrukturen sich letztlich durchsetzen, die Kleinteiligkeit, Detailverliebtheit und Bürokratie muss abgebaut werden, sonst erstickt das System daran und die Attraktivität der Gesundheitsberufe leidet weiter.

### Prävention

Der Vollständigkeit halber sei darauf verwiesen, dass Primärprävention die Entstehung von Krankheiten und damit auch deren Behandlungsnotwendigkeit verringert und insofern die effektivste Entlastung der Ressourcen und Einsparung von Kosten für die Gesundheitsversorgung darstellt. Ein wesentlicher Bestandteil der Primärprävention ist neben individuellen Verhalten und Maßnahmen die soziale Prävention durch Bildung und soziale Sicherung. ■

**Reinhard Schaffert**

Geschäftsführer Klinikverbund Hessen e. V.  
Forsthausstraße 1-3  
35578 Wetzlar  
r.schaffert@klinikverbund-hessen.de

# GESUNDHEITSUNTERNEHMEN ERFOLGREICH POSITIONIEREN

Ein modernes Klinikmarketing liefert Ansatzpunkte, um eine Verbesserung der Leistungserstellung im Sinn einer stetigen Markt- beziehungsweise Patientenorientierung als Gesundheitsunternehmen anzugehen.

Die zu entwickelnden Marken sind in diesem Zusammenhang als neuartige Ausprägungsform der Patientenorientierung zu verstehen; mit ihr verbinden Patienten Vertrauen, Glaubwürdigkeit, eine konstant hohe beziehungsweise stetig steigende Leistungsqualität sowie ein einzigartiges Leistungsversprechen.

**Mit zahlreichen Praxisbeispielen der KU Awards!**

Dr. Christian Stoffers, Dr. Nicolas Krämer, Dr. Jörg Noetzel (Hrsg.)  
**Modernes Klinikmarketing**  
Hardcover, 2022, 264 Seiten,  
ISBN 978-3-96474-524-8,  
39,95 Euro

*Auch als E-Book erhältlich!*



Weitere Informationen und Bestellung unter  
[shop.mgo-fachverlage.de/modernes-klinikmarketing](http://shop.mgo-fachverlage.de/modernes-klinikmarketing)

