

Kommissionsdrucksache

(12.05.2021)

Inhalt:

Stellungnahmen zur 8. Sitzung am 21.10.2020

zum Thema

Aktueller Stand der medizinischen Versorgung
aus Sicht der Wissenschaft

- Prof. Dr. Fleßa
- Dr. Martin Albrecht
- Dr. Adam Pilny
- Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Adam Pilny
- Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern – Anregungen aus dem Gesundheitsmanagement (Prof. Dr. Steffen Fleßa)¹

1 Einführung

Die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist in vielerlei Hinsicht höchst relevant. Vor allem geht es unmittelbar um das Leben unserer Bürgerinnen und Bürger. Ihre Gesundheit steht im Fokus. Gesundheitsdienstleistungen müssen deshalb in ausreichender Quantität und Qualität, am richtigen Platz und zur richtigen Zeit zur Verfügung gestellt werden, wobei die Produktion dieser Leistungen ein äußerst komplexer Prozess ist.

Gleichzeitig geht es um erhebliche Ressourcen. Die Verwendung knapper staatlicher und privater Mittel im Gesundheitswesen impliziert stets, dass diese Mittel nicht mehr für andere Verwendungen zur Verfügung stehen. Beispielsweise ist die Forderung nach dem Erhalt von Krankenhausfunktionen in einem bestimmten Krankenhaus per se immer begründet. Eine Entscheidungsnotwendigkeit entsteht erst dann, wenn die Mittel, die hierfür eingesetzt werden, an anderer Stelle fehlen, z. B. im Bau von Kindergärten, dem Rettungsdienst oder bei der Polizei. Wir leben und arbeiten in einem System notorischer Ressourcenknappheit, und damit ist die Zukunft der medizinischen Versorgung selbstredend auch ein ökonomisches Problem.

Schließlich ist die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auch ein soziales, gesellschaftliches und politisches Problem. Die Auswirkungen einer von der Bevölkerung als unzureichend oder unfair empfundenen Gesundheitsversorgung auf Wahlen, auf ziviles Engagement und auf die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft insgesamt sollten nicht unterschätzt werden.

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Enquete-Kommission Wissenschaftler zur Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern befragt. Es ist ebenfalls sehr positiv zu bewerten, dass die Kommission die essentielle Dimension der Ökonomik berücksichtigen möchte und hierzu Wissenschaftler eingeladen hat. Als Gesundheitsmanager kann ich zu einigen Fragen konkrete Antworten geben, allerdings bitte ich, folgende Limitationen zu betrachten:

- Als Gesundheitsmanager kann ich nur zur ökonomischen Dimension Stellung nehmen. Die medizinischen, psychologischen, politischen und sozialen Dimensionen werden in meine Betrachtungen einfließen, aber selbstredend argumentiere ich aus der ökonomischen Perspektive. Ich bin mir bewusst, dass die Ökonomik eine zentrale Dimension menschlichen Handelns in einer Welt der Knappheit ist, aber nicht die einzige.
- Von einem Wissenschaftler erwartet man vor allem Evidenz. Fast jeder Mensch hat eine Meinung zu Fragen der Gesundheitsversorgung. Es ist mein Ziel, hier nicht meine Meinung aufzuzeigen, sondern den Wissensstand. Dies impliziert auch, dass ich einige Fragen nicht befriedigend beantworten werde, wenn ich hierzu den Boden der Evidenz verlassen müsste und lediglich meine Meinung äußern würde.

¹ Ausarbeitung für die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ des Landtages Mecklenburg-Vorpommern. Stand: 16.10.2020.

- Selbst innerhalb meiner Wissenschaft kann ich nicht alle Teilgebiete gleichermaßen abdecken. Wissenschaft lebt von Spezialisierung, wobei der Hochschullehrer gleichzeitig das komplette Fach überschauen muss. Ich werde den Schwerpunkt meiner Ausführungen auf die Bereiche legen, wo ich tatsächlich eigene Forschungserfahrungen und Evidenz einbringen kann. Ich werde versuchen, die Bereiche der Ökonomik, zu denen ich zwar eine fundierte Meinung habe, aber über keine eigene Forschungsleistung verfüge, davon klar abzutrennen.

Dieses Statement gliedert sich wie folgt. Zuerst wird der Erkenntnisgegenstand entfaltet: die evidenzbasierte Entscheidung. Anschließend werden die grundlegenden Prinzipien beschrieben, soweit hierfür Evidenz vorliegt. Auf dieser Grundlage gehe ich auf die mir gestellten Fragen ein und schließe mit einigen Vorschlägen. Zum Teil basieren die Ausführungen auf stark gekürzten Auszügen aus eigenen Veröffentlichungen, insb.

Fleßa, S. (2018): Systemisches Krankenhausmanagement. DeGruyter, Berlin.

Fleßa, S. (2019): Grundlagen der Gesundheitsökonomik. Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Springer, Berlin. S. 657-668.

Fleßa, S. (2020): Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum. Lösungsmodelle für eine finanzierbare Versorgung. Springer Gabler, Wiesbaden.

Fleßa, S.; Greiner, W. (2020): Grundlagen der Gesundheitsökonomie. 4. Auflage, Springer Gabler, Berlin, Heidelberg.

2 Evidenzbasierte Entscheidungen

Das Gesundheitsmanagement ist eine Handlungswissenschaft, d. h., es möchte bei konkreten Entscheidungen unterstützen. Dies geschieht, indem die Alternativen klar benannt, die Konsequenzen der Wahl einer Alternative bzw. eines Bündels von Alternativen transparent dargestellt und die Zielerreichungsgrade bestimmt werden. Das Gesundheitsmanagement schafft folglich Evidenz für eine faktenbasierte Entscheidung. Die Wahl der „richtigen“ Alternative ist nicht Aufgabe der Ökonomik, sondern der Politik bzw. der Gesellschaft.

Grundsätzlich kann jede Entscheidung durch das Zielsystem, die Nebenbedingungen und die Zielkonflikte beschrieben werden.

2.1 Zielsystem

Eine Entscheidung ist nur möglich, wenn der Entscheider sich vorher im Klaren ist, welches Ziel bzw. welche Ziele er erreichen möchte. Im Folgenden gehen wir davon aus, dass die bestmögliche Gesundheit der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern das Oberziel ist, das mit Maßnahmen der Gesundheitspolitik dieses Bundeslandes erreicht werden soll. So einfach dies klingt, so schwer ist jedoch die Operationalisierung. Es ergeben sich grundlegende Fragen.

2.1.1 Frage 1: Welche Gesundheit?

Grundlegend lautet die Zielfunktion des Gesundheitswesens: Gesundheit → Max! Allerdings ist der Begriff „Gesundheit“ nicht so einfach zu operationalisieren. Es bieten sich verschiedene Varianten der Zielfunktion an:

1. Minimierung der Mortalität: Die Sterblichkeit, z. B. gemessen in der Zahl der Todesfälle pro Jahr, wird minimiert. Mit dieser Zielfunktion zählt jeder Todesfall gleich.

2. Minimierung des Verlustes an Restlebensjahren: Betrachtet man die Mortalität für jede Altersstufe, kann man die Lebenserwartung ableiten. Gewichtet man die Mortalität mit der Restlebenserwartung, erhält man den Verlust an Restlebensjahren. In diesem Fall würde der Tod eines Neugeborenen durchschnittlich ungefähr 80 verlorene Jahre zählen, während der Tod eines 80-Jährigen nur noch wenige Jahre zählen würde, weil seine Restlebenserwartung gering ist. Damit würde die Gesundheit von Kindern deutlich stärker gewichtet als von Senioren.
3. Minimierung der Inzidenz: Die Zahl der neuen Krankheitsfälle würde minimiert werden. Folgerichtig werden alle Krankheitsfälle gleichbehandelt, d. h. der Schnupfen und der Schlaganfall sind gleich zu werten.
4. Minimierung der Prävalenz: Die Zahl der Krankheitsfälle gewichtet mit der Krankheitsdauer würde minimiert werden. Dies führt dazu, dass Krankheiten mit langer Dauer, d. h. chronisch-degenerative Erkrankungen, fokussiert werden.
5. Minimierung des Verlustes an Lebensqualität: Todesfälle und Krankheitsdauer werden mit ihrem jeweiligen Verlust an Lebensqualität gewichtet, wobei trotz vieler Bemühungen kein Goldstandard für die Bewertung der Lebensqualität besteht. Konsens ist, dass in den Verlust an Lebensqualität sowohl die durch frühzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre als auch die krankheitsbedingte Einschränkung des subjektiven Wohlbefindens einbezogen werden sollten. Damit ist diese Zielfunktion eine Kombination aus (2) und (4), wobei die Prävalenz jeweils mit der subjektiven Einschränkung zu gewichten ist.

Eine Vertiefung dieser komplexen Begriffe ist an dieser Stelle nicht sinnvoll. Es soll jedoch auf einen Grundtatbestand aufmerksam gemacht werden: Wenn man unterschiedliche Zielfunktionen wählt, kommt man auf völlig andere optimale Strategien. So führt eine Betonung der Restlebenserwartung automatisch zu einer Stärkung von Geburtshilfe und Pädiatrie, während Geriatrie vernachlässigbar wird. Eine Ausrichtung auf die Lebensqualität erscheint als gute Kombination verschiedener Ansätze, aber die Messung der Lebensqualität ist methodisch und praktisch sehr schwierig.

2.1.2 Frage 2: Wessen Gesundheit?

Die meisten ökonomischen Modelle gehen davon aus, dass die Gesundheit des durchschnittlichen Bürgers maximiert werden soll. Bei konstanter Bevölkerung entspricht dies der Aussage, dass die gesamte Gesundheit der Bevölkerung maximiert wird. Man könnte jedoch durchaus als Zielfunktion definieren, dass die Gesundheit des schwächsten Mitglieds der Bevölkerung maximiert wird. Rawls betont dieses Konzept der Fairness als der Ausrichtung an dem Schwächsten. Hierbei kann sich „der Schwächste“ jeweils nur auf eine Variable beziehen, z.B. auf die Distanz. Selbstredend impliziert die Schlechterstellung bzgl. der Distanz automatisch, dass die entsprechende Personengruppe auch bzgl. anderer Variablen zu den Schwächsten gehört. Trotzdem lässt sich das Prinzip anhand der Versorgung im ländlichen Raum bzw. der Anfahrtswege zu einem Krankenhaus gut demonstrieren. Wenn wir die Gesundheit der Durchschnittsbevölkerung analysieren, würde man auch die durchschnittliche Anfahrtsdistanz betrachten. Im zweiten Fall hingegen ist es das Ziel, die Versorgung des Bürgers zu maximieren, der am weitesten von einem Krankenhaus entfernt lebt.

Abbildung 1 zeigt die Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Basisversorgung [min] in Mecklenburg-Vorpommern. Es ist deutlich, dass der größte Teil der Bevölkerung innerhalb von 20 Minuten zu einem Krankenhaus kommt. Allerdings gibt es auch Gebiete, deren Bevölkerung mehr als 45 Minuten benötigt. Abbildung 2 kontrastiert die Situation in Deutschland mit der Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (MV). Zuerst wird deutlich, dass ländliche Regionen eine schlechtere Erreichbarkeit haben als städtische, aber in MV sind die Wege noch einmal weiter. Immerhin sind 50 % der Bevölkerung innerhalb von 15 Minuten mit dem Privat-PKW im Krankenhaus, aber 6 % brauchen

länger als 30 Minuten. Woran soll sich die Entscheidung ausrichten? Wessen Gesundheit zählt – die des Durchschnitts (15 Minuten) oder die Gesundheit der Entferntesten (>30 Minuten)?

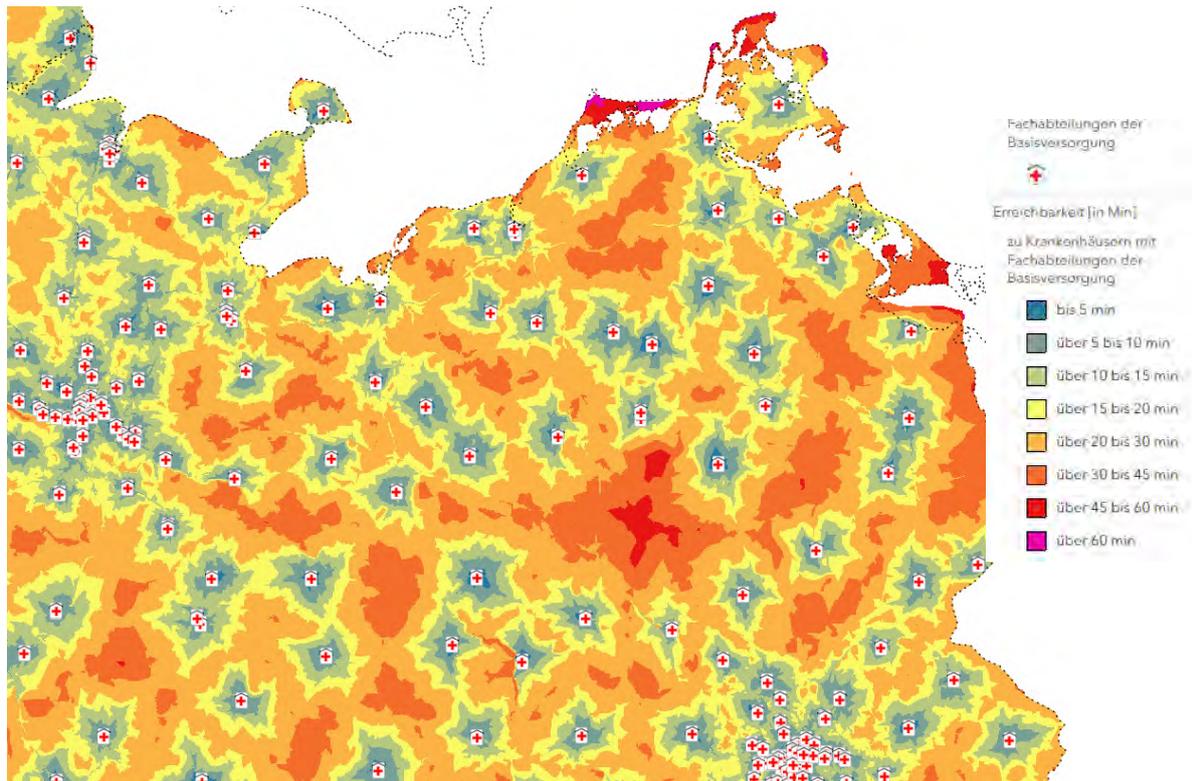
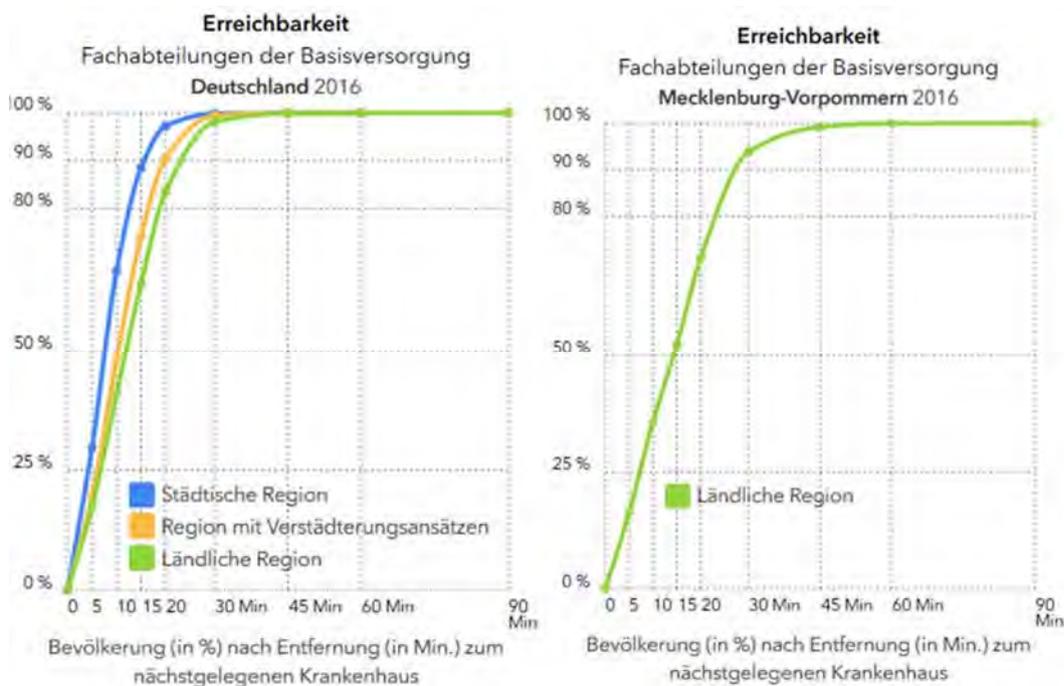


Abbildung 1 Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Basisversorgung [min].

Quelle <https://krankenhausatlas.statistikportal.de/>²



² In diesem Bericht werden keine Literaturverweise angegeben. Alle Quellen sind in den oben genannten Büchern sachgerecht zitiert. Lediglich Fremdmaterial (insb. Abbildungen) werden mit Quellenangaben in Kurzform versehen.

Abbildung 2 Bevölkerung nach Entfernung zum nächsten Krankenhaus

Quelle: <https://krankenhausatlas.statistikportal.de/>

Die Definition der Zielfunktion des Gesundheitswesens ist ausgesprochen komplex. Solange wir uns nicht geeinigt haben, wie wir Gesundheit messen und wessen Gesundheit in das Kalkül mit welchem Gewicht einfließen soll, ist eine optimale Entscheidung nicht möglich. Ökonomen können in diesem Fall nur zur Transparenz der Entscheidungsfindung beitragen, aber keine Entscheidung treffen. Die Festlegung der Zielfunktion bleibt eine politische Aufgabe.

2.2 Nebenbedingungen

Die Wahl der besten Alternative bzw. des optimalen Bündels von Alternativen erfolgt unter Nebenbedingungen. Die zentrale Nebenbedingung ist das zur Verfügung stehende Budget. Knappheit ist ein Grundtatbestand dieser Welt, der auch im Gesundheitswesen gilt. Dies impliziert Opportunitätskosten, d. h., wenn eine Ressource für Verwendung A genutzt wird, steht sie für Verwendung B nicht mehr zur Verfügung. Der Verlust an Nutzen, der dadurch entsteht, dass die Verwendung B nicht oder nicht ausreichend stattfinden kann, wird als Opportunitätskosten bezeichnet. Auch wenn das Wort sehr unbeliebt ist: Rationierung ist Realität im Gesundheitswesen, da Knappheit immer zur Rationierung führt. Wir können uns nicht alles leisten, was wir wollen. Und es ist angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts wahrscheinlich, dass die Diskrepanz zwischen den medizinischen Möglichkeiten und dem, was wir uns leisten können oder wollen, noch zunehmen wird.

Die zweite Nebenbedingung ist der institutionelle Rahmen, insbesondere die Finanzierungssysteme. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) im ambulanten und die Diagnosis Related Groups (DRG) im stationären Sektor sind erst einmal gegeben. Man kann trefflich diskutieren, ob diese Bedingung in Zukunft aufgelöst wird bzw. werden sollte, aber sie liegt im Einflusskreis des Bundes.

Ein DRG-Entgelt ist grundlegend so berechnet, dass das durchschnittliche Krankenhaus seine durchschnittlichen Kosten einer Fallklasse decken kann. Wie Abbildung 3 zeigt, geht man normalerweise von einer u-förmigen Kostenfunktion aus, d. h., sehr große Fallzahlen und sehr kleine Fallzahlen haben überdurchschnittliche Fallkosten. Ein Krankenhaus, das weniger als X_1 Fälle pro Jahr behandelt, hat damit keine Chance, die Fallkosten zu decken. Dies ist nicht das Ergebnis von schlechtem Management, sondern von Prinzipien, die im nächsten Kapitel zu diskutieren sind. Kleinere Krankenhäuser haben daher prinzipielle Nachteile gegenüber größeren Häusern, da sie deutlich höhere Fallkosten haben (müssen). Dies ist keine neuere Entwicklung, sie wurde jedoch durch die Einführung der DRGs im Krankenhauswesen ab 2003 verschärft.

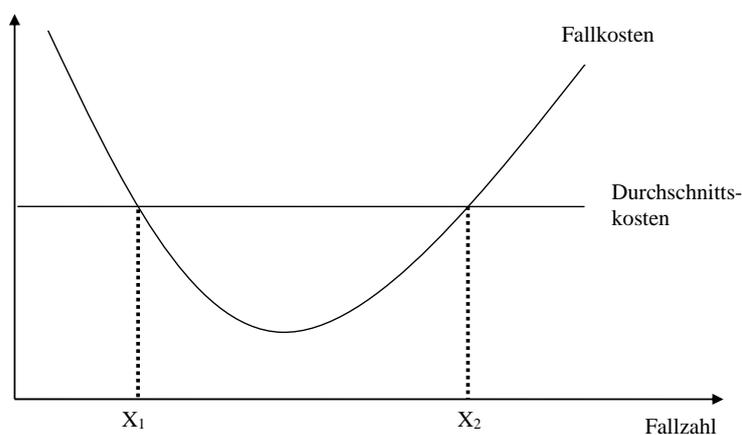


Abbildung 3 Kostenfunktion³

2.3 Zielbeziehungen

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Werte und Ziele des Gesundheitssystems. Das oberste Prinzip („Die Würde des Menschen ist unantastbar“) sowie die zugehörigen Werte (Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität) leiten sich unmittelbar aus dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ab. Sie sind jedoch so abstrakt, dass sie für gesundheitspolitische Prozesse zuerst in Ziele übertragen werden müssen, die spezifisch, messbar und realisierbar sind. Hierfür eignen sich die Ziele Wirksamkeit/Qualität, Zugänglichkeit, Nachhaltigkeit und Partizipation.

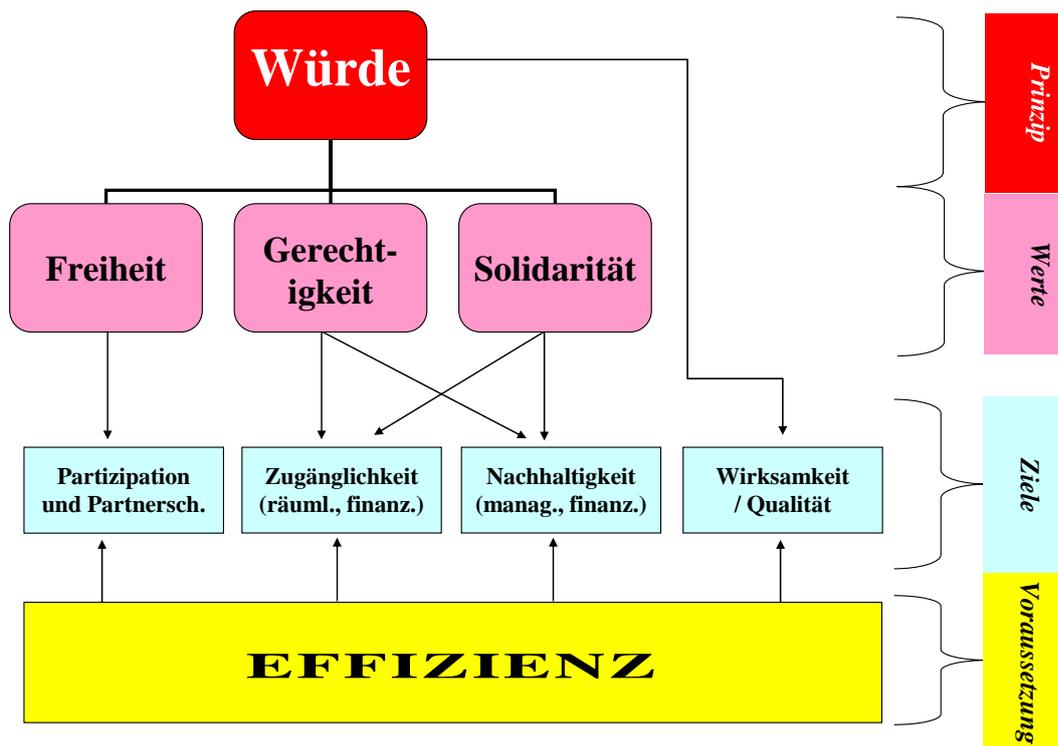


Abbildung 4 Werte und Ziele im Gesundheitswesen

- **Wirksamkeit/Qualität:** Die Versorgung der Bevölkerung soll auf einem Niveau erfolgen, das möglichst dem medizinisch-technischen Fortschritt entspricht. Hierzu sind Prozesse notwendig, die Innovationen generieren und Innovationen möglichst schnell adoptieren.
- **Zugänglichkeit:** Die Frage, was eine gerechte Gesundheitsversorgung ist, ist nicht einfach zu beantworten, weil verschiedene Gerechtigkeitskonzeptionen (z. B. Egalität, Verteilungsgerechtigkeit, Leistungsgerechtigkeit) miteinander konkurrieren. Anders als bei anderen Gütern, wird eine als fair empfundene Verteilung der Gesundheitsressourcen jedoch von den meisten Bürgern als notwendig erachtet. Häufig geht man davon aus, dass eine Gesundheitsversorgung fair ist, wenn niemand ausgegrenzt wird aufgrund unzureichender finanzieller Mittel (finanzielle Zugänglichkeit) oder zu langer Distanzen (räumliche Zugänglichkeit).
- **Nachhaltigkeit:** Diese qualitativ hochwertige Versorgung soll nicht nur heute, sondern auch in Zukunft gesichert werden. Da Ressourcen nicht nur zwischen verschiedenen Anwendungen (z. B. Prävention vs. Kuration), sondern auch auf verschiedenen Zeitebenen zu verteilen sind,

³

Wenn keine Quelle angegeben ist, handelt es sich im Rahmen dieses Berichtes um eigene Abbildungen.

impliziert die Forderung der Nachhaltigkeit, dass die heutige Generation nicht zu Lasten späterer Generationen lebt. Es müssen damit ausreichend Mittel zur Verfügung stehen, um Gesundheitseinrichtungen zu erhalten, Personal aus- und weiterzubilden und am technischen Fortschritt teilzuhaben.

- Partizipation und Partnerschaft: Betroffene müssen Einfluss nehmen können auf die Prozesse, die sie unmittelbar angehen. Dies geschieht durch Patientenvertreter, Betriebsräte, Berufsverbände, Bürgerbewegungen und parlamentarische Vertretung. Gerade im Gesundheitswesen, das Menschen existentiell betrifft, ist die Partizipation ein essentielles Ziel.

Die Ziele Wirksamkeit/Qualität, Zugänglichkeit, Nachhaltigkeit und Partizipation konkurrieren um dieselben Ressourcen, d. h., es treten Zielkonflikte auf. Abbildung 5 illustriert dies anhand des Beispiels kommunizierender Röhren. Wirksamkeit, Zugänglichkeit, Nachhaltigkeit und Partizipation sind mit einem gasgefüllten Ballon verbunden. Wird Druck auf einen der Parameter ausgeübt, so hat dies unmittelbare Auswirkungen auf die anderen Parameter. Wird beispielsweise versucht, die Wirksamkeit zu erhöhen, wird dies ceteris paribus (d. h. bei konstanten Budgets) die Zugänglichkeit, die Teilhabe und die Nachhaltigkeit verschlechtern.

Finanzielle Zugänglichkeit (Erschwinglichkeit) und Qualität sind ein gutes Beispiel für den Konflikt gesundheitspolitischer Ziele. Bei gegebenen Zuschüssen können entweder erschwingliche, aber qualitativ minderwertige Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden, oder qualitativ hochwertige Leistungen, die jedoch nur schwerlich finanziert werden können. Bei gegebenen, d. h. knappen Ressourcen muss man sich zwischen Extremen entscheiden oder schmerzhaft Kompromisse eingehen. Auch zwischen einer guten Versorgung heute und morgen muss ein Kompromiss gesucht werden. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung erfordert Investitionen und Wartung, d. h., Ausgaben, die die zur Verfügung stehenden Mittel für die heutige Generation von Patienten reduzieren, um späteren Generationen eine gleichwertige Versorgung zu gewähren. Wiederum besteht ein Zielkonflikt.

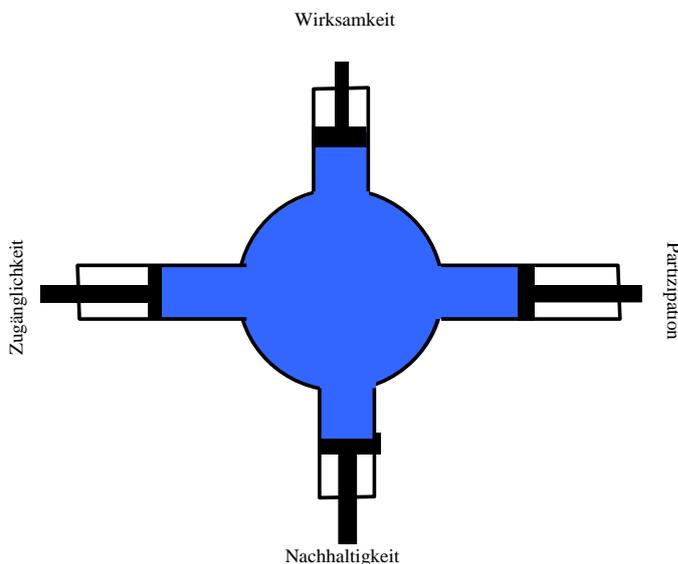


Abbildung 5 Zielkonflikte

Abbildung 5 zeigt auf, dass eine gleichzeitige Verbesserung der Zielerreichung aller Ziele nur möglich ist, wenn auf alle vier Röhren gleichzeitig und gleichmäßig Druck ausgeübt wird, so dass die Dichte des Gases steigt. Dies ist ein Bild für die Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit. Sie beschreibt allgemein das Verhältnis von Ergebnis und Ressourceneinsatz. Ein System ist effizient, wenn ein gegebenes Ergebnis mit

minimalem Ressourceneinsatz (Minimumprinzip) oder ein maximales Ergebnis mit gegebenem Ressourceneinsatz (Maximumprinzip) erreicht wird. Effizienz schafft den Möglichkeitsraum, um die anderen Ziele zu erreichen. Das Gegenteil der Effizienz ist die Verschwendung, die als zutiefst unethisch zu verurteilen ist. Ressourcen, die vergeudet werden, stehen für niemanden und für keine Zielerreichung zur Verfügung. Die Aufgabe der Ökonomik besteht darin, Ineffizienz zu vermeiden. Die Aufgabe der Politik besteht hingegen darin, anzugeben, wie die durch Effizienz gewonnenen Möglichkeitsräume genutzt werden sollen.

Wir haben folglich das Problem, dass eine optimale Gesundheitsversorgung eine klare Zieldefinition erfordert, was aber sehr komplex ist. Weiterhin stehen Ziele miteinander in konkurrierender Beziehung. Dieses Gewirr kann die Ökonomik nicht lösen, aber sie kann zur Transparenz und zur Effizienz beitragen. Dazu ist wichtig aufzuzeigen, was wir wirklich wissen, und wo die Ökonomie an ihre Grenzen kommt und die Domäne der politischen Entscheidung beginnt. Es geht also zuerst einmal darum, die Grundtatbestände aufzuzeigen, für die es ausreichend empirische und theoretische Evidenz gibt. Man könnte sie als Prinzipien oder als „ökonomische Naturgesetze“ bezeichnen. Da es sich nicht um naturwissenschaftliche Phänomene handelt, bleiben wir bei dem Begriff Prinzipien.

3 Prinzipien: Was wir wirklich wissen

Im Folgenden sollen einige Prinzipien der Dienstleistungsökonomik dargestellt werden. Hierbei handelt es sich um evidenzbasierte Fakten, nicht um eine persönliche Meinung. Über Ziele, Zielgewichte und den Umgang mit Zielkonflikten kann man ausführlich diskutieren, über die Prinzipien nicht.

3.1 Fixkostendegression

Der Verbrauch von Ressourcen (z. B. menschliche Arbeit, Materialien, ...) verursacht Kosten (z. B. Löhne und Gehälter, Materialkosten, ...), wobei zwischen variablen und fixen Kosten unterschieden werden kann. Erstere verändern sich mit der Quantität der Leistungserbringung, letztere bleiben konstant. In Krankenhäusern machen die Fixkosten 60–70 % der Gesamtkosten aus.⁴

Aus der Existenz der Fixkosten leitet sich das Prinzip der Fixkostendegression ab. Es besagt, dass die Kosten pro Leistungseinheiten mit zunehmender Auslastung fallen, vgl. Abbildung 6. Jeder Betrieb muss deshalb danach trachten, seine Kapazitäten möglichst gut auszulasten. Da die Nachfrage ein stochastischer Prozess ist, ist auch die Auslastung nicht konstant. Dabei kann man zeigen, dass kleinere Einheiten tendenziell ein höheres Risiko der Schlechtauslastung haben als größere Einheiten, da sich in großen Einheiten Spitzen und Täler der Nachfrage gegenseitig aufwiegen, während in kleineren Einheiten die Auslastung tendenziell geringer sein muss, zumindest, wenn man garantieren möchte, dass sie nie die 100%-Marke übersteigt. Damit impliziert die Fixkostendegression, dass kleinere Einheiten einen systematischen Nachteil gegenüber größeren Einheiten haben. Dieser Nachteil kann im Krankenhaus zum Teil dadurch kompensiert werden, dass wenige größere Abteilungen existieren, sodass zwar das Krankenhaus selbst klein ist, jede Abteilung jedoch als groß bezeichnet werden kann.

⁴ Zur Vereinfachung sollen hier absolut- und sprungfixe Kosten nicht unterschieden werden.

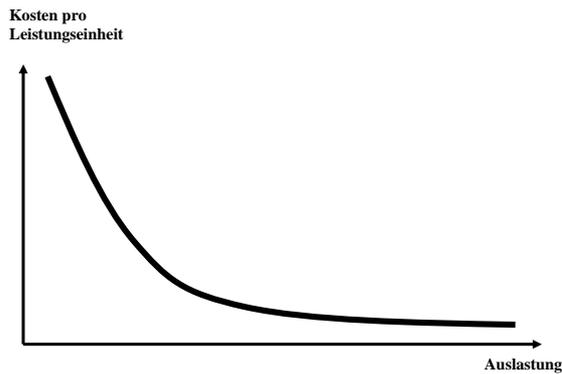


Abbildung 6: Fixkostendegression.

3.2 Größendegression

Die Größendegression (Economies of Scale) beschreibt den häufig festzustellenden Tatbestand, dass große Einheiten geringere Kosten pro Leistungseinheit aufweisen als mehrere kleinere Einheiten mit summierter gleicher Kapazität. So sind beispielsweise die Kosten pro kWh Strom eines 500-MW-Kraftwerkes geringer als von 10 Kraftwerken mit jeweils 50 MW Leistung. Auch bei Krankenhäusern ist offensichtlich, dass die Fallkosten bei sonst gleicher Leistung in einem 400-Betten-Krankenhaus geringer sein dürften als in 10 getrennten Krankenhäusern mit jeweils 40 Betten. Dies liegt zum Teil daran, dass die Vorhaltekosten nicht proportional zur Kapazität steigen. Beispielsweise benötigt ein Krankenhaus mit 40 Betten dasselbe Labor, Röntgenabteilung, Wäscherei, Küche etc. wie ein 100-Betten-Haus. Ein Haus mit 400 Betten wird wahrscheinlich größere Vorhalteleistungen haben, aber nur unterproportional.

Die Größendegression impliziert, dass es effizienter ist, wenige große Krankenhäuser zu betreiben als viele kleinere Häuser mit gleicher Gesamtbettenzahl. Allerdings steigen unter Umständen die Kosten bei sehr großen Einheiten wieder an (siehe unten), sodass Abbildung 7 einen leichten Anstieg rechts vom Minimum aufweist.

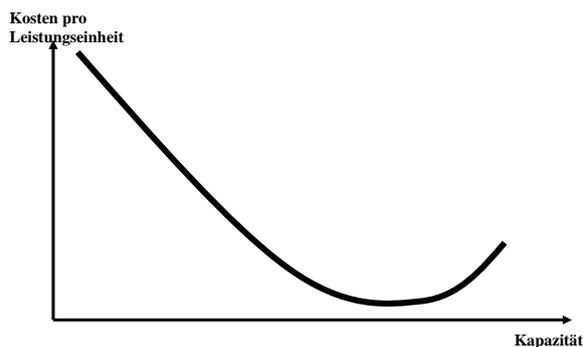


Abbildung 7: Größendegression

3.3 Verbundvorteile

Ein weiterer Faktor, der eine Konzentration auf größere Betriebe impliziert, sind die Verbundvorteile. Er besagt, dass Einheiten mit großer Leistungsbreite und -tiefe bei gleicher Kapazität geringere Kosten pro Leistungseinheit haben als mehrere kleinere Einheiten. Die Konzentration mehrerer Leistungsarten auf einen Standort führt wiederum zu einer Nutzung gemeinsamer Ressourcen. Beispielsweise wäre

es theoretisch möglich, Subspezialisierungen auf alle Krankenhäuser einer Region zu verteilen. Allerdings würde dies zu höheren Kosten führen, da diese Subspezialisierungen untereinander im Austausch stehen und gemeinsam auf spezialisierte Labore, Radiologien etc. zugreifen. Auch die Verbundvorteile sprechen für eine Konzentration auf wenige Standorte. Allerdings steigt – siehe unten – wiederum mit zunehmender Zahl der Leistungsarten die Komplexität, sodass rechts vom Minimum wieder ein Anstieg zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 8).

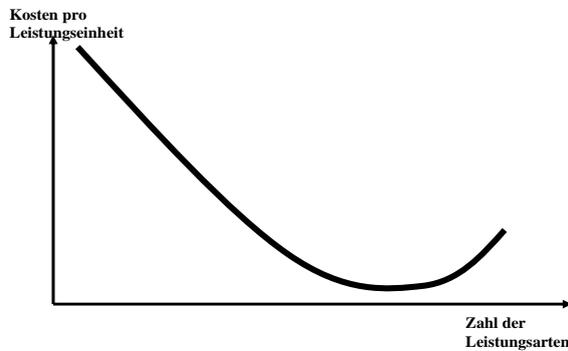


Abbildung 8: Verbundvorteile

3.4 Übungseffekte

Übungseffekte sind in der Literatur ausführlich beschrieben und haben zwei Auswirkungen. Zum einen führt eine häufigere Verrichtung (z. B. eine Operation) zu einer Reduktion der Arbeitszeit pro Prozess und damit der Stückkosten, zum anderen impliziert sie eine Verbesserung der Qualität. Hierbei ist nicht nur die Qualität des einzelnen Teilprozesses zu beachten, sondern vor allem die Qualität des Gesamtprozesses einschließlich aller Risiken. Die Fähigkeit, auf Komplikationen angemessen professionell zu reagieren, steigt mit der Häufigkeit des Eintritts derartiger Risiken und damit der Fallzahl. Dementsprechend zeigen die meisten – wenn auch nicht alle – Studien eine signifikante Korrelation von Volumen und Outcome der Behandlungen im Gesundheitswesen (vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10).

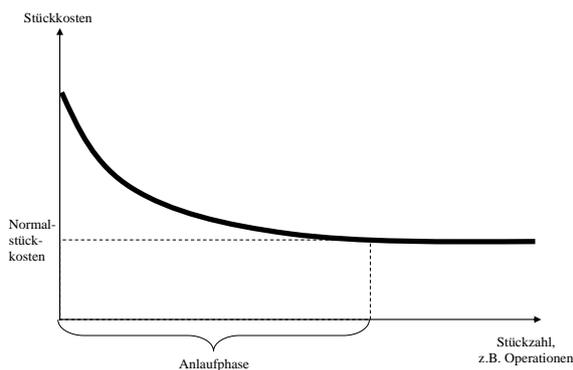


Abbildung 9: Übungskurve

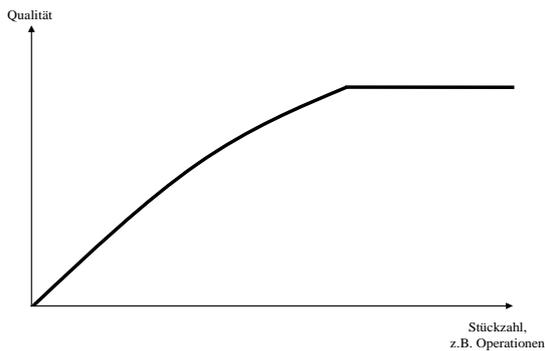


Abbildung 10: Qualitätskurve

3.5 Management

Die klassischen Funktionen des Managements sind Planung, Organisation, Personaleinsatz, Personalführung und Kontrolle. Drei Funktionen sollen hier kurz dargestellt werden:

- **Planung:** Planung ist ein prospektives Denkhandeln in der Form geistiger Vorwegnahme zukünftigen Tathandelns mit dem Ziel, komparative Vorteile zu erzielen. Der Planungsprozess beginnt immer mit der Definition der Ziele. Unternehmensethik ist damit kein Luxus, sondern Ausgangspunkt allen Managements. Nach der Definition des Problems werden Alternativen für seine Lösung gesucht, wobei Planung ein kreativer Prozess ist, der gleichzeitig von großer Strukturiertheit geprägt ist. Am Ende stehen zahlreiche bewertete Alternativen, aus denen diejenige Alternative oder das Bündel von Alternativen gewählt werden, die den Unternehmenszielen am meisten entsprechen.

Der Verzicht auf Planung impliziert regelmäßig, dass man Alternativen übersieht oder Alternativen auswählt, die das Zielsystem nur suboptimal abbilden. Fehlende Planung führt häufig zu Ressourcenverschwendung, d.h., Planung kann den Zielkonflikt zwischen den genannten Zielen Qualität, Erreichbarkeit, Partizipation und Nachhaltigkeit überwinden helfen. Gleichzeitig verführt Planung dazu, den operativen Plan als Maß aller Dinge zu sehen. Krankenhäuser haben sich über Jahrzehnte daran gewöhnt, in Jahresscheiben zu planen. Die Budgetverhandlung mit den Krankenkassen dominiert das komplette Managementverständnis, da eine „schlechte“ Verhandlung auch durch sehr gutes internes Management kaum mehr ausgeglichen werden kann. Die Folge ist ein Fehlen oder eine unzureichende Kurzfristigkeit der strategischen Planung. Geschäftsfeldplanung (mit welchen Leistungen möchte ich auf Dauer meine Kunden befriedigen?), Ressourcenplanung (welche Ressourcen kann ich langfristig entwickeln?) und strategische Autonomie (mit wem arbeite ich zusammen?) sind von zentraler Bedeutung – leider geraten sie angesichts von Sanierungsplänen häufig in den Hintergrund.
- **Organisation:** Grundsätzlich weisen große Betriebe eine zunehmende Komplexität der Organisation und damit eine höhere Verwaltungsintensität auf als kleine. In sehr einfachen Gebilden ist es noch relativ unkompliziert möglich, dass jeder mit jedem in Verbindung steht. Schon bei relativ kleinen Organisationen ist jedoch die Komplexität nicht mehr beherrschbar, sodass Instanzen zur Koordination einbezogen werden müssen. Dadurch entstehen jedoch dispositive Stellen, die keinen unmittelbaren Bezug zur originären Leistungserbringung haben. Bei gegebener Kontrollspanne (d. h. Anzahl von Mitarbeitenden pro Vorgesetzten) ist der Anteil der dispositiven Mitarbeiter umso größer, je größer der Betrieb ist. Den oben skizzierten Vorteilen konzentrierter und damit großer Unternehmen steht folglich der Nachteil einer zunehmenden

Verwaltung, Unpersönlichkeit in der Hierarchie und langsamer Kommunikation durch die Hierarchieebenen und Entscheidungsfindung gegenüber.

- Personalführung: Einrichtungen des Gesundheitswesens sind in mehrfacher Hinsicht personalintensiv. Zum einen stellen die Personalkosten zwischen 60 und 70 % der Gesamtkosten dar. Damit entscheidet sich die Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitsbetriebs an der Zahl und den Faktorkosten des Personals. Zum anderen ist das Personal der zentrale Produktionsfaktor des Dienstleistungsbetriebes. Die Dienstleistungsproduktion erfolgt in Einheit von Ort, Zeit und Handlung an persönlich anwesenden Patienten. Diese Kundenpräsenz bei der Leistungserstellung führt dazu, dass die persönliche Einwirkung der Mitarbeiter auf den Patienten höchste Relevanz für das Produktionsergebnis besitzt. Während der Kunde eines Sachgutes allein die Ergebnisqualität (d. h. die Güte des fertigen Produktes) bewertet und den Produktionsprozess weder kennt noch in der Regel kennen möchte, ist der Kunde des Dienstleistungsprozesses während der Produktion beteiligt und bewertet auch das Endergebnis aus dem Blickwinkel des Prozesses. Die Qualität der Gesundheitsdienstleistung hängt damit von der Freundlichkeit, den Sprachkenntnissen, der Empathiefähigkeit, der Ausdrucksweise und sogar dem äußeren Erscheinungsbild der Mitarbeiter ab. Die fachliche und persönliche Qualität des Personals ist damit der zentrale Ansatzpunkt der Dienstleistungsproduktion. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hat deshalb deutlich gravierendere Auswirkungen auf die Leistungserstellung als in anderen Branchen.

Damit wird deutlich, dass dem Führungsstil eine zentrale Rolle zukommt. Die Überwindung strikter Hierarchien, die sich im Gesundheitswesen als äußerst hinderlich erweisen, erfordert vor allen Dingen gut ausgebildete Führungskräfte, die einen partizipativen, dem Mitarbeiter zugewandten Führungsstil praktizieren. Führung kann man lernen – Führung muss man aber auch lernen.

3.6 Innovation

Statische Systeme verändern sich nicht, sie brauchen deshalb weder einen zusätzlichen Energiezufluss noch geraten sie in Krisen. Das Gesundheitswesen ist ein dynamisches System, das sich ständig verbessern und anpassen muss. Ausgangspunkt für Verbesserungen sind medizinische, pharmazeutische, organisatorische oder personelle Innovationen, die zu einer geringeren Morbidität, höheren Lebensqualität und gesteigerten Lebenserwartung führen. Die Generierung von Innovationen im Gesundheitswesen ist deshalb eine Aufgabe, die von höchster Bedeutung ist. Es gibt noch viele Krankheiten, die wir nicht heilen können.

Wie Abbildung 11 zeigt, ist eine Innovation ein komplexer Prozess, der mit einer Erfindung beginnt und mit der Übernahme dieser „Idee“ als Standard endet. Dieser Prozess erfordert die Überwindung zahlreicher Barrieren, aber die Finanzierungsbarriere dürfte eine der größten sein. Sowohl der EBM als auch die DRGs sind per se innovationsfeindlich, da nur solche Leistungen finanziert werden, die bereits zum Standard geworden sind. Dieses grundsätzliche Problem wurde zumindest im Krankenhauswesen erkannt und durch die „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) adressiert. Ein NUB sollte die Finanzierung derjenigen Leistungen ermöglichen, die noch nicht ins DRG-System eingeflossen sind, die also innovativ sind. Leider ist es extrem schwierig, ein NUB genehmigt zu bekommen. Es bedarf bereits umfassender Studien, dem Nachweis der Kostenrelevanz und eines großen bürokratischen Aufwandes, um ein NUB zu erhalten. Auch die Zulassung von neuen Methoden oder Medikamenten im ambulanten Bereich ist in Deutschland extrem träge. Medizintechnik und Medikamente, die z. B. in den USA längst zugelassen und erstattungsfähig sind, kommen in Deutschland erst Jahre später in die Regelversorgung.

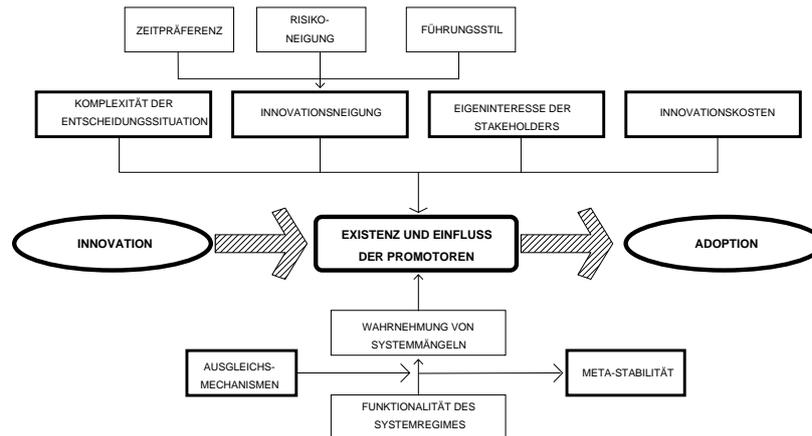


Abbildung 11: Modell der Innovationsadoption

3.7 Distanzreibung

Ein weiteres, grundlegendes Prinzip ist die Distanzreibung (vgl. Abbildung 12). Die Kurve zeigt, dass die Zahl der Transaktionen zwischen zwei Individuen oder Zentren unmittelbar von der Distanz zwischen diesen abhängt. Je höher die Distanz d , desto geringer ist die Zahl der Transaktionen T (z. B. Besuche).

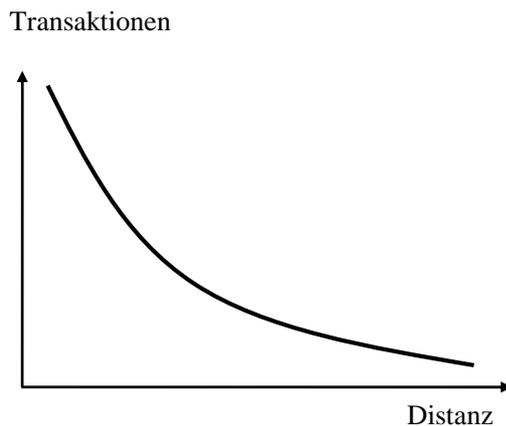


Abbildung 12: Distanzreibung

Tatsächlich führt die ersatzlose Schließung einzelner Krankenhäuser dazu, dass die Einzugsbereiche bzw. die zurückgelegten Distanzen größer werden. Abbildung 13 und Abbildung 14 zeigen dies für das Beispiel der Geburtshilfe und Pädiatrie in Greifswald, Wolgast und Anklam. Eine Schließung der entsprechenden Abteilungen impliziert, dass ein Teil der Bevölkerung deutlich weitere Strecken zurückzulegen hat.

Ob diese Strecken subjektiv zumutbar sind, kann hier nicht bewertet werden. Auch die Frage, ob diese Analyse sich an der Distanz des am weitesten entfernt lebenden Bürgers oder am Durchschnitt ausrichten soll, kann nicht ökonomisch beantwortet werden. Deutlich ist nur, dass die Schließung weiterer Abteilungen oder Häuser die Distanzen erhöht. Die Frage, welche Distanz für welche Leistung ethisch vertretbar ist, muss im gesellschaftlichen Diskurs von der Politik gelöst werden.

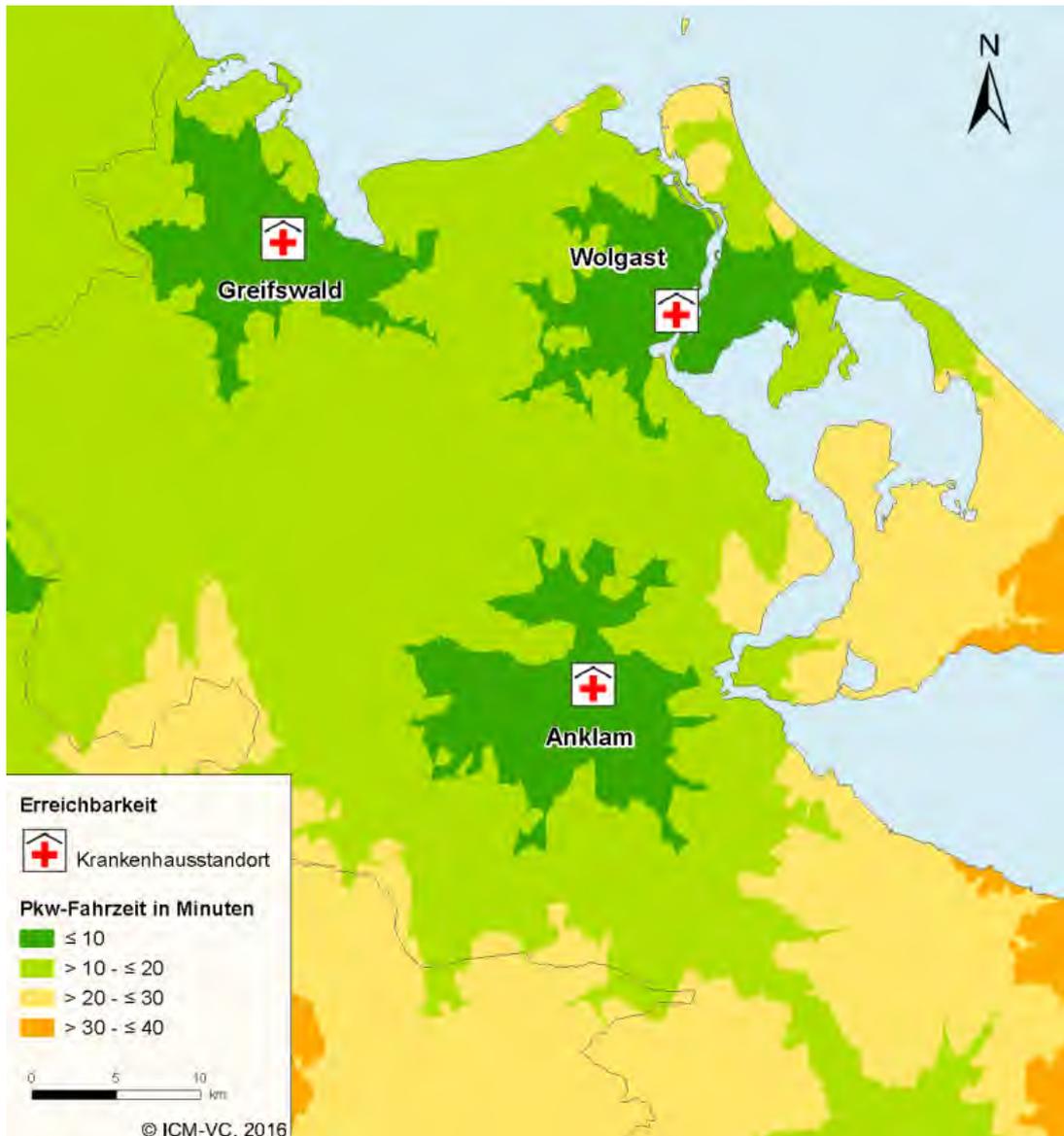


Abbildung 13: Pkw-Erreichbarkeit der Krankenhäuser im Kreis Vorpommern-Greifswald

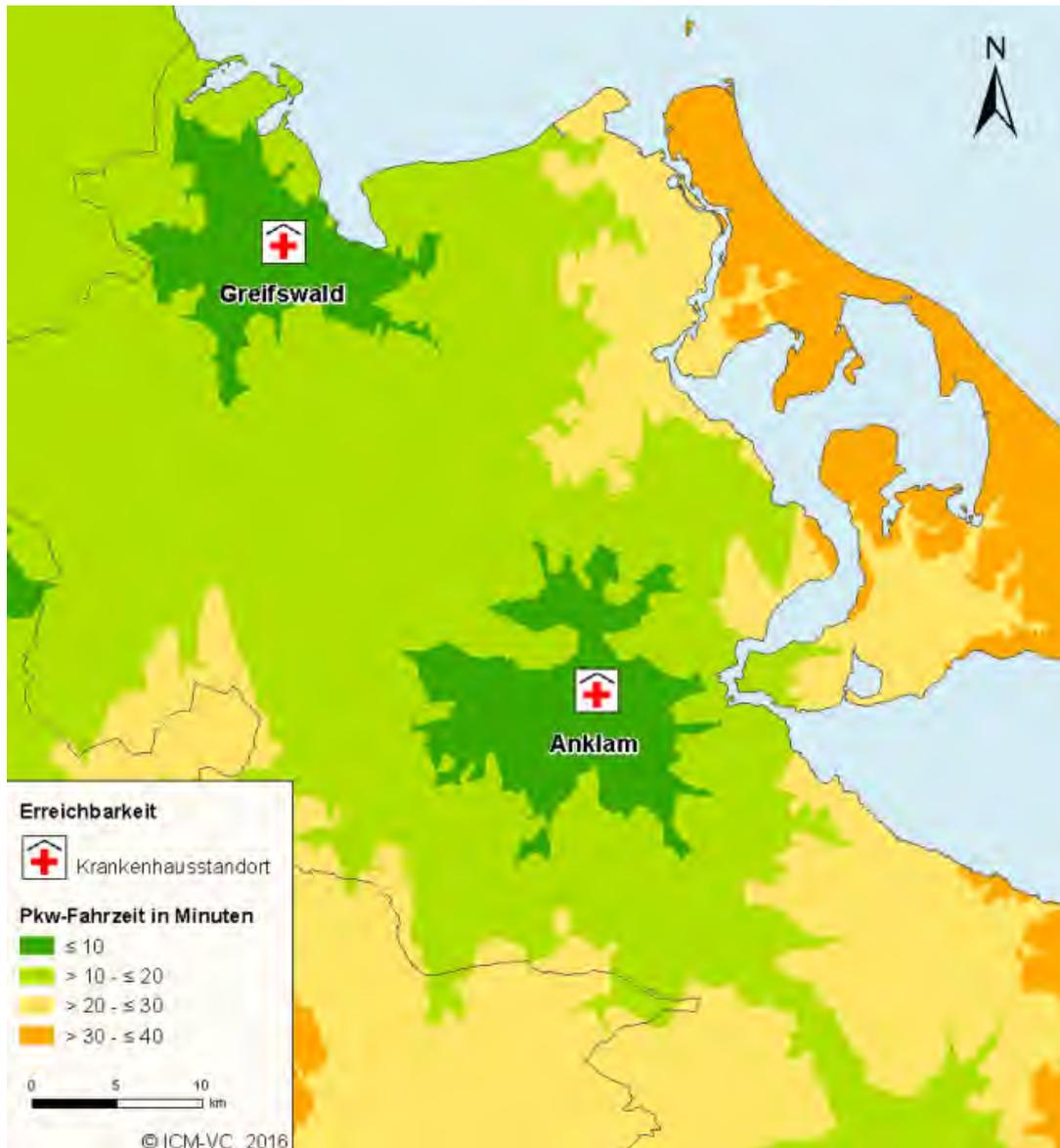


Abbildung 14: Pkw-Erreichbarkeit der Krankenhäuser im Kreis Vorpommern-Greifswald ohne Kreiskrankenhaus Wolgast

Abbildung 15 zeigt die Einzugsgebiete in MV, wenn nur noch die großen Maximalversorger bestehen bleiben. Ob eine Maximaldistanz von 108 km zumutbar ist, kann ökonomisch nicht bewertet werden. Wichtig ist auch, dass 108 km nicht per se unüberwindbar sind. Die Zugänglichkeit des Krankenhausstandortes und die Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln determiniert, ob eine bestimmte Distanz als Barriere empfunden wird.

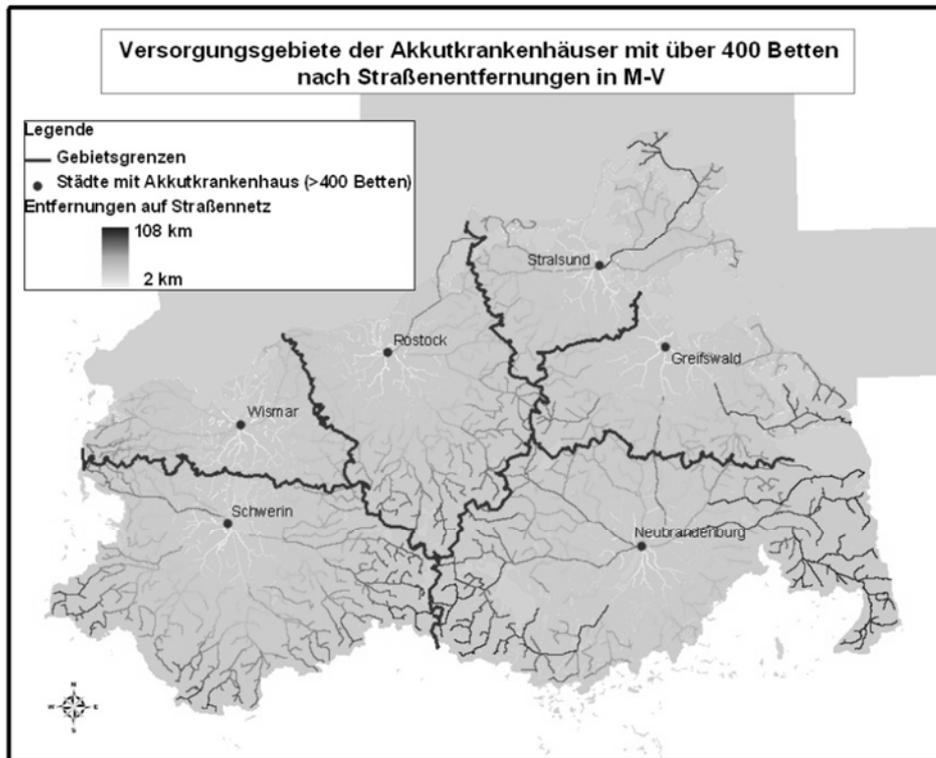


Abbildung 15: Einzugsgebiete der Krankenhäuser in MV (Annahme: Konzentration auf Maximalversorger)

3.8 Qualität und Distanz

Die Ausführung in Kapitel 3.4 implizieren, dass die Qualität einer Behandlung in größeren Krankenhäusern mit höherer Fallzahl tendenziell höher ist als in kleinen Häusern. Dies spricht für eine Zentralisierung. Gleichzeitig ist klar, dass die Qualität des Transportprozesses abnimmt, wenn die Distanz zum größeren Krankenhaus zu hoch wird. Abbildung 16 zeigt die entsprechenden Verläufe der Überlebenswahrscheinlichkeiten. Während für die Überlebenswahrscheinlichkeit im Krankenhaus gilt, dass eine Konzentration auf wenige, große Standorte optimal ist, ist die Überlebenswahrscheinlichkeit auf dem Transportweg besser, wenn es viele, kleine Standorte gibt, die ortsnahe verteilt sind. Das Gesamtoptimum liegt folglich dazwischen.

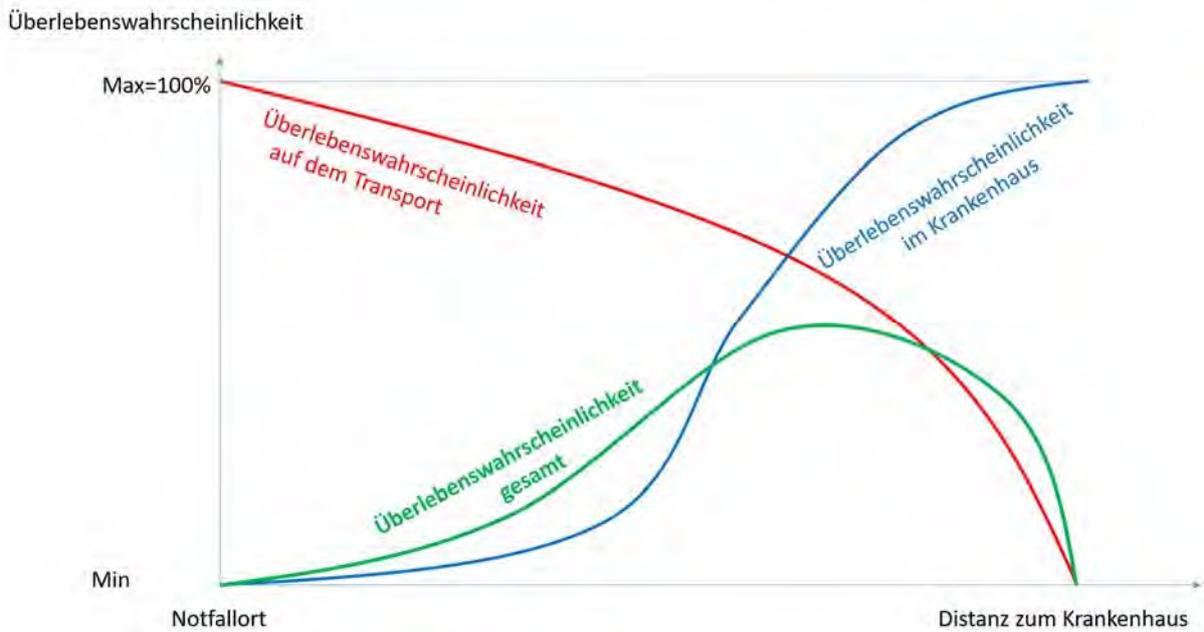


Abbildung 16: Qualität des Gesamtsystems (hier: Überlebenswahrscheinlichkeit)

3.9 Komplexität

Komplexität definiert sich in einer starken Verbundenheit bzw. Interdependenz der einzelnen Elemente eines Systems. Aus Komplexität entsteht Unsicherheit, d. h. die fehlende Vorhersagbarkeit von Prozessverläufen. Tatsächlich ist das Gesundheitswesen hoch komplex, d. h., selbst wenn es gelingt, jedes Teilelement vollständig zu erfassen und zu beschreiben, ist das Gesamtsystem trotzdem nicht vollständig beschreibbar. Das Verhalten des Systems tendiert zum Chaos.

Abbildung 17 zeigt dies am Beispiel des Krankenhauswesens. Die Abbildung selbst ist vereinfachend, und trotzdem sind zahlreiche Einflussgrößen gegeben, deren Wirkungen nicht mehr vollständig beschrieben werden können. Der Umfang mit Komplexität erfordert gutes Management.

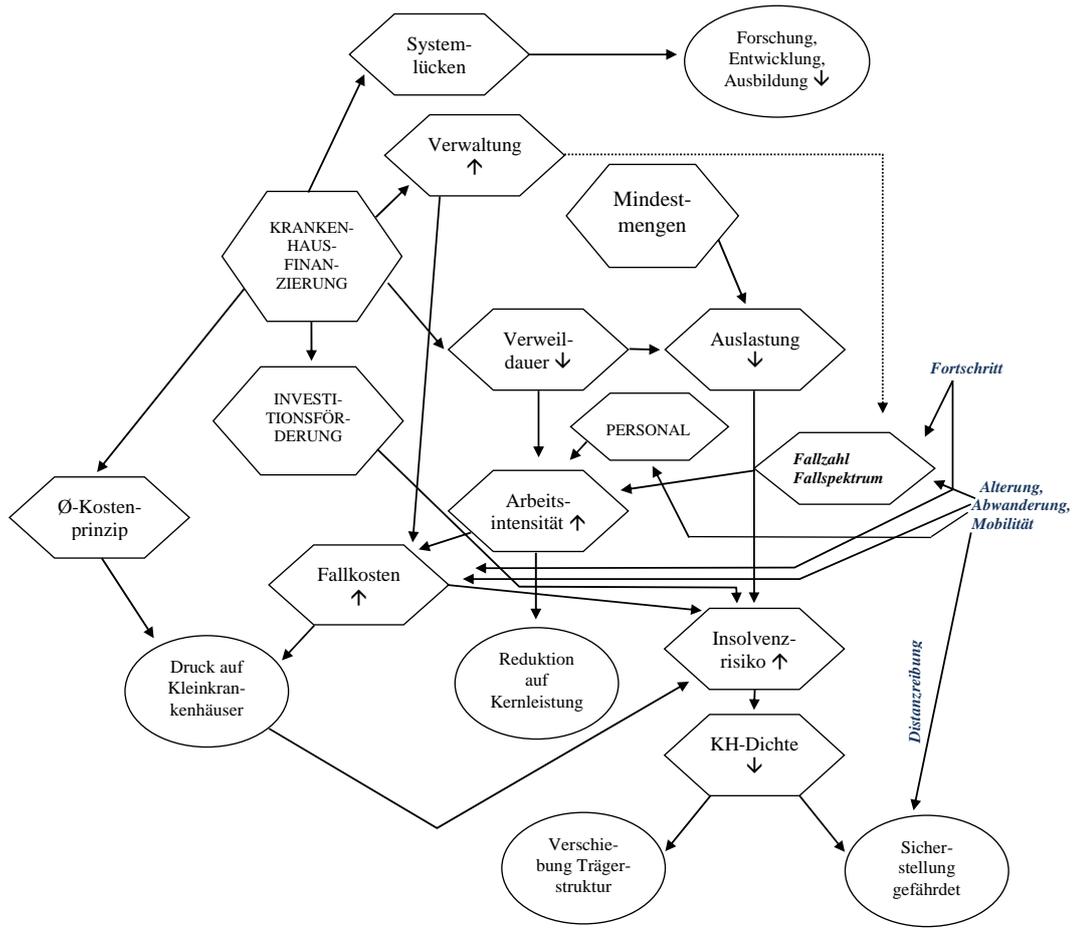


Abbildung 17: Komplexität des Krankenhaussystems

3.10 Stochastik

Unsicherheit äußert sich vor allem darin, dass Prozesse stochastisch werden. Nachfragen und Patientenverhalten sind z. B. nicht fest vorgegeben, sondern unterliegen Zufallsschwankungen. Aber auch systematische Schwankungen (z. B. saisonale Nachfrage) sind nicht immer vorhersehbar. Schwankungen erfordern Kapazitäten, in die das System notfalls reinwachsen kann. Wir haben uns trotzdem daran gewöhnt, leere Betten als Verschwendung zu betrachten.

Abbildung 18 zeigt ein einfaches Nachfragemodell. Im Jahresablauf schwankt die Patientenzahl im Krankenhaus um den Durchschnitt. Zwischen T1 und T2 ist das Krankenhaus überlastet. Es ist deutlich, dass die entsprechende Überlastung je höher ist, desto näher die Bettenkapazität am Durchschnitt liegt. Wenn keine Reservekapazität vorgehalten wird, ist automatisch in 50 % des Jahres eine Überlast.

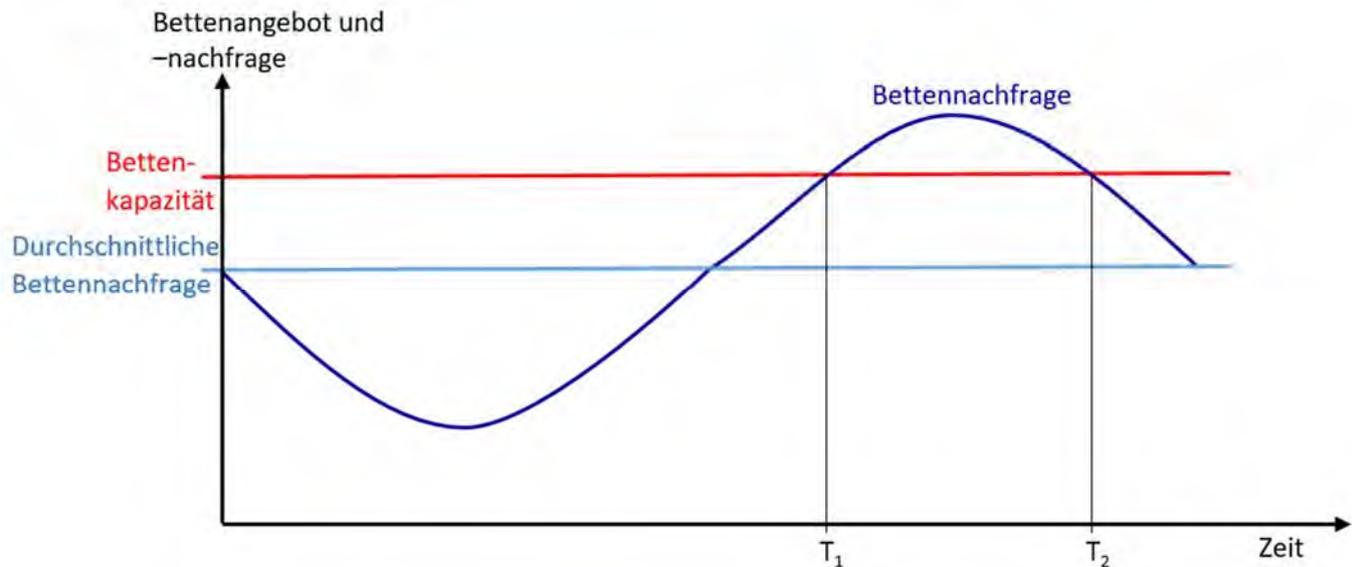


Abbildung 18 Patientenzahl im Krankenhaus: Sinus-Modell (eigene Darstellung)

Für ein einfaches Modell mit einer Patientenzahl von 10.000 pro Jahr, einer Verweildauer von 7 Tagen und einem Schwankungsfaktor von 1,2 würde eine Bettenzahl von 229 eine durchschnittliche Auslastung von 85 % erlauben. In diesem Fall wäre das Krankenhaus an 55 Tagen mit über 100 % belegt, 15 % der Patienten wären davon betroffen. Eine Reduktion der Bettenzahl führt unmittelbar zu einem höheren Anteil von Überbelegungstagen. Im Prinzip würden im Durchschnitt 194 Betten genügen, aber durch die Schwankungen müssen deutlich mehr Betten vorgehalten werden. Will man Überlastung komplett vermeiden, müssten dies mindestens 234 Betten ein.

Die Zahl der Ankünfte, Entlassungen und der Bettage ist in unterschiedlichen Bereichen stochastisch: Im Tagesablauf, im Wochenablauf und um Jahresablauf schwanken die Zahlen und sind häufig nicht prognostizierbar. Man kann zeigen, dass die Auswirkungen der Stochastik umso größer sind, je kleiner eine Einheit ist. Mit anderen Worten: Kleine Einrichtungen können unverschuldet die Schwankungen nicht ausgleichen.

Selbstverständlich umfasst das Lehr- und Forschungsgebäude mehr als diese wenigen Prinzipien. Für die Beantwortung des Fragenkatalogs der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ sollen diese jedoch die Grundlage bieten.

4 Fragenkatalog Wissenschaft

Im Folgenden werde ich auf die einzelnen Fragen der Enquete-Kommission („Fragenkatalog Wissenschaft“) eingehen. Hierbei wird geklärt, ob es sich überhaupt um eine gesundheitsökonomische Frage handelt. Falls ja, werde ich bewerten, auf welcher Evidenzbasis ich antworte. Themen, in denen ich lediglich den Sachstand der Wissenschaft erläutern kann, ohne auf eigenen Forschungsarbeiten (insb. zu Mecklenburg-Vorpommern) zu fußen, sollen von denjenigen abgegrenzt werden, wo ich persönlich einen Beitrag zur Evidenz leisten kann.

4.1 Grundsätzliche Beurteilung

Frage 1 ist so umfassend, dass ich hierfür keine vollständige Evidenz bieten kann. Frage 2 ergibt sich aus dem Qualitätsmanagement, zu Frage 3, 4 und 5 habe ich insbesondere für den stationären Sektor gearbeitet.

4.1.1 Frage 1: Wie beurteilen Sie die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern?⁵

Mecklenburg-Vorpommern ist ein Bundesland mit einer geringen Bevölkerungsdichte. Einige der in Kapitel 3 genannten Probleme (z. B. Distanzreibung) sind deshalb hier besonders stark ausgeprägt. Auch die Beschaffung und Haltung von qualifiziertem Personal ist teilweise schwieriger als in anderen Bundesländern. Trotzdem erscheint mir die Versorgung der Bevölkerung noch immer als relativ gut. Noch immer hat der größte Teil der Bevölkerung in vergleichsweise kurzer Zeit (siehe Abbildung 2) Zugang zu Krankenhäusern, aber auch die Verteilung der niedergelassenen Ärzte ist immer noch als gut zu bezeichnen. Insbesondere im Krankenhauswesen dürfte von Vorteil sein, dass das Gebiet des heutigen Mecklenburg-Vorpommerns noch nie eine extrem hohe Dichte an Kleinstkrankenhäusern hatte, so dass auch nach der Wiedervereinigung nur vergleichsweise wenige Krankenhäuser geschlossen wurden. In anderen Bundesländern (z. B. Bayern) besteht noch immer ein Rückstau an zu schließenden Krankenhäusern, was zu erheblichen gesellschaftlichen Spannungen führt.

Eine ganz andere Frage sind die Zukunftsentwicklungen. Zwar nimmt die Bevölkerung von MV derzeit nicht mehr ab, aber die demografischen Aussichten in der Peripherie sind noch immer schwierig. Abnehmende Bevölkerungszahlen und insbesondere eine andere -struktur implizieren geringere Nachfrage insgesamt sowie insbesondere für bestimmte Arztgruppen und Fachabteilungen (Pädiatrie, Geburtshilfe). Gleichzeitig sind manche Arztsitze nicht mehr zu besetzen. Mit anderen Worten: Derzeit sehe ich noch kein Versorgungsproblem, aber in Zukunft könnte es sich so entwickeln. Umso wichtiger ist es, dass sich die Enquete-Kommission JETZT mit dieser Fragestellung beschäftigt.

4.1.2 Frage 2: Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?

Nach Donabedian können wir Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheiden. Die Strukturqualität umfasst die Qualität der sachlichen und personellen Inputs (z. B. Umfang und Zustand von Gebäuden und Anlagen, Personalausstattung, aber auch Zugänglichkeit), die Prozessqualität, die Qualität der Abläufe (z. B. Wartezeiten, Dokumentation, Reihenfolgen, Abstimmung von Teilprozessen), die Ergebnisqualität, die Qualität der Outputs, Outcomes und Impacts medizinischer Produktionsprozesse. Sie können objektiv (z. B. Infektionsraten, Sterblichkeitsraten, ...) oder subjektiv sein (z. B. Patientenzufriedenheit). Wichtig ist, dass die Strukturqualität eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Prozessqualität ist, während diese wiederum eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Ergebnisqualität ist. Mediziner gehen meistens davon aus, dass eine gute objektive Ergebnisqualität eine Bedingung für eine gute subjektive Qualität ist. Dem ist aber nicht so. Für den Patienten zählen auch „weiche“ Faktoren sehr stark in sein Gesamtbild: Die Freundlichkeit und Zuwendung des Personals, die Qualität des Essens und die Möglichkeit, ortsnahe Besuche von Angehörigen zu erhalten sind häufig ebenso bedeutend für den Patienten wie die vom Experten festgestellte objektive Qualität.

Für MV als Flächenland dürfte die Erreichbarkeit von besonderer Bedeutung sein. Wie in Kapitel 3.8 beschrieben, nimmt die Gesamtqualität von der Häuslichkeit/Notfallort zum medizinischen Dienstleister mit zunehmender Distanz ab, d. h., die Qualität der Gesamtbehandlung hängt auch von der Erreichbarkeit ab. Raumplanung darf damit nicht dem Zufall, auch nicht allein den Marktkräften, überlassen werden, sondern ist staatliche Aufgabe (bzw. Aufgabe von Organisationen, an die diese Aufgabe delegiert wurde).

Ein wichtiges Qualitätskriterium ist der Zugang zu Innovationen. Wie in Kapitel 4.4.1 beschrieben wird, besteht zumindest ein Risiko, dass gesetzliche Krankenversicherungen Innovationen, die noch nicht

⁵ Die Fragen wurden jeweils aus dem Katalog wortwörtlich übernommen.

vom G-BA genehmigt wurden, später in ihren Leistungskatalog aufnehmen als Privatversicherungen. Da in MV ein überdurchschnittlicher Anteil von Patienten gesetzlich versichert ist, besteht zumindest die Gefahr, dass die Patienten in MV später Zugang zu Innovationen erhalten als in anderen Bundesländern. Dem muss die Landesregierung durch die explizite Förderung von Innovationen in der medizinischen Versorgung gegensteuern.

4.1.3 Frage 3: Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie und welche Auswirkungen haben diese auf die Patientenversorgung?

Die größten Probleme wurden bereits genannt:

- **Wirtschaftlichkeit:** Die geringe Bevölkerungsdichte impliziert, dass eine ortsnahe Versorgung häufig nur erreichbar scheint, wenn kleine Einheiten vorgehalten werden. Wie oben beschrieben impliziert dies jedoch häufig höhere Fallkosten. Für Vertragsärzte könnte dies – ohne zusätzliche Maßnahmen – auch bedeuten, dass bestimmte Kassensitze so wenig attraktiv sind, dass sie nicht mehr zu besetzen sind.
- **Erreichbarkeit:** Die Folge der geringen Wirtschaftlichkeit wäre eine Konzentration auf weniger, aber größere Einheiten. Dies führt automatisch zu größeren Distanzen, d. h., sowohl durchschnittliche als auch maximale Anfahrtswege steigen für Patienten und Angehörige. Präventionsleistungen haben eine besonders hohe Distanzreibung, d. h., sie werden unter Umständen gar nicht mehr nachgefragt.
- **Mobilität:** Der Abbau des öffentlichen Nahverkehrs führt dazu, dass Menschen mit Mobilitätseinschränkung (d. h. ohne Privat-PKW, Ältere, Menschen mit Behinderung) unter Umständen keinen ausreichenden Zugang mehr zur Gesundheitsversorgung haben.
- **Personalausstattung:** Die Bereitschaft, im ländlichen Raum zu arbeiten, ist von vielen Faktoren abhängig. Die Bezahlung ist nur ein Aspekt von vielen. Sowohl für Zahnärzte als auch für Lehrer (mit vergleichbaren Problemen!) konnten wir nachweisen, dass die Arbeitsmöglichkeit für den Partner von großer Bedeutung ist. Zentral erscheint mir hier die Führung der Einrichtungen, um die Mitarbeiter zu halten. Wer „glücklich“ in seinem Krankenhaus oder seiner Arztpraxis ist, wird dort auch bleiben.

Insgesamt erscheint mir der Zielkonflikt zwischen Qualität, Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit das größte Problem. Eine hohe Qualität der Leistungserstellung in den Einrichtungen impliziert auch für MV eine Konzentration auf größere Einheiten und die Schließung kleinerer. Die Erreichbarkeit fordert jedoch eine Stärkung der ortsnahen Versorgung. Qualität der Leistungserstellung in den Einrichtungen und Erreichbarkeit zusammen betrachtet dürfte einem \cap -förmigen Verlauf folgen, d. h., der Gesamtnutzen steigt zuerst mit zunehmender Konzentration, um anschließend wieder abzunehmen, wenn die Einheiten zu groß werden und zu weit entfernt liegen. Die Fallkosten haben ähnliche Verläufe, wobei jedoch die Einheiten relativ groß werden müssen, bis die Zunahme der Organisationskosten stärker ist als die Abnahme der Fallkosten durch Fixkosten- und Größendegression.

Die von der Politik getroffene Aussage, dass keine Standorte geschlossen werden sollen, kann ich nur insoweit unterstützen, dass es an diesen Standorten noch immer Krankenhäuser geben sollte. Allerdings impliziert das nicht, dass ein Krankenhaus im Jahr 2030 noch dieselbe Struktur haben sollte wie im Jahr 2020. Wir müssen uns endlich davon lösen, Krankenhäuser vor allem vom Bett her zu denken. Stattdessen sollten wir Krankenhäuser als Funktionszentren betrachten, wo qualitativ hochwertige Leistungen in Einheit von Ort, Zeit und Handlung unter ärztlicher Leistung erbracht werden, die von einzelnen Vertragsärzten nicht mehr erbracht werden können. Das Bett (das auch in einem angeschlossenen Hotel sein könnte), ist hilfreich und häufig auch notwendig, aber nicht konstituierend. Das impliziert natürlich auch, dass die Trennung in ambulant und stationär nicht mehr sinnvoll ist. Weiterhin wird eine Einbeziehung des öffentlichen Personennahverkehrs notwendig, denn Distanz sollte nicht in

Kilometern, sondern in Zeit und Mühe gemessen werden. Modellprojekte wie „ILSE“ in den Ämtern Peenetal/Loitz sowie Jarmen sind hier zielführend und sollten erweitert werden.

4.1.4 Frage 4: Was sind die Ursachen dieser Probleme?

Die Antworten auf die Frage nach den Ursachen wurden bereits eingearbeitet. Etwas strukturierter würde ich drei Faktoren unterscheiden:

- Rahmenbedingungen: Die Bevölkerungsdichte sowie die -struktur sind vielleicht durch gesellschaftspolitische Maßnahmen beeinflussbar, für das Gesundheitswesen sind sie als externe Faktoren zu betrachten, auf die wir keinen Einfluss haben.
- Politische Festlegungen: Der öffentliche Nahverkehr, die Unterstützung von Standorten in der Transformation vom Bettenhaus zum Gesundheitszentrum, die Förderung innovativer Transportsysteme (z. B. Drohnen) und die Unterstützung von notwendigen Vorhalteleistungen („Sicherstellungszuschläge“) sind möglich. Wenn wir dies nicht tun, dann ist das eine politische Entscheidung, andere Prioritäten zu setzen.
- Führung: In den Einrichtungen selbst gibt es auch Faktoren, die Qualität, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit beeinflussen, und von der Führung der Institutionen zu verantworten ist. Kooperation, Partizipation, Förderung und Zugewandtheit zu den Patienten und Mitarbeitern können darüber entscheiden, ob eine Einrichtung auch unter schwierigen Rahmenbedingungen gut arbeitet. Es gibt immer wieder erstaunliche Beispiele von Krankenhäusern, die unter schwierigsten Rahmenbedingungen überleben, auch wenn kein Betriebswirt ihnen eine Zukunft attestieren würde. Meist liegt es dann an Ausnahmepersönlichkeiten in der Führung – ein Kriterium, das leider nicht einfach von einem Haus auf das andere übertragbar ist.

4.1.5 Frage 5: Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die benannten Mängel zu beseitigen?

Die Maßnahmen, die notwendig sind, um die benannten Mängel zu beseitigen, sind diesen Ebenen zuzuordnen:

- Deutliche Verbesserung der Zugänglichkeit: Hierzu gehören die Stärkung des öffentlichen Nahverkehrs, die Verbesserung des Rettungs- und Transportdienstes sowie die Förderung von Innovationen. In vielen Ländern (z. B. Skandinavien) werden beispielsweise Krankenhäuser so geplant, dass sie mit öffentlichem Nahverkehr sehr gut erreichbar sind und gleichzeitig an einer Ausfallstraße liegen. In MV gibt es Krankenhäuser, deren Standorte es für ältere Menschen fast unmöglich machen, dort gefahrlos hinzukommen. Seit Jahren wird diskutiert, wie das zu verändern ist, ohne dass wirklich etwas geschieht.
- Förderung von Innovationen: Telemedizin, Transportwesen, Transformation vom Bettenhaus zum Gesundheitszentrum etc. werden leider immer nur als Modellprojekte gefördert. Anschließend laufen sie aus – und das war es dann. Die Krankenkassen, die die Übernahme in die Regelversorgung finanzieren müssten, verweisen zu Recht darauf, dass die Evidenzbasis der Modellprojekte oftmals nicht genügt. Aber die kleinen Modellprojekte geben das nicht her. Wir bräuchten dringend eine Übergangsförderung. Der Innovationsfonds ist ein guter Ansatz, aber das genügt nicht. Beispiel Telemedizin: es gibt viele Nachweise, dass ein flächendeckendes Telemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz wirksam und effizient ist, trotzdem wird es bislang nicht flächendeckend durchgeführt, weil eine Fülle von kleinen Einzelstudien eben noch kein Beweis ist bzw. sich immer Argumente dagegen finden lassen.
- Sicherstellungszuschläge: die „Mütter und Väter“ des DRG-Systems sahen von Anfang an die Problematik, dass bestimmte Leistungen, die für die Versorgung der Bevölkerung ortsnahe un-

abdingbar sind, nicht ausreichend finanziert werden würden. Deshalb sahen sie das Instrument der Sicherstellungszuschläge vor. In einigen Bundesländern wurde dieses Instrument gut eingesetzt, in MV bislang nicht.

- Führung: Die Ausbildung der Führungskräfte in modernem Management erscheint mir bislang sehr zufällig. Es gab Anfang des neuen Jahrtausends Tendenzen, dass alle Chefärzte eine entsprechende Ausbildung erhalten sollten. Leider führte die zunehmende Knappheit der Chefärzte dazu, dass regelmäßig wieder Führungskräfte eingestellt werden, die zwar gute Mediziner sind, aber kaum die Grundlagen von Strategie, Personalführung und Controlling gelernt haben. Dies kann – insbesondere in staatlichen Einrichtungen – jederzeit geändert werden.

4.2 Krankenhausplanung

Auf diesem Gebiet forsche ich seit 25 Jahren und habe auch zum Krankenhauswesen in MV ausführlich publiziert. Von allen Fragen kann ich hier die größte Expertise und Evidenz vorweisen.

4.2.1 Vorbemerkung

Der grundlegende Zielkonflikt zwischen Qualität, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit lässt sich sehr gut anhand des Beispiels der Akutkrankenhäuser darstellen. Dies soll im Folgenden am Beispiel der Geburtshilfe und Pädiatrie des Kreiskrankenhauses Wolgast demonstriert werden. Tabelle 1 und Tabelle 2 kontrastieren die Situation von 2014 für den Fall, dass die Fälle auf die drei Krankenhäuser verteilt wurden, mit der Variante, dass sie an der Universitätsmedizin Greifswald konzentriert wurden. Wie auf Grundlage der oben dargestellten Prinzipien zu erwarten, führt dies zu erheblichen Vorteilen auf Grundlage der Fixkosten- und Größendegression. Statt eines Verlustes über alle Krankenhäuser in diesen zwei Abteilungen von 3,6 Mio. Euro, ist es möglich, einen Gewinn von 2,1 Mio. Euro zu erwirtschaften. Die Zentralisierung setzt folglich Ressourcen frei, die für andere Patienten verwendet werden können.

	Pädiatrie			Geburtshilfe			Summe [€]
	Betten	Fälle	DB ⁶ IV [€]	Betten	Fälle	DB IV [€]	
Wolgast	9	1057	-356.810	5	357	-1.048.214	-1.405.024
Anklam	5	496	-998.182	5	280	-1.270.780	-2.268.962
Greifswald	16	1820	171.927	11	800	-115.809	56.118
Summe	30	3373	-1.186.065	21	1437	-2.434.803	-3.617.868

Tabelle 1 Pädiatrie und Geburtshilfe 2014, Anklam, Greifswald, Wolgast

	Pädiatrie			Geburtshilfe			Summe [€]
	Betten	Fälle	DB IV [€]	Betten	Fälle	DB IV [€]	
Wolgast	0	0	0	0	0	0	0
Anklam	0	0	0	0	0	0	0
Greifswald	29	3373	1.281.188	20	1437	806.408	2.087.597
Summe	29	3373	1.281.188	20	1437	806.408	2.087.597

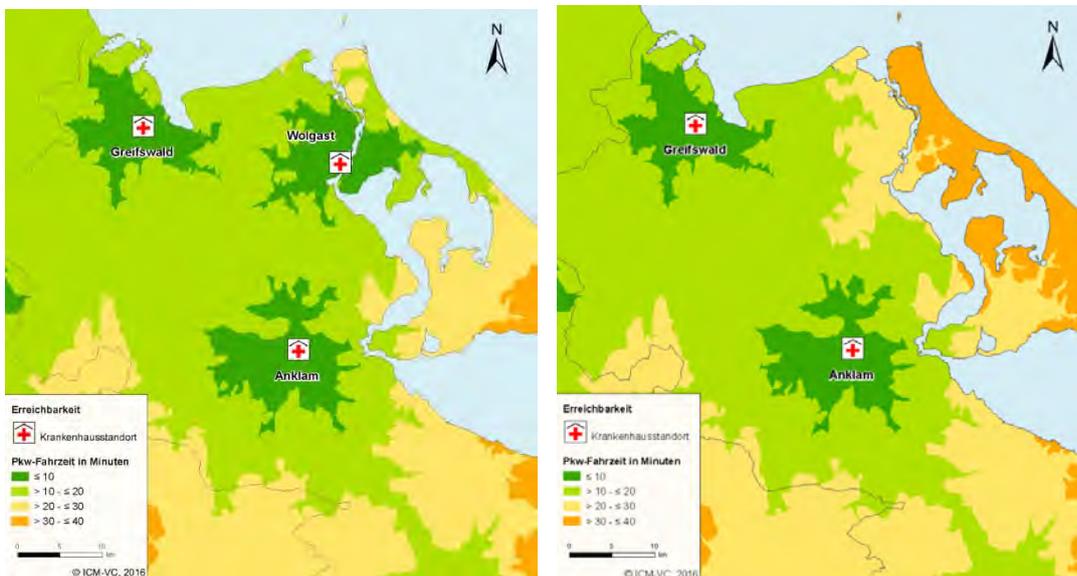
Tabelle 2 Pädiatrie und Geburtshilfe 2014, Anklam, Greifswald, Wolgast für eine Konzentration auf einen Standort

⁶ DB: Deckungsbeitrag. Der Deckungsbeitrag I, II, III und IV entspricht einer mehrstufigen Deckungsbeitragsrechnung mit unterschiedlich geschichteten Fixkosten.

Gleichzeitig spricht die Qualität in den Einrichtungen für eine Zentralisierung. Hierbei geht es primär nicht um die durchschnittliche Qualität, sondern um die Qualität im Risikofall. Die „normale“ Entbindung kann eine Hebamme im Prinzip immer und überall beherrschen. Aber auch nach sorgfältiger Abklärung bleibt ein bestimmter Anteil von Geburten, die vorher keiner Risikogruppe zugeordnet werden konnten und trotzdem während des Geburtsprozesses zu lebensgefährlichen Risiken für Mutter und/oder Kind führen. In diesem Fall entscheidet häufig die Routine darüber, ob eine Gefährdung eintritt oder der Inzident beherrscht wird. Und Routine steigt nun mal mit der Fallzahl.

Die grundlegende Frage ist folglich: Richten wir uns am Durchschnitt oder an den Rändern aus? Am Durchschnitt betrachtet, sind die Krankenhäuser in MV alle in der Lage, die durchschnittliche Geburt oder den durchschnittlichen pädiatrischen Fall zu beherrschen. Oder richten wir uns an den seltenen Risiken aus? Dann spricht die Qualität eindeutig für eine Konzentration auf weniger Standorte. Die Distanzen dorthin sind sowohl bei Geburten als auch bei pädiatrischen Fällen in MV nicht so groß, so dass die Qualitätseinbußen nicht zu groß sein dürften. Eine Entscheidung darüber, ob die Qualität als Ziel eher für eine Konzentration spricht, kann folglich nicht getroffen werden. Zuvor muss festgelegt werden, ob wir uns an der durchschnittlichen Behandlung oder an der bestmöglichen Versorgung für Fälle mit Komplikationen aussprechen.

Die Sicherheit der ortsnahen Versorgung spricht hingegen eindeutig für die Beibehaltung der Standorte. Abbildung 19 zeigt die Einzugsbereiche der Krankenhäuser in Vorpommern-Greifswald für den Fall, dass entweder drei Krankenhäuser, zwei Krankenhäuser oder ein Krankenhaus betrieben werden. Es wird deutlich, dass insbesondere der Osten von Usedom deutlich unter einer Reduktion der Krankenhausstandorte zu leiden hätte. Hier wären Anfahrtszeiten von über 40 Minuten zu erwarten, wobei hier noch nicht Brückenöffnung, Bettenwechsel und touristischer Stau einberechnet sind.



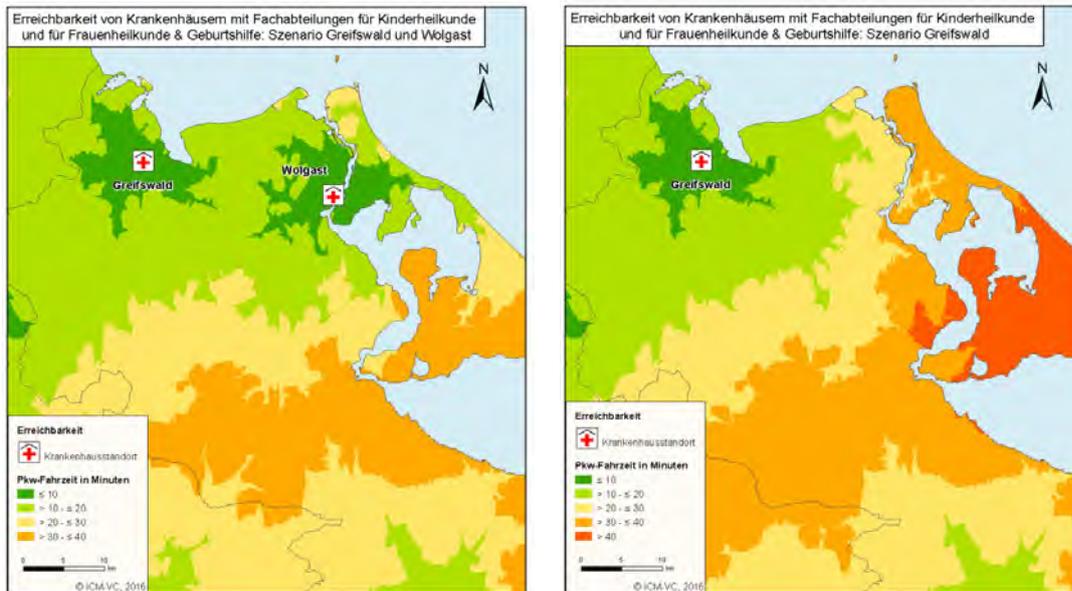


Abbildung 19 Pkw-Erreichbarkeit der Krankenhäuser im Kreis Vorpommern-Greifswald

Es zeigt sich folglich, dass Erreichbarkeit, Qualität und Finanzierbarkeit in einem Zielkonflikt stehen. Aus Sicht der Erreichbarkeit wäre es sehr gut, wenn wir in jeder Kleinstadt ein Krankenhaus aufbauen würden. Aus Sicht der Qualität wäre dies fraglich, denn dort wäre weder Personal langfristig zu halten noch die notwendige Routine zu gewinnen. Aus Sicht der Finanzierbarkeit müsste man noch stärker konzentrieren als heute. Die Antwort auf die Frage, wo der optimale Grad an Konzentration liegt, kann nicht ökonomisch, sondern nur im gesellschaftlichen und im politischen Diskurs getroffen werden. Letztlich müssen zumutbare Distanzen (in Zeit, nicht in Kilometern) für einzelne Fallklassen festgelegt werden. Und wir müssen das Krankenhaus neu denken. Nicht als alleinstehender Reparaturbetrieb mit möglichst vielen Betten, sondern als Funktionalität innerhalb eines Versorgungsnetzes. Die „Portalklinik“ ist dann auch kein Schimpfwort mehr, sondern sie erfüllt eine extrem wichtige Funktion als Gatekeeper in die stationäre Versorgung.

4.2.2 Frage 1: Inwieweit ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung tatsächlich bedarfsgerecht?

Im Vergleich zu anderen (insbesondere westlichen Bundesländern) hat Mecklenburg-Vorpommern keinen „Überschuss“ von Krankenhäusern, der sich darauf ergibt, dass im Radius von wenigen Kilometern mehr als ein Krankenhaus mit gleichem Versorgungsspektrum existiert. Wie Abbildung 20 zeigt, sind die Krankenhäuser der Akutversorgung relativ gleichmäßig im Raum verteilt. Eine Konzentration der Krankenhausleistungen auf wenige, bettenstarke Standorte (z. B. über 400 Betten, „Strategie Lauterbach“) würde für MV sehr weite Anfahrtswege implizieren, bis zu 108 km.



Abbildung 20 Krankenhäuser in MV. Aktueller Stand und Konzentration auf >400 Betten

Quelle: <https://www.kgmv.de/index.php/ueber-uns/mitglieder>

Ob eine höhere Anreisedistanz zumutbar ist, ist keine ökonomische Frage. Häufig wird eine maximale Anreisedistanz von 20 Minuten im Privat-PKW als richtungweisend angenommen, aber diese Festlegung ist keine ökonomische, sondern eine politische. Patienten in anderen Ländern, z. B. Finnland, Schweden oder Kanada, haben ganz andere Distanzen zu überwinden. Tatsächlich führt dies allem Anschein nach nicht dazu, dass die Qualitätsdaten der Gesundheitswesen insgesamt deutlich schlechter wären. Wir haben hier eine paradoxe Situation: Die Erreichbarkeit ist zweifelsohne ein Qualitätskriterium, aber eine schlechtere Erreichbarkeit führt nicht automatisch zu einer schlechteren Gesamtqualität. Sie bestimmt sich vielmehr aus der Qualität der Erreichbarkeit, der Behandlung im Krankenhaus, der häuslichen Versorgung, etc. Wenn alle anderen Parameter in Kanada, Finnland und Schweden wie in Deutschland wären, würde die geringere Krankenhausedichte zweifelsohne zu einer schlechteren Qualität führen, aber das Gesamtsystem scheint dies zu kompensieren. Beispielsweise wären „Maternity Waiting Homes“ wie in Neufundland, Online-Sprechstunden (Finnland) oder sehr guter öffentlicher Nahverkehr (Schweden) Möglichkeiten, die gefühlte Anreisedistanz zu reduzieren. Ein Hinweis auf einzelne Aspekte anderer Länder, ohne das Gesamtsystem zu analysieren, ist aber unzulässig.

Es stellt sich folglich die Frage, wie viele Krankenhäuser in einer Region notwendig sind, um sicherzustellen, dass eine Maximaldistanz nicht überschritten wird. Die notwendige Krankenhausedichte hängt hierbei von der Bevölkerungsdichte ab. Abbildung 21 zeigt die entsprechenden Krankenhausedichten bei gegebener Bevölkerungsdichte, die notwendig sind, um eine bestimmte Maximaldistanz einhalten zu können. Es ist deutlich, dass die exemplarisch aufgeführten Bundesländer fast gleiche Krankenhausedichten bei extrem unterschiedlicher Bevölkerungsdichte aufweisen. Damit liegt die Maximaldistanz in Baden-Württemberg rechnerisch bei 7,5 km, in Mecklenburg-Vorpommern hingegen bei 17 km, wobei die Krankenhäuser nicht optimal lokalisiert sind, so dass reale Maximaldistanzen davon abweichen und damit die Versorgungssituation auf dem Land verschlechtern können.

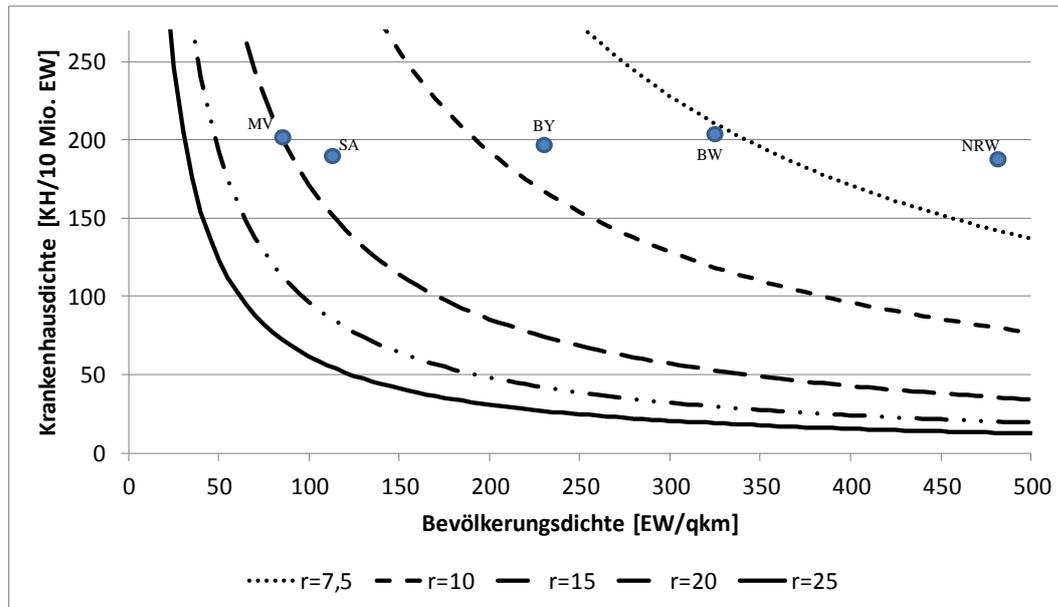


Abbildung 21 Krankenhausdichte

Es wird deutlich, dass eine weitere Ausdünnung der Krankenhauslandschaft, insbesondere im ländlichen Raum von Mecklenburg-Vorpommern, zu einer weiteren relativen Verschlechterung der Versorgung im Verhältnis zu den anderen Bundesländern führen würde.

4.2.3 Frage 2: Inwieweit gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin sowie der Grund- und Regelversorgung?

Der Begriff „ausreichend“ ist nicht definiert, so dass eine Antwort nicht möglich ist. Es liegt auf der Hand, dass die Krankenhausversorgung so ortsnah wie möglich sein sollte. Gleichzeitig verlangt eine effiziente Leistungserstellung eine gewisse Mindestgröße. Beide Ziele stehen im ländlichen Raum mit dünner Besiedelung im Widerspruch. Die Lösung kann nur über eine Hierarchisierung erfolgen, d. h. der Kombination einer Grundversorgung vor Ort und einer Spezialversorgung in Zentren. Erstere kann durch Allgemeinmediziner, Fachärzte, Portalkliniken und die Öffnung der ländlichen Krankenhäuser für die ambulante Behandlung erfolgen, letztere durch eine spezialärztliche ambulante Versorgung im Krankenhaus, Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und Maximalversorger in den Zentren. Hinzu kommen dann die hierarchischen Strukturen in Grund- und Regelversorger, Zentralversorger und Maximalversorger. Die Hierarchisierung dient allein dem Zweck, der unterschiedlichen Prävalenz von Krankheiten und den Verbundvorteilen Rechnung zu tragen und somit einen Kompromiss zwischen Ortsnähe und notwendiger Zentralisierung zu gewährleisten.

Mir scheint das Krankenhauswesen in MV durchaus gut aufgestellt. Mit zwei Universitätskliniken ist die Spitzenmedizin in erreichbarer Nähe möglich. Aber auch hier sollte nicht die Ländergrenze der Maßstab sein. Kooperation auch über die Ländergrenze hinweg erscheint sinnvoll, d. h., für sehr seltene Interventionen ist unter Umständen sogar eine Spezialisierung über MV hinaus notwendig. Allerdings nur für elektive Fälle, bei denen die Transportzeit kaum qualitätsrelevant ist.

Für die Schließung von Krankenhausstandorten sehe ich derzeit keinen Raum, wohl aber für eine Neudefinition des Begriffs Krankenhaus. Ein Krankenhaus muss nicht alle Abteilungen vorrätig halten, aber es muss die Eingangspforte in den stationären Sektor sein.

4.2.4 Frage 3: Wie beurteilen Sie die zukünftige Entwicklung unter den jetzigen Rahmenbedingungen?

Die Krankenhäuser in MV werden sich verändern, um den veränderten demografischen, medizinischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen zu entsprechen. Diese Veränderung kann die Schließung einzelner Abteilungen beinhalten, aber vor allem werden diese Veränderungen eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung implizieren. Traditionell verstehen sich Krankenhäuser als kurative Einrichtungen, in denen Patienten stationär behandelt werden. Hinter der „Krankenhausmauer“ wird hervorragende Medizin geleistet, was jenseits der Mauer liegt – und damit der ganze ländliche Raum – interessiert wenig. Die Zukunft liegt in der Funktionserweiterung bei gleichzeitiger Redefinition dessen, was ein Krankenhaus eigentlich ist. Das Krankenhaus sollte kein bettenführender Reparaturbetrieb, sondern das funktionale Kompetenzzentrum in seinem Einzugsgebiet sein. Dazu müssen Krankenhäuser weitere Aufgaben übernehmen. Hierzu gehören die Notfallversorgung, die grenzüberschreitende Versorgung, die ambulante Versorgung, die telemedizinische Betreuung ambulanter Patienten sowie die Bereitstellung von Fachpersonal für die flächendeckende Versorgung. Einige Beispiele werden im Folgenden in ihren Ansätzen diskutiert.

Notfallversorgung

Die Notfallversorgung im Raum basiert auf drei bislang überwiegend getrennten Säulen. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) organisiert und durch Vertragsärzte durchgeführt. Seine Aufgabe ist die Versorgung von Kranken zu Zeiten, in denen kein Hausarzt verfügbar ist (d. h. insbesondere in der Nacht und am Wochenende). Die zweite Säule ist der Rettungsdienst, der in der Regel von den Kommunen verantwortet und von freien Trägern (z. B. DRK) durchgeführt wird. Seine primäre Aufgabe ist die Notfallversorgung von Schwerverletzten am Unfall- oder Erkrankungsort sowie der Transport zum Krankenhaus. In den Hospitälern stehen Notaufnahmen zur Verfügung, in denen vordringlich schwerkranke Patienten mit dringlichem Handlungsbedarf versorgt werden sollen und insbesondere über die Aufnahme ins Krankenhaus entschieden wird.

Das grundlegende Problem ist, dass die Trennung der Säulen nicht ausreichend gut funktioniert. Viele Patienten rufen den Rettungsdienst oder gehen selbst in die Notaufnahme der Krankenhäuser, obwohl eigentlich eine Versorgung durch den kassenärztlichen Notdienst geeignet gewesen wäre. Zum Teil liegt das daran, dass die Zeit bis zum Eintreffen des kassenärztlichen Dienstes mehrere Stunden betragen kann, so dass die Leidenden lieber den schnelleren Weg ins Krankenhaus wählen oder den Notarzt rufen. Deshalb liegt die Integration der drei Säulen in eine Hand nahe.

Abbildung 22 zeigt beispielhaft die Standorte der empfohlenen Rettungswachen im Landkreis Vorpommern-Greifswald, so dass die geforderten Rettungsfristen eingehalten werden können. Es wird deutlich, dass eine hohe Deckung zwischen Krankenhausstandorten und Rettungswachen besteht. In der Einheit von Ort, Zeit und Handlung bietet sich die Integration der Rettungswachen und Krankenhäuser an.



Abbildung 22 Empfohlene Rettungswachen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Tatsächlich werden Patienten überwiegend in die nächstgelegenen Krankenhäuser gebracht, was die Abbildung 23 am Beispiel von Usedom zeigt. Obwohl das Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Wolgast einige Krankheiten überhaupt nicht behandeln kann (z. B. gibt es keine Stroke Unit), ist es doch für die Insel Usedom der zentrale Anlaufpunkt der Notfallversorgung. Dementsprechend macht es Sinn, wenn die Krankenhäuser ihre „Mauern“ einreißen und sich in die Notfallversorgung geplant integrieren.



Abbildung 23 Verteilung von Notfällen aus Usedom auf umliegende Krankenhäuser

Das Ziel ist hierbei nicht die Konzentration auf den Krankenhausstandort, sondern die Koordination, damit das richtige Hilfsmittel am richtigen Ort zur richtigen Zeit einsatzbereit ist. Patientenflüsse müssen ebenso koordiniert werden wie ambulante Dienste. Krankenhäuser sollten zumindest intensiver als bisher in diese Prozesse eingebunden werden, eventuell sogar Verantwortung für die Koordination übernehmen.

Ein weiterer Bereich, in dem Krankenhäuser mit anderen Leistungserstellern besser koordiniert werden müssen, ist der ärztliche Bereitschaftsdienst. Gerade in ländlichen Regionen mit geringer Arztdichte stellt die Aufrechterhaltung dieses Dienstes eine immer größere Herausforderung dar. Für Vertragsärzte ist der Dienst eine hohe Belastung, wobei die Entgeltung häufig als nicht ausreichend empfunden wird. Für Patienten sind die langen Wartezeiten auf den Bereitschaftsdienst oft lästig, weshalb sie in die Notaufnahme der Krankenhäuser gehen. Bei Patienten, die auch problemlos ambulant behandelt werden könnten, tritt für die Krankenhäuser dabei das Problem auf, dass sie die Fälle nicht oder nur unzureichend abrechnen können und damit erheblichen Aufwand ohne Kostendeckung haben.

Dieses Problem kann mit verschiedenen Integrations- und Koordinationsformen angegangen werden. Zum einen schaffen Krankenhäuser interdisziplinäre Notaufnahmen mit Allgemeinmedizinerinnen bzw. Vertragsärzten, so dass einfachere Fälle in der Notaufnahme nicht vom Krankenhaus, sondern von einem Vertragsarzt behandelt werden. Zum anderen müssen ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst besser koordiniert werden, damit wirklich nur die schweren Fälle vom Rettungsdienst ins Krankenhaus gebracht werden. Eine gemeinsame Leitstelle ist hier ein erster Schritt zu einer verbesserten Koordination. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) geht in Art. 552 seines Gutachtens „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche

Personalgestaltung

Ein grundlegendes Problem im ländlichen Raum ist die unzureichende Verfügbarkeit von niedergelassenen Fachärzten. Dies liegt zum Teil daran, dass die rechnerischen Sitze fraktal und zu gering sind, zum Teil daran, dass andere Faktoren eine Besetzung von Sitzen verhindern. Hier können Krankenhäuser als telemedizinische Zentren und als Plattformen für die temporäre bzw. kleinteilige Besetzung von Arztsitzen helfen. „De Führn Dokter“, die wir bereits vor über 10 Jahren vorgeschlagen haben, werden jetzt entscheidungsrelevant. Hierbei fahren Ärzte der Krankenhäuser regelmäßig in die Arztpraxen und führen Spezialsprechstunden durch. Allerdings fehlt bislang die Finanzierung.

4.2.5 Frage 4: Wie beurteilen Sie das „Modell Dänemark“ im Hinblick auf eine Übernahme der Ansätze für den Krankensektor in Mecklenburg-Vorpommern?

Zuerst einmal erscheint das „Modell Dänemark“ ausgesprochen erfolgreich. Obwohl eine abschließende Evaluierung noch aussteht, kann man sicherlich schon jetzt feststellen, dass durch eine Konzentration auf wenige, aber hoch leistungsfähige Standorte die Ergebnisqualität der Versorgung (z. B. Sterblichkeit nach Myokardinfarkt) gestiegen ist. Patienten sind überwiegend zufrieden, und auch das Personal scheint (bislang) sehr zufrieden zu sein. Allerdings ist davor zu warnen, die Grundidee „Schließe kleine Krankenhäuser und mache die anderen größer“ simplifizierend zu übertragen. Das „Modell Dänemark“ ist nicht einfach ein Schließungsmodell, sondern umfasst ein sehr komplexes System:

- Neubau von Krankenhäusern: Dänemark hat sehr viel Geld in den Neubau von Krankenhäusern mit modernster Ausstattung investiert. Es wurden nicht einfach bestehende Kliniken ausgebaut, sondern mit hohen Investitionen hochmoderne Dienstleister geschaffen.
- Standortplanung: die Standorte der Krankenhäuser wurden sehr genau gewählt. Zugänglichkeit mit öffentlichem und privatem Personennahverkehr hatte höchste Priorität. Krankenhäuser wurden in Netzen zugeordnet und stehen in enger Verbindung über die Standorte hinweg.
- Transport und Rettung: Das Rettungswesen in Dänemark ist hervorragend ausgestattet, so dass auch längere Distanzen nicht zum Nachteil des Patienten werden. Telemedizin in den Transportsystemen ist selbstverständlich. Vitaldaten, Diagnosen etc. erreichen das Krankenhaus bereits vor dessen physischen Eintreffen, so dass wertvolle Zeit gewonnen werden kann.
- Digitalisierung: Nicht nur die Transportsysteme, sondern das Gesundheitswesen überhaupt ist hochgradig digitalisiert. Die Verfügbarkeit von Daten über die einzelne Institution hinweg ist deutlich tiefer als in Deutschland, so dass die Behandlung auf dem kompletten Datensatz basieren kann.
- Management: Dänemark hat explizit in die Ausbildung von Führungskräften im Gesundheitswesen investiert.

Eine Übertragung dieser Voraussetzungen auf MV ist ohne Einschränkung sinnvoll. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt wären, wäre eine Konzentration auf weniger Standorte möglich und sinnvoll. Wer nur die eine Maßnahme (Schließung kleiner Standorte) übernimmt, ohne die weiteren Bedingungen zu erfüllen, wird medizinischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Schaden erleiden.

4.2.6 Frage 5: Welche Vor- und Nachteile birgt das aus Ihrer Sicht?

Aus obigen Ausführungen ergeben sich die Vor- und Nachteile (die hier wohl keiner weiteren Diskussion bedürfen):

- Vorteile:
 - Steigerung der Qualität
 - in den Einrichtungen durch bessere Ausstattung, Spezialisierung, Übungseffekte
 - auf dem Transport zu den Einrichtungen durch Telemedizin, Zugänglichkeit
 - Reduktion der Fallkosten
 - Fixkosten- und Größendegression
 - Geringere variable Kosten durch optimierte Prozesse
 - Kooperation
 - Bessere Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Bereichen
 - Optimale Leistungsportfolios zwischen Kliniken
 - Personal
 - Bessere Personalgewinnung und -haltung an größeren Zentren
 - Bessere Ausbildung
- Nachteile
 - Hohe Investitionskosten
 - Erfordert politische Überzeugungsarbeit
 - Transaktionskosten („Phase des Übergangs“)

4.2.7 Frage 6: Welche anderen Modelle sind Ihnen bekannt und kämen ggf. in Frage?

Die in Kapitel 4.2.1 dargestellten Probleme wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) frühzeitig erkannt und diskutiert. Auf der Weltgesundheitskonferenz von Alma Ata 1978 wurde das Konzept des „Primary Health Care“ (PHC) als maßgebliches Ordnungsinstrument der nationalen Gesundheitssysteme verabschiedet. § 7 der Alma Ata Deklaration empfiehlt eine Integration aller bestehenden Gesundheitsdienste in einem Gesundheitsdistrikt als Fokuseinheit der Gesundheitsplanung. Der Gesundheitsdistrikt sollte dabei klein genug sein, um die Mitwirkung der Bevölkerung zu gewährleisten (§ 4), aber auch groß genug, um eine effiziente Planung und Steuerung aller gesundheitsfördernden und -verbessernden Aktivitäten zu garantieren (Empfehlung 15).

Die Deklaration von Alma Ata wurde in der Folge überwiegend in Entwicklungsländern umgesetzt, wobei insbesondere die Entwicklung von Distriktgesundheitssystemen durchaus als erfolgreich bezeichnet werden kann. In den Industrieländern wurde die Konzeption einer regionalen Planungseinheit jedoch häufig als bürokratisch und nicht marktkonform abgelehnt, ohne dass jedoch eine bessere Alternative vorgeschlagen wurde. Deshalb ist es begrüßenswert, dass das alte Konzept des PHC in neuem Gewand in die Debatte über die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen eingeführt wurde. Unter dem Begriff „Regional Health Care“ (RHC) kann man eine innovative Variante des District Health Care verstehen, bei der keine administrativen Grenzen, sondern empirische Einzugsgebiete die Planungseinheit bilden. Der Grundgedanke der Planung und Koordination der Leistungserstellung innerhalb einer Region bleibt jedoch zentral erhalten.

RHC sieht – anders als PHC – diese Verantwortung nicht automatisch bei der staatlichen Gesundheitsplanung, wie z. B. dem Gesundheitsamt oder Kreis. Grundsätzlich wäre es jedoch schon sinnvoll, staatliche Verantwortung für die regionale Gesundheitsplanung einzufordern. Gemäß § 6 Abs. 1 und Abs. 4 i. V. m. § 1 Abs. 1 KHG (Krankenhausgesetz) hat das jeweilige Bundesland eine Sicherstellungsverantwortung für die flächendeckende Krankenhausversorgung. Darüber hinaus gibt es eine kommunale Sicherstellungsverantwortung, d. h. Kommunen müssen im Notfall sogar eigene Krankenhäuser betreiben, wenn keine anderen Träger eine ausreichende Krankenhausversorgung sicherstellen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Kommunen die notwendige Expertise für eine regionale Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich vorweisen.

Diese liegt in der Konzeption der WHO bei den Krankenhäusern, deren Rolle weit über die stationäre Kuration hinausreichen sollte. Zweifelsohne ist das Krankenhaus noch überwiegend ein „Reparaturbetrieb“, d. h. die primäre Rolle liegt in der Diagnostik und Therapie im stationären Sektor. Das Krankenhaus ist aber auch und gerade in ländlichen Regionen eine Referenzinstitution für vorgelagerte Einrichtungen (ambulanter Sektor). Gerade die Prävention verlangt Referenz, da beispielsweise eine Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft nur dann sinnvoll ist, wenn es auch erreichbare Zentren stationärer Versorgung gibt, in denen während der Vorsorge erkannte Komplikationen behandelt werden können. Eine weitere wichtige Funktion der Krankenhäuser besteht in der Ausbildung von medizinischem Personal.

Die WHO sieht aber das Krankenhaus nicht nur als Diagnostik-, Therapie- und Ausbildungsinstitution, sondern auch als Steuerungszentrale der Primary bzw. Regional Health Care. In den Krankenhäusern existiert die Kompetenz zur Wahrnehmung einer Koordinationsfunktion der ambulanten und stationären Versorgung, die den politischen Ebenen häufig fehlt.

Die Weiterentwicklung des ländlichen Krankenhauses zum Pfadmanager erfordert eine Reihe von politischen und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen. Zunächst erfordert die Wahrnehmung neuer Funktionen eine ausreichende Personalausstattung: Krankenhäuser in ländlichen Regionen müssen noch mehr als bisher in die Personalgewinnung und -haltung investieren. Hierzu gehören die langfristige Gewinnung von Medizinstudenten, die standortübergreifende Facharztausbildung, Familienfreundlichkeit etc. ebenso wie die Bezahlung, die Karriereplanung für Mitarbeiter und die Führungskultur. So zeigen beispielsweise eigene Erhebungen, dass die Bereitschaft, langfristig in der Pflege tätig zu sein, stark rückläufig ist. Von besonderer Bedeutung ist die Kultur des Miteinanders und insbesondere der Führung. Nur wenn es den ländlichen Krankenhäusern gelingt, Leistungsträger zu entwickeln und zu halten, können sie die zukünftigen Funktionen wahrnehmen (siehe hierzu Kapitel 4.7.1).

Zweitens muss sich das Wettbewerbsrecht bzw. die Auslegung desselben durch das Kartellamt ändern. Bislang gilt überwiegend ein Verbot von Krankenhausfusionen und Integrationen, wenn diese in räumlicher Nähe liegen. Mit diesem Verbot soll die Entwicklung einer marktbeherrschenden Stellung mit entsprechenden Nachteilen für Kunden in Preis und Qualität verhindert werden. Allerdings wird hierbei regelmäßig übersehen, dass gerade im ländlichen Raum natürliche Monopole bereits existieren, die sich aus den von potentiellen Patienten empfundenen Maximaldistanzen ableiten. Preisnachteile existieren im Krankenhauswesen überhaupt nicht, und Qualitätsnachteile sind durch Strukturvorgaben überwindbar. Es wird Zeit, dass sich benachbarte Krankenhäuser im ländlichen Raum zusammenschließen und ihre Versorgungsgebiete koordiniert bearbeiten, ohne dass das Kartellamt dies zu verhindern sucht.

Drittens ist wichtig festzuhalten, dass der Markt allein nicht automatisch garantiert, dass Krankenhäuser in zumutbarer Distanz liegen und die hier skizzierten Funktionen wahrnehmen. Vielmehr bedarf eine ortsnahe Versorgung der Bevölkerung auf dem Land einer zentralen Krankenhausplanung. Die fallpauschalbasierte Finanzierung der Diagnosis Related Groups (DRGs) impliziert einen Preis, der zwar unter Umständen eine effiziente Leistungserstellung ermöglicht, jedoch nicht automatisch zu einer gerechten Verteilung führt. Schon Adam Smith (1776) erkannte das Problem, dass Effizienz nicht immer den gesellschaftlichen Vorstellungen von Humanität und Gerechtigkeit entspricht. Gefragt ist vielmehr eine Effizienz unter der Nebenbedingung einer Versorgungssicherheit, die sich in Maximaldistanzen bzw. Erreichbarkeit äußert.

An dieser Stelle muss die Politik ihre Verantwortung für die ländlichen Krankenhäuser annehmen und dafür Sorge tragen, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt. Das Instrument der Sicherstellungszuschläge kann dafür genutzt und ausgebaut werden. Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Notaufnahme sind Beispiele für Krankenhausleistungen, die bei geringer Nachfrage nicht wirtschaftlich

zu erbringen sind, deren Wegfall jedoch für die Bevölkerung im Einzugsbereich gravierende Folgen hat. Der Einzelfall bedarf selbstverständlich einer individuellen Prüfung, aber grundsätzlich wäre die verbindliche Definition von zumutbaren Distanzen für Fachgruppen ein wichtiger Schritt, so wie sie in „Thesen und Kriterien für die Krankenhausplanung 2005 bis 2008“ für MV schon einmal versucht wurden.

Das Krankenhausfinanzierungsrecht sieht Sicherstellungszuschläge für den Fall vor, dass eine Leistung für die Bevölkerung notwendig ist, kein anderer Leistungserbringer die Leistung (ohne Subvention) erbringen kann und eine Kostenunterdeckung einer Abteilung oder Klinik vorliegt (§ 17b KHG). Dies ist regelmäßig bei einem geringen Versorgungsbedarf der Fall. Trotzdem wurden diese Zuschläge in MV bislang nicht ausreichend umgesetzt. Der „Musterfall“ für einen Sicherstellungszuschlag sind die Pädiatrie und die Geburtshilfe auf Inseln. Tatsächlich erhielten Krankenhäuser auf Fehmarn, Föhr, Sylt und Helgoland entsprechende Unterstützung. Die Situation auf Rügen erscheint identisch. Durch die abnehmende Bevölkerungszahl insbesondere von Frauen im gebärfähigen Alter ging die Zahl der Geburten auf Rügen derart zurück, dass Geburtshilfe und Pädiatrie nicht mehr wirtschaftlich durchgeführt werden können. Diese Abteilungen des Krankenhauses in Bergen sind defizitär.

Die Krankenhausleitung beantragte dementsprechend beim zuständigen Ministerium in Schwerin einen Sicherstellungszuschlag, der jedoch mit der Begründung abgelehnt wurde, das Sana-Krankenhaus würde insgesamt Gewinne erwirtschaften, mit denen diese Leistungen subventioniert werden könnten. Die angerufenen Richter stellten fest, dass dieses Argument nichtzutreffend sei, da der Gesetzgeber von keinem Krankenhaus eine Quersubventionierung von verlustträchtigen Einheiten erwartet, d. h. ausschlaggebend ist die Abteilung, nicht das Klinikum insgesamt. Trotzdem wurde die Erteilung des Sicherstellungszuschlags abgelehnt mit der Begründung, die Leistung sei so wenig bedeutend, dass die betroffenen Patienten (z. B. weniger als 300 Entbindungen pro Jahr) auch nach Stralsund ins Krankenhaus fahren könnten (Medizinrecht (MedR) 30/2012: 748-751).

Dieses Urteil zeugt nach meiner Auffassung von einem fehlenden Verständnis der Versorgungssituation auf dem Land. Schwangere in Nordrügen müssten im Durchschnitt 90 Minuten bis zum Klinikum in Stralsund mit dem Rettungswagen fahren, bei Stau im Sommer auf der Urlaubsinsel Rügen deutlich mehr. Wie oben dargestellt, hat der SVR 521 die Eignung des Sicherstellungszuschlages für eine nachhaltige Krankenhausversorgung im ländlichen Raum bestätigt. Er zeigt jedoch auch auf, dass bislang Mindesterreichbarkeitskriterien (Wegezeiten) nicht verbindlich geregelt wurden. Der Sicherstellungszuschlag wäre ein Instrument, das es den Krankenhäusern im ländlichen Raum nicht nur ermöglichen könnte, ihre akutmedizinischen Aufgaben langfristig anzubieten, sondern auch die Funktionsausweitung für das RHC zu refinanzieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Versorgung im ländlichen Raum Kooperation und Koordination, d. h. Steuerung und Management verlangt. Die entscheidende Frage ist, wer diese Steuerungsfunktion wahrnehmen soll.

Auch hier ist es lohnenswert, der Anregung des SVR zu folgen und ländliche Krankenhäuser zu lokalen Gesundheitszentren (LGZ) weiterzuentwickeln. Sie stellen einen zentralen Ort dar, an dem ambulante und stationäre Versorgung aus einer Hand und unter einem Dach (Campus) erfolgt. Sie weisen eine klare Ausrichtung auf die Versorgung der älter werdenden Landbevölkerung inkl. stationärer und ambulanter Kurzzeit- und Langzeitpflege sowie geriatrischer Tagesklinik auf. Von dort können alle weiteren Akteure des Gesundheitswesens koordiniert werden. Diese Koordinationsleistung reicht bis hin zur Abstimmung mit der Verkehrsinfrastruktur.

Dies ist strukturell nichts anderes als District Health Care, wie es von der WHO in der Alma Ata Deklaration 1978 formuliert wurde. Das Krankenhaus kann zur zentralen Koordinationsstelle in der Regio-

nalverantwortung werden, durch die die Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum gewährleistet wird. Hierzu müssen die Häuser effizient geführt werden und die Politik muss die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Eine anstehende Aufgabe wird es sicherlich sein, die Erfahrungen aus der Clusterbildung auch im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und den koordinierten Maßnahmen auszuwerten und entsprechende Schlussfolgerungen für die Steuerungsfunktion zu ziehen.

4.3 Finanzierungsmodus

Ich habe ausführlich zur Finanzierung von Krankenhäusern gearbeitet und kann mich deshalb hier fundiert äußern. Zum ambulanten Sektor kann ich nur allgemein antworten.

4.3.1 Frage 1: Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem mit Blick auf eine flächendeckende und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung?

Um diese Frage – mit Fokussierung auf Krankenhäuser – zu beantworten, muss man sich die Geschichte der Krankenhausfinanzierung etwas genauer anschauen. Es ist „modern“ geworden, die Schuld für alle Misere des Krankenhauswesens den DRGs zu geben. Aber entspricht der unterstellte kausale Zusammenhang von DRG und Problemen wirklich der Realität?

Bis zum Jahr 1993 wurden die Krankenhäuser über tagesgleiche Pflegesätze finanziert – zumindest der Teil der Krankenhausbudgets, der von den gesetzlichen Krankenkassen getragen wird. Schon mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurden Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt, da die tagesgleichen Pflegesätze zu weit überdurchschnittlichen Verweildauern führten. 1990 hatten wir in Deutschland eine durchschnittliche Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern von 14 Tagen, in den Niederlanden zeitgleich von 7 Tagen.

Die Einführung der Fallpauschalen 1993 führte zu groben Ungerechtigkeiten, weil sie die Fallschwere bzw. -komplexität nicht berücksichtigten. Deshalb wurde mit der Gesundheitsreform 2000 ein System gesucht, das effizient und fair zugleich sein sollte: die Diagnosis Related Groups (DRGs). Sie wurden 2003 optional, 2004 budgetneutral und 2010 letztlich für alle „scharfgeschaltet“ eingeführt. Ein langer Prozess des Lernens, Anpassens und Verbesserns.

Die Mütter und Väter der G-DRGs waren nicht naiv, dumm oder gar böse. Sie hatten das Bestreben, mit gegebenen, knappen Ressourcen eine alternde Bevölkerung mit steigendem Krankenhausbedarf und eine stetig verbesserte (und damit auch ressourcenintensivere) Medizin dauerhaft zu finanzieren. Die DRGs wurden nicht planlos oder gar böswillig von „Dummköpfen“ eingeführt, sondern als Antwort auf schwerwiegende Effizienzprobleme im Krankenhauswesen. Das Beharren im bestehenden System wäre unweigerlich in eine Unterversorgung gemündet, weil Deutschland sich ohne Anreize für effizientes Handeln irgendwann den technisch-medizinischen Fortschritt für ungefähr 20.000.000 Fälle pro Jahr nicht mehr hätten leisten können.

Politiker und Wissenschaftler sahen aber schon von Anfang an die Probleme des DRG-Systems. So erkannten Sie, dass jede pauschalierte Entgeltung zu Qualitätsproblemen führen könnte. Deshalb wurden zeitgleich mit dem DRG-System auch zahlreiche zusätzliche Maßnahmen der Qualitätssicherung eingeführt. Die berühmt-berüchtigte „blutige Entlassung“ wurde zwar immer als Schreckgespenst aufgemalt, dürfte aber doch die Ausnahme geblieben sein. Weiterhin sah man schon damals, dass für manche Krankheiten und insbesondere für innovative Behandlungen die DRGs unzureichend sein würden. Deshalb hat man Zusatzentgelte und „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs)“ als weitere Entgeltformen eingeführt. Und es war auch schon damals klar, dass es Krankenhäuser gibt, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, die jedoch mit den bestehenden Entgelten nicht auskommen würden, insb. im ländlichen Raum. Deshalb hat man Sicherstellungszuschläge ins System eingebaut.

Ein DRG-System mit ZEs, NUBs und Sicherstellungszuschlägen würde aus meiner Sicht bis heute genügen, um alle versorgungsnotwendigen Krankenhäuser auskömmlich zu finanzieren. Aber was passierte dann? Die Innovationsfinanzierung über NUBs wurde angesichts knapper Kassen so eng gehalten, dass Innovationen kaum mehr im System finanzierbar sind. Und viele Bundesländer haben Sicherstellungszuschläge notorisch abgelehnt, vor allem bei Krankenhäusern, die dem Staat nicht selbst gehören. Ich schließe mich der allgemeinen Kritik überhaupt nicht an: das DRG-System würde wunderbar funktionieren, wenn wir die ursprünglich angelegten Instrumente auch richtig nutzen würden. Und jede Veränderung des DRG-Systems oder gar ein gänzlich anderes System (z. B. Ausgliederung von Personalkosten) wird scheitern, wenn wir die Instrumente nicht ausreichend finanzieren und konsequent umsetzen.

Wenn man die Geschichte der Krankenhausfinanzierung seit 1972 (Einführung duale Finanzierung) analysiert, stellt man fest, dass wir ein ständiges Ping-Pong zwischen Fairness und Finanzierbarkeit spielen. Ein gutes Beispiel waren lange die Wartungspauschalen: ein Gesetz führt sie ein, das nächste schafft sie ab. Dann führt ein Gesetz sie wieder ein, das nächste setzt sie aus. Es ist jedem klar, dass Wartung Geld kostet, aber woher soll es kommen? Das Grundübel des Gesundheitswesens ist nicht ein spezifisches Finanzierungssystem, sondern die notorische Knappheit der Ressourcen. Warum sind die 11-12 % Anteil des BIP in Stein gemeißelt, die ins Gesundheitswesen fließen? Warum wird die Produktion von Luxusautos als Investition in unsere Volkswirtschaft definiert, während die Produktion von glücklichen und gesunden Menschen in unseren Krankenhäusern wie Konsum behandelt wird? Wir verwalten den Mangel – egal mit welchem Finanzierungssystem.

Seit 2003 gab es zahlreiche Änderungen. Vor allem gab es immer mehr DRGs und ZEs. Die Dokumentationspflichten wurden stetig erhöht, komplexe DRGs (z. B. Palliativmedizin, Geriatrie) wurden eingeführt und zuletzt die Pflege in den aG-DRGs ausgeklammert. Ist das alles sinnvoll? Meiner Meinung nach nicht. Die Krankenhäuser hätten ein paar Härten von zu breiten Fallklassen schon verkraftet, wenn die Finanzierung insgesamt passen würde. – und wenn unser System nicht von ständigem Misstrauen geprägt wäre. Die Krankenkassen misstrauen den Krankenhäusern (z. B. wahrgenommen durch ausufernde MDK-Prüfungen), die staatliche Planung misstraut den Krankenhäusern (z. B. Verweigerung von Sicherstellungszuschlägen) und sogar die KV und Vertragsärzte misstrauen den Krankenhäusern (z. B. krankenhausbetriebene MVZs). Und häufig genug misstrauen sich auch noch die Krankenhäuser untereinander.

Der Sicherstellungszuschlag ist ein gutes Beispiel dafür, dass Neuerungen nicht per se sinnvoll sind. Ursprünglich war geplant, dass Krankenhäuser für Leistungen, die aus Versorgungssicht notwendig, aber bei gegebener Fallzahl nicht finanzierbar sind, einen kostendeckenden Ausgleichsbetrag erhalten. Wie oben bereits angesprochen, sind hierfür die Kindermedizin, die Geburtshilfe und die Notaufnahmen in kleinen, ländlichen Krankenhäusern typisch. Aber viele Bundesländer haben die Anwendung der Sicherstellungszuschläge verweigert. Stattdessen gibt es nun 400.000 Euro für „ländliche“ Krankenhäuser. Das führt zwar dazu, dass in Mecklenburg-Vorpommern fast alle Krankenhäuser diesen Betrag erhalten, aber davon überhaupt nicht ihre Existenz sichern können. Das ist kein Fortschritt. Eine Rückkehr zum alten Sicherstellungszuschlag und vor allem seine großzügige Anwendung wären deutlich sinnvoller, würde aber voraussetzen, dass wir den Begriff „versorgungsrelevant“ definieren bzw. in einem politischen und gesellschaftlichen Diskurs eintreten, welche Form von Gesundheitswesen wir uns leisten wollen.

Betrachten wir abschließend ein paar Fakten: Abbildung 25 zeigt die Grunddaten deutscher Krankenhäuser seit der Wiedervereinigung. Man sieht, dass die Zahl der Krankenhäuser (zumindest der Rechtskörper) stetig gesunken ist, und zwar vor der Einführung der DRG ebenso wie danach. Die Zahl der Betten, die Bettendichte und die Belegungstage sanken vor der DRG-Einführung und haben sich seither stabilisiert. Fallzahl und Auslastung hatten 2004 einen Strukturbruch, was aber auf die Folgen des GMG

(GKV-Modernisierungsgesetz) zurückzuführen ist und sicherlich nichts mit den DRGs zu tun haben kann, die damals noch budgetneutral waren. Sogar die primär intendierte Verweildauerreduktion ist seit Einführung der DRGs eher schwächer geworden als vorher.

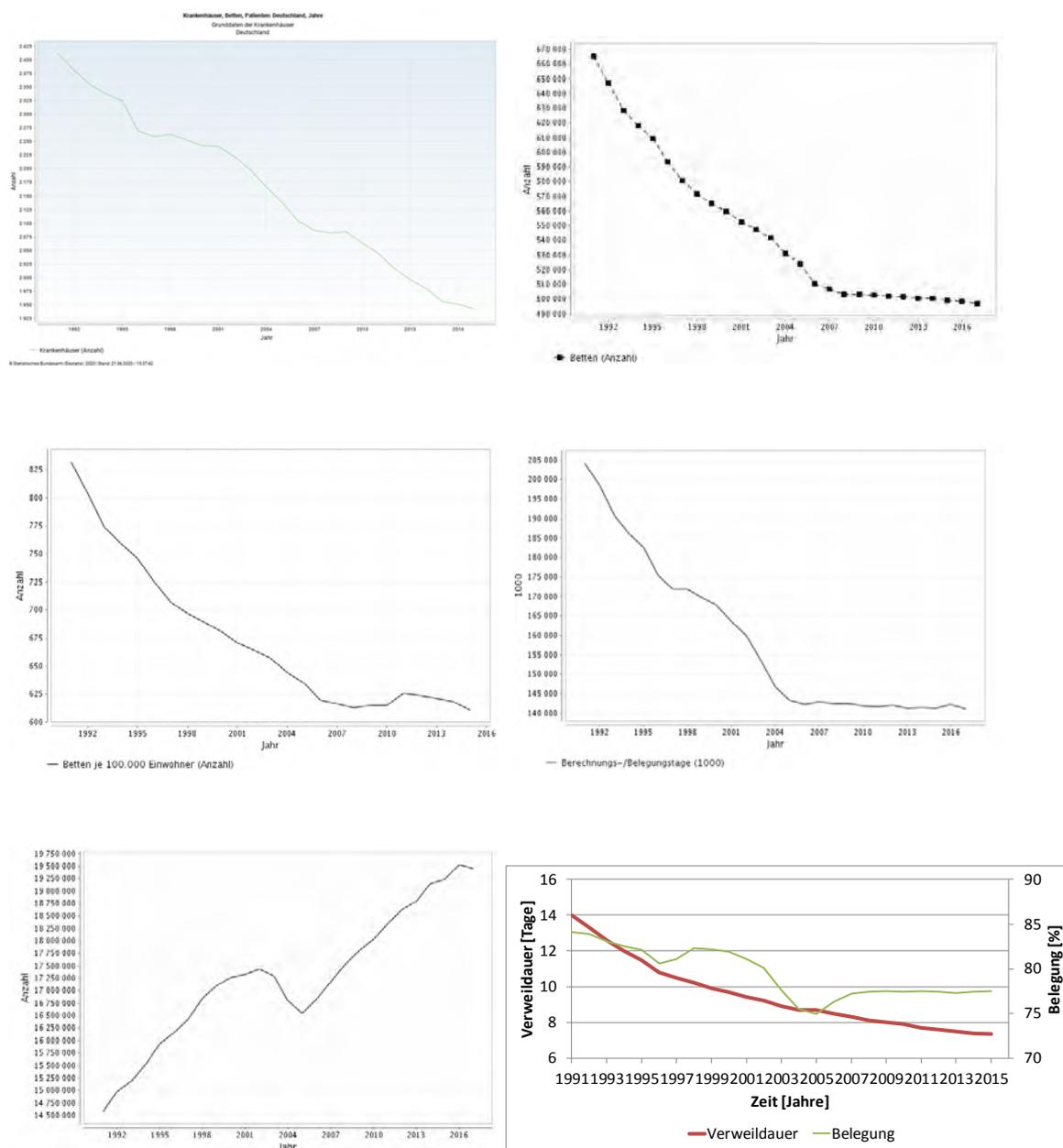


Abbildung 25 Grunddaten deutscher Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt)

Mit anderen Worten: Keine der „angedichteten“ Negativfolgen der DRG-Einführung hält einer empirischen Untersuchung stand. Die DRGs sind nicht das Problem. Wenn mein Hausanschluss von der öffentlichen Versorgung kein Wasser bekommt, nützt es nichts, wenn ich die Wasserleitungen austausche. Die DRGs sind lediglich die Wasserleitung, durch die die Finanzierung zu den Krankenhäusern kommt. Wenn kein Budget in der Leitung ist, nützt es gar nichts, wenn man wieder auf tagesgleiche Pflegesätze, Budget oder ähnliche Systeme zurückgeht. Wir werden in Kürze dasselbe Problem haben wie bisher – nur nennen wir es dann anders und haben wahrscheinlich noch mehr Verwaltungsaufwand.

4.3.2 Frage 2: Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?

Diese Frage spielt im Krankenhaus nur eine untergeordnete Rolle, da Privatpatienten grundlegend ebenfalls über DRG abgerechnet werden. Privatliquidationen fließen in den meisten Fällen nicht mehr den Chefärzten, sondern dem Krankenhaus zu. Das ist für viele Krankenhäuser in MV aber nicht so zentral wie z. B. in reicheren, westlichen Bundesländern.

Für die Krankenhäuser ist die Beherrschung der unterschiedlichen Finanzierungssysteme durchaus problematisch. Im Bereich der stationären Versorgung müssen die Regeln der Investitionsförderung des Landes ebenso umgesetzt werden wie die Formen der Finanzierung durch Krankenkassen, d.h. DRG, ZE und NUB. In der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser müssen EBM und GOÄ gleichzeitig beherrscht und bespielt werden, was administrativen Aufwand impliziert.

Im ambulanten Sektor erscheint es mir – ohne eigene empirische Untersuchungen vorlegen zu können – ein zweiseitiges Schwert zu sein. Einerseits führt das System zu einer ungleichen und damit auch ungerechten Behandlung von Patientengruppen. Andererseits eröffnet die Privatliquidation Spielräume für Innovation, die innerhalb des GKV-Systems nicht immer existieren. Allerdings scheinen mir die gesetzlichen Krankenkassen in MV ausgesprochen innovationsfreudig (an einigen Projekten, z. B. zur Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern, habe ich mitgearbeitet).

4.3.3 Frage 3: Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Abbildung 26 zeigt die Mitglieder und Versicherungen in der GKV in Deutschland seit 1880. Am ersten Januar 2020 gab es „nur“ noch 105 Gesetzliche Krankenversicherungen. Der größte Teil davon waren Betriebskrankenkassen mit relativ kleinem Klientel. Da die Allgemeinen Ortskrankenkassen auch noch territorial abgegrenzt sind, bleiben für die meisten gesetzlich versicherten doch nur wenige Wahlmöglichkeiten. Diese würde ich – auch immer Sinne einer qualitäts- und innovationssteigenden Konkurrenz – nicht weiter einschränken wollen. Ich rechne allerdings damit, dass die Zahl der Betriebskrankenkassen weiter abnehmen wird.

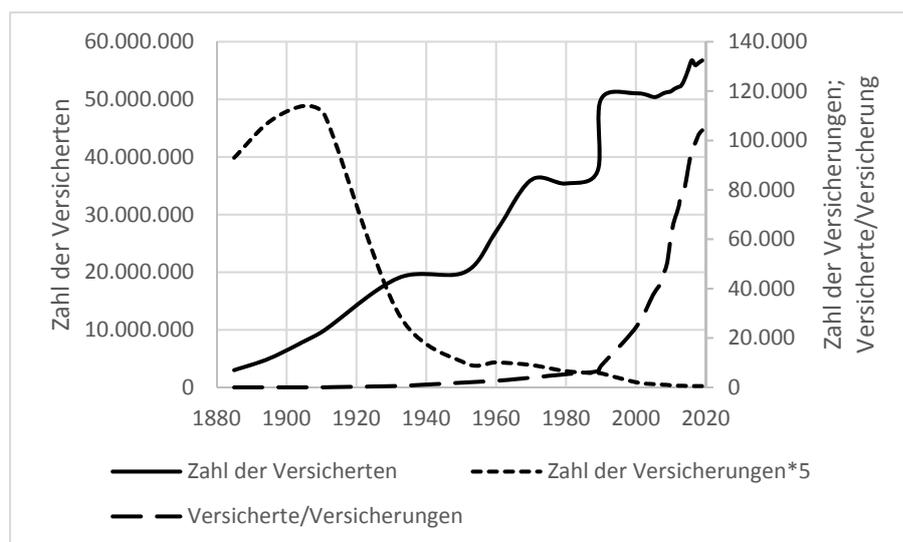


Abbildung 26: Mitglieder und Versicherungen in der GKV

4.4 Finanzierungsvolumen

Eine evidenzbasierte Aussage ist hier grundsätzlich nicht möglich. Zur zahnmedizinischen Versorgung habe ich nur wenige eigene Publikationen und werde deshalb auch nichts dazu beisteuern können.

4.4.1 Frage 1: Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

Ökonomik ist die Lehre von der Beschreibung, Erklärung und Überwindung der Knappheit. Im Jahr 2018 gaben wir pro Jahr ungefähr 391 Mrd. Euro für das Gesundheitswesen aus, das sind über 4700 Euro pro Kopf und Jahr bzw. 11,7 % unseres Bruttoinlandsproduktes. Im Jahr 2019 stiegen die Ausgaben auf fast 410 Mrd. bzw. über 4900 Euro pro Einwohner. Es gibt wenige Länder, die sich so viel leisten können und wollen. Und trotzdem ist das Gesundheitswesen von Knappheit geprägt und wird es in Zukunft noch viel mehr sein. Nicht alles, was heute technisch möglich ist, werden wir uns auf Dauer leisten können. Zolgensma gegen Spinale Muskelatrophie beispielsweise kostet 2,1 Mio. US\$ pro Patient. Die nächsten Jahre werden weitere Medikamente aus der Gen-Therapie hervorbringen, und die Kosten werden immens sein.

Grundsätzlich halte ich das Volumen, das wir für das Gesundheitswesen ausgeben, für unzureichend. Die „Schallmauer“ von 12 % ist nicht „magisch“, sondern Ergebnis eines politischen und gesellschaftlichen Prozesses. Ich könnte mir als Folge der Covid-19 Pandemie durchaus vorstellen, dass die Bedeutung der Gesundheit dauerhaft stärker in das Bewusstsein tritt und wir bereit sind, mehr für unsere Gesundheit zu investieren. Aber wir sollten uns bewusst sein, dass auch 13, 15 oder gar 18 % unseres Sozialproduktes kein Medizinparadies erzeugen werden. Es wird immer Konflikte geben, Verschwendung wird auch dann unethisch sein, Rationierung wird sich als Folge immer ergeben und es wird immer die Notwendigkeit bestehen, klare Prioritäten zu setzen.

Die Frage, welcher Anteil in den ambulanten und stationären Sektor fließen sollte, halte ich nicht für zielführend, da die strikte Trennung von ambulant und stationär überholt ist. Krankenhäuser müssen vermehrt ambulant tätig werden, um die Versorgung der Bevölkerung in der Fläche und mit spezialisierten Leistungen sicherzustellen. Vertragsärzte müssen in Krankenhäusern über das Belegarztsystem hinaus Leistungen erbringen, da ihre Expertise notwendig ist. Wir sollten uns nicht über Sektoren, sondern über Leistungen definieren. Und die Finanzierung muss langfristig die Leistung entgelten, nicht die Sektorzugehörigkeit. Dies ist allerdings jenseits des Auftrags der Enquete-Kommission.

Sicherlich innerhalb des Einflusskreises der Kommission wäre hingegen eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung. Hierfür geben wir noch immer unwirtschaftlich wenig aus. Ich habe hierfür ausführlich gearbeitet, allerdings überwiegend für Entwicklungsländer, so dass ich hier keine weiteren Ausführungen machen möchte.

Weiterhin müsste eine Stärkung der Innovationsfinanzierung erfolgen. Derzeit gibt es nur wenige Wege, die Einrichtungen des Gesundheitswesens Forschung und Entwicklung finanzieren können:

- Staatliche Förderung, z. B. als Budgetfinanzierung der Universitätskliniken. Diese Beträge sind zweifelsohne unzureichend.
- Forschungsprojekte: Stiftungen, die DFG, BMBF etc. fördern (Grundlagen-) Forschung.
- Industriemittel: Patientennahe Forschung wird regelmäßig über Industrie gefördert, was natürlich auch die Gefahr einer Industrienähe impliziert.
- NUBs: neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können etablierte Neuerungen finanzieren.

- Privatversicherte und Selbstzahler: Innovationen werden häufig zuerst von Privatversicherten oder Selbstzahlern aufgegriffen. Bei Privatversicherungen stellt die Finanzierung von Innovationen ggf. einen Wettbewerbsvorteil dar, d. h., die Versicherungen haben einen intrinsischen Anreiz, Innovationen frühzeitig aufzunehmen, auch wenn noch kein Votum des G-BA vorliegt.
- GKV-Versicherung: Die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherungen, Innovationen außerhalb ihrer Regelleistungen dauerhaft zu finanzieren, sind begrenzt. Die Bereitschaft, die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln, ist vergleichsweise gering. Folglich werden gesetzliche Krankenversicherungen Innovationen, die noch nicht vom G-BA empfohlen werden, nur verzögert oder zeitlich begrenzt aufnehmen.

Insgesamt ergibt sich eine Forschungslücke in Deutschland, die in MV durch die geringe Bedeutung der Privatversicherten und Selbstzahler noch einmal verstärkt wird. Hier könnte die Landesregierung die Forschungsetats ihrer Universitätsmedizin stärken.

4.5 Entwicklungen

Die Ziele der Gesundheitspolitik wurden in Kapitel 2.3 diskutiert. Die Unterstützung einer Berufsgruppe oder eines Berufsstandes gehört nicht zum Zielkatalog. Damit sollten alle Institutionen immer wieder auf den Prüfstand, ob sie noch für eine bestmögliche Gesundheitsversorgung einen angemessenen Beitrag leisten. Wiederum habe ich am meisten Expertise im Bereich Krankenhauswesen, aber auch zu dem strategischen Apothekenmanagement, Rettungs- und Transportdienst sowie der Delegation habe ich gearbeitet.

4.5.1 Frage 1: Wie sollte aus Ihrer Sicht die künftige Gesundheitsversorgung (einschließlich Medikamentenversorgung) in Mecklenburg-Vorpommern strukturiert sein, um eine flächendeckende, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten?

Die Antwort ergibt sich im Prinzip aus den obigen Ausführungen. Die Krankenhausversorgung muss vollständig in das Versorgungsnetz integriert sein, die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss fallen. Krankenhäuser dürfen sich nicht mehr über Betten definieren, sondern über ihre Funktionalität in Diagnostik und Therapie. Die reine Hotelleistung ist häufig notwendig, aber nicht konstituierend. Die Tiefe und Breite der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in Einheit von Ort, Zeit und Handlung in ihrer Interdependenz definiert das Krankenhaus der Zukunft.

Mit diesem Denken wird es möglich, Konzentrationsvorteile zu nutzen, ohne eine ortsnahe Versorgung zu gefährden. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind in den ambulanten Sektor eingebunden, d. h., ambulante Patienten werden im Krankenhaus behandelt, während niedergelassene Ärzte im Krankenhaus arbeiten. Das Krankenhaus unterer Versorgungstufen agiert als Gatekeeper in den stationären Sektor (Portalklinik), bekommt aber auch Patienten aus den Krankenhauszentren zurück überwiesen, wenn eine ortsnahe Weiterbehandlung möglich ist. Die Telemedizin ermöglicht eine Verbindung aller Beteiligten.

Die Medikamentenversorgung sollte auf Bewährtem aufbauen und gleichzeitig innovativ sein. Hausärzte und Krankenhäuser sollten ein Dispensationsrecht erhalten, wo eine Apotheke nicht mehr in zumutbarer Entfernung existiert. Gleichzeitig sollten Transportsysteme weiterentwickelt werden, zukünftig auch Drohnen.

Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an qualifizierte Pflegekräfte ist mit AGNES, VERAH etc. bereits Realität, aber auch die Substitution sollte kein Tabu sein. Ziel ist die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, nicht der Schutz einer Berufsgruppe. Allerdings ist dies ein komplexes

Gebiet, bei dem die Ökonomik erst einmal zurücktritt und der Epidemiologie bzw. Versorgungsforschung den Vorrang lassen sollte.

Ein grundlegendes Problem wird in den nächsten Jahren immer öfters auftreten: Innovative Versorgungsformen werden häufig über Jahre hinweg nicht ausreichend finanziert sein. Beispielsweise sollten sich Grund- und Regelversorger auf Leistungen konzentrieren, die sie wirklich beherrschen und die ihrem Versorgungsniveau entsprechen. Von diesen Leistungen können sie aber derzeit nicht überleben. Der klassische Sicherstellungszuschlag wäre ein adäquates Mittel, um das Überleben der Krankenhäuser zu gewährleisten und gleichzeitig zu verhindern, dass ärztliche Maßnahmen in Krankenhäusern durchgeführt werden, die hierfür nicht die Fallzahl haben.

4.5.2 Frage 2: Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben?

Auch hier würde ich das Feld lieber den Epidemiologen überlassen. Die interessantere Frage für die Ökonomen ist ja, wie diese Veränderungen (z. B. Abnahme der pädiatrischen Fälle und der Geburten, Zunahme der Krankheiten der inneren Medizin sowie insbesondere der Geriatrie) von den Gesundheitsdienstleistern in veränderte Leistungen umgesetzt werden können. In einer Marktwirtschaft müsste ein Unternehmen immer ausreichend „Cash Cows“ haben, um die „Fragezeichen“ (d. h. die innovativen, jungen Leistungen für sich veränderte Nachfrage) zu finanzieren. Die DRGs sind jetzt aber genau so kalkuliert, dass ein durchschnittliches Krankenhaus seine durchschnittlichen Kosten genau decken kann (vgl. Abbildung 3). Im Normalfall kann ein Krankenhaus mit keiner Leistung Überschüsse erwirtschaften, um Forschung und Entwicklung zu betreiben und sich an die Veränderungen anzupassen. Dies ist kein Webfehler des DRG-Systems, sondern ein Grundproblem der Umsetzung in Deutschland: Da die Budgets so gering sind, dass Gewinne praktisch ausgeschlossen sind, bleibt auch kein Geld für Investition und Innovation. Gewinne sind nur dann möglich, wenn die Kostenfunktionen eines Hauses von den durchschnittlichen Kostenfunktionen abweichen, was entweder durch technische Effizienz oder durch Rosinenpicken erreicht werden kann.

Hier wäre der Staat gefordert, Innovationen viel deutlicher zu fördern, als dies bislang der Fall ist. Die Translation vom der Grundlagenforschung zum Patienten bis hin zur Übernahme als Standard erfordert auch in der Verschiebung der Versorgungsschwerpunkte eine Innovationsförderung.

4.5.3 Frage 3: Wie können Qualität und Erreichbarkeit dabei miteinander verknüpft werden? Welche Bedeutung werden dabei Mobilitätsangebote haben?

Abbildung 16 zeigt den grundlegenden Zusammenhang von Qualität und Distanz. Eine höhere durchschnittliche Distanz impliziert eine Konzentration auf weniger, aber größere Standorte. In diesen Zentren ist die Qualität der Leistungserstellung höher als in den kleinen Krankenhäusern (Übungseffekt). Gleichzeitig ist die Zugänglichkeit auch eine Qualitätskomponente, insb. bei zeitkritischen Patienten. Wichtig ist aber zu betonen, dass Distanz nicht in Kilometern, sondern in Zeit und Mühe gemessen werden sollte. Die Verfügbarkeit von öffentlichem Nachverkehr ist hier zentral: Eine Arztpraxis, die 10 km entfernt ist, kann für einen älteren Menschen ohne Privat-PKW entweder unerreichbar sein, oder der Rufbus bringt ihn alternativ ohne Mühe zur gewünschten Zeit direkt von Haustür zu Haustür. Die Attraktivität des Landes wird in Zukunft auch davon abhängen, ob es uns gelingt, intelligente Mobilitätsangebote zu schaffen. In 25 Jahren werden selbstfahrende Systeme deutlich günstiger arbeiten als Taxis heutzutage, so dass das Mobilitätsproblem wahrscheinlich überwunden sein wird. Bis dorthin benötigen wir jedoch Übergangslösungen.

Abbildung 27 zeigt erneut das magische Dreieck zwischen Qualität, Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit. Besonders eindrücklich ist der Trade-Off zwischen Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit. Wie Abbildung 19 zeigt, führt die Schließung eines Krankenhauses oder einer Abteilung eindeutig zu einer

schlechteren Erreichbarkeit. Gleichzeitig konnten wir zeigen, dass die Konzentration auf einen Standort erhebliche Einsparungspotentiale hat. Betrachten wir hierzu das Beispiel Wolgast: Im Jahr 2014 hatte das Kreiskrankenhaus Wolgast noch 357 Geburten bei 11 Betten auf der Entbindungsstation. Unter der Annahme, dass die Mindestbesetzung (365 Tage, 24 h) nicht unterschritten wird, impliziert dies eine Auslastung von 44 % und ein Defizit von 1,17 Mio. Euro für Entbindungen. Für Wolgast hätte im Jahr 2014 das Relativgewicht der Geburtshilfe von 1,006 (inkl. Neugeborenenpauschale) auf 2,057 steigen müssen, d. h. der Sicherstellungszuschlag pro Geburt hätte 3273,22 € betragen müssen. Erst wenn diese Zuschläge pro Fall bezahlt würden, könnte der negative Deckungsbeitrag pro Fachabteilung vermieden werden. Ansonsten wäre eine Kostendeckung ab 894 Geburten mit 13 (belegten) Betten möglich.

An dieser Stelle ist die Grenze der Ökonomik erreicht: Wir können die Kosten vorrechnen und auf die Konsequenzen aufmerksam machen. Aber ob eine selbständige Entbindungsstation in Wolgast 3.273,22 € pro Geburt bzw. 1,2 Mio. € p.a. wert ist, können wir nicht festlegen. Das ist allein eine politische Entscheidung, wobei selbstredend alternative Verwendungen dieser Beträge einbezogen werden müssen. Erwähnt sei zudem, dass eine 365-24 Besetzung mit Hebammen impliziert, dass mindestens fünf Hebammen tätig sein müssten. Jede Hebamme hat dann pro Woche durchschnittlich 1,4 Geburten – was weder für die Hebamme beglückend, noch im Falle von unerwarteten und seltenen Risiken sicher sein dürfte.

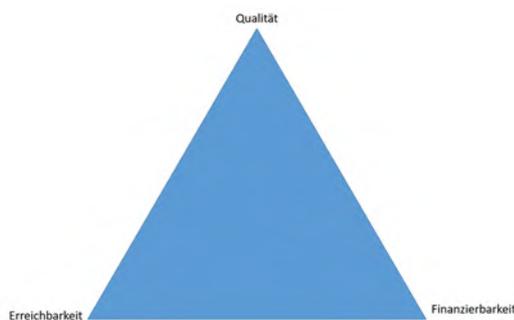


Abbildung 27 Magisches Dreieck: *Qualität – Erreichbarkeit – Finanzierbarkeit*

4.5.4 Frage 4: Wo sehen Sie vor diesem Hintergrund die Rolle der Kommunen, Landkreise und des Landes?

Bei ausreichender Abdeckung des Landes mit Gesundheitsdienstleistern sehe ich die Landkreise und Kommunen nicht in der Rolle des Leistungserbringers, als vielmehr des Koordinators. Koordination ist absolut zwingend, um den Spagat zwischen Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit zu schaffen. Die Übernahme neuer Funktionen und die Einbindung in das Versorgungsnetz erfordern ein Innovations- und Netzwerkmanagement. Selbstredend ist dies erst einmal Aufgabe der Netzwerknoten, und hier insbesondere der Krankenhäuser. Aber häufig bedarf es eines Anstoßes, einer neutralen, ordnenden Hand, die die Partner an einen Tisch bekommt und die richtigen Impulse setzt. Dies können der Landkreis bzw. die Kommune sein.

Vertrauen spielt hier eine zentrale Rolle. Könnte es nicht die vornehmste Aufgabe des Landkreises sein, Vertrauen zwischen Krankenhäusern, Vertragsärzten, MVZs, Krankenkassen und Behörden aufzubauen, indem der Landkreis auf Fairness achtet, motiviert, koordiniert, versöhnt und in die gemeinsame Verantwortung lockt?

4.6 Versorgungsplanung

Ich kann diese Frage nur zu dem Teil beantworten, der die Krankenhäuser betrifft. Im Bereich der ambulanten Versorgung gibt es deutlich bessere Experten.

4.6.1 Frage 1: Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen, sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann?

Ich möchte hier lediglich die Idee des Regionalbudgets aufbringen. Wie in Kapitel 4.2.7 beschrieben, entspricht es dem Modell der WHO, dass Gesundheitsregionen definiert werden, in denen die Leistungsanbieter gemeinsam die Versorgung übernehmen und organisieren. Ein gemeinsam verwaltetes Budget ist hierfür hilfreich. So konnte gezeigt werden, dass die Einführung eines Regionalbudgets in der Psychiatrie zu einer gewünschten Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Sektor führt. Der Patient wird dort behandelt, wo es für ihn am besten ist, nicht dort, wo ein Leistungsanbieter Erlöse erzielen möchte.

Allerdings ist die Umsetzung in einem Konkurrenzsystem ausgesprochen komplex. Es wäre spannend, dies einmal in einem Landkreis auszuprobieren, würde aber zuerst den Aufbau großen Vertrauens und eine erhebliche Investition in eine gemeinsame Verteilung von Patienten und Ressourcen implizieren. Das Konfliktpotential ist erheblich. Deshalb bin ich eher skeptisch, ob dies wirklich zukunftsfähig ist.

4.7 Fachkräftebedarf

Die konkreten Zahlen für MV wird Kollege Hoffmann sicherlich beisteuern können. Ich möchte mich auf Aspekte beschränken, die meinem Fach entsprechen.

4.7.1 Frage 1: Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um den Fachkräftebedarf zu gewährleisten?

In Kapitel 3.5 wurde dargestellt, dass die persönliche Einwirkung der Mitarbeiter auf den Kunden höchste Relevanz für das Produktionsergebnis besitzt. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hat deshalb deutlich gravierendere Auswirkungen auf die Leistungserstellung als in anderen Branchen. Die meisten Kolleginnen und Kollegen werden auf diese Frage antworten: „Wir müssen mehr Personal ausbilden“. Ich möchte antworten: „Ja, aber wir müssen das Personal auch im Beruf halten!“ Abbildung 28 zeigt beispielsweise die erwartete Verweildauer im Pflegeberuf, so wie sie von Pflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr von Pflegeschulen in Brandenburg angegeben wurden. Nur noch die Hälfte der zukünftigen Leistungsträger erwartet, mehr als 10 Jahre diesen Beruf auszuüben. Pflege- und Ärztenotstand sind Realitäten des Gesundheitswesens, und gerade in ländlichen Regionen dürfte dies besonders schwierig werden. Da diese Arbeit nur schwer durch Betriebsmittel substituierbar und die fachliche und persönliche Betreuung der Patienten von großer Wichtigkeit für den Behandlungs- bzw. Pflegeerfolg ist, entsteht hier eine Herausforderung, die sich unmittelbar aus der Dienstleistungseigenschaft ableitet.

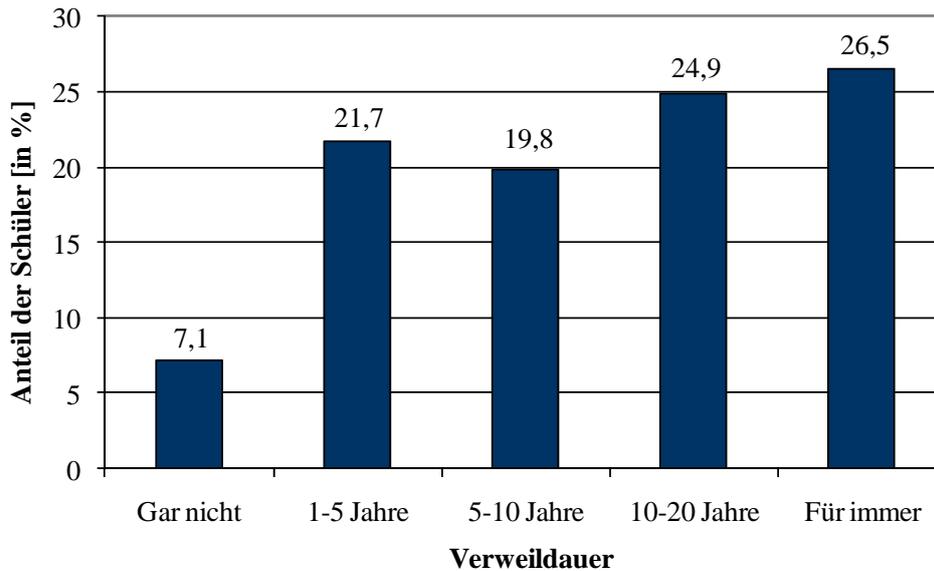


Abbildung 28 Erwartete Verweildauer im Pflegeberuf (Brandenburger Pflegeschüler 2010)

Die Befragung ergab zudem, dass Führungsdefizite (vgl. Tabelle 3) bedeutende Gründe für die voraussichtlich kurze Verweildauer im Beruf sind. Eine wichtige Aufgabe einer Führungskraft im Gesundheitswesen ist es deshalb, Strukturen zu schaffen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleisten und die psychischen Belastungen begleiten. Führungskräfte müssen ihre Verantwortung für das Betriebsklima annehmen, arbeitszeitsparende Prozessinnovationen einsetzen und vor allem Konfliktmanager sein. Hierzu muss sich die Führungskraft immer mehr als „Diener“ der Mitarbeiter verstehen. Während Richard Greenleaf schon 1972 die „Servant Leadership“ für die Industrie angemahnt hat, wäre dies im Gesundheitswesen heute durchaus innovativ – ein revolutionärer Paradigmenwechsel als Voraussetzung für die zukünftige Versorgungssicherheit.

Tabelle 3 Gründe für voraussichtliches Ausscheiden aus dem Beruf bei Pflegeschülern in Brandenburg [%; N=382]

Unvereinbarkeit von Familie und Beruf	45,0
Psychische Belastungen	42,4
Betriebsklima bzw. Unternehmenskultur	41,4
Physische Belastungen	35,1
Zu wenig Gehalt	31,7
Zeitdruck	26,2
Konflikte mit Pflegekollegen	21,5
Studium beginnen	17,3
Arbeitszeiten	14,9
Zu geringe Aufstiegsmöglichkeiten	11,3
Zu wenige Weiterbildungsmöglichkeiten	9,4
Konflikte mit ärztlichem Personal	7,9
Sonstige Gründe	2,1

4.7.2 Frage 2: Welche Maßnahmen der Politik halten Sie diesbezüglich für geeignet?

Auch hier werden die Maßnahmen meist darauf beschränkt, möglichst viele Mitarbeiter für das Gesundheitswesen zu gewinnen. Die Erhöhung der Zahl der Studienplätze, Akademisierung der Pflege und Therapie, Landarztquote etc. sind alle richtig und wichtig. Aber wir müssen auch dafür sorgen, dass die Mitarbeiter anschließend gerne im Gesundheitswesen arbeiten. Man beachte, dass „Geld“ in Tabelle 3 nicht die höchste Priorität hat, sondern es sind hingegen die „weiche“ Faktoren, welche vom Management beeinflusst werden. Deshalb empfehle ich:

- **Führungskraftetraining:** Alle Führungskräfte im Gesundheitswesen sollten ein Managementtraining durchlaufen, das einen Schwerpunkt auf einen menschenorientierten, partizipativen und wertschätzenden Führungsstil legt. Führung kann man lernen – man muss es aber auch.
- **Personalauswahl:** Die Auswahl von Führungskräften im Gesundheitswesen erfolgt meist anhand der fachlichen Qualifikation. Der beste Arzt wird dann Chefarzt. Aber damit ist überhaupt nicht gesagt, dass er auch eine gute Führungskraft ist und mit Mitarbeitern umgehen kann. Wir sollten Kriterien wie Motivationsfähigkeit, Vertrauenskompetenz, Dienstbereitschaft und Innovativität für die Auswahl von Führungskräften verpflichtend machen.
- **Weiterentwicklung:** Frei nach Viktor Frankl kann ein Mensch alles ertragen, solange er nur Sinn darin sieht. Die eigene berufliche wie persönliche Weiterentwicklung stellt einen Sinn dar. Strukturierte Fort- und Weiterbildung, Job Rotation, Job Enlargement und Job Enrichment sollten deshalb geplant und implementiert werden, um es Mitarbeitern zu ermöglichen, weiter zu kommen.
- **Wertschätzung:** Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens leiden unter einem Wertschätzungsdefizit. Mitarbeiter finden Sinn darin, nicht nur ein unbedeutendes Rädchen im Getriebe zu sein, sondern einen wichtigen Beitrag zum Gesamtergebnis zu leisten, der auch wertgeschätzt wird. Die originäre Motivation der Mitarbeiter beim Berufseintritt ist hoch, aber sie geht leicht verloren, wenn nicht immer wieder vermittelt wird, wie wichtig ihr Beitrag ist und für wie bedeutend die Führungskräfte diesen einschätzen. Wir brauchen eine neue Unternehmenskultur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens mit weniger Hierarchie, weniger Macht, mehr Wertschätzung und mehr Förderung.

4.7.3 Frage 3: Inwieweit kann auch der Einsatz von ausländischen Medizinerinnen und Medizinern sowie von ausländischem Pflegepersonal in unserem Bundesland bei der Auflösung des Fachkräftemangels helfen?

Als Wissenschaftler, der fünf Jahre in Afrika gearbeitet und seither großen Teil seiner Forschungen in Afrika und Asien durchgeführt hat, bin ich hier sehr skeptisch. Die Anwerbung von Personal im Ausland führt zu einem Abfluss hochqualifizierter Mitarbeiter dort. Nur in Ländern, wo es einen echten Überschuss an Personal gibt (scheinbar Pflegekräfte in Vietnam – aber das sind unbestätigte Gerüchte), kann man es verantworten. In manchen Ländern Afrikas kommt ein Arzt auf 25.000 Einwohner. Ärzte von dort nach Deutschland anzuwerben, ist nicht zu verantworten. Selbst polnische Krankenhausmanager klagen darüber, dass sie Arztstellen nicht besetzen können, weil die Kollegen lieber in Deutschland arbeiten.

Hierbei sollte man beachten, dass der „Ärztemangel“ und „Pflegenotstand“ lokal existiert, aber kein generelles Problem ist. Abbildung 29 zeigt beispielsweise, dass es noch nie so viele Ärzte in Deutschland gab wie heute. Von einem generellen Ärztemangel zu sprechen, ist Unsinn. Wir haben ein Verteilungsproblem. Deshalb sollten wir – bevor wir Ärzte im Ausland einwerben – erst einmal überlegen, wie wir Ärzte an die richtigen Stellen bekommen. Auch hier spielt die Führung eine große Rolle.

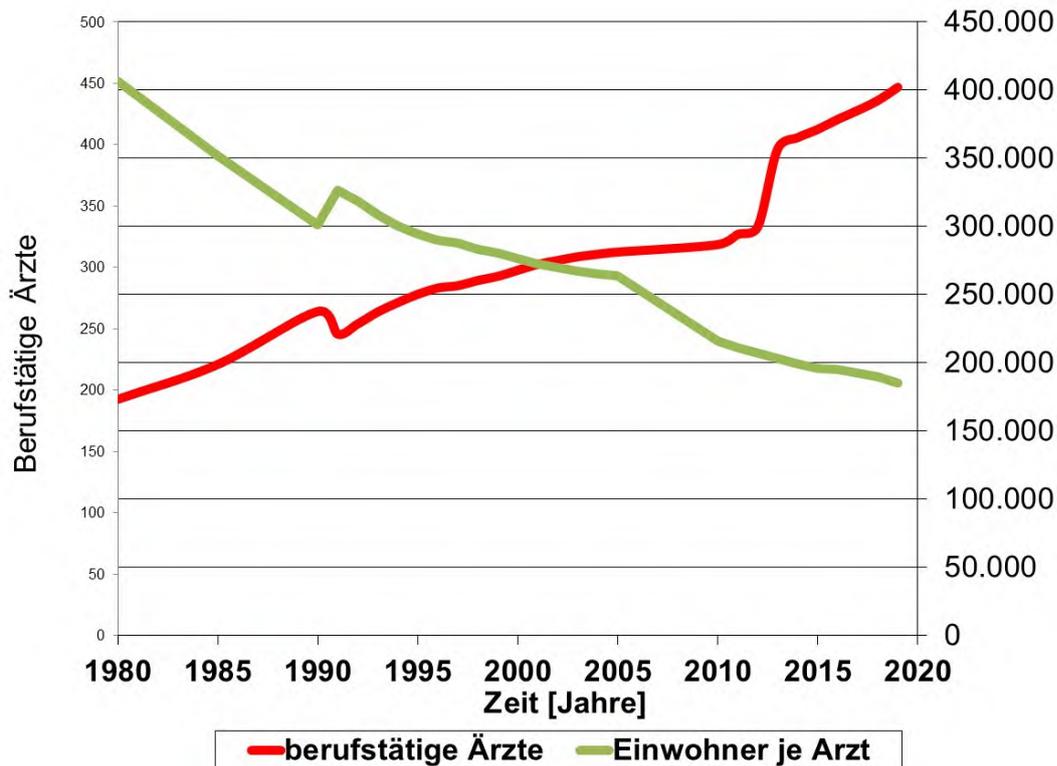


Abbildung 29 Ärzte in Deutschland. (Quelle: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf)

4.8 Telemedizin

Ich habe immer wieder zur Telemedizin geforscht und publiziert. Leider sind größere Projekte mit gesundheitsökonomischer Begleitung eher selten. Das Thema Datenschutz habe ich nicht bearbeitet – ich empfinde den Datenschutz in weiten Bereichen als übertrieben und als Hindernis. Mit Wehmut schaue ich auf die Möglichkeiten der Digitalisierung in den Ländern Skandinaviens (vor allen Dänemark) und des baltischen Raums (vor allem Estland), wo keine unnötigen Hindernisse aufgebaut werden und Forscher in der Lage sind, auf Basis von großen Datensätzen wichtige Beiträge für eine bessere Versorgung der Bevölkerung zu leisten.

4.8.1 Frage 1: Welche Konzepte und Maßnahmen empfehlen Sie, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen, dabei umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?

Im Business-to-Business – oder hier besser: Gesundheitsdienstleister zu Gesundheitsdienstleister – ist die Telemedizin wohl etabliert. Teleradiologie, Telepathologie und zahlreiche andere Anwendungen zwischen Krankenhäusern, zwischen Arztpraxen, zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen etc. sind Routine. In der Regel rechnet es sich für beide Partner, sonst würden sie es wiederum nicht durchführen. Ein gutes Beispiel, über das wir auch publiziert haben, ist die Teleradiologie an der Universitätsmedizin Greifswald. Die kleineren Krankenhäuser sparen sich den eigenen Radiologen oder zumindest die Nacht- und Wochenendschicht. Für ein Entgelt, das deutlich geringer ist als die eigenen Kosten des ansonsten notwendigen Personals, übernimmt die Universitätsmedizin die Befundung. Eine Win-Win-Lösung zum Wohl der Patienten. International geht man hier noch einen Schritt weiter und lässt im Ausland befunden, z. B. in Indien. In Zukunft wird hier sowieso viel mit künstlicher Intelligenz erfolgen.

Schwieriger ist Business-to-Customer, z. B. das Telemonitoring oder die Telesprechstunde. Hier sind bislang keine ausreichenden Finanzierungsmöglichkeiten gegeben. So konnte eine Dissertation an meinem Lehrstuhl für das Beispiel des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz zeigen, dass dies zwar medizinisch sinnvoll, aber derzeit nicht wirtschaftlich tragbar ist. Hier wurden immer wieder kleine Modellprojekte angestoßen, aber eine Überführung in die Regelversorgung findet meist nicht statt.

Die Vorteile einer weitreichenden Digitalisierung, bei der die Telemedizin nur einen kleinen Teil ausmacht, für den Patient liegen auf der Hand. Digitale Gesundheitskarten, die Zugang zu allen Daten ermöglichen, mögen ein Alptraum für Datenschützer sein, für den Patienten im Notfall sind sie lebensrettend. Aber hierzu sollte man noch einmal einen Notfallmediziner fragen.

4.9 Patientenorientierung

Auch hier kann ich nur auf Basis des Theoriegebäudes meines Faches argumentieren, nicht auf Basis eigener empirischer Studien.

4.9.1 Frage 1: Inwieweit sehen Sie die Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung durchgängig gesichert bzw. wo sehen Sie Korrekturbedarf?

Für einen Betriebswirt sind der Ausgangspunkt allen betrieblichen Denkens und Handels die Bedürfnisse des Kunden. Wir bezeichnen dieses Denken als Marketing. Allgemein ist Marketing eine Konzeption der Unternehmensführung, die alle betrieblichen Aktivitäten konsequent auf die Bedürfnisse der Kunden abstellt. Bei der Beschaffung, der Personalauswahl, der Standortwahl, der Finanzierung, der Personalmotivation und bei der eigentlichen Behandlung fragen wir stets, was der Kunde benötigt und möchte. „Der Kunde ist König“ bedeutet in erster Linie einmal: Er ist mein Existenzgrund. Ohne die Befriedigung der Bedürfnisse meiner Kunden bin ich sinnlos.

Für den Gesundheitsdienstleister bedeutet dieses Denken, dass der Patient das Maß der Dinge ist. Seine Gesundheit, die objektive und subjektive Qualität der Leistung und seine Zufriedenheit stehen im Mittelpunkt. Nur so wird er wiederkommen, und nur so wird er meine Einrichtung weiteren Patienten empfehlen. Umgedreht bedeutet dies, dass andere Aspekte oder Gruppen posterior sind. Berufsgruppen sind nicht die oberste Priorität, sondern die Patienten. Traditionen sind nicht die oberste Priorität, sondern die Bedürfnisse der Patienten. Hierarchien sind nicht prioritär, sondern die integrative Befriedigung der Kundenbedürfnisse.

Hier gibt es zweifelsohne noch viel zu tun – und es fängt in den Köpfen an. Auch ein Grund, warum eine Managementausbildung von Führungskräften im Gesundheitswesen so wichtig ist!

4.9.2 Frage 2: Inwieweit sehen Sie die Patientenvertretung gesichert bzw. wo sehen Sie Korrekturbedarf?

Hierzu kann ich sicherlich nichts wissenschaftlich Fundiertes beisteuern.

4.10 Covid-19 Pandemie

Für eine evidenzbasierte Analyse der Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf das Gesundheitswesen in Mecklenburg-Vorpommern ist es noch zu früh. Einige wenige Aspekte möchte ich jedoch auf Basis von theoretischen Erwägungen und eigenen Erfahrungen ansprechen.

4.10.1 Frage 1: Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie aus der aktuellen Corona-Pandemie für die Sicherung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland im Allgemeinen sowie für Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?

Erstens muss festgestellt werden, dass die Gesundheitsdienstleister Gewaltiges geleistet haben und weiterhin leisten. Mit großer Opferbereitschaft haben sie sich ihren Patienten gewidmet. Völlig unerwartet wurden sie mit einer tödlichen Gefahr konfrontiert. Auch in Deutschland wurden Pflegende und Ärzte selbst infiziert. Diese existentielle Dimension der Berufe im Gesundheitswesen haben wir häufig gar nicht mehr wahrgenommen. Es bleibt zu hoffen, dass die Achtung vor der Leistung der Mitarbeiter des Gesundheitswesens auch die Diskussionen der nächsten Jahre prägen wird.

Zweitens wurden die Gesundheitseinrichtungen (insb. Krankenhäuser) in kurzer Zeit völlig umstrukturiert. Veränderungen, die sonst Jahre gedauert hätten, liefen in wenigen Wochen ab. Sogar Gesetze wurden in kürzester Zeit erlassen und Budgets freigegeben. Auch dies sollte uns weiterhin prägen: es geht, wenn wir es nur wollen.

Drittens zeigte die Pandemie, dass ärztliches und pflegerisches Handeln allein an seine Grenzen kommt, wenn die Verwaltung nicht funktioniert. Materialwirtschaft ist ein missachtetes Gebiet im Gesundheitswesen. Niemand macht sich normalerweise Gedanken darüber, ob Materialien vorhanden sind. Aber als die Schutzkleidung fehlte, wurde schnell klar, dass Logistik lebenswichtig ist. Erst wenn die Verwaltung, Medizin, Pflege und alle anderen Berufsgruppen zusammenwirken, kann ein sinnvolles Ergebnis entstehen. Ein Flaschenhals bestimmt die Fließgeschwindigkeit – in dem Fall war es häufig die Logistik.

Viertens lässt uns die Covid-19 Pandemie neu darüber nachdenken, ob wir tatsächlich „Überkapazitäten“ haben. Wie Abbildung 18 zeigt, ist es falsch, eine volle Auslastung der Kapazität zu erstreben. Sie mag kostenminimal sein, ist aber gleichzeitig risikomaximal. Tägliche, wöchentliche und saisonale Schwankungen sowie insbesondere externe Schocks verlangen nach Reservekapazitäten. Wir sollten es uns deshalb abgewöhnen, ohne vorherige Prüfung von einer Überkapazität zu sprechen und stattdessen lieber über Reservekapazitäten diskutieren. Damit ist allerdings die Diskussion eröffnet, welche Reserven wir benötigen, d. h., wie viel Reservekapazität zu welchen Kosten wollen wir vorhalten?

Diese Fragen können nicht medizinisch oder ökonomisch beantwortet werden. Gefordert sind hingegen ein gesellschaftlicher Diskurs und eine politische Entscheidung. Es gilt, Risiken und Kosten abzuwägen. Der Preis der Sicherheit sind hohe erwartete Kosten, der Preis niedriger erwarteter Kosten ist ein Risiko, dass wir im Falle eines neuen externen Schockes keine Kapazitäten haben, in die wir hineinwachsen können. Es gilt abzuwägen – und das genau ist die Aufgabe der Politik. Wir müssen aufhören, Reservekapazitäten als Verschwendung zu brandmarken und stattdessen ehrlich und transparent diskutieren, wie viel Sicherheit wir uns leisten wollen.

5 Fazit

Ich verstehe meinen Beitrag als ein Plädoyer für eine evidenzbasierte Führung der Einrichtungen des Gesundheitswesens, des Gesundheitssystems und der Politik. Die Ökonomik ist eine stets vorhandene, existentielle Dimension des Gesundheitswesens. Sie kann wertvolle Beiträge leisten, wo sie die Konsequenzen von Entscheidungen transparent darstellt und Hinweise gibt, wie mit gegebenen Ressourcen die bestmögliche Gesundheitsversorgung aufgebaut werden kann. Die Ökonomik kann aber diese Entscheidungen nicht treffen, das muss im gesellschaftlichen und politischen Diskurs geschehen. Ökonomie ist stets nur eine Dimension menschlicher Existenz. Weitere Dimensionen werden bei der Exper-

tenanhörung sicherlich ausführlich dargelegt werden. Das Verhältnis dieser Dimensionen ist meist multiplikativ, d. h., Ökonomie ist nicht alles, aber ohne Ökonomie funktioniert alles andere nicht. Damit hat Ökonomie stets eine dienende Funktion, denn ohne eine wirtschaftliche Verwendung knapper Ressourcen verschwenden wir die Faktoren, die Menschenleben retten oder Lebensqualität bewahren können. Ökonomie ist nie Selbstzweck, sondern dient der Erfüllung der anderen Dimensionen menschlicher Existenz durch die Bereitstellung und effiziente Verwendung von Ressourcen. Sie dient in dem Selbstbewusstsein, dass jeder Verstoß gegen die ökonomischen Prinzipien höchst unethisch wäre, es käme einer Verschwendung gleich. Es ist meine Hoffnung, dass diese Ausführungen ein wenig dazu beitragen, die ökonomische Dimension des Gesundheitswesens zu respektieren und gleichzeitig innerhalb des Möglichkeitsraumes, den die Ökonomie schafft, die Alternativen zu wählen, die die Gesundheit der Bevölkerung maximieren.



Die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Der Beitrag der Gesundheitsökonomik

Prof. Dr. Steffen Fleßa
Universität Greifswald



Gliederung

1. Einführung
2. Prinzipien
3. Anwendungsbeispiele
 1. Zielkonflikt Kosten – Qualität – Erreichbarkeit
 2. Krankenhausfinanzierung
 3. Management
4. Fazit



1. Einführung

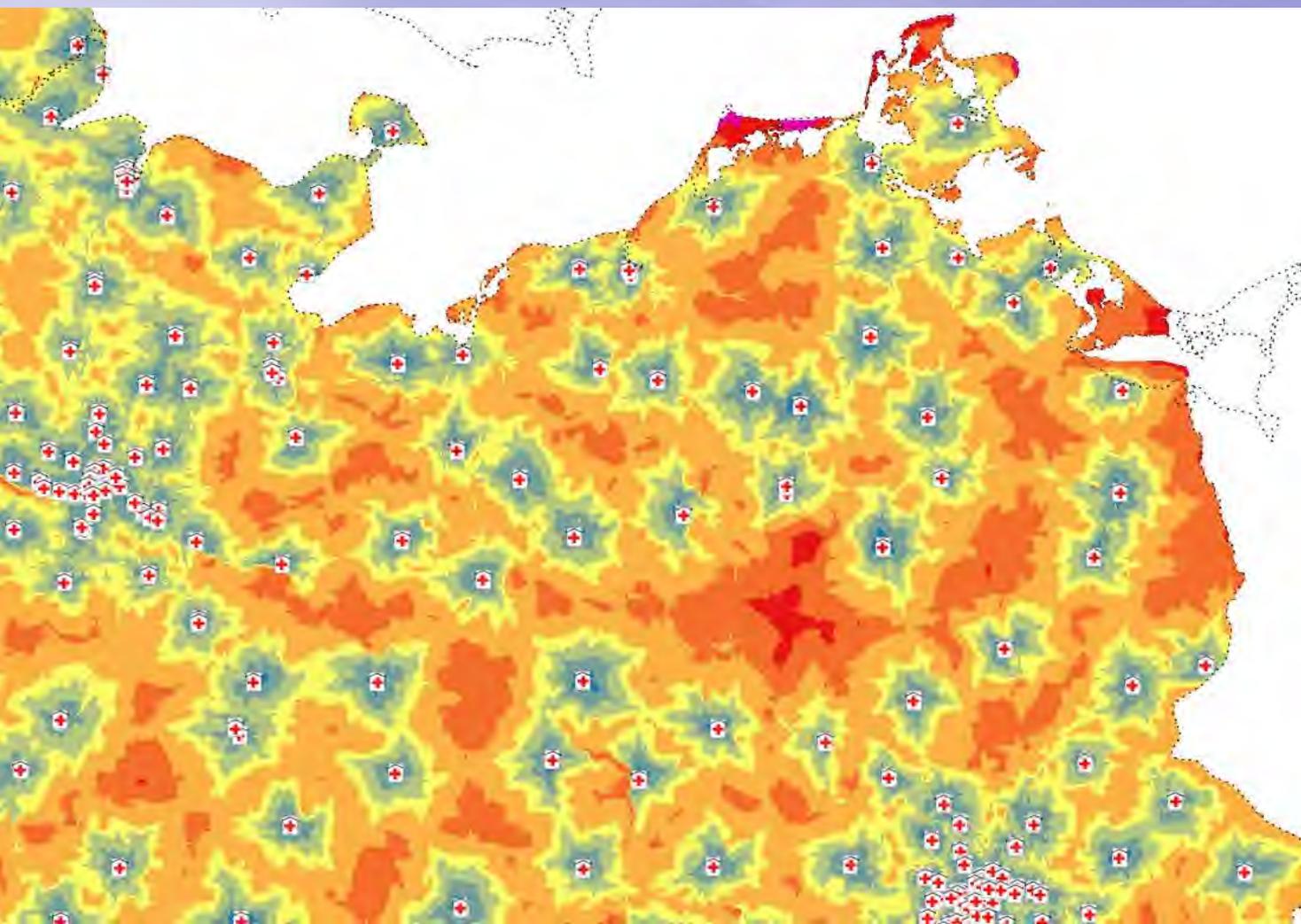
Das Wichtigste in Kürze:

- Zielkonflikte sind im Gesundheitswesen existentiell – es geht immer um Menschenleben und Lebensqualität
- Wir leben unter der Bedingung der Knappheit
- Zielkonflikte können nur durch Innovation gemildert werden
- Wir brauchen ein neues Denken!





Rahmenbedingungen: Flächenland MV



Fachabteilungen der
Basisversorgung



Erreichbarkeit [in Min]

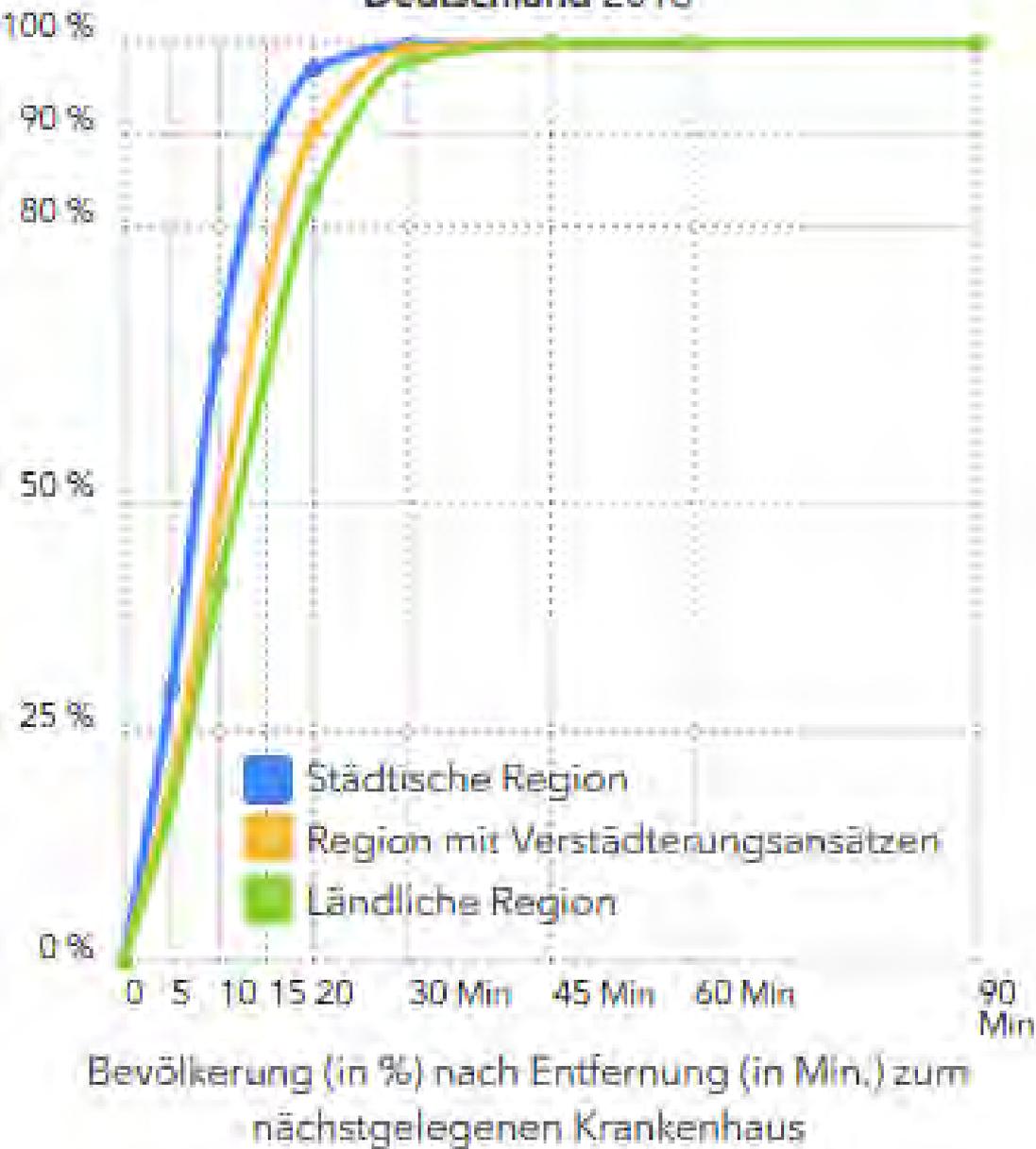
zu Krankenhäusern mit
Fachabteilungen der
Basisversorgung

-  bis 5 min
-  über 5 bis 10 min
-  über 10 bis 15 min
-  über 15 bis 20 min
-  über 20 bis 30 min
-  über 30 bis 45 min
-  über 45 bis 60 min
-  über 60 min

<https://krankenhausatlas.statistikportal.de/>

Erreichbarkeit

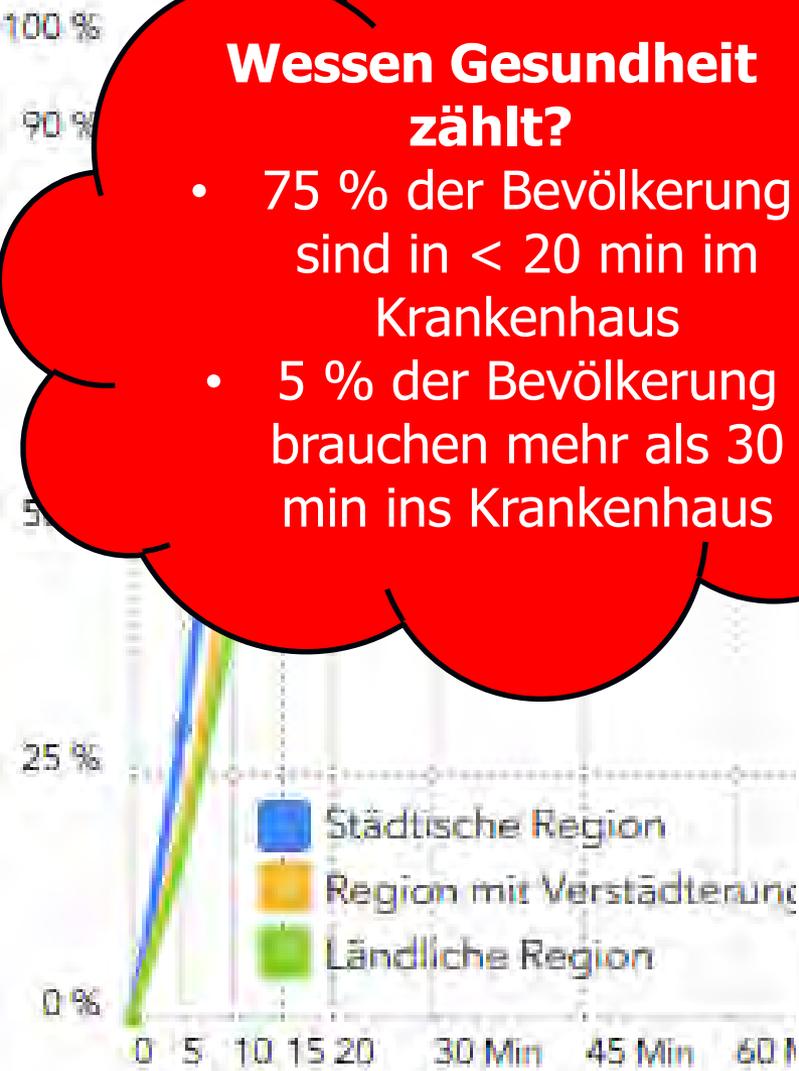
Fachabteilungen der Basisversorgung Deutschland 2016



<https://krankenhausatlas.statistikportal.de/>

Erreichbarkeit

Fachabteilungen der Basisversorgung

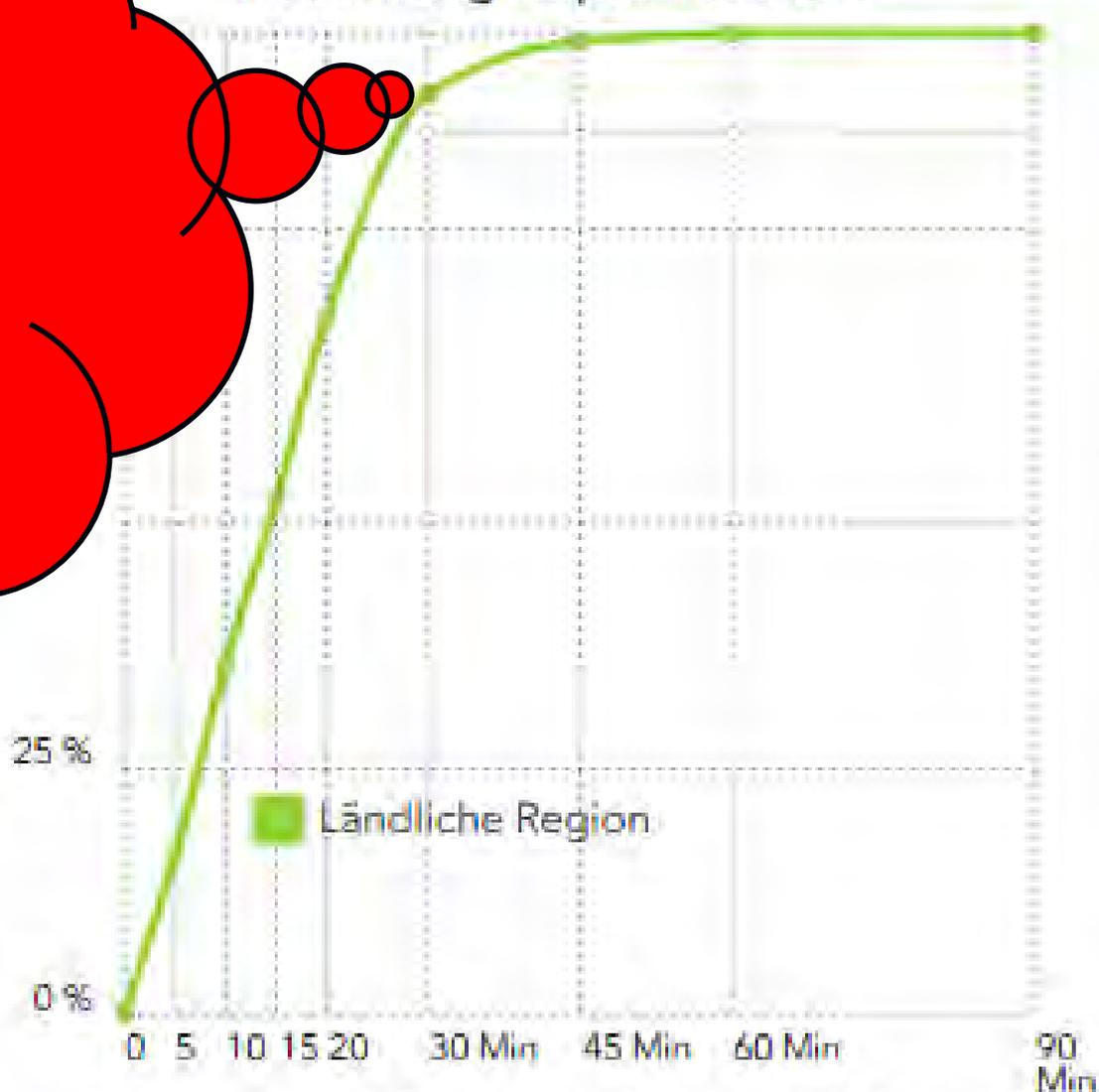


Wessen Gesundheit zählt?

- 75 % der Bevölkerung sind in < 20 min im Krankenhaus
- 5 % der Bevölkerung brauchen mehr als 30 min ins Krankenhaus

Erreichbarkeit

Fachabteilungen der Basisversorgung
Mecklenburg-Vorpommern 2016



Bevölkerung (in %) nach Entfernung (in Min.) zum nächstgelegenen Krankenhaus

Bevölkerung (in %) nach Entfernung (in Min.) zum nächstgelegenen Krankenhaus



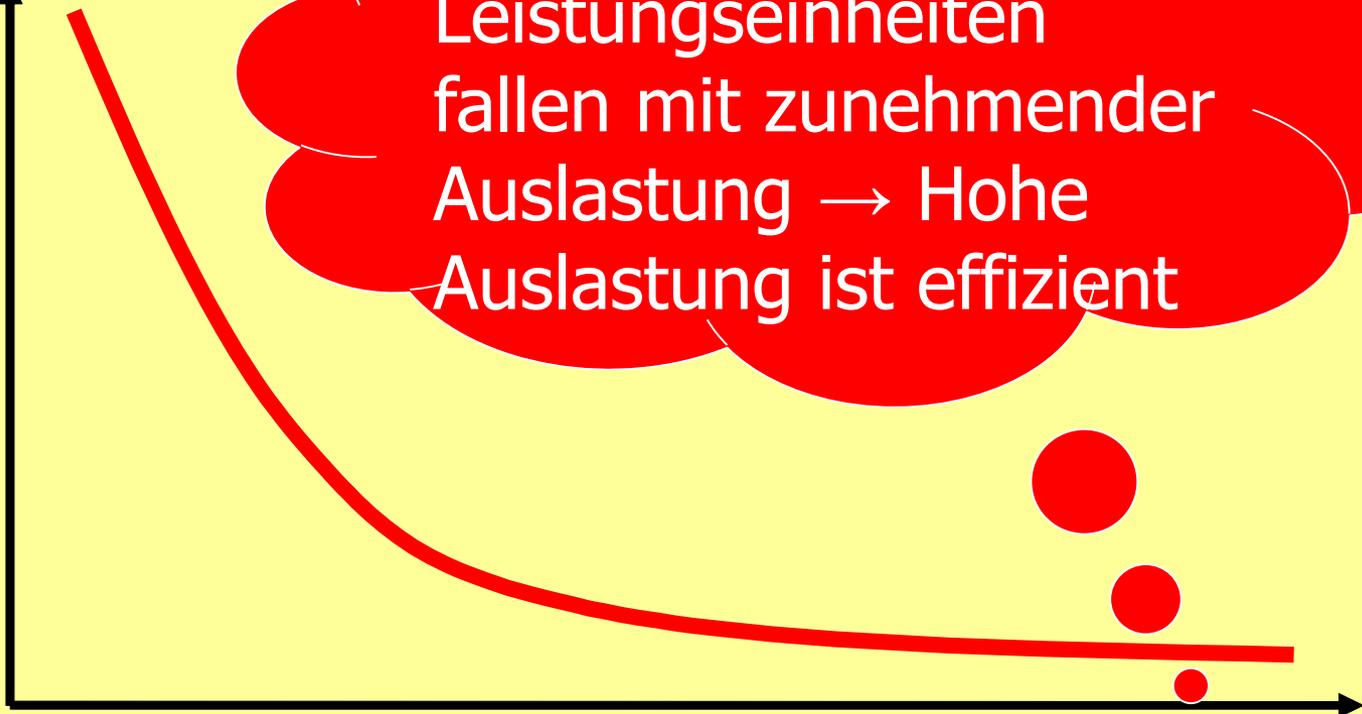
2. Prinzipien

1. Fixkostendegression
2. Größendegression
3. Verbundvorteile
4. Übungseffekte
5. Distanzreibung
6. Komplexität



2.1 Fixkostendegression

Kosten pro
Leistungseinheit



Die Kosten pro Leistungseinheiten fallen mit zunehmender Auslastung → Hohe Auslastung ist effizient

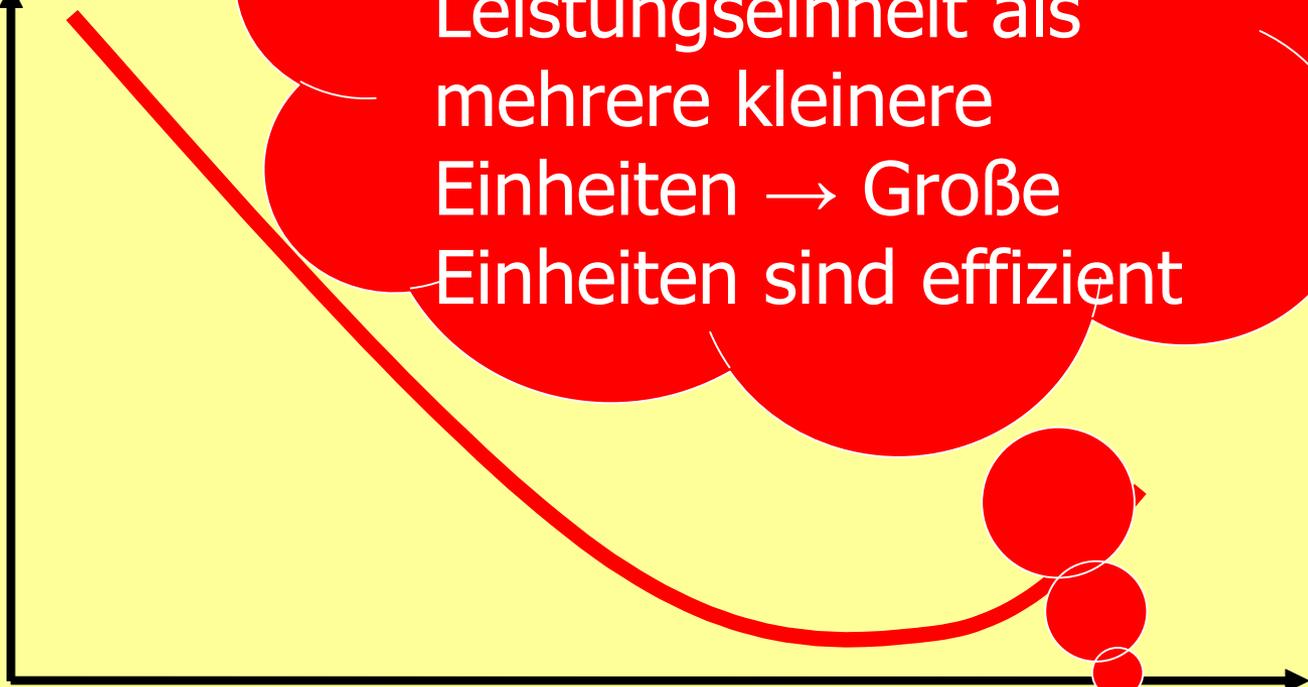
Auslastung



2.2 Größeneffekte (Economies of Scale)

Große Einheiten haben bei gleicher Kapazität geringere Kosten pro Leistungseinheit als mehrere kleinere Einheiten → Große Einheiten sind effizient

Kosten pro Leistungseinheit



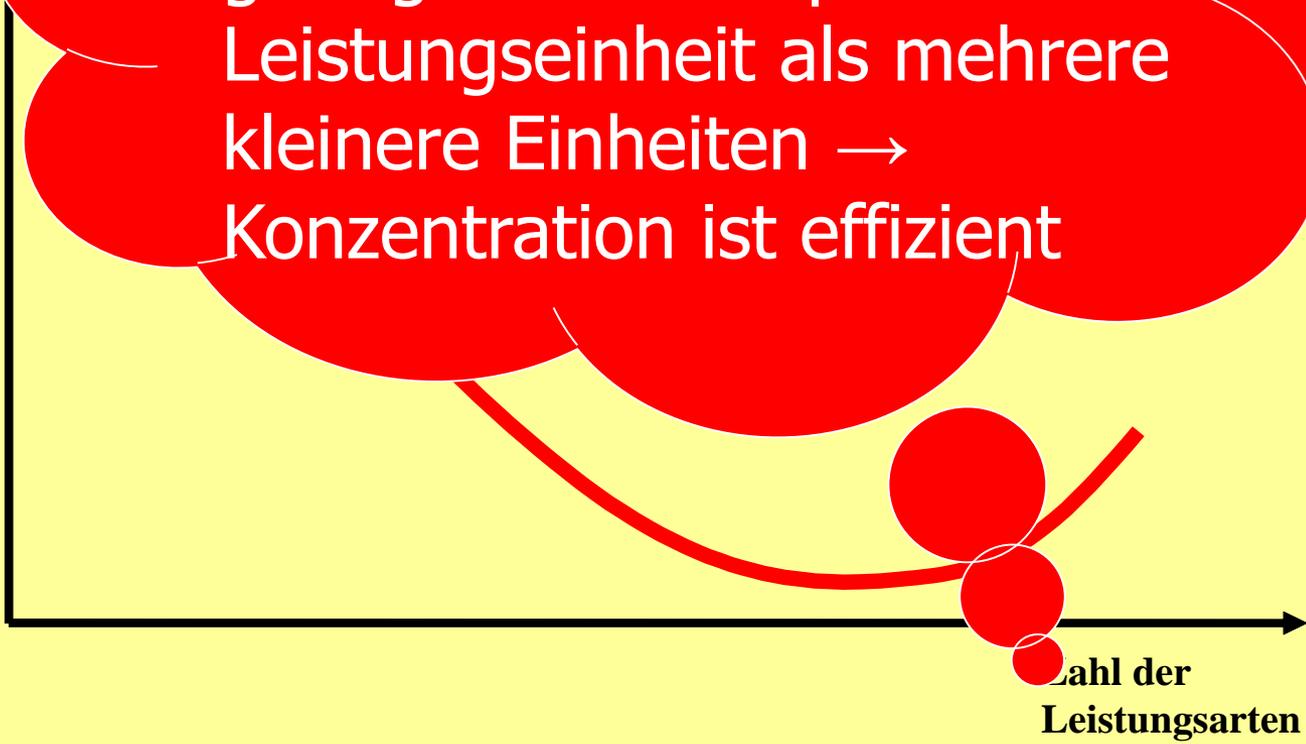
Kapazität



2.3 Verbundleistungen (Economics)

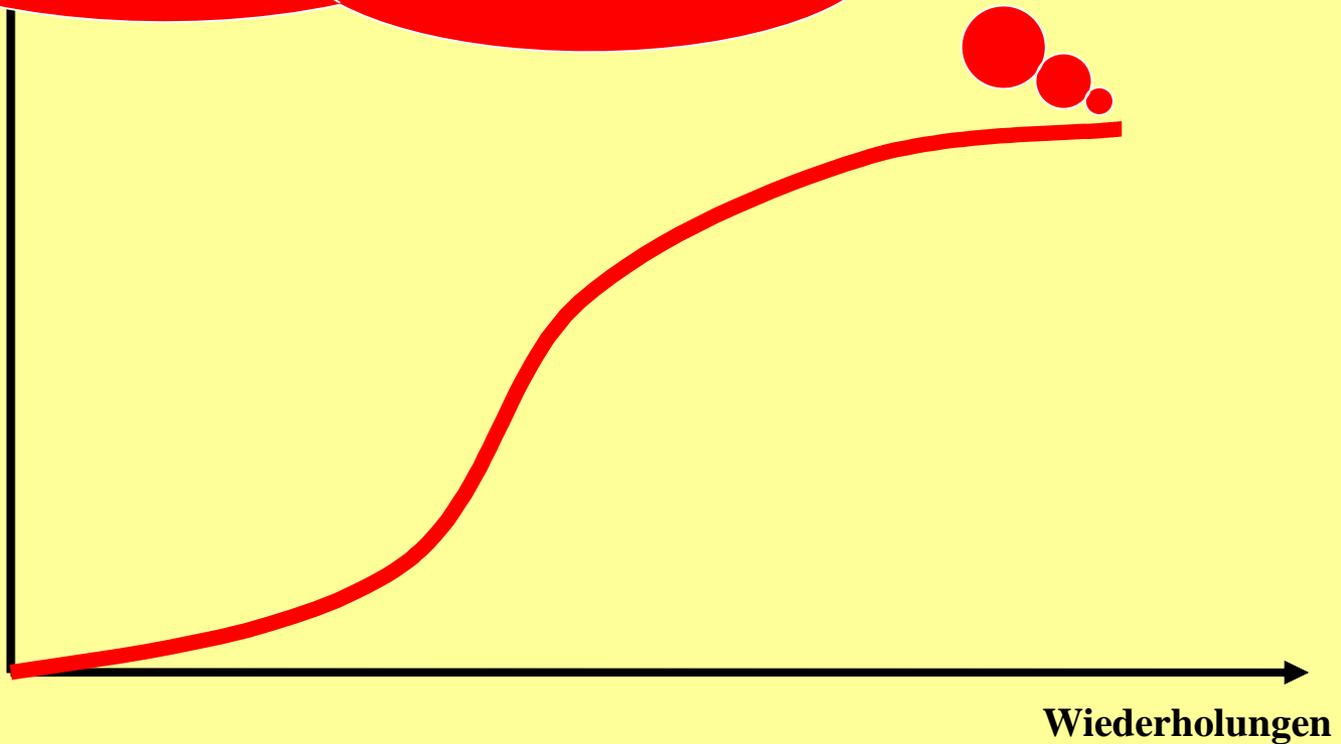
Einheiten mit großer Leistungsbreite und -tiefe haben bei gleicher Kapazität geringere Kosten pro Leistungseinheit als mehrere kleinere Einheiten → Konzentration ist effizient

Kosten
Leist





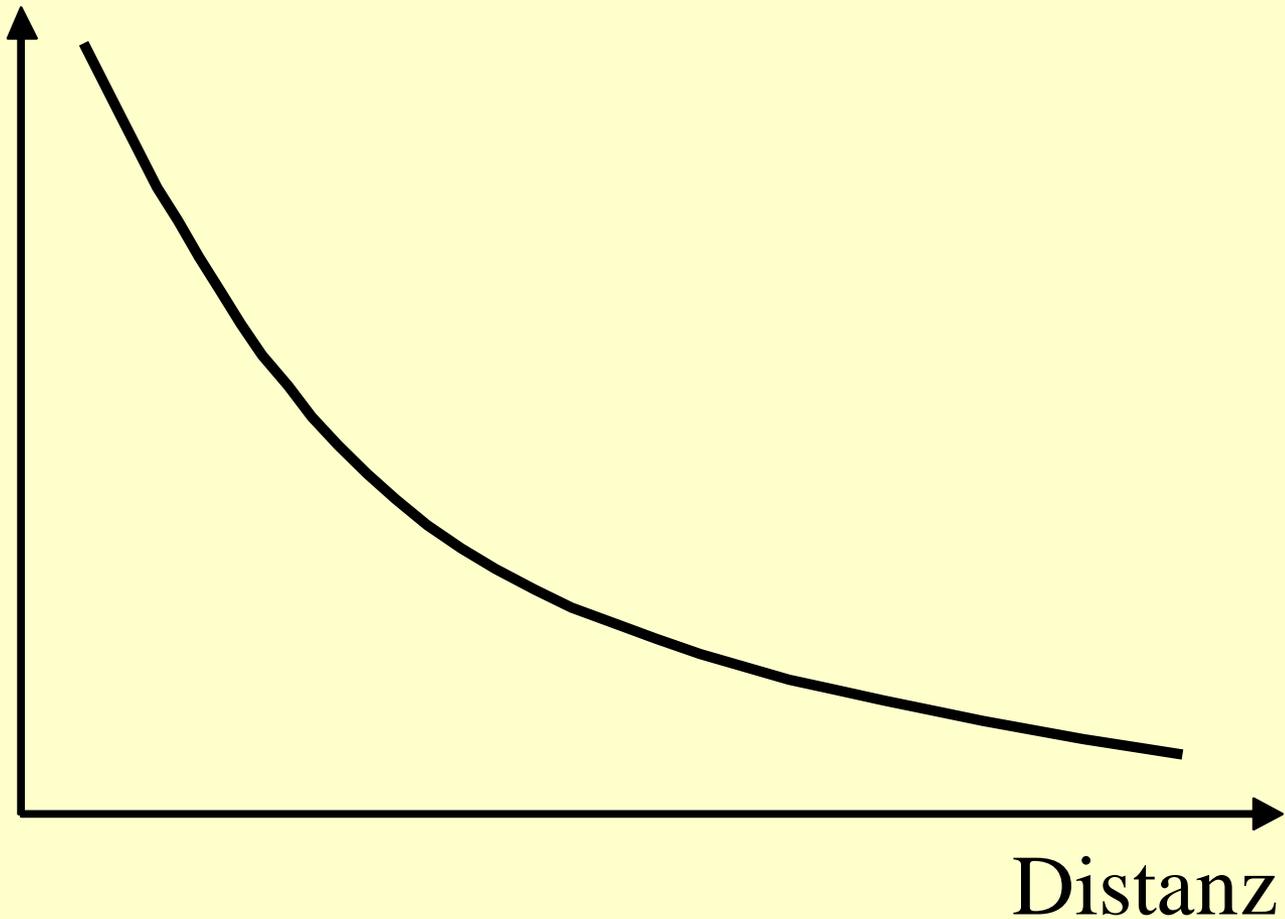
Große Einheiten mit hoher Fallzahl
erzeugen eine höhere Qualität →
Konzentration ist versorgungs-
politisch sinnvoll





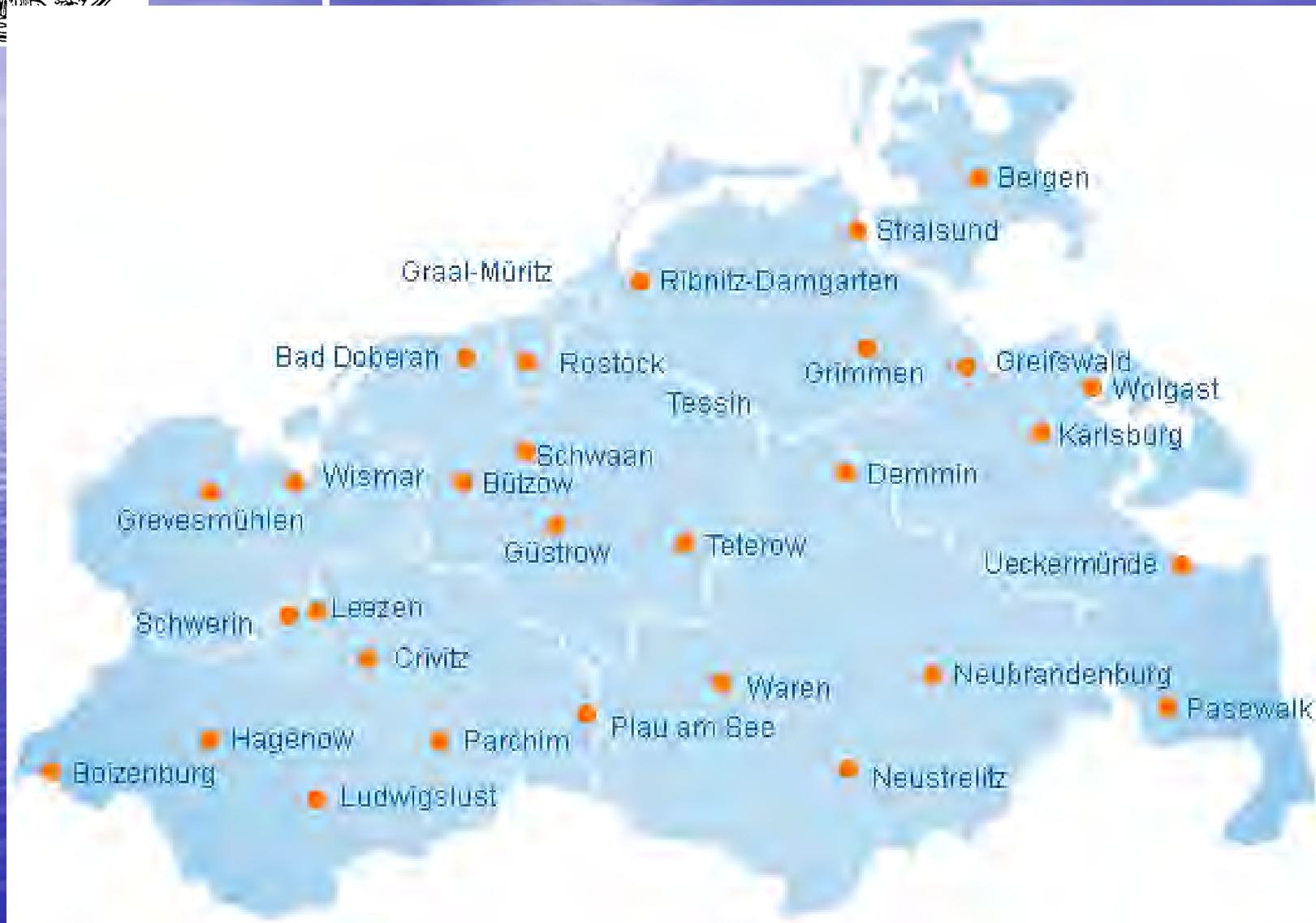
2.5 Distanzreibungseffekt

Transaktionen





Beispiel: Krankenhäuser in MV





Einzugsgebiete der Akutkrankenhäuser >400 Betten

Legende

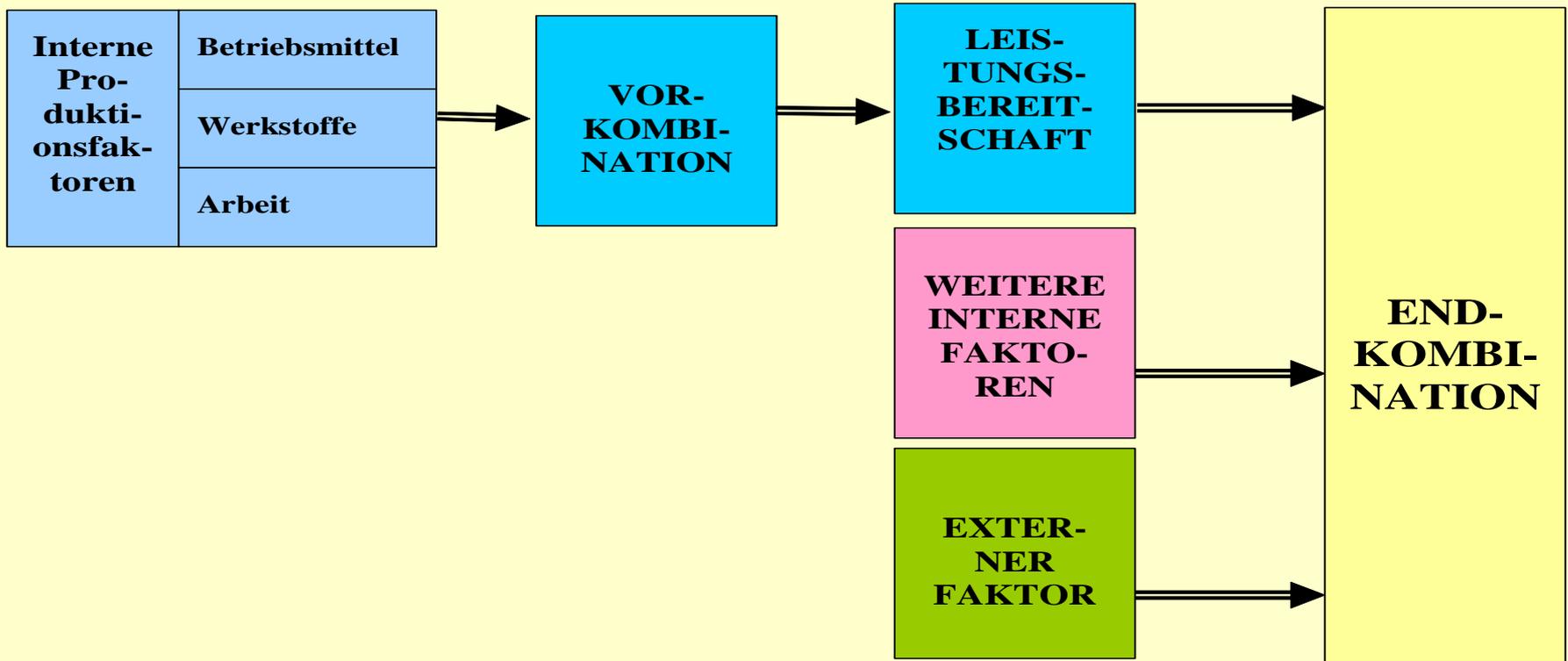
- Gebietsgrenzen
- Städte mit Akutkrankenhaus (>400 Betten)

Entfernungen auf Straßennetz





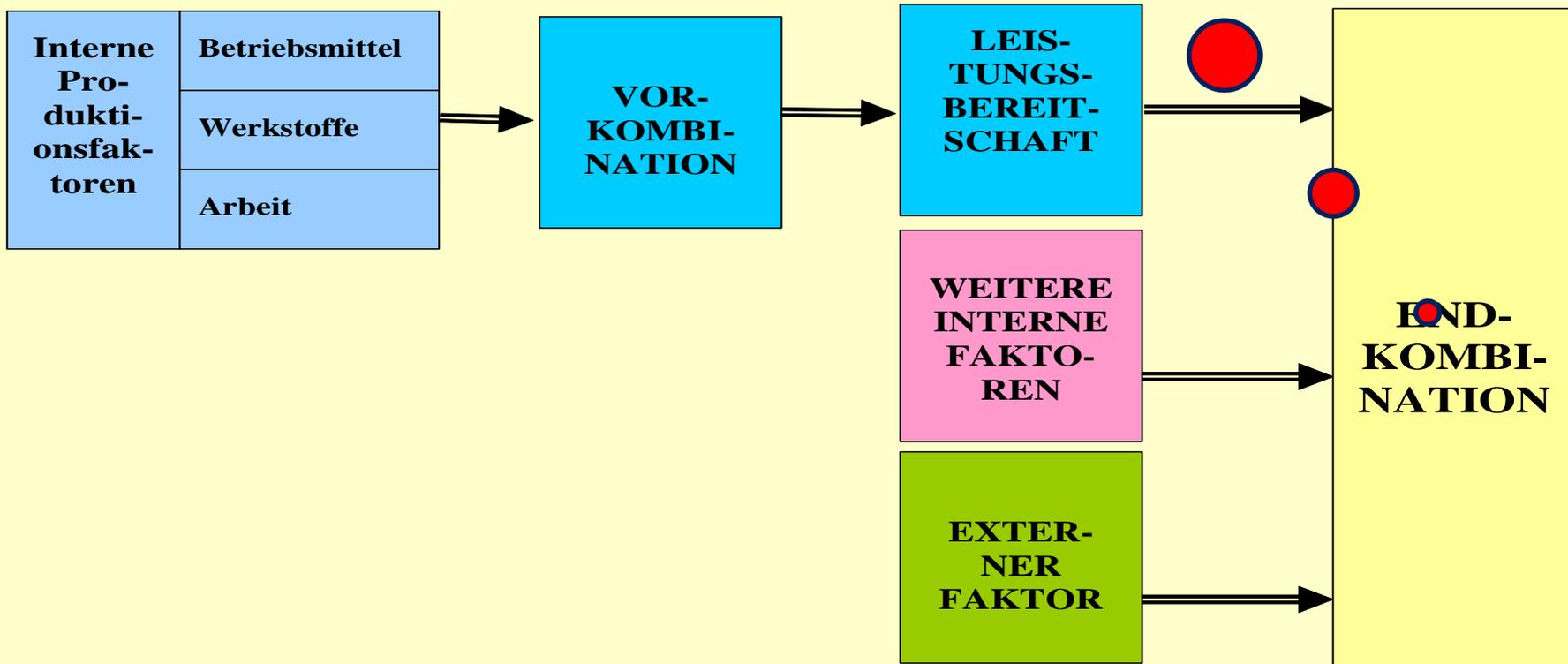
2.6 Komplexität





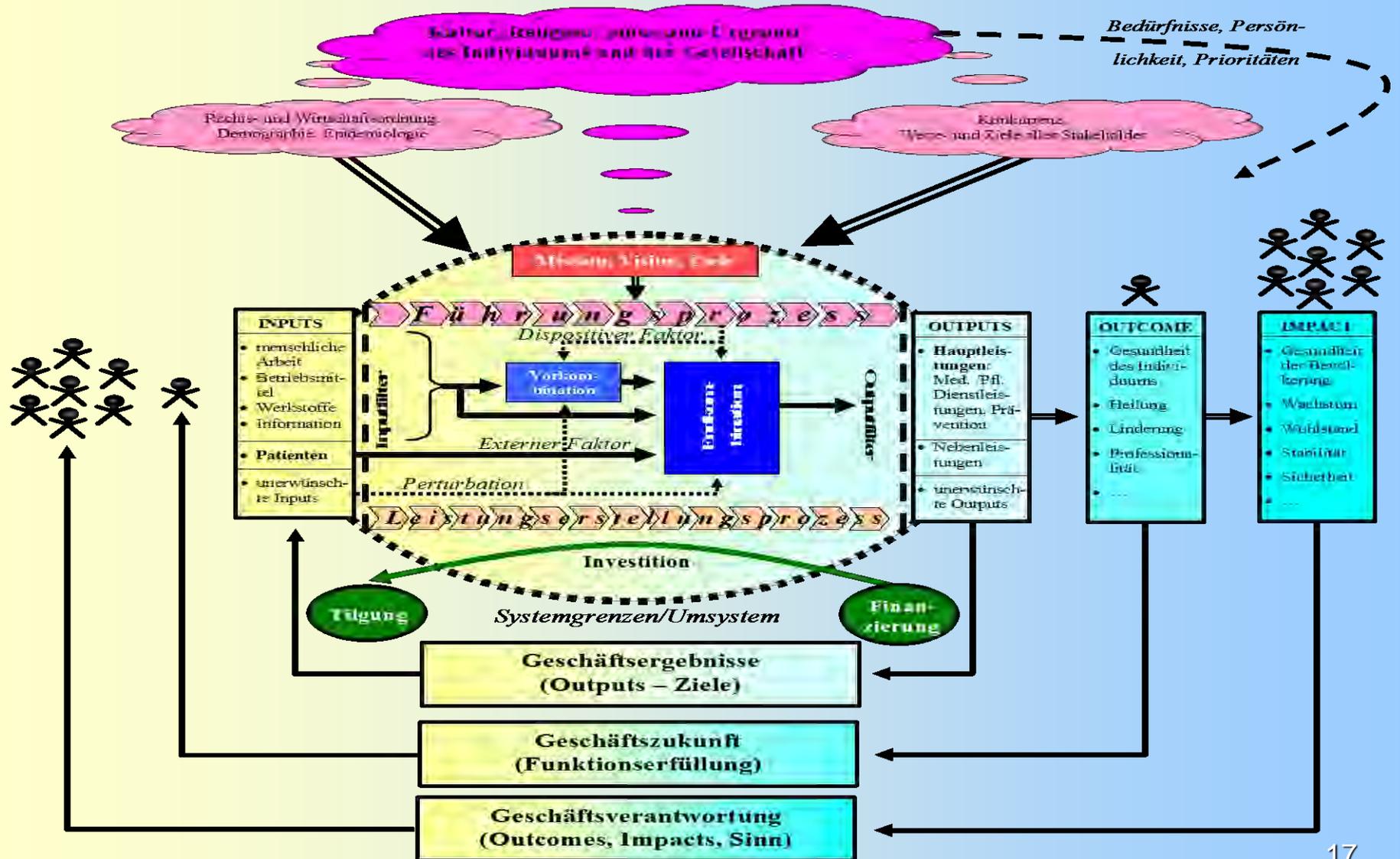
2

Quantität und Qualität des Personals
als zentraler Produktionsfaktor für die
Leistungserstellung an persönlich
anwesenden Patienten: Auftreten,
Ausstrahlung, Begeisterung,
Zugewandtheit, ...





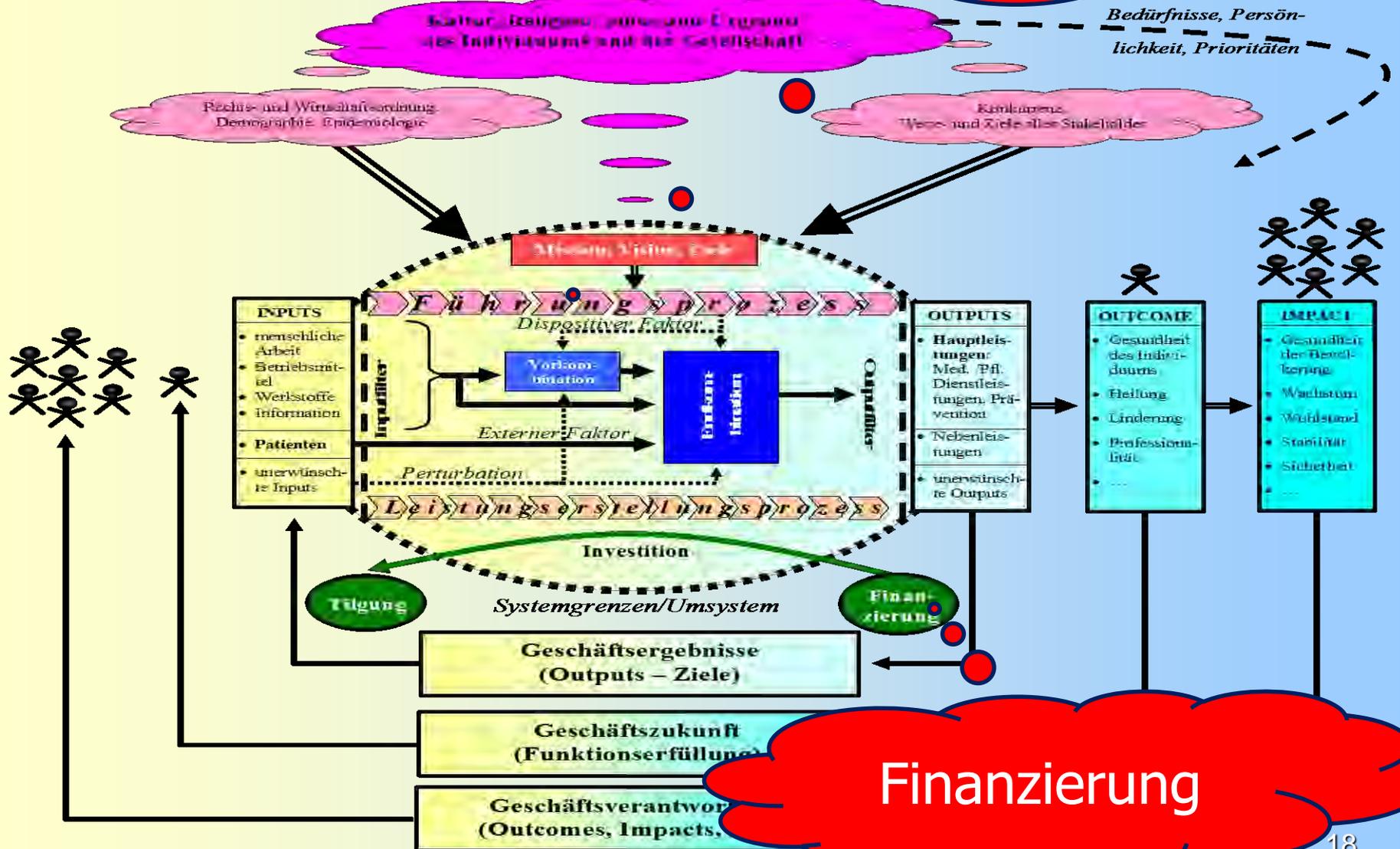
Systemmodell





Systemmodell

Personalführung



Finanzierung



3. Anwendungsbeispiele

1. Zielkonflikt Kosten – Qualität – Erreichbarkeit
2. Krankenhausfinanzierung
3. Management



3.1 Zielkonflikt Kosten – Qualität – Erreichbarkeit

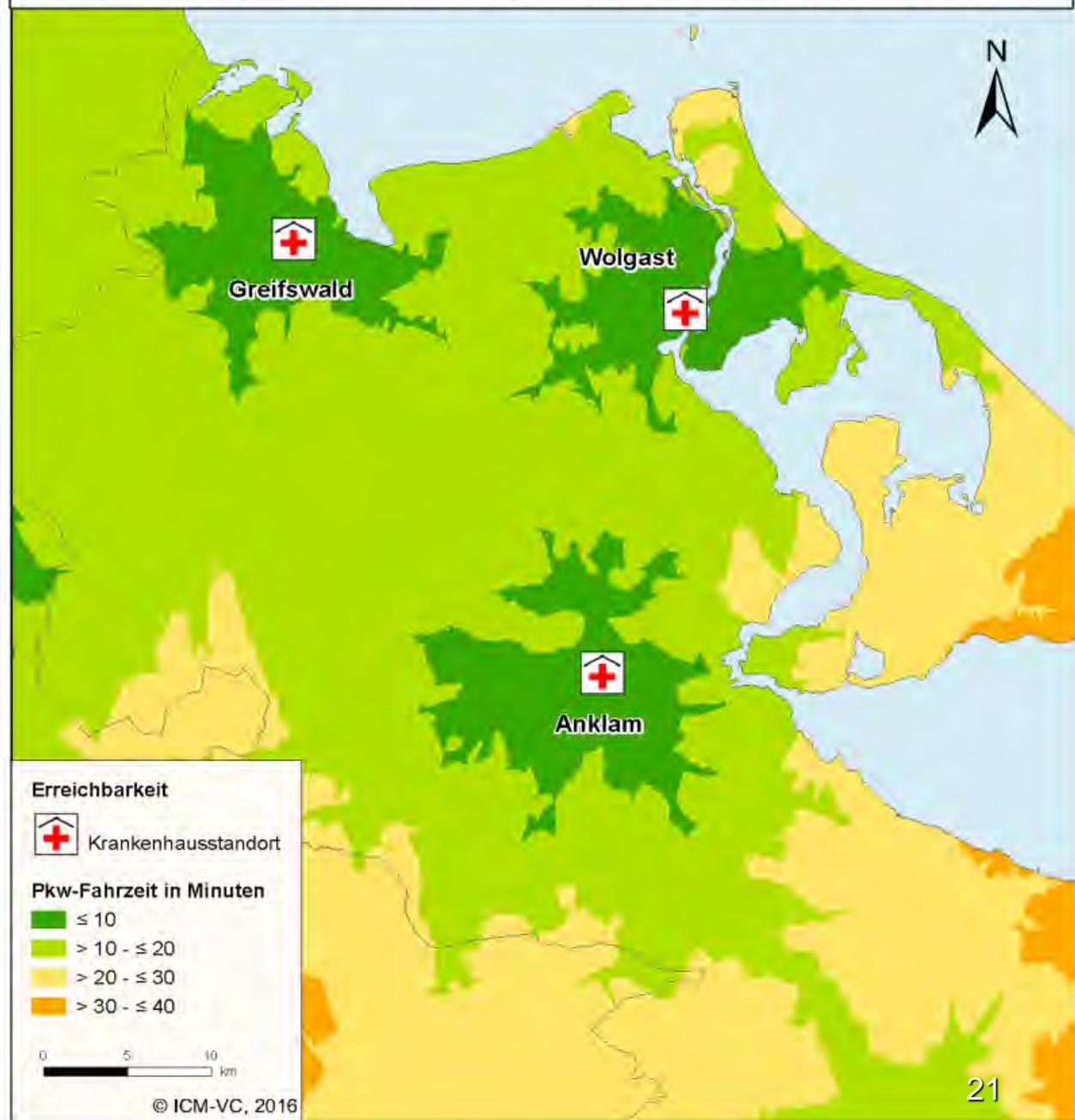
- Ausgangslage: Krankenhäuser im nördlichen Kreis Vorpommern-Greifswald
- Grundproblem: Verlust
- Zielkonflikt
 - Versorgungssicherheit
 - Kostendeckung





Ausgangslage

Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinderheilkunde und für Frauenheilkunde & Geburtshilfe: Szenario Greifswald, Wolgast und Anklam





Ausgangslage 2014

	Pädiatrie			Geburtshilfe			Summe [€]
	Betten	Fälle	DB IV [€]	Betten	Fälle	DB IV [€]	
Wolgast	9	1057	-356.810	5	357	-1.048.214	-1.405.024
Anklam	5	496	-998.182	5	280	-1.270.780	-2.268.962
Greifswald	16	1820	171.927	11	800	-115.809	56.118
Summe	30	3373	-1.186.065	21	1437	-2.434.803	-3.617.868



Konzentration auf einen Standort

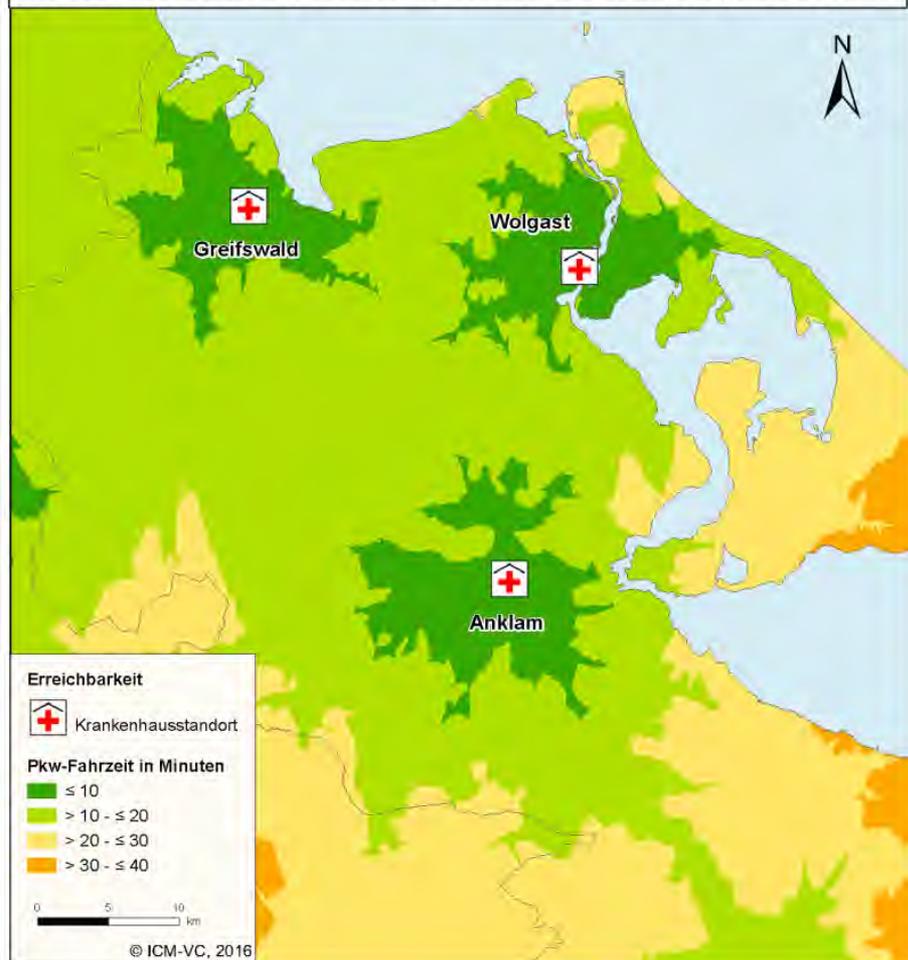
	Pädiatrie			Geburtshilfe			Summe [€]
	Betten	Fälle	DB IV [€]	Betten	Fälle	DB IV [€]	
Wolgast	0	0	0	0	0	0	0
Anklam	0	0	0	0	0	0	0
Greifswald	29	3373	1.281.188	20	1437	806.408	2.087.597
Summe	29	3373	1.281.188	20	1437	806.408	2.087.597



Erreichbarkeit

Ausgangslage

Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinderheilkunde und für Frauenheilkunde & Geburtshilfe: Szenario Greifswald, Wolgast und Anklam

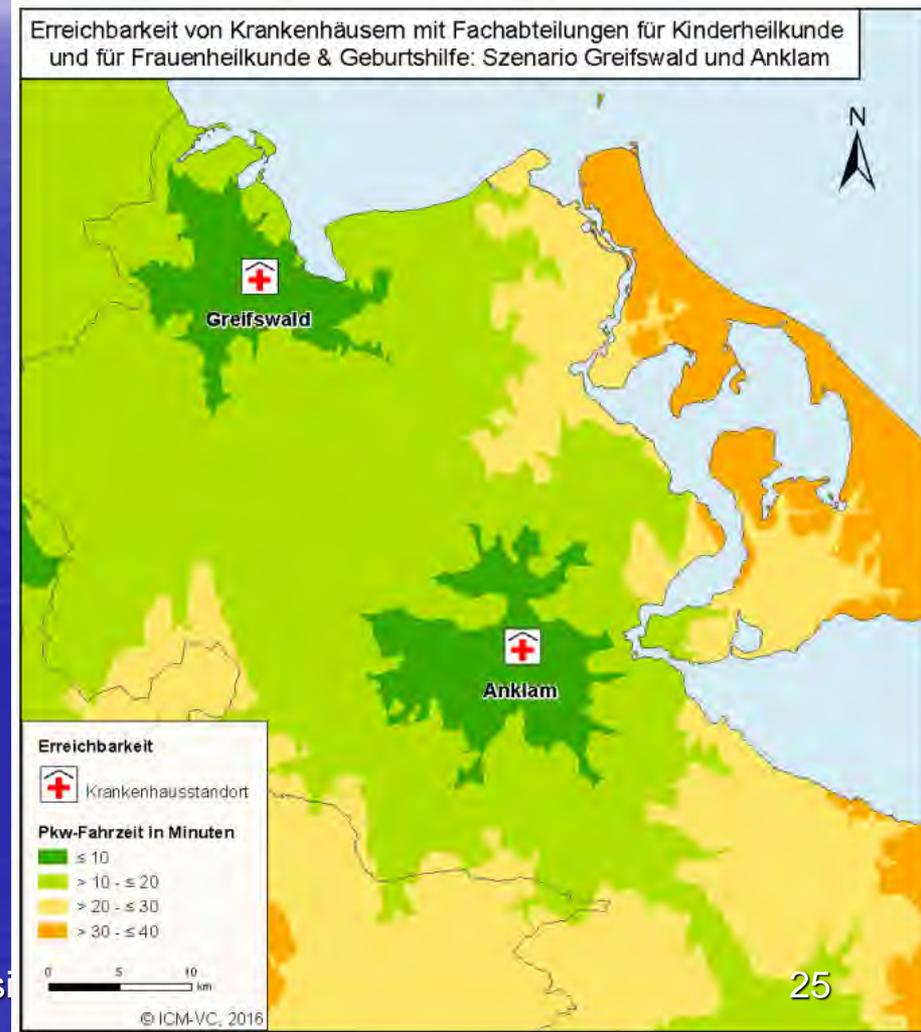
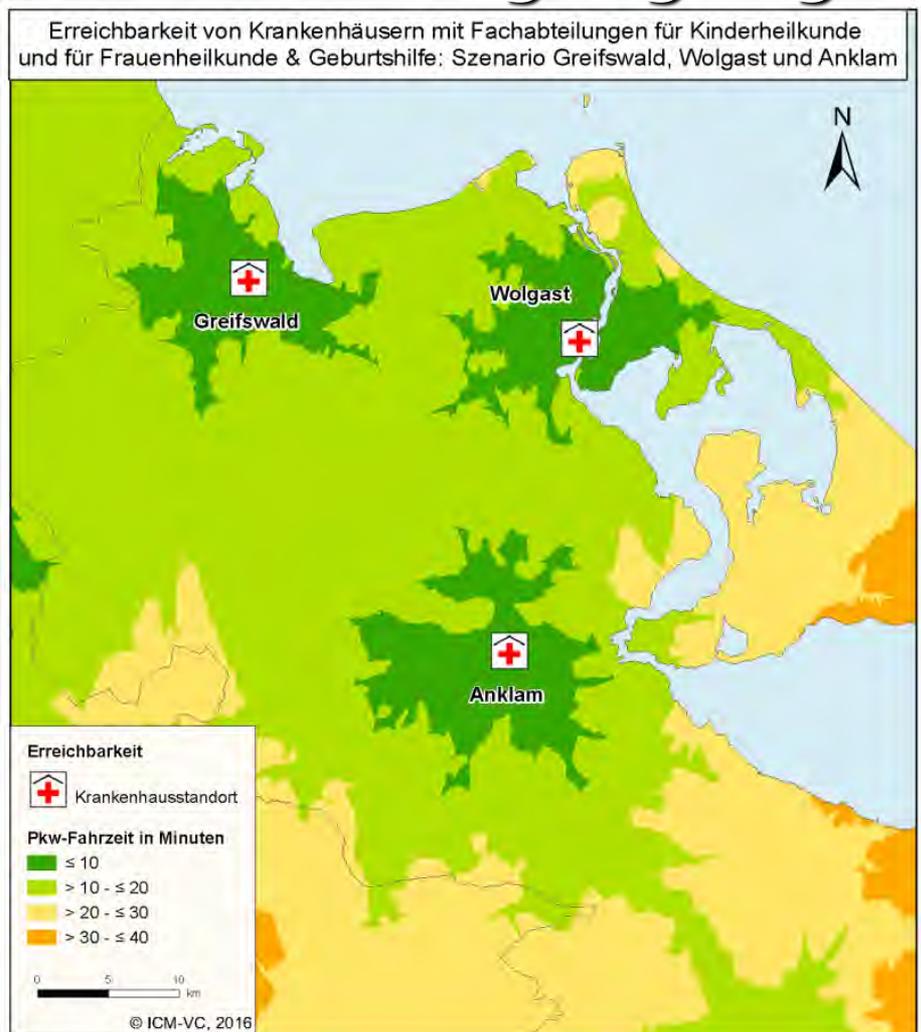




Erreichbarkeit

Ausgangslage

Ohne Wolgast

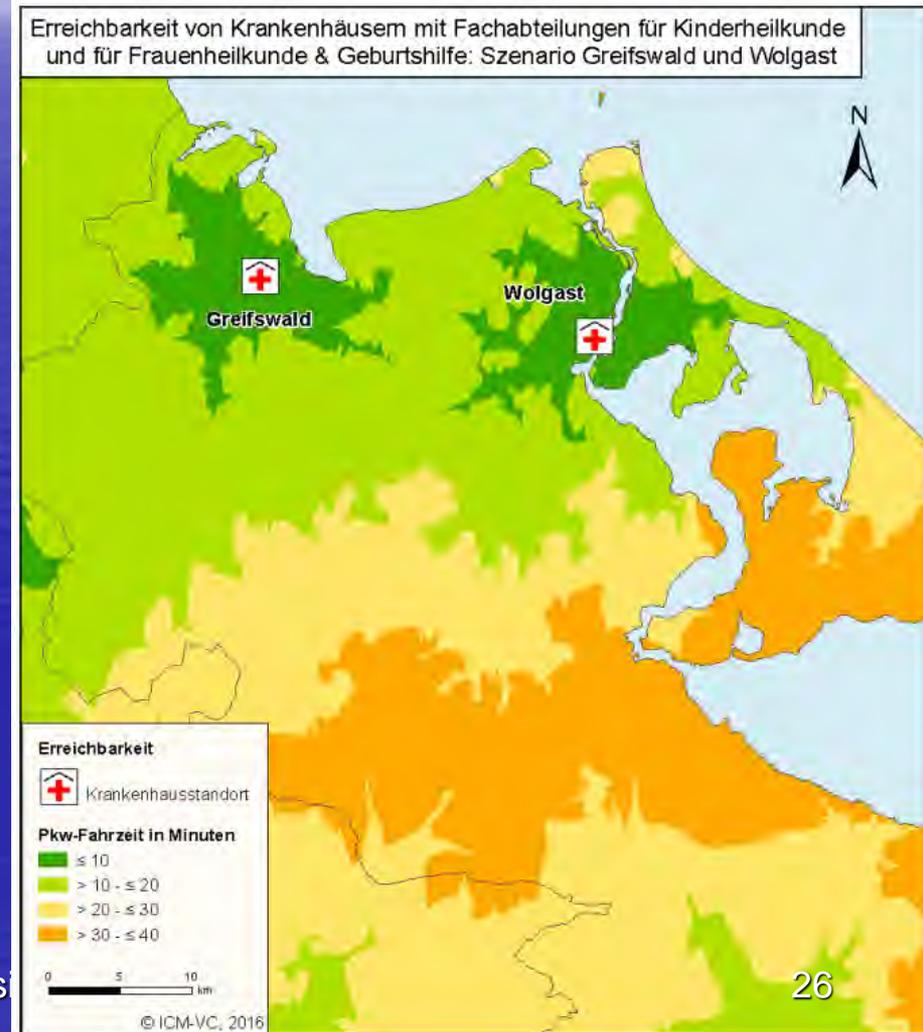
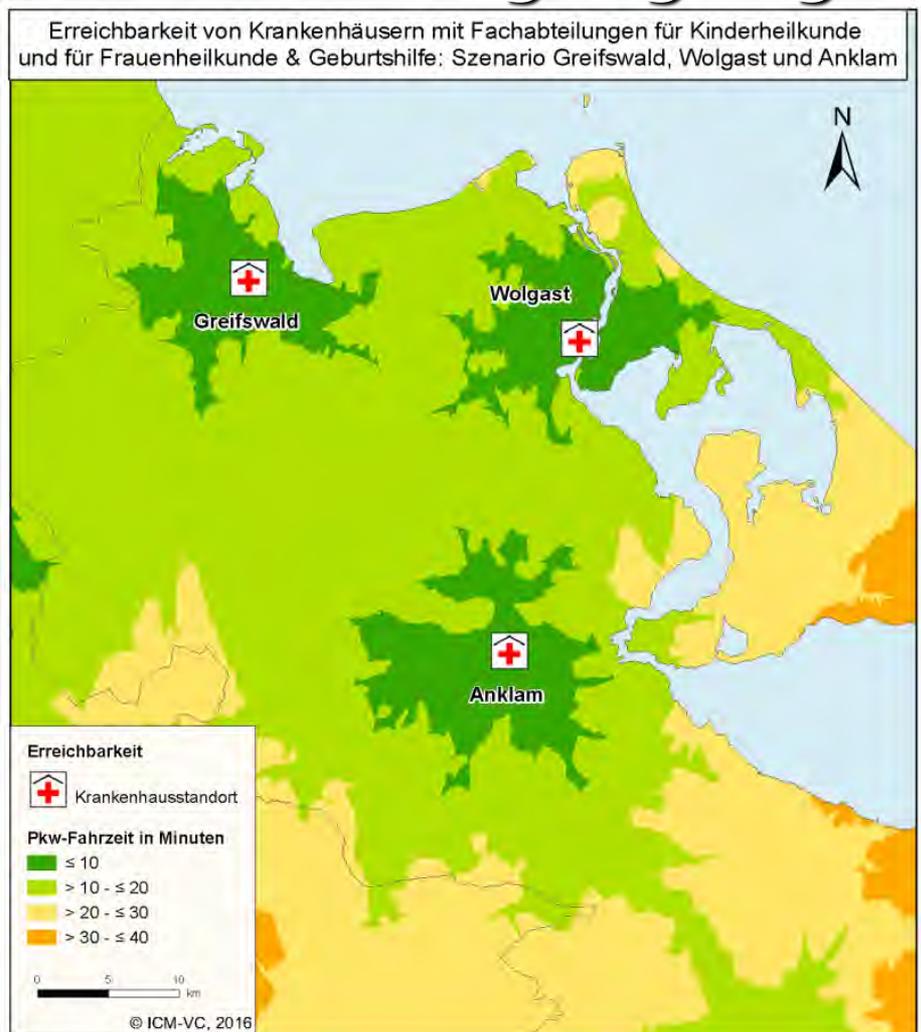




Erreichbarkeit

Ausgangslage

Ohne Anklam

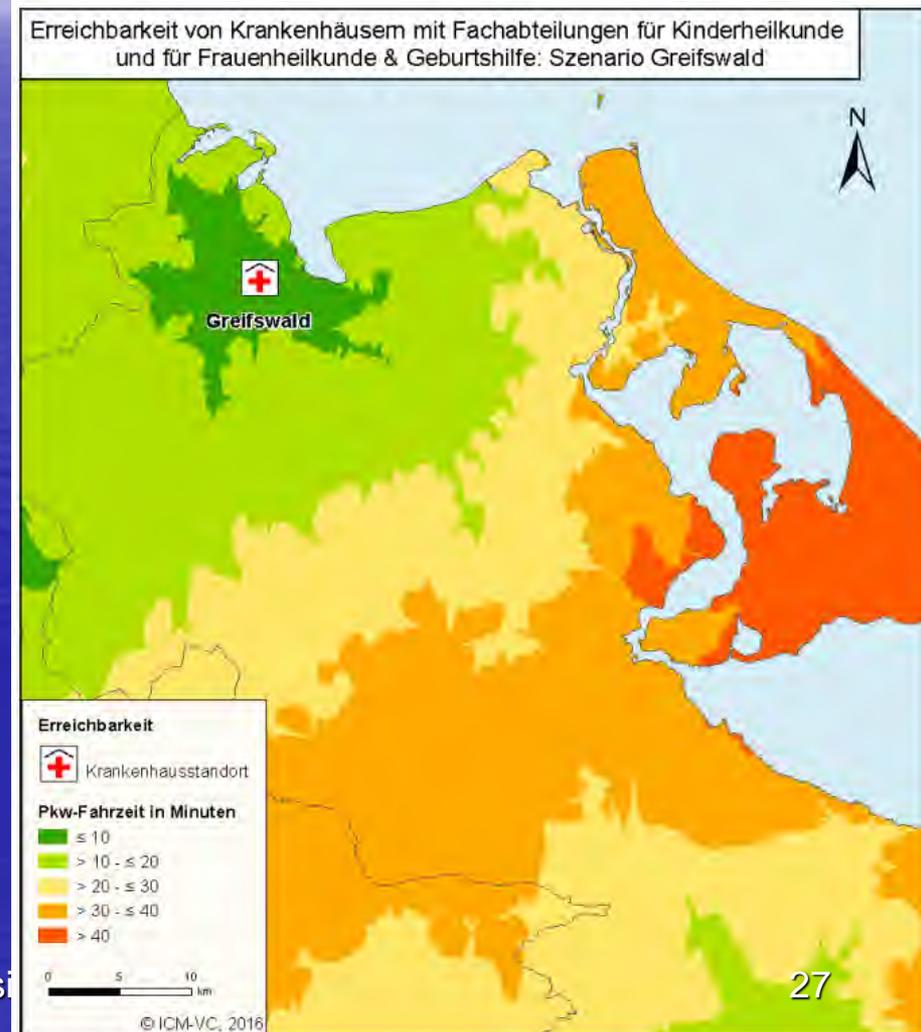
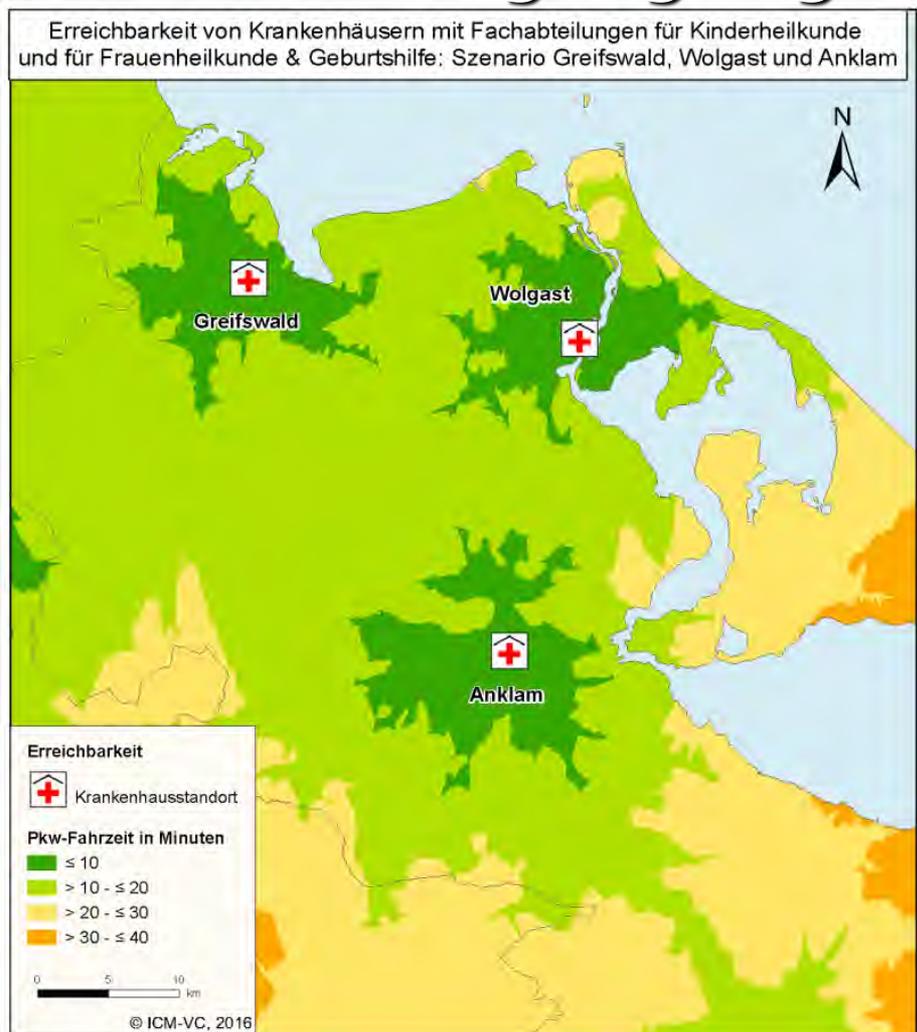




Erreichbarkeit nur Greifswald

Ausgangslage

Nur Greifswald





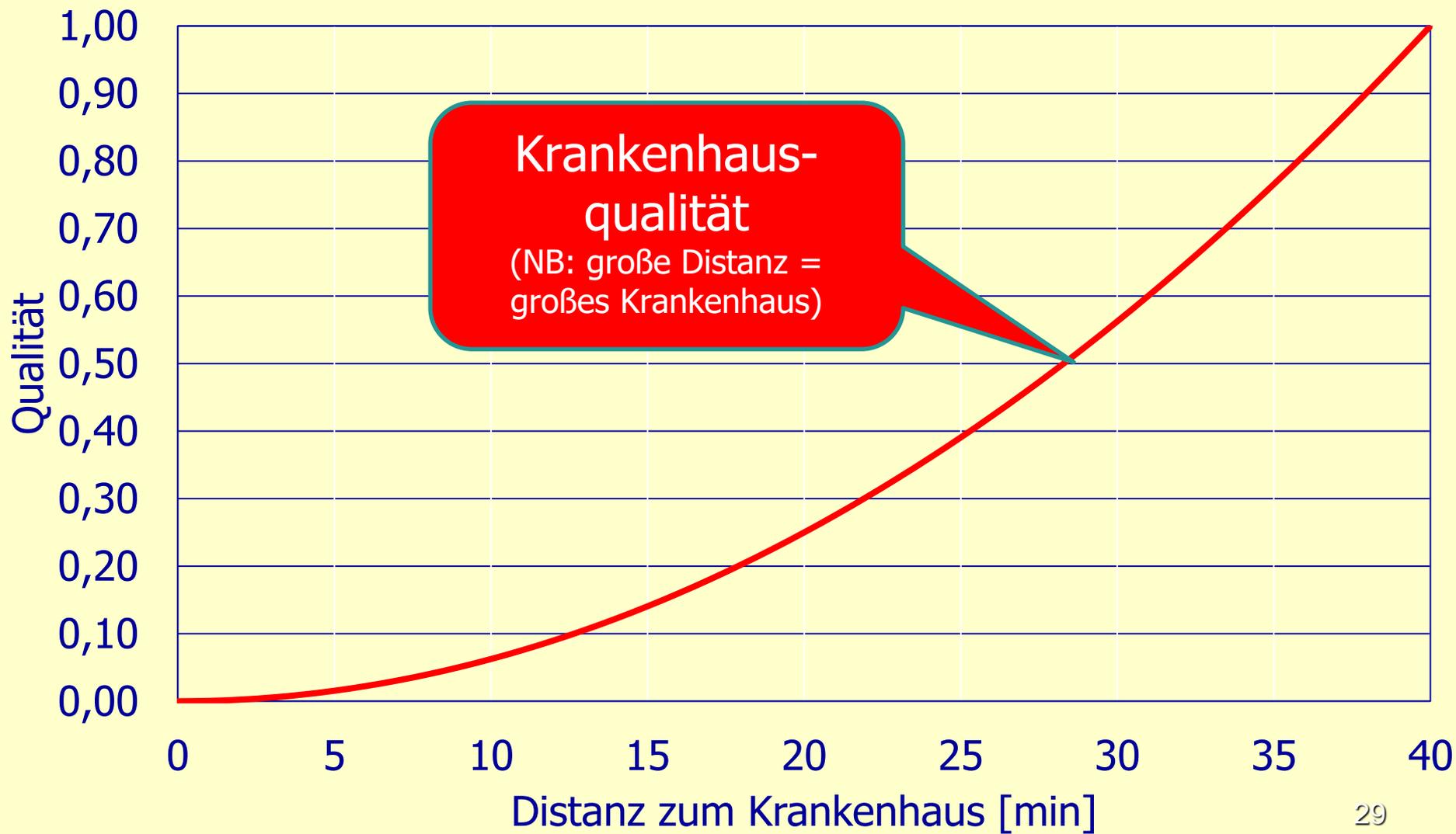
Erreichbarkeit nur Greifswald

Daseinsvorsorge
erfordert politischen
Mut: Rahmen
vorgeben, z.B. welche
Distanz zumutbar ist.



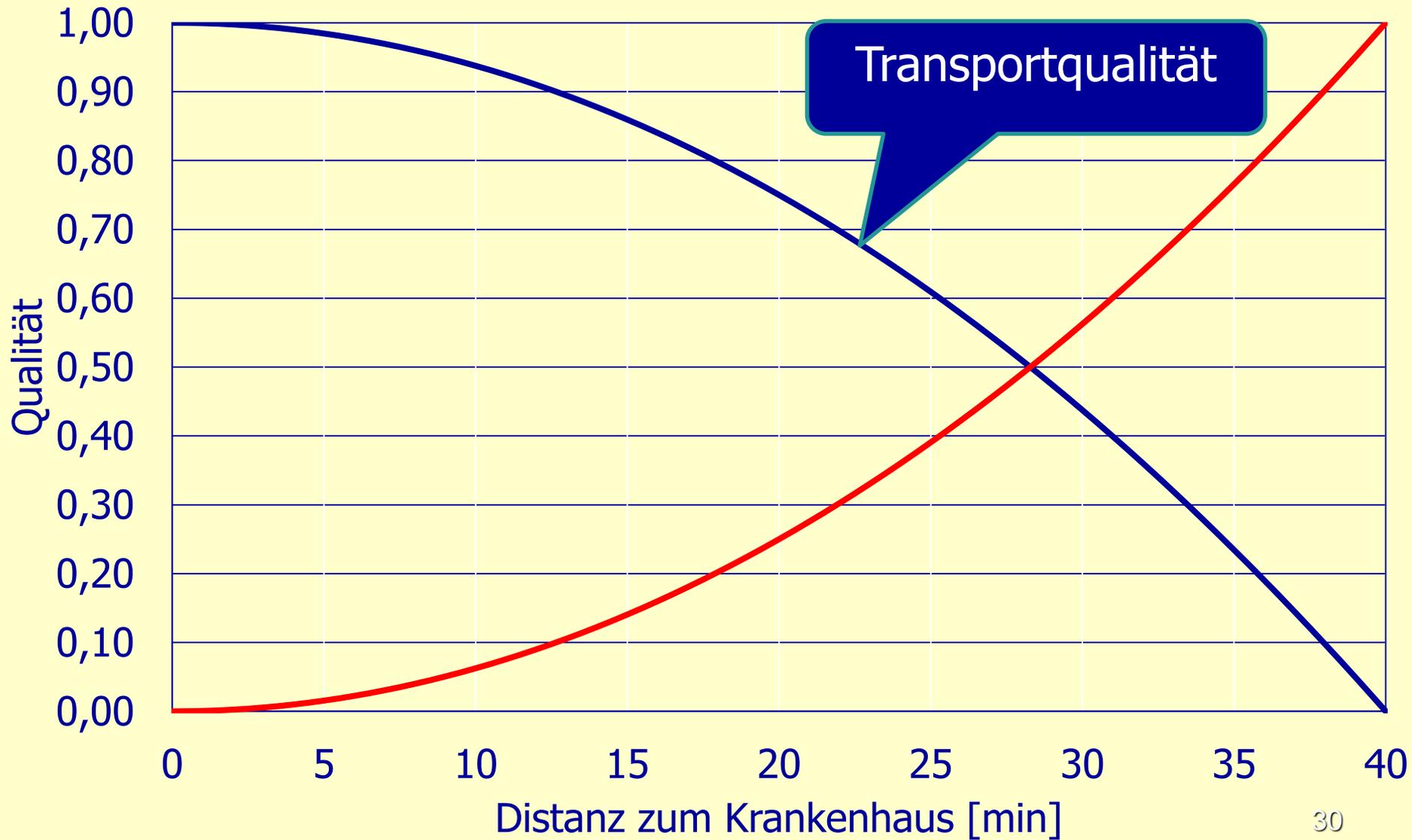


Qualität



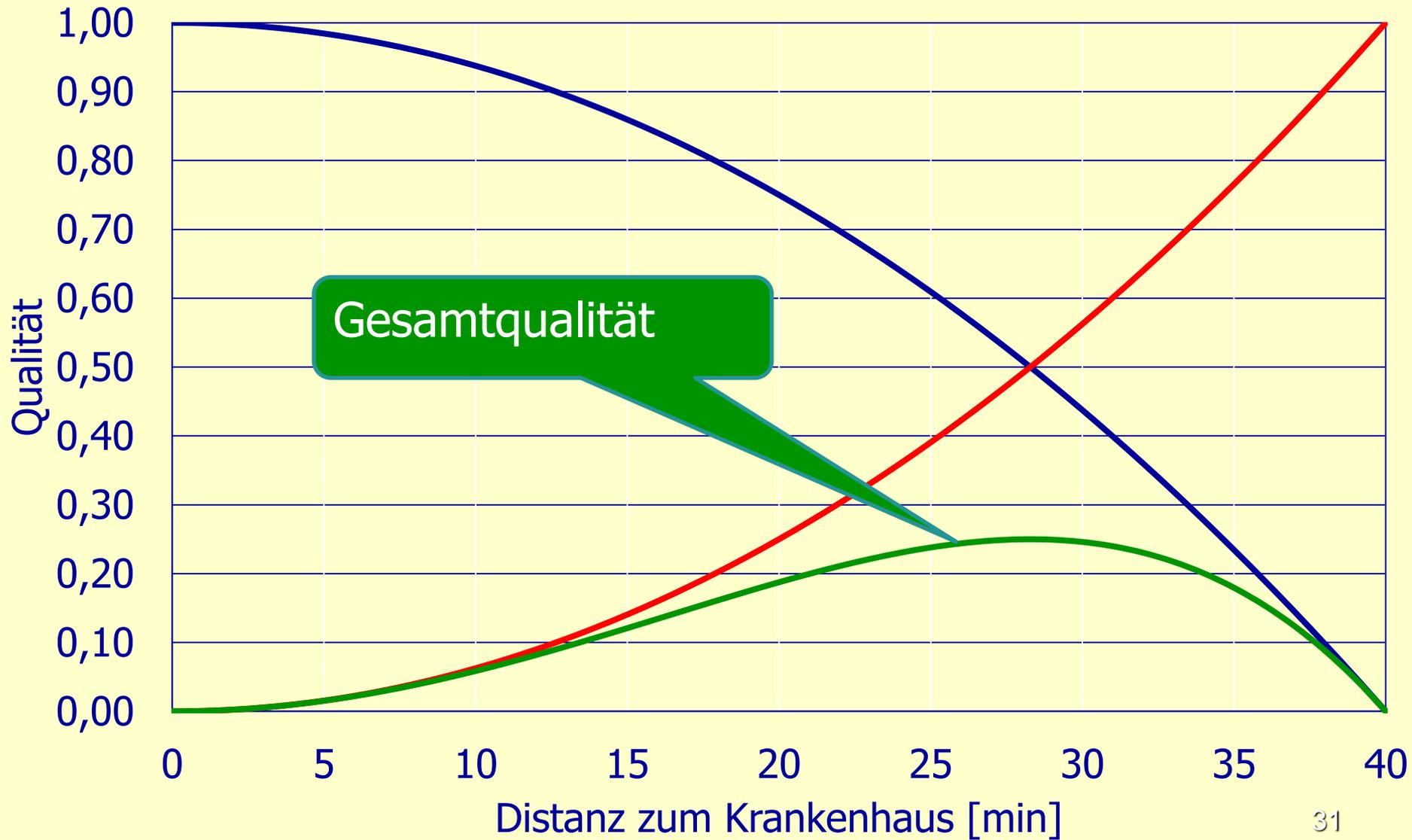


Qualität



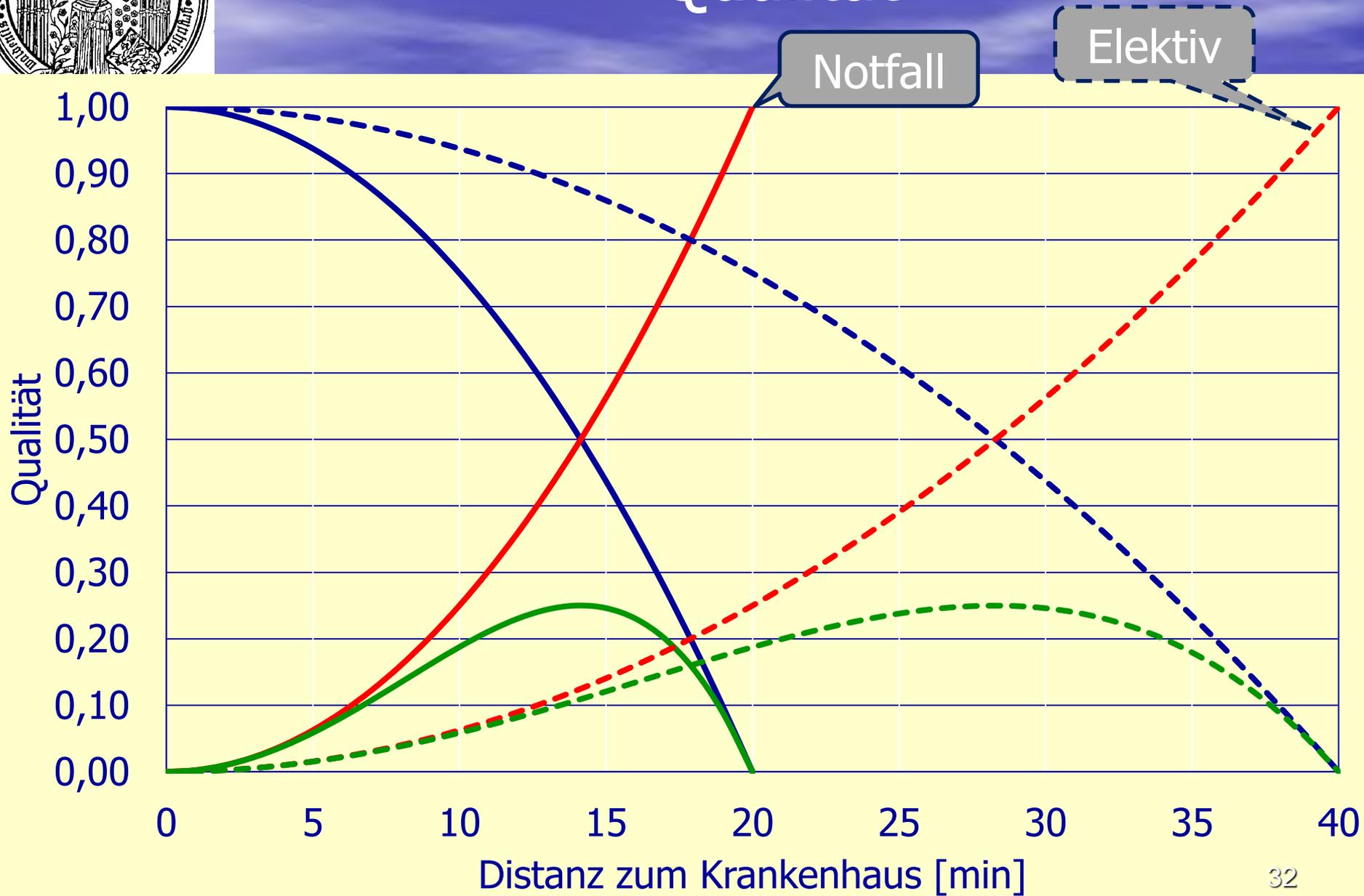


Qualität





Qualität





„Magisches“ Dreieck

Qualität

Erreich-
barkeit

Finanzier-
barkeit



3.2 Krankenhausfinanzierung Überblick

Freie Krankenhausfinanzierung
(bis 1936)

Monistische, staatlich regulierte
Krankenhausfinanzierung
(1936-1972)

Duale, staatlich regulierte
Krankenhausfinanzierung (ab
1972)



1940

1950

1960

1970

1980

1990

2000

2010



Überblick

Freie Krankenhaus-finanzierung
(bis 1936)

Monistische, staatlich regulierte
Krankenhaus-finanzierung
(1936-1972)

Duale, staatlich regulierte
Krankenhausfinanzierung (ab
1972)



Preisstopp-
verordnung,
16.11.1936

Pflegesatz-
anordnung,
18.12.1948

1940

1950

1960

1970

1980

1990

2000

2010

Preisfreigabe-
verordnung,
26.06.1948

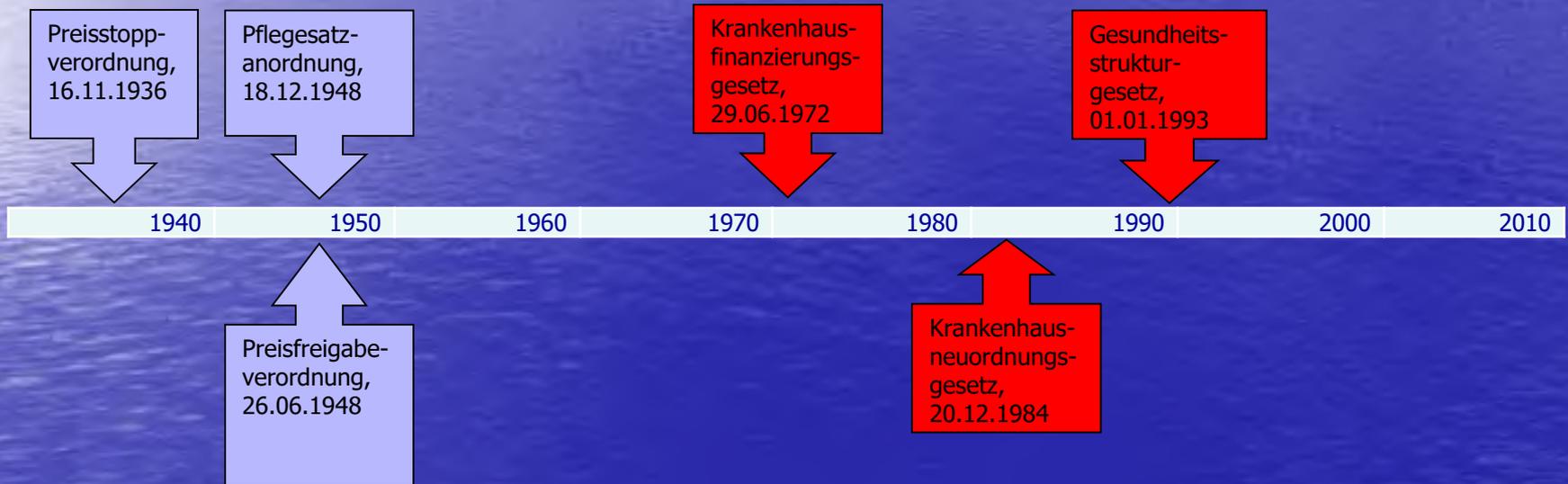


Überblick

Freie Krankenhaus-finanzierung
(bis 1936)

Monistische, staatlich regulierte
Krankenhaus-finanzierung
(1936-1972)

Duale, staatlich regulierte
Krankenhausfinanzierung (ab
1972)

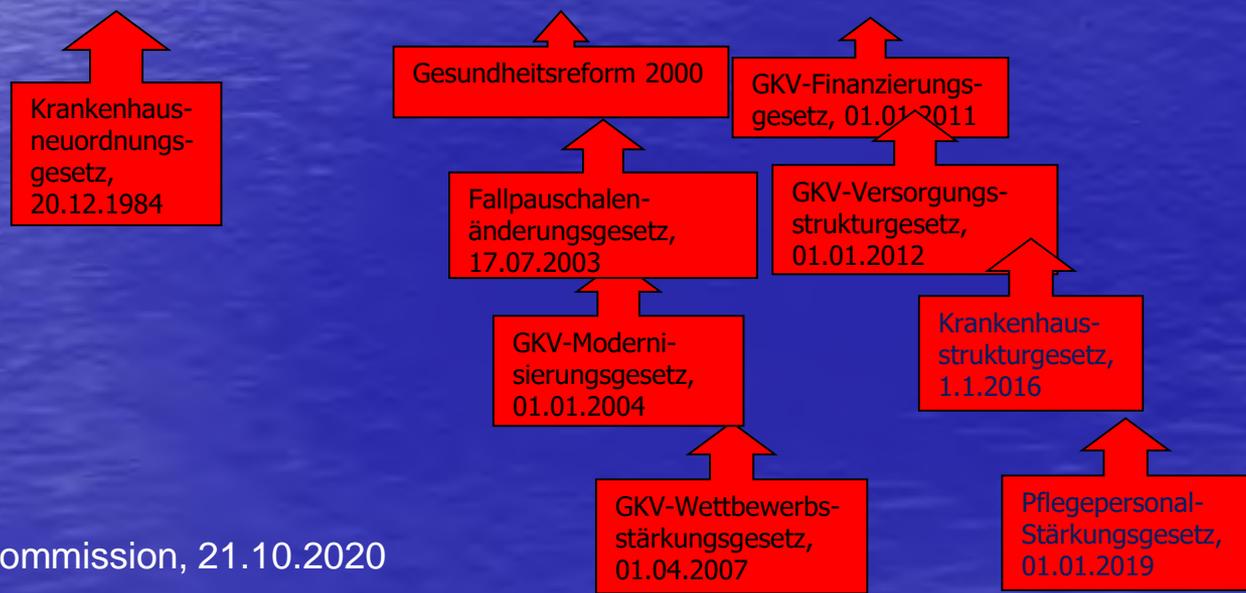
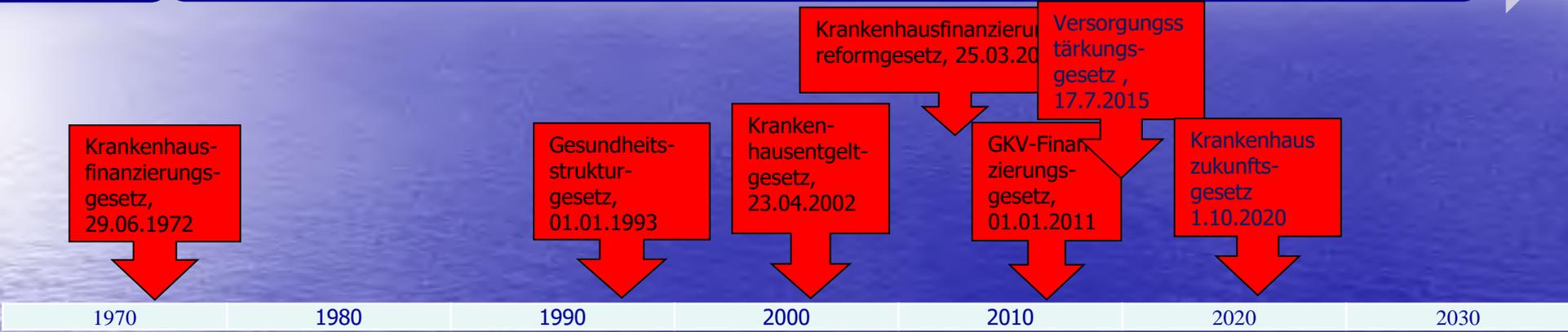




Überblick

stark regulierte
Finanzierung
(2)

Duale, staatlich regulierte Krankenhausfinanzierung (ab 1972)





DRG-Instrumentenbaukasten

- **Diagnosis Related Groups (DRG)**
 - Fallpauschale unter Berücksichtigung von Komorbiditäten und Komplexität
- **Zusatzentgelte (ZE)**
 - zusätzliches Entgelt für außergewöhnliche zusätzliche Leistungen, z.B. teure Medikamente
- **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBS)**
 - Entgelte für innovative Verfahren
- **Sicherstellungszuschläge**
 - z.B. für Notfallversorgung und Versorgung im ländlichen Raum

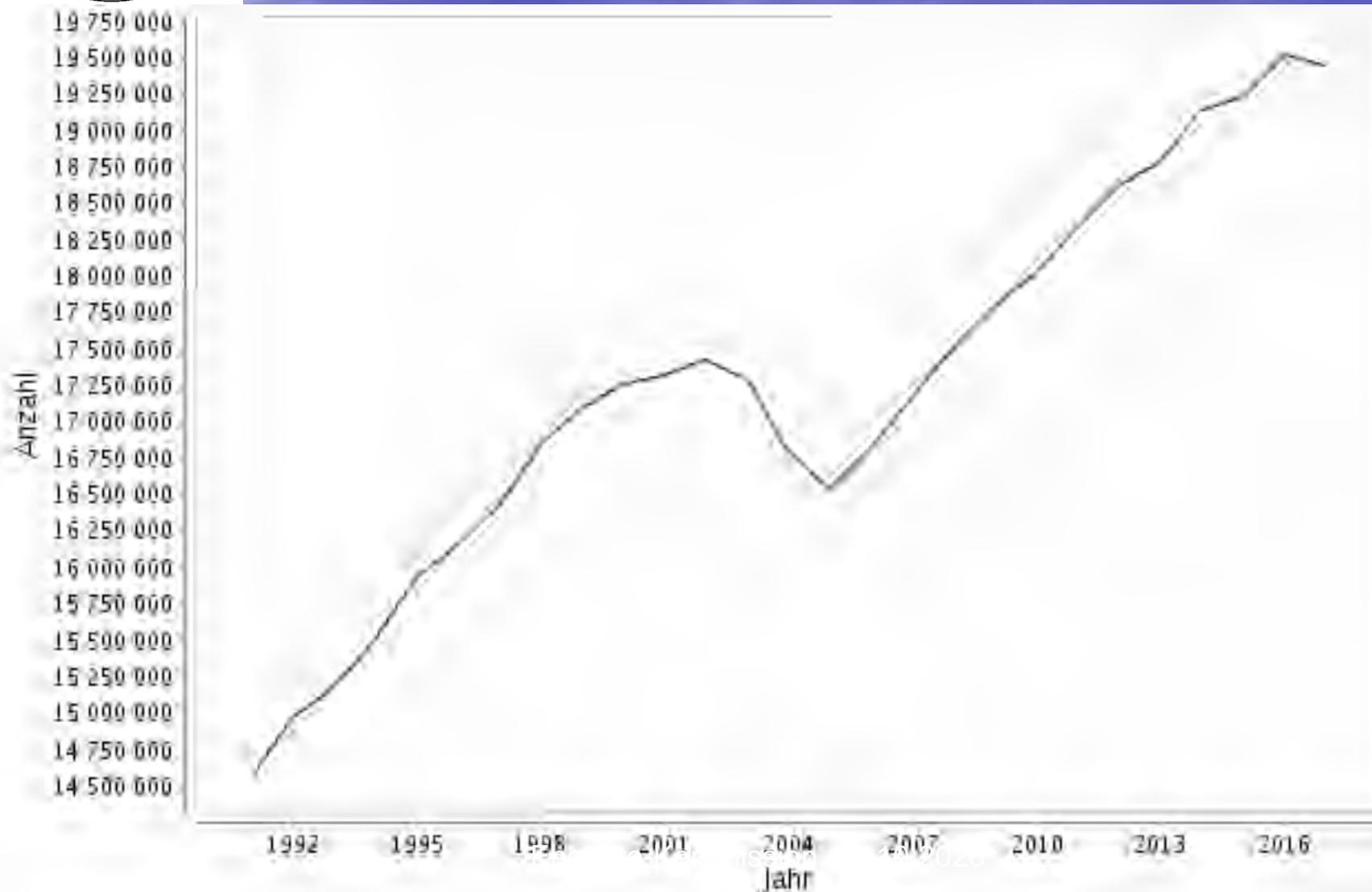


DRGs als Bösewicht

- Ausgangspunkt: Es gibt Entwicklungen, die eine Ursache haben müssen
- Wenn die DRGs die Ursache wären, müssten wir mit Scharfschaltung der DRGs ab 2009 mindestens eine Verschärfung dieser Entwicklungen sehen

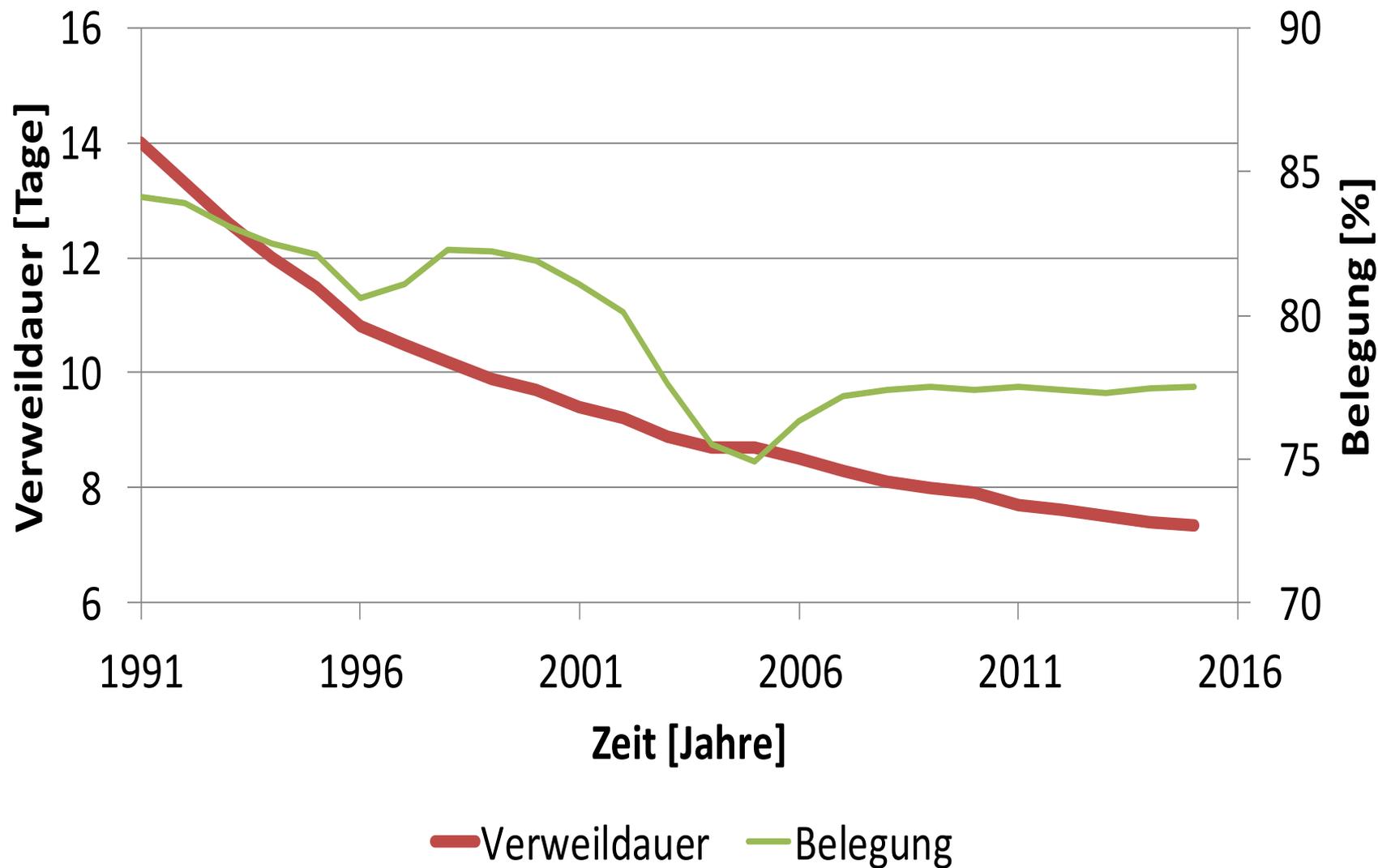


Zahl der Fälle



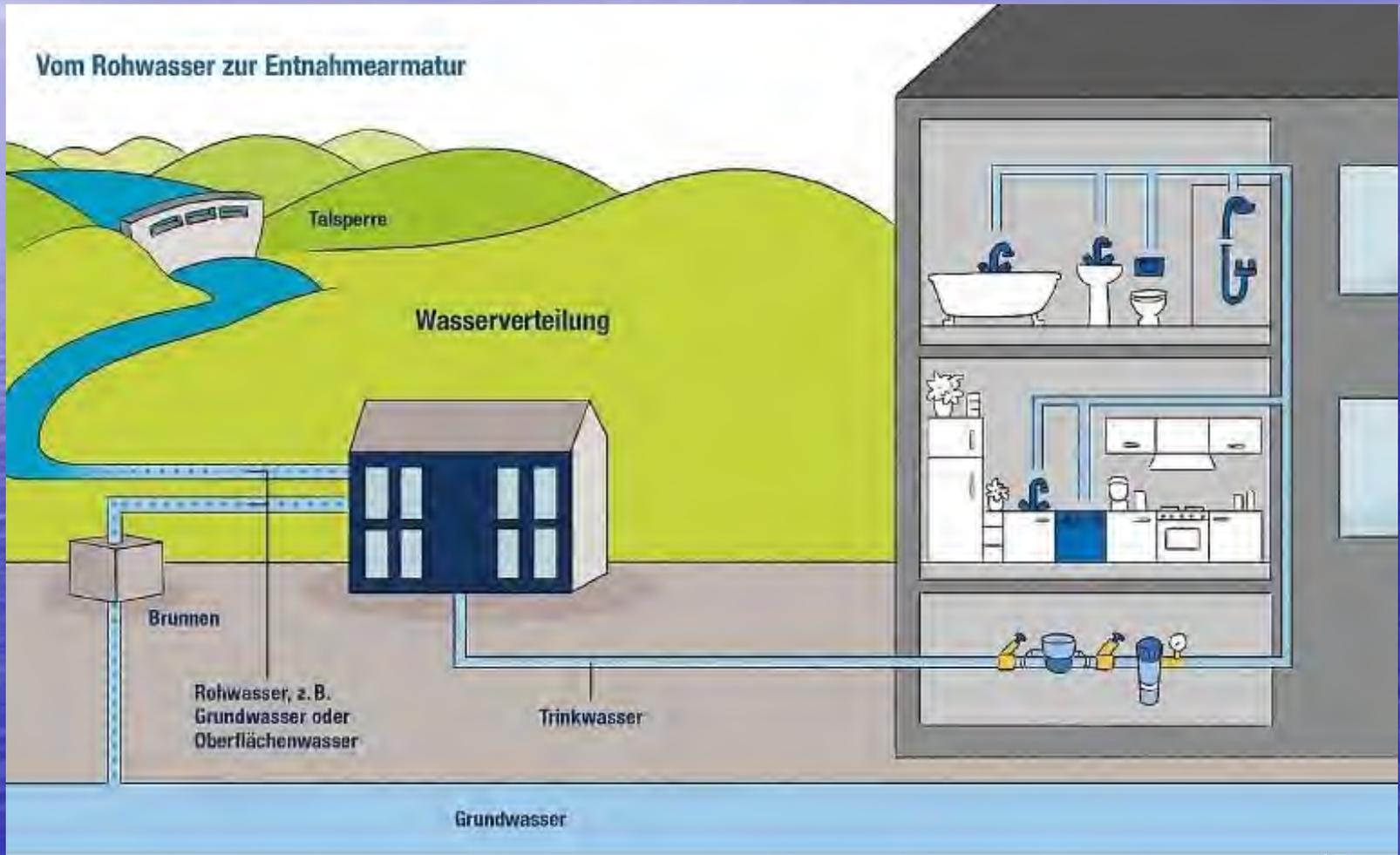


Verweildauer und Auslastung





DRGs als Bösewicht?





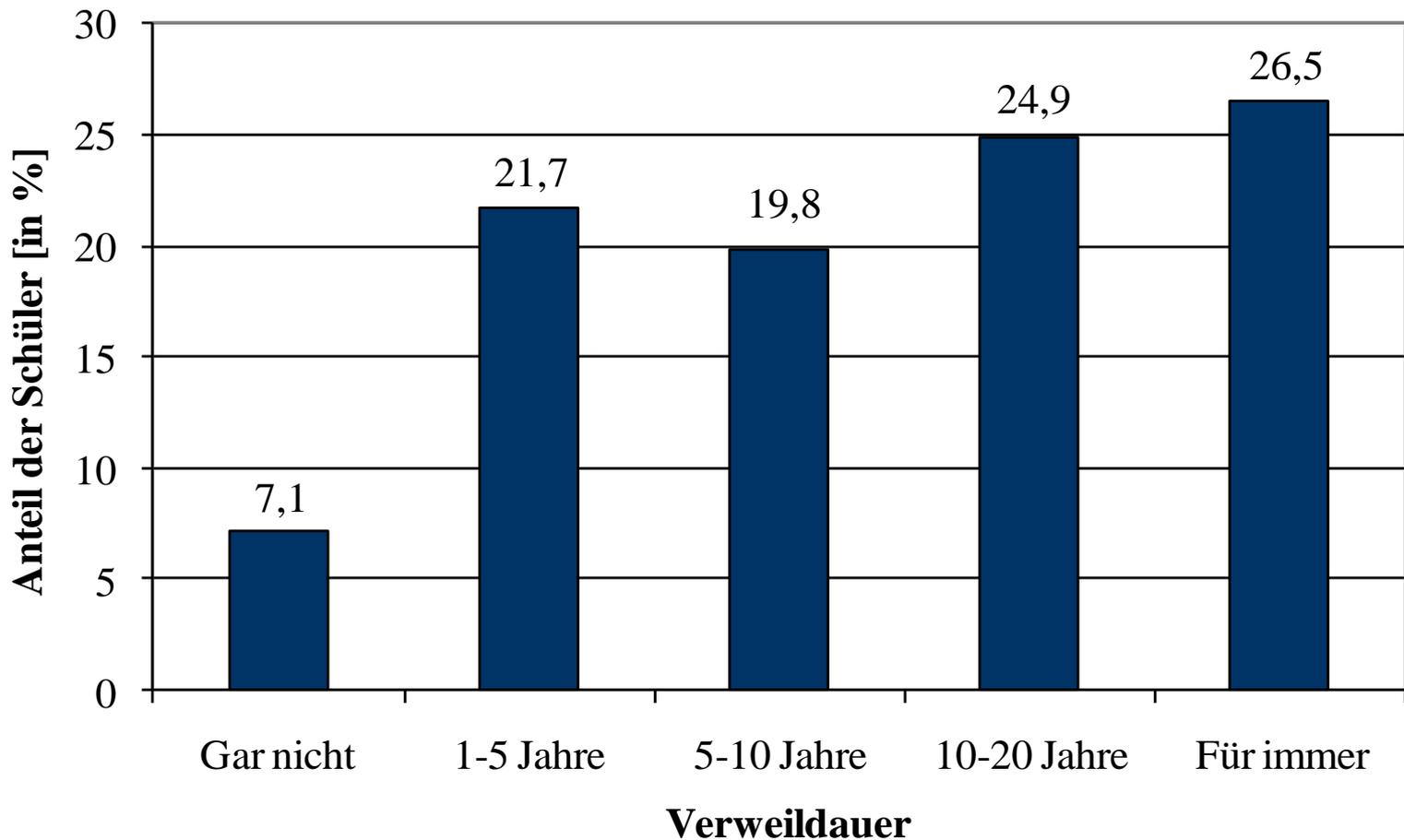
3.3 Management

- Die Qualität der Gesundheitsdienstleistung hängt ab von:
 - Freundlichkeit der Mitarbeiter
 - Sprachkenntnisse der Mitarbeiter
 - Empathie der Mitarbeiter
 - Wortwahl und Ausdrucksweise der Mitarbeiter
 - Geruch der Mitarbeiter
 - ...
- Aber: Können wir diese Mitarbeiter im ländlichen Raum gewinnen und halten?



Fachkräftemangel

Erwartete Verweildauer
Pflege





Vermutete Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg (Land Brandenburg)

Gründe (Mehrfachnennungen)	Anteil (N=382) [%]
Unvereinbarkeit von Familie und Beruf	45,0
Psychische Belastungen	42,4
Betriebsklima bzw. Unternehmenskultur	41,4
Physische Belastungen	35,1
Zu wenig Gehalt	31,7
Zeitdruck	26,2
Konflikte mit Pflegekollegen	21,5
Studium beginnen	17,3
Arbeitszeiten	14,9
Zu geringe Aufstiegsmöglichkeiten	11,3
Zu wenige Weiterbildungsmöglichkeiten	9,4
Konflikte mit ärztlichem Personal	7,9
Sonstige Gründe	2,1

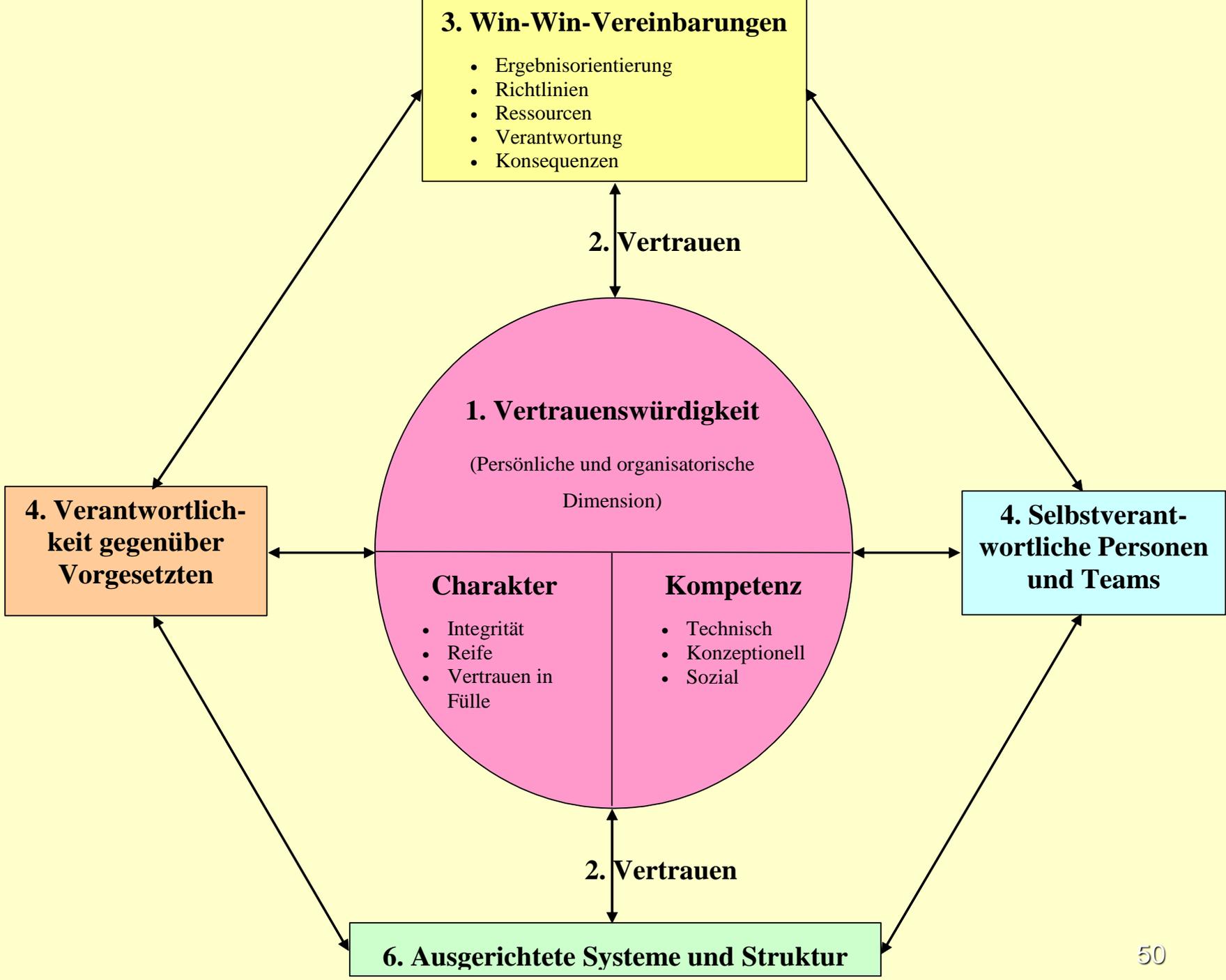


Vermutete Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg (Land Brandenburg)

Gründe (Mehrere Antworten möglich)	Anteil (%)
Unvereinbarkeit Beruf mit anderen Interessen	22,5
Psychische Belastung	17,3
Betriebsklima	14,9
Physische Belastung	14,9
Zu wenig Zeitdruck	11,3
Konflikte	9,4
Studium beginnt zu spät	7,9
Arbeitszeiten	7,9
Zu geringe Aufstiegsmöglichkeiten	2,1
Zu wenige Weiterbildungsmöglichkeiten	2,1
Konflikte mit ärztlichem Personal	2,1
Sonstige Gründe	2,1

Wir brauchen eine „dienende
Leiterschaft“* als neues
Paradigma des
Gesundheitswesens.

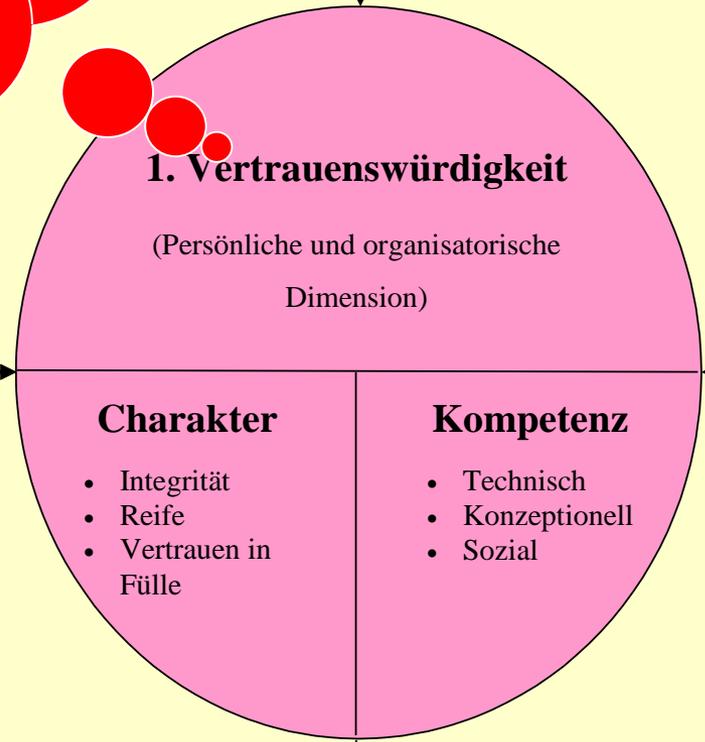
Greenleaf 1972: Servant Leadership.



3. Win-Win-Vereinbarungen

- Ergebnisorientierung
- Richtlinien
- Ressourcen
- Verantwortung
- Konsequenzen

Im Zentrum liegen Integrität, Reife und Kompetenz der Führungspersönlichkeit!



4. Verantwortlichkeit gegenüber Vorgesetzten

4. Selbstverantwortliche Personen und Teams

6. Ausgerichtete Systeme und Struktur

2. Vertrauen

2. Vertrauen



Führung

- Stephen Covey: „*Führung bedeutet, dem Mitarbeiter solange seinen Wert zu bestätigen, bis er danach lebt*“
 - Ein innovatives, effizientes und zugewandtes Gesundheitswesen braucht solche Führungskräfte!
 - Das muss man lernen und leben!



4. Fazit



Auf-
wachen!

- Ein wirksames, zugängliches, nachhaltiges und partizipatives Gesundheitswesen geht...



- ... nur durch Innovation!
 - Innovation beginnt mit einer neuen Denkhaltung!



Beispiele alter Paradigmen

- “Es gibt keinen vernünftigen Grund, weshalb ein privater Haushalt einen Computer haben sollte”
 - (K. Olsen, Gründer von Digital Equipment Corporation, 1977).
- „Ein Patient muss um 5.30 Uhr geweckt werden, sonst kommt der ganze Stationsalltag durcheinander”
 - (Oberschwester XX, 1980).
- „Ein Krankenhaus definiert sich über die Betten, je mehr, desto besser!”
 - (Dr. YY, 1990).





Innovationen

- Innovation = Überwindung überkommener Denkhaltungen / Paradigmen
 - Paradigma von Einheit von Ort, Zeit und Handlung: Telemedizin
 - Paradigma der Führung: Dienende Leiterschaft
 - Paradigma der Zuständigkeit:
 - Delegation und Substitution
 - Dispensationsrecht
 - Paradigma der Sektoren: De Führn Dokter
 - Paradigma der Betten: Gemeindegesundheitszentren
 - ...



Die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Der Beitrag der Gesundheitsökonomik

Prof. Dr. Steffen Fleßa
Universität Greifswald

Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

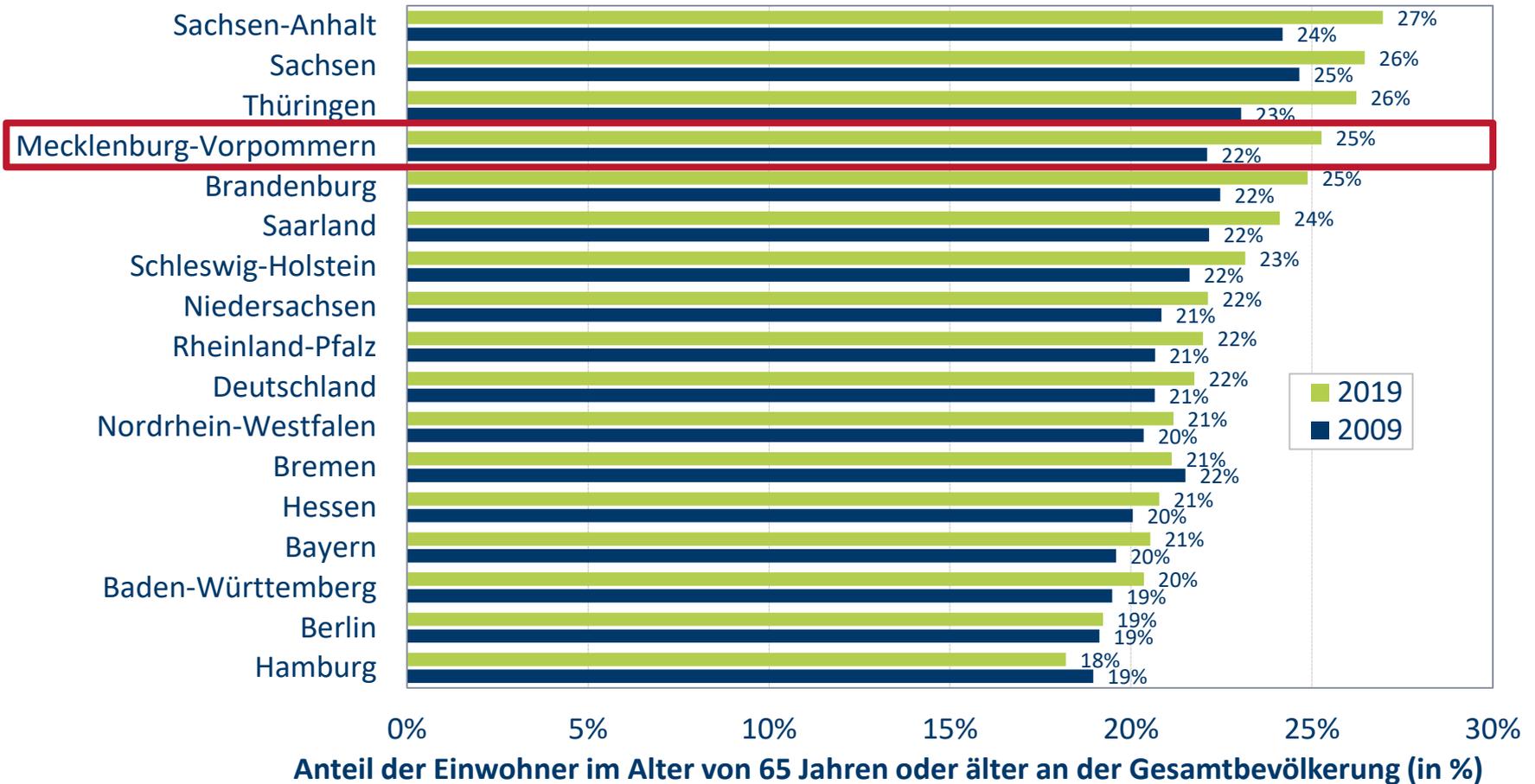
Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

Öffentliche Anhörung der Enquête-Kommission
Schwerin, 21. Oktober 2020

1. Aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Strukturierung der künftigen Gesundheitsversorgung
3. Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung

1. Aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

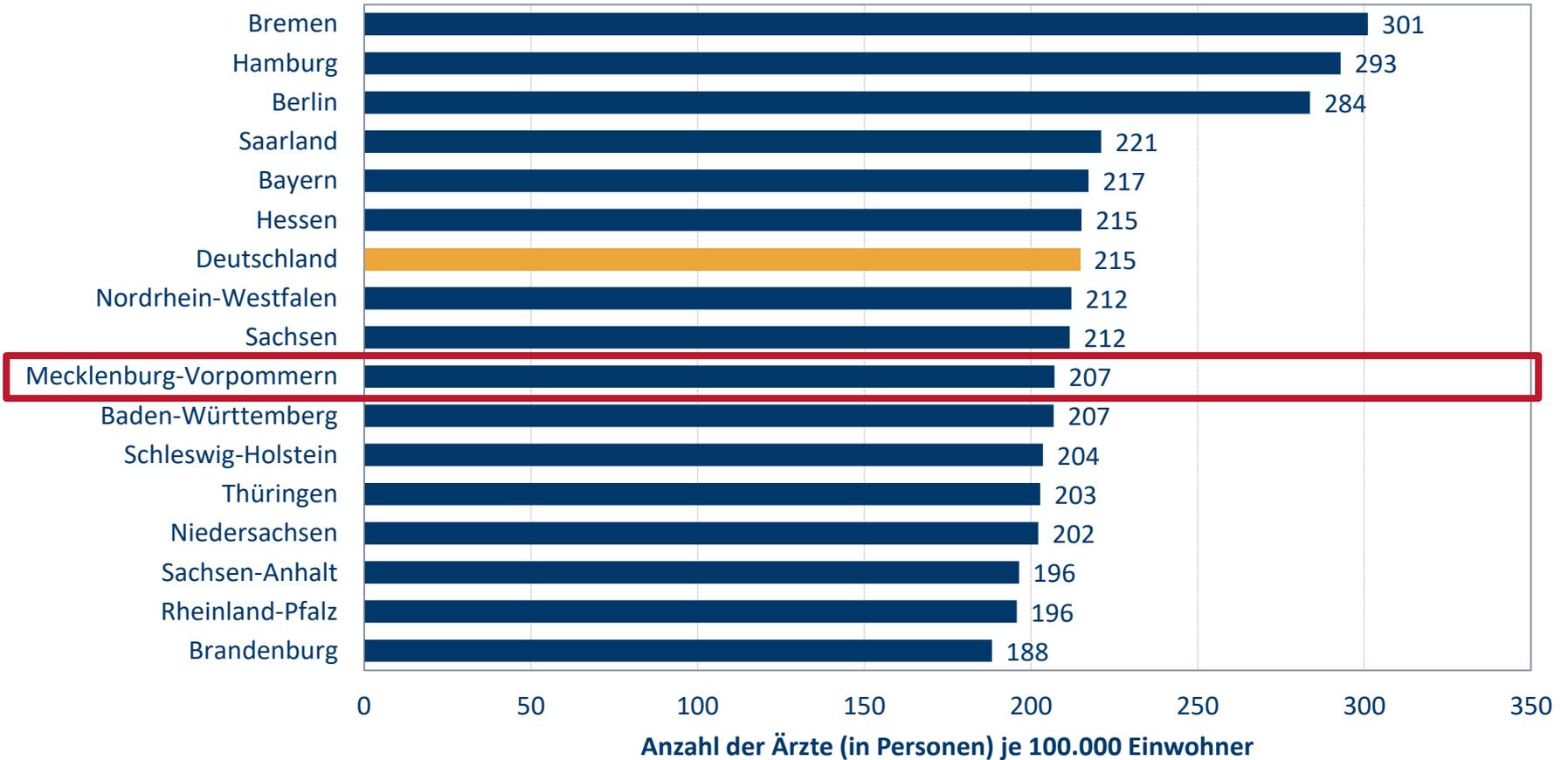
Anteil der Einwohner im Alter 65+ steigt in MV überdurchschnittlich stark an



Quelle: IGES auf Basis von destatis: Fortschreibung des Bevölkerungsstands

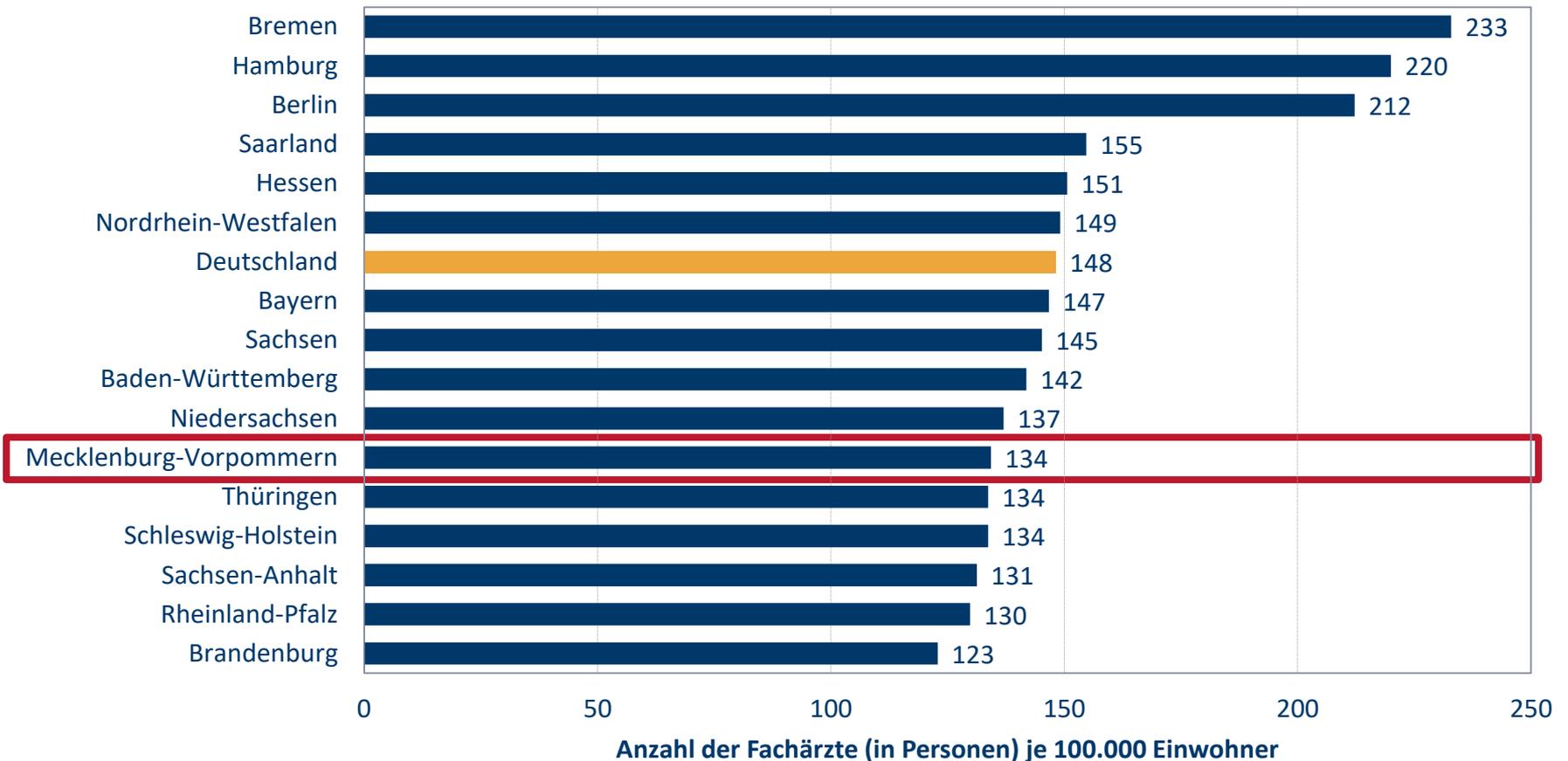
Vertragsärztliche Versorgung

Arztdichte insgesamt in MV unterdurchschnittlich hoch



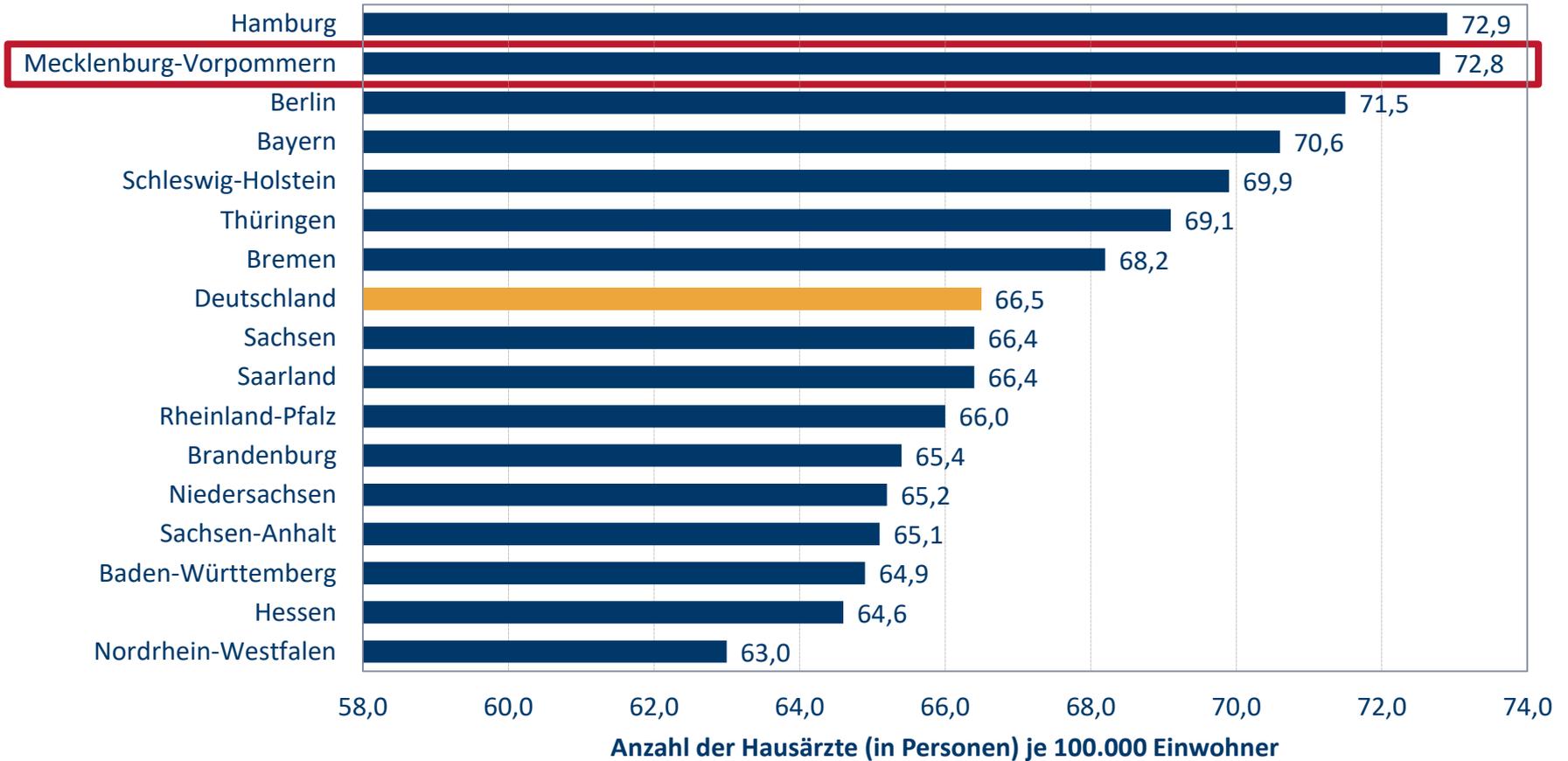
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte = Vertragsärzte und angestellte Ärzte

... vor allem wegen geringerer Facharztdichte in MV



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte = Vertragsärzte und angestellte Ärzte

Hingegen hat MV eine der höchsten Hausarztichten



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte = Vertragsärzte und angestellte Ärzte

Hausarztichte aber regional unterschiedlich hoch



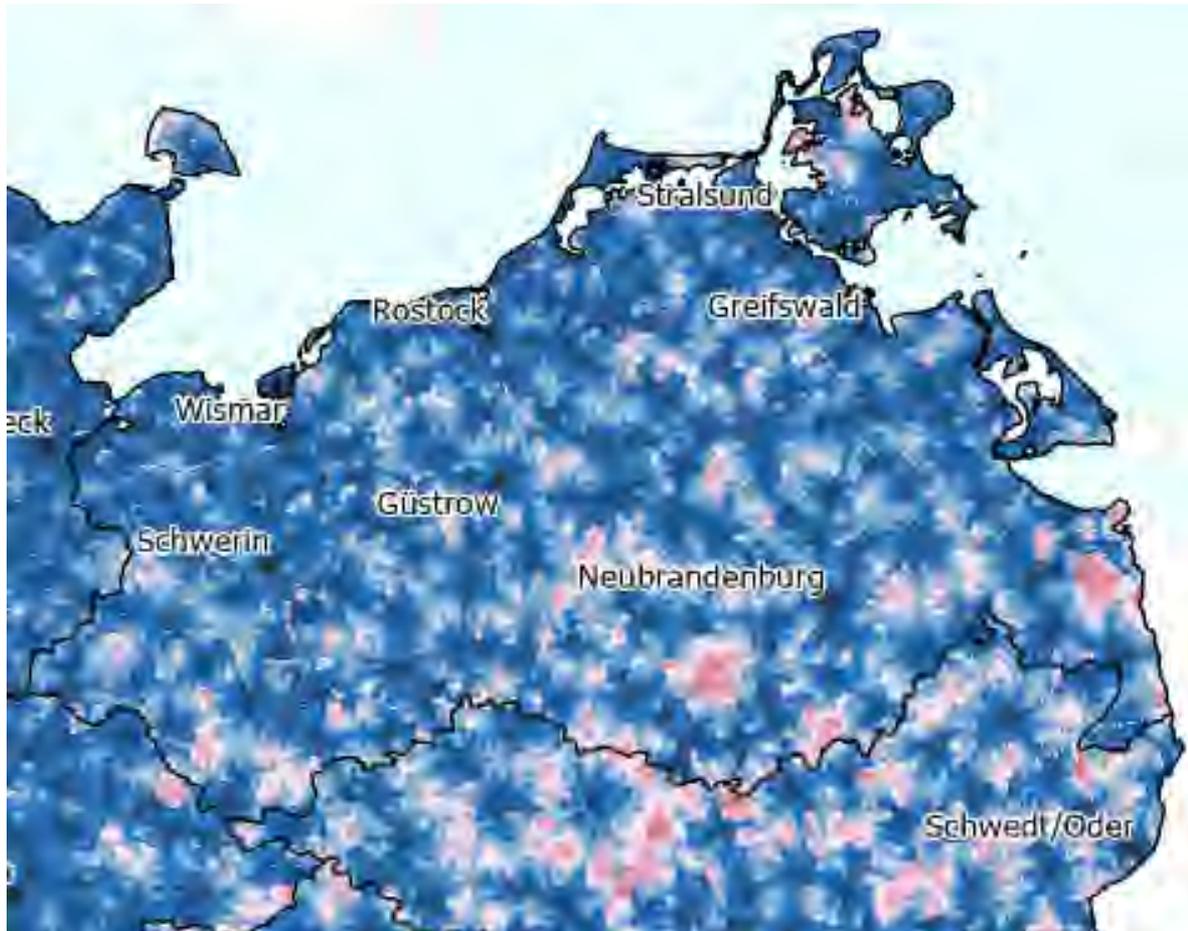
**104,5 Hausarztsitze
derzeit unbesetzt**

(nur Landkreise,
nicht in Städten)

(Stand: 11.06.2020)

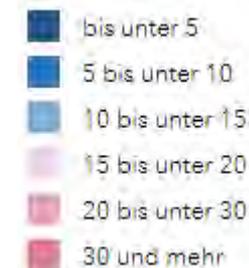
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte = Vertragsärzte und angestellte Ärzte

Erreichbarkeit von hausärztlichen Praxen in MV häufiger eingeschränkt



Deutschland:

- Ø 6 min Pkw-Fahrzeit
- 87% der Bev. max. 5 min



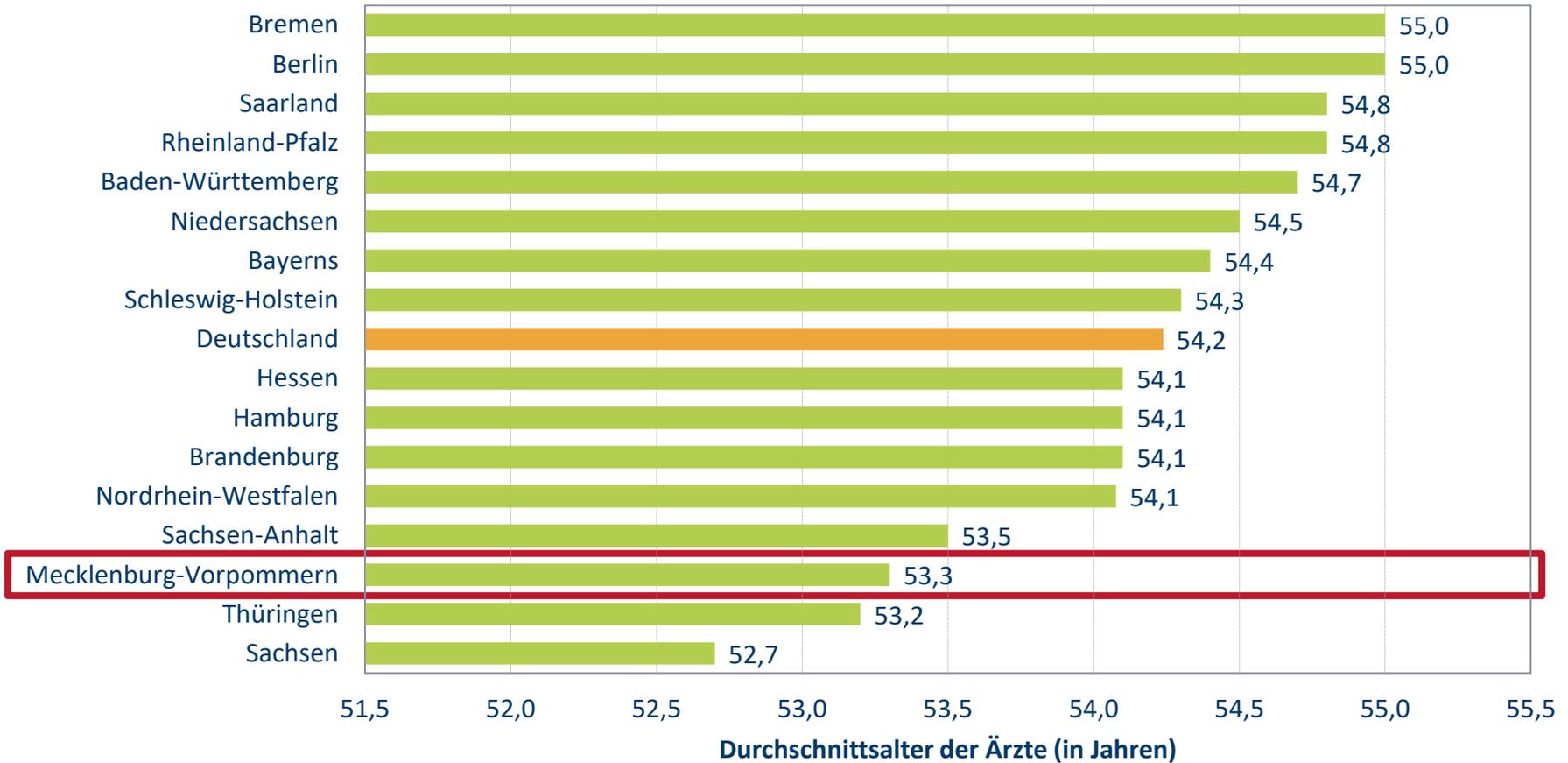
Pkw-Fahrzeiten (2016)
Quelle: www.deutschlandatlas.bund.de

Bei Chirurgen- & Orthopäden-Dichte zeigen sich noch größere Unterschiede



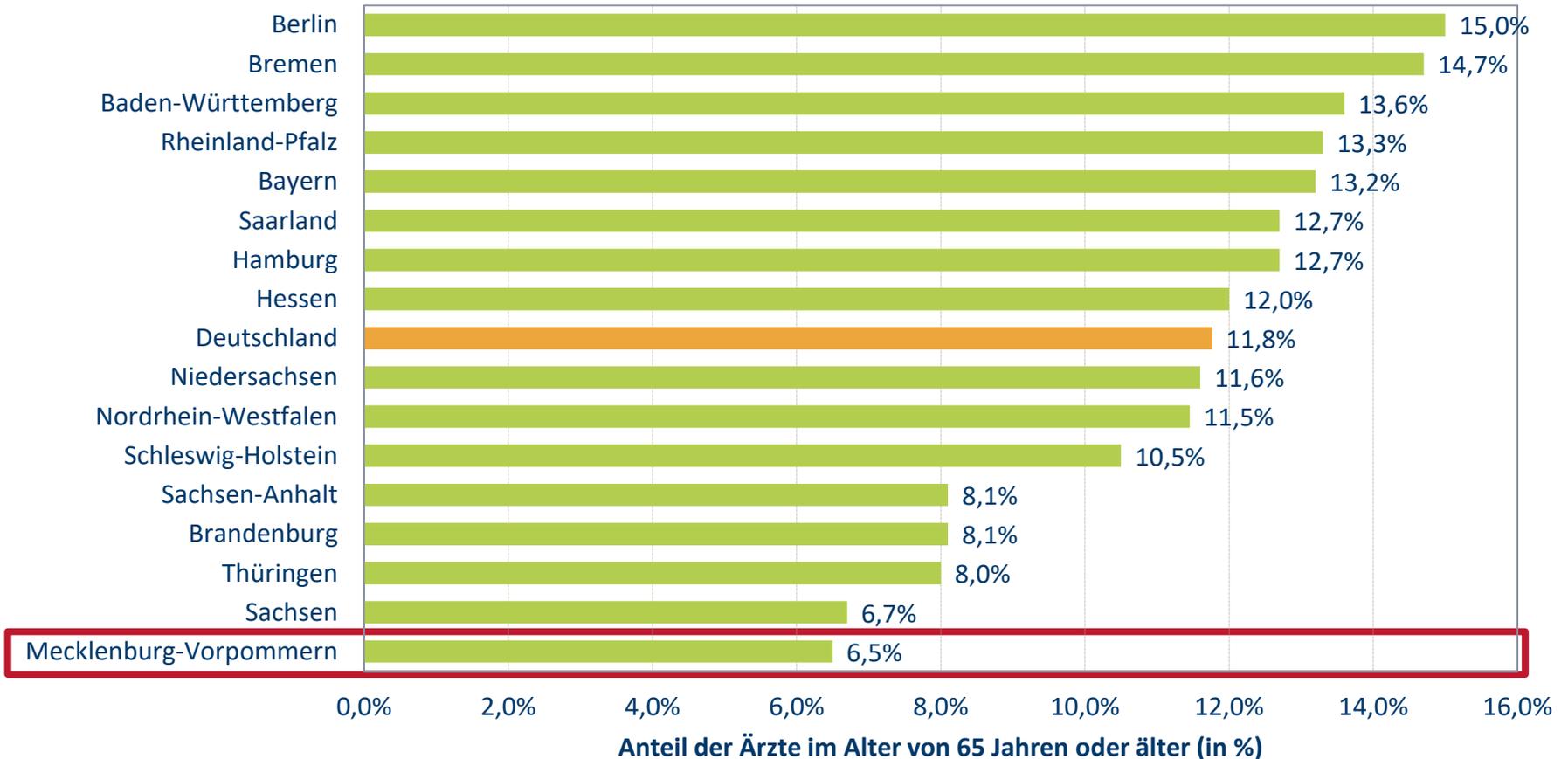
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte = Vertragsärzte und angestellte Ärzte

Niedergelassene Ärzte in MV im Durchschnitt etwas jünger



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte aller Arztgruppen zusammen (Vertragsärzte und angestellte Ärzte)

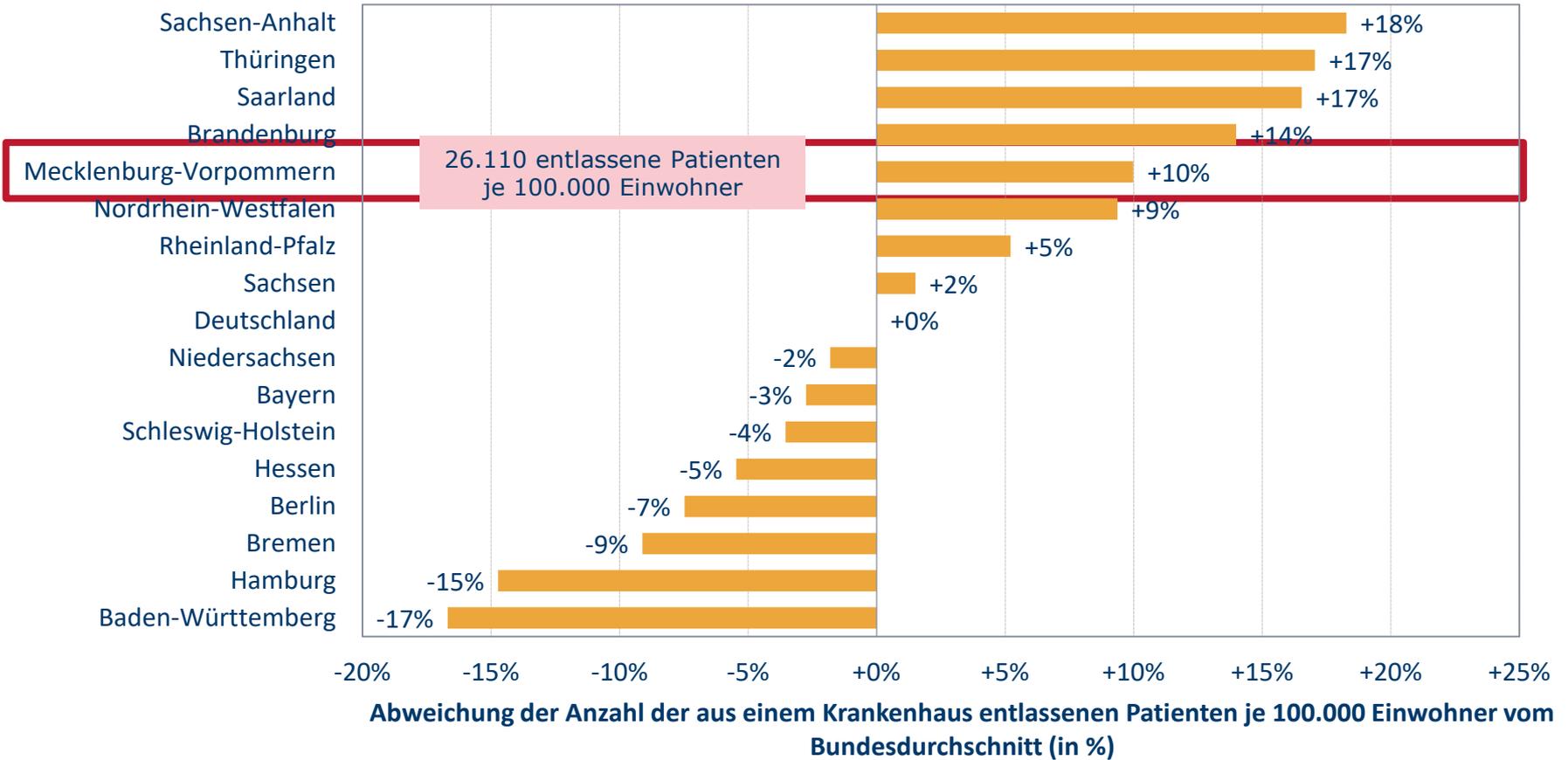
MV mit dem geringsten Anteil der niedergelassenen Ärzte im Alter 65+



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Bundesarztregister (Bezugsjahr 2019)
Anmerkungen: Ärzte aller Arztgruppen zusammen (Vertragsärzte und angestellte Ärzte)

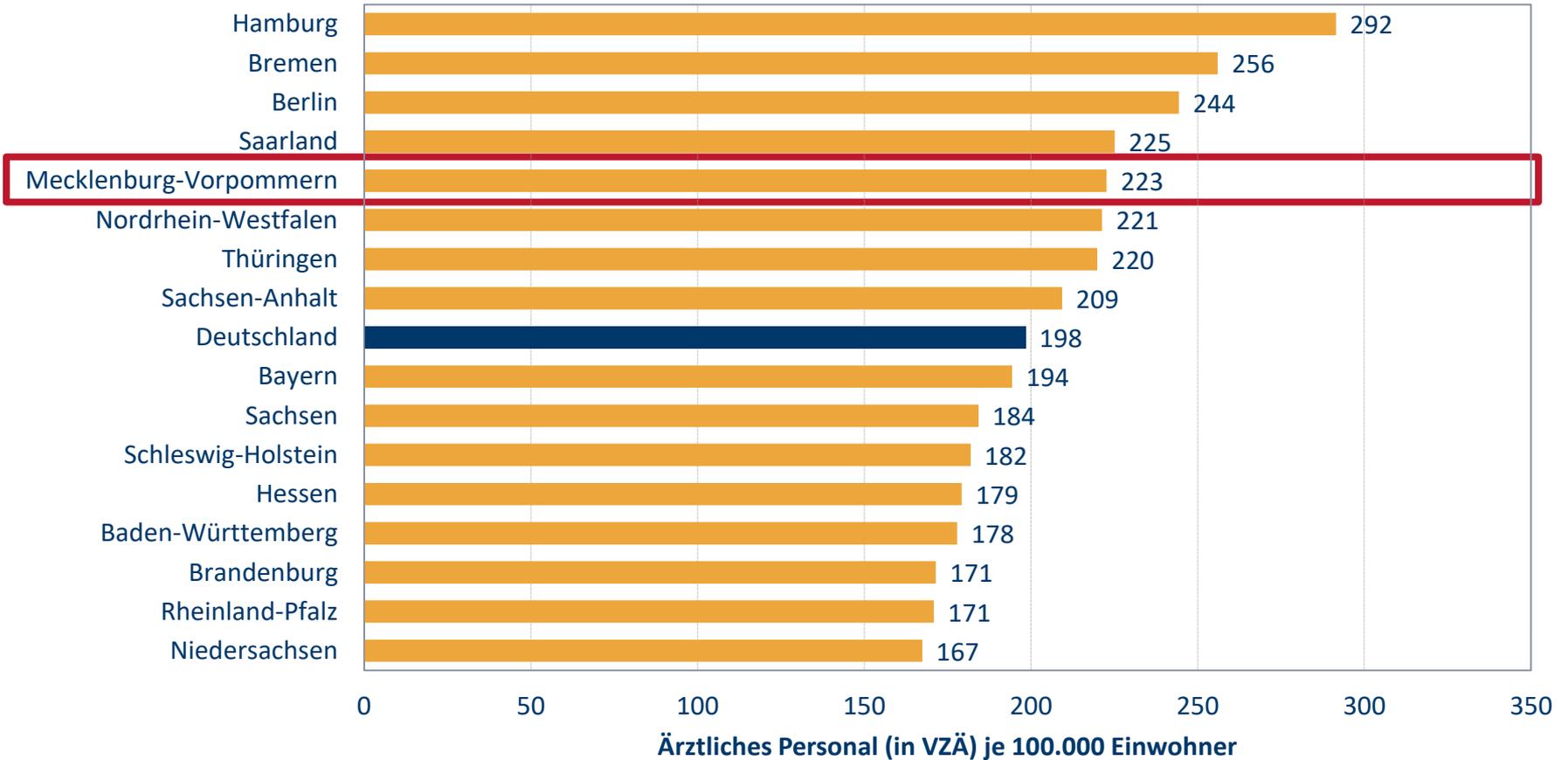
Krankenhausversorgung

Krankenhaushäufigkeit in MV überdurchschnittlich hoch



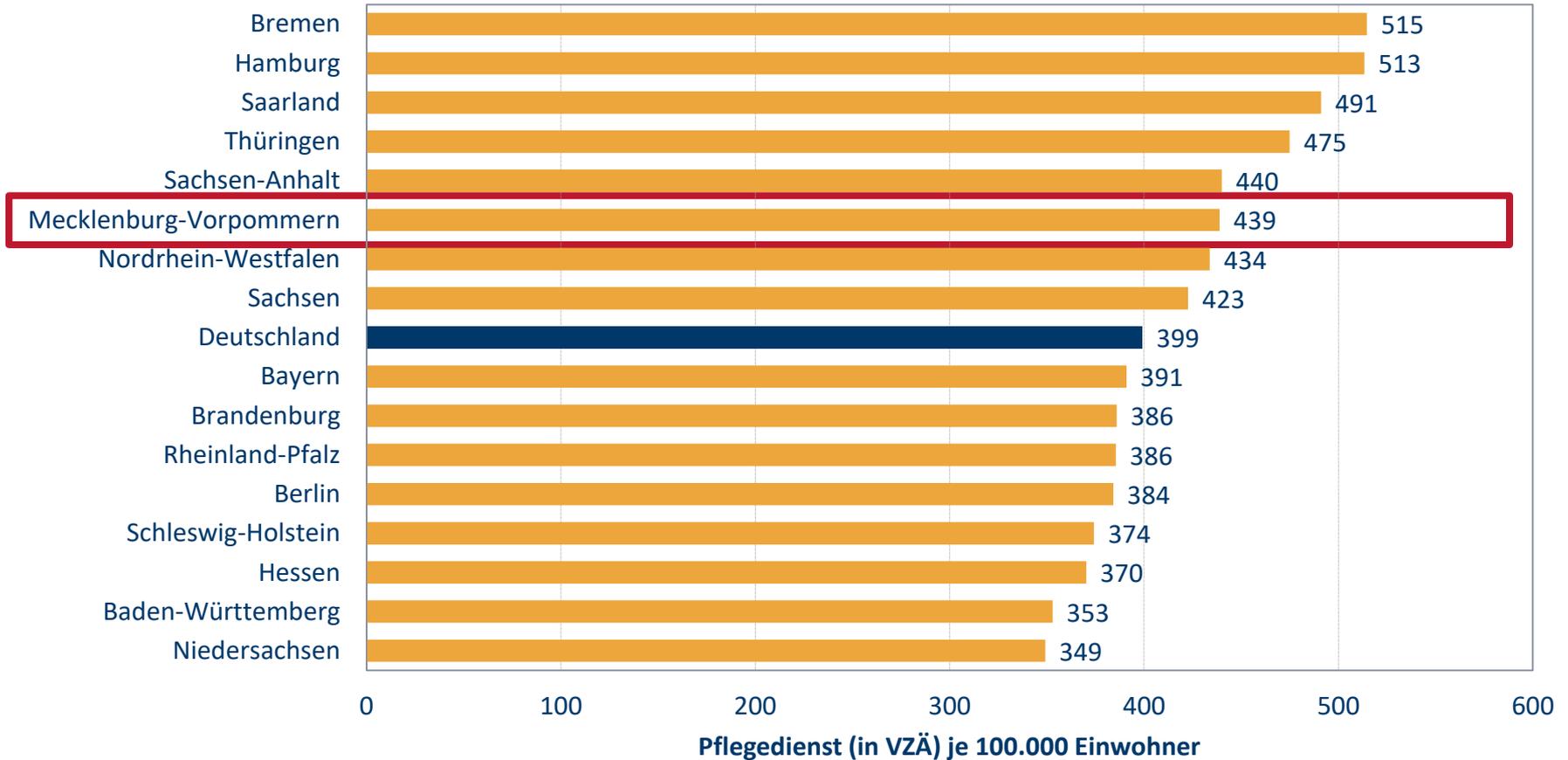
Quelle: IGES auf Basis von destatis: Diagnosen der Krankenhauspatienten (Bezugsjahr 2018)
Anmerkung: Im Bundesdurchschnitt betrug die Krankenhaushäufigkeit 23.740 entlassene Patienten je 100.000 Einwohner.

Ausstattung der Krankenhäuser mit ärztlichem Personal überdurchschnittlich



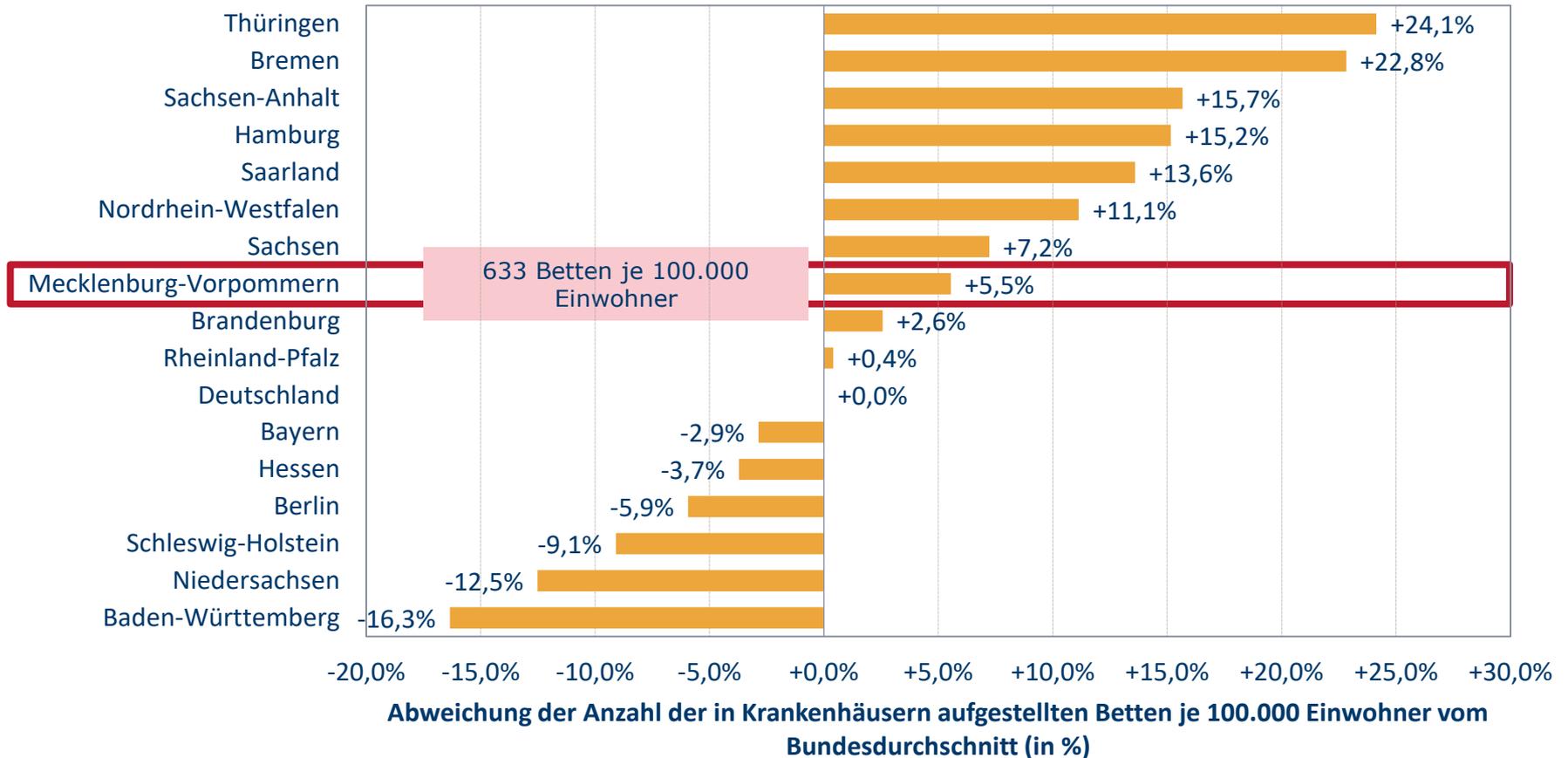
Quelle: IGES auf Basis von destatis: Grunddaten der Krankenhäuser (Bezugsjahr 2018)
Anmerkung: Ärztliches Personal ohne nichthauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen.

Auch Ausstattung mit Pflegedienstpersonal überdurchschnittlich



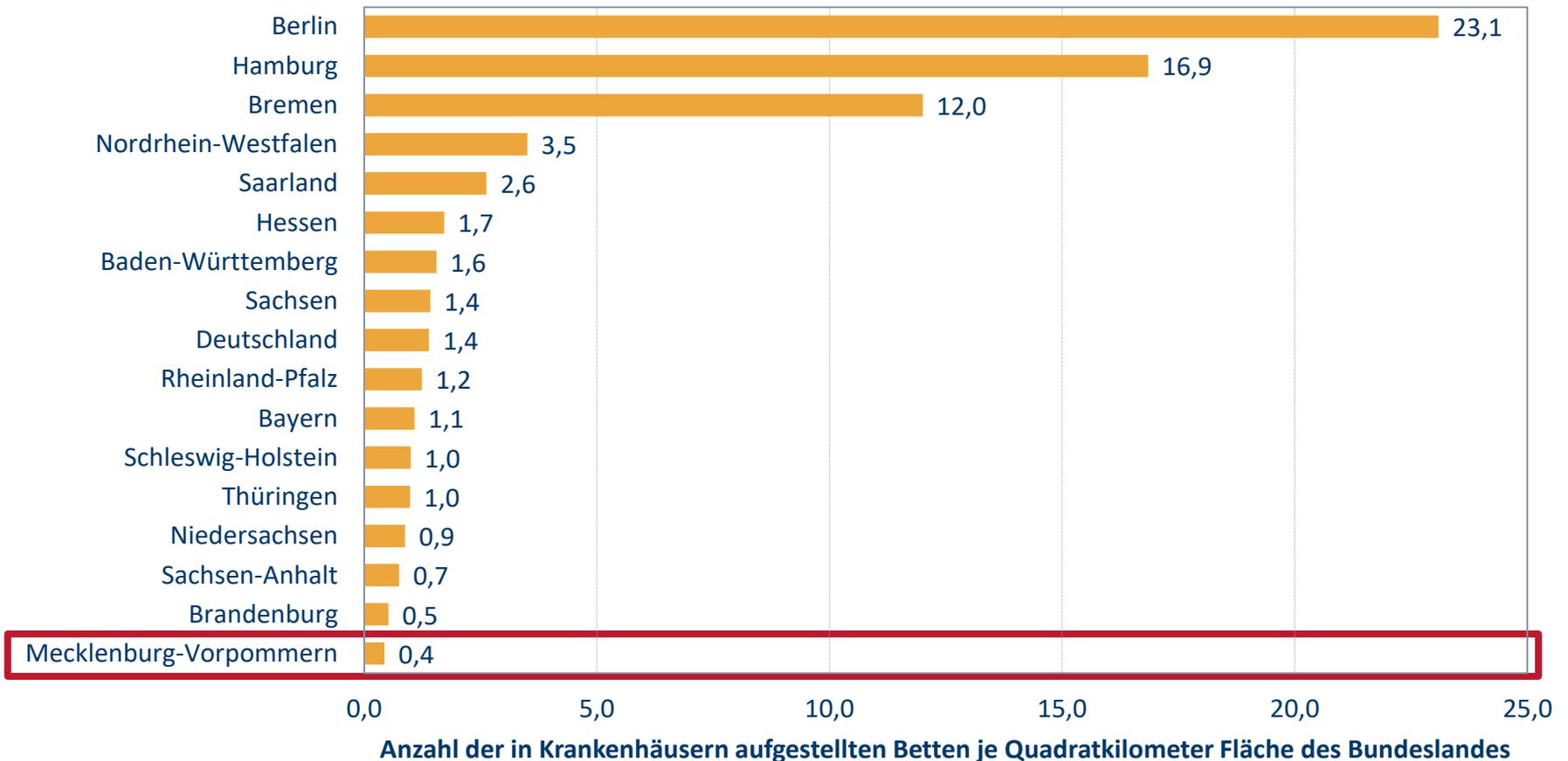
Quelle: IGES auf Basis von destatis: Grunddaten der Krankenhäuser (Bezugsjahr 2018)

Bettendichte in MV etwas höher als im Bundesdurchschnitt



Quelle: IGES auf Basis von destatis: Grunddaten der Krankenhäuser (Bezugsjahr 2018)
 Anmerkung: Im Bundesdurchschnitt betrug die Krankenhausbettendichte 600 aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner.
 Vollstationäre Betten in allen Fachabteilungen (inkl. psychiatrische) und allen Krankenhäusern (allgemeine und Fachkliniken)

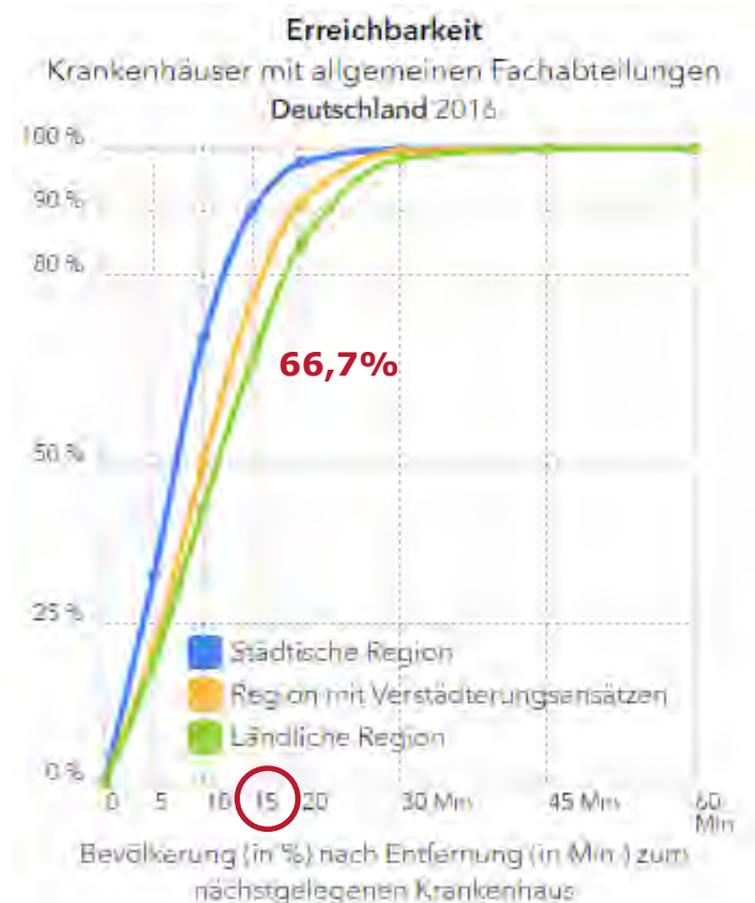
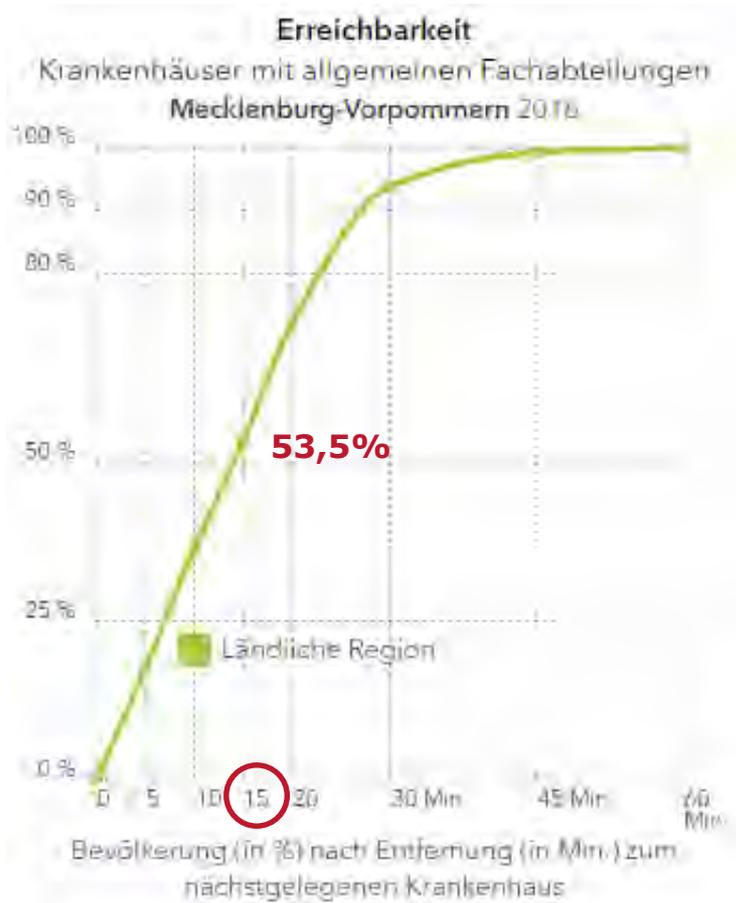
Bezogen auf Fläche MV allerdings mit niedrigster Bettendichte



Quelle: IGES auf Basis von destatis: Grunddaten der Krankenhäuser (Bezugsjahr 2018)

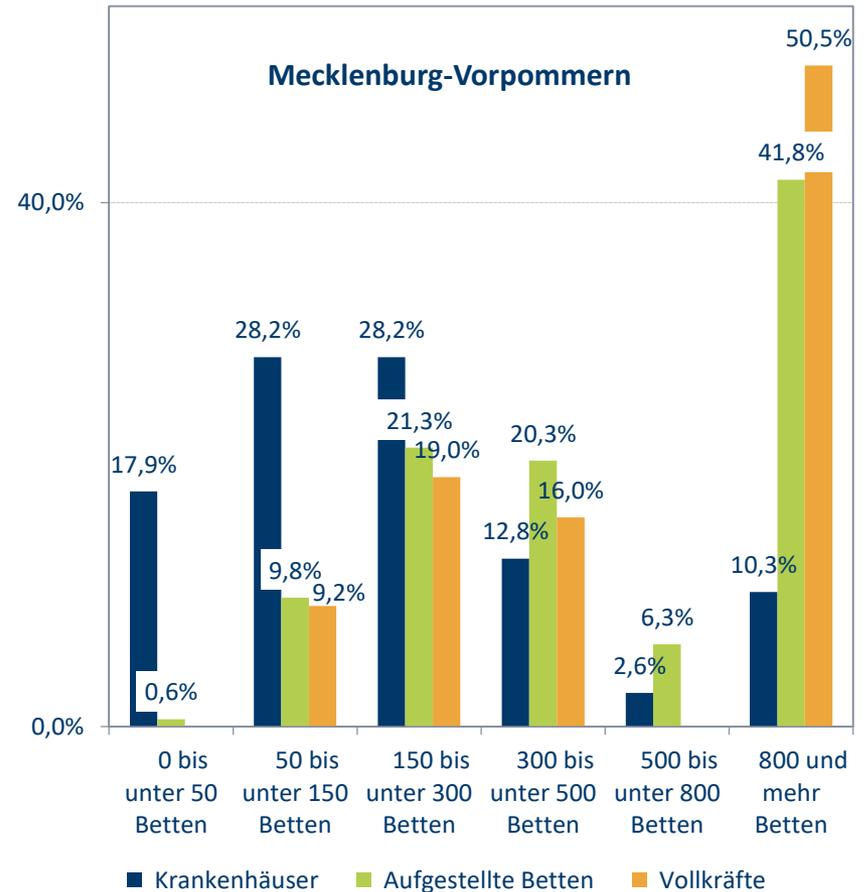
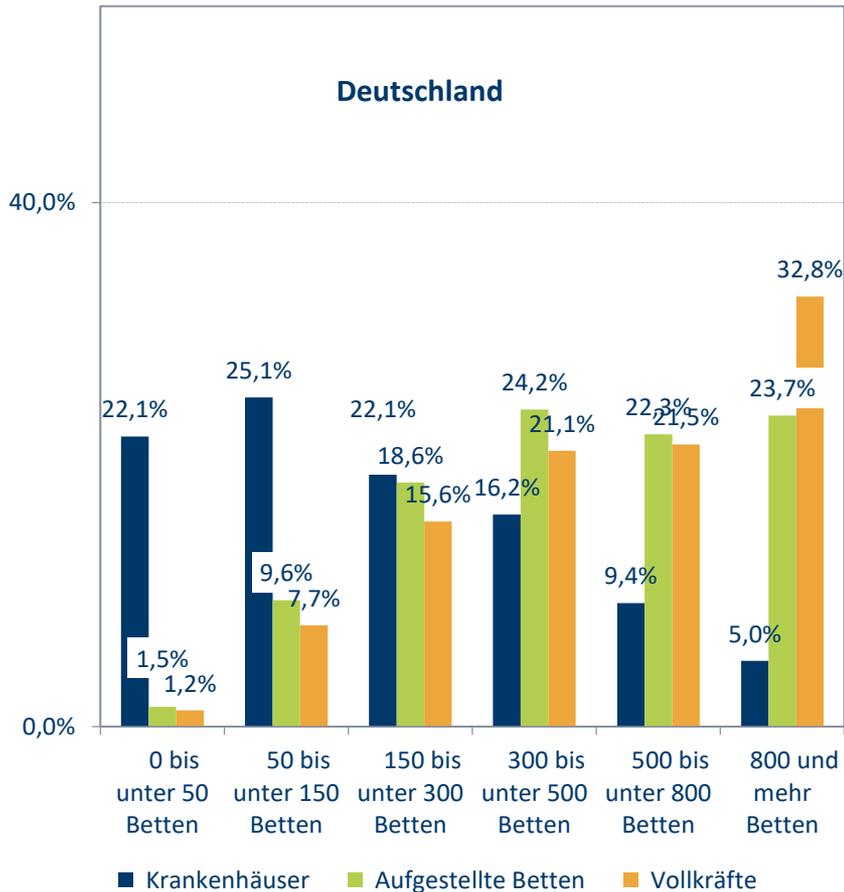
Anmerkung: Vollstationäre Betten in allen Fachabteilungen (inkl. psychiatrische) und allen Krankenhäusern (allgemeine und Fachkliniken)

Erreichbarkeit von allgemeinen Krankenhäusern unterdurchschnittlich



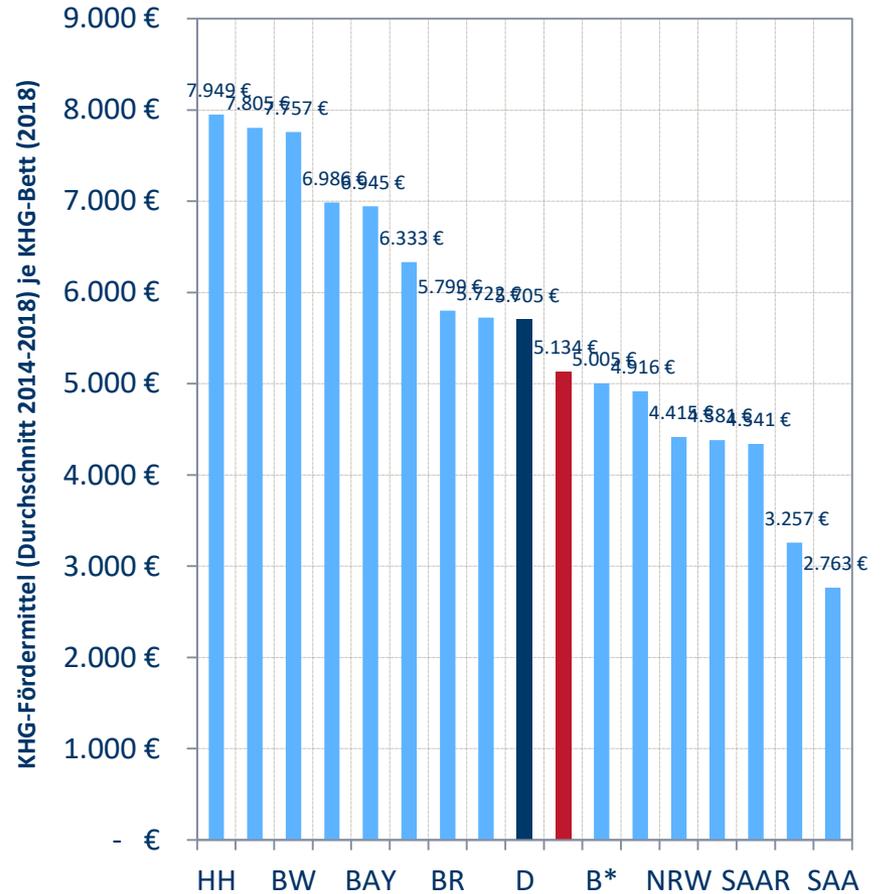
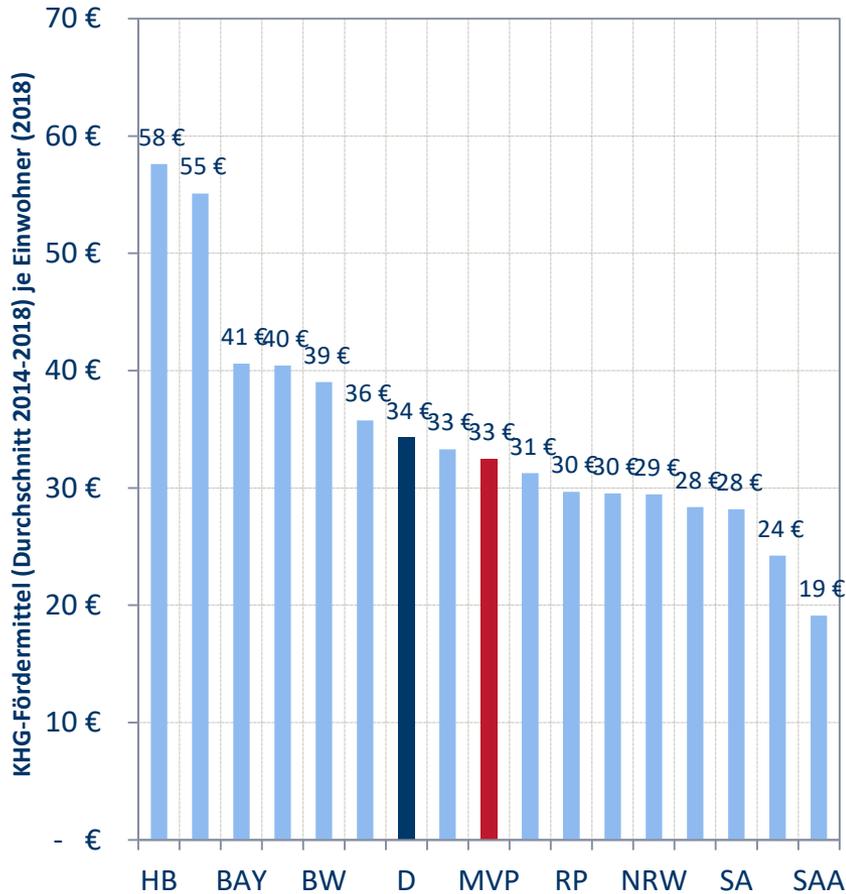
Quelle: <https://krankenhausatlas.statistikportal.de/diagramme.html>

Krankenhauskapazitäten in MV etwas stärker konzentriert



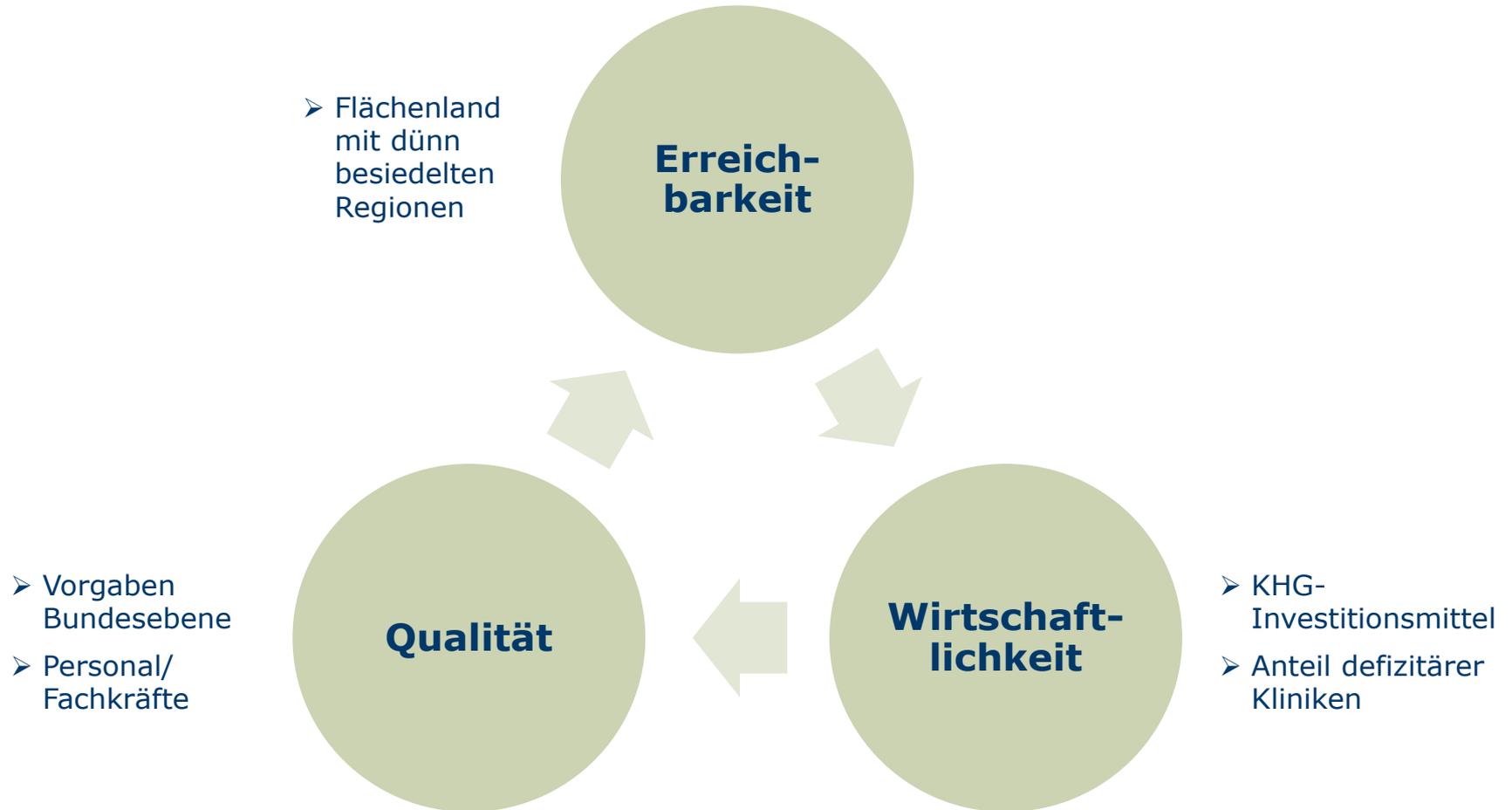
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, Krankenhausstatistik (Bezugsjahr: 2017)

MV: KHG-Fördermittel für Krankenhausinvestitionen etwas unterdurchschnittlich



Quelle: IGES auf Basis von Daten der DKG

2. Strukturierung der künftigen Gesundheitsversorgung



DRG-Vergütungssystem

- fallbezogene Vergütung, Durchschnittskostenorientierung
- Vorgaben im OPS

Vorgaben zur Strukturqualität

- Mindestmengen
- Personaluntergrenzen
- planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- Zentrums-Regelungen
- gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern
- Sicherstellungszuschläge-Regelungen

in Planung

- integrierte Notfallzentren (INZ)
- Erweiterung des Katalogs gem. §115b SGB V (ambulante OP und stationersetzende Eingriffe/Behandlungen)

Weitere Zentralisierung der stationären Versorgung in MV?

Vorgaben der Bundesebene

- INZ-Standorte
- Mindestmengen

Personalmangel

- allg. Fachkräftemangel i.V.m. Personaluntergrenzen
- Strukturqualität: 24/7-Verfügbarkeit
- große Standorte i.d.R. attraktiver

Wirtschaftlichkeit

- Vorhaltekosten und Skaleneffekte

Erreichbarkeit

- dünn besiedelte Regionen
- Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

Versorgungssicherheit

- Keimbefall / Pandemien
- IT-Ausfall

Strukturentwicklung benötigt weitere Erkenntnisse

- 1. Welche Vorgaben zur Strukturqualität werden derzeit nicht erfüllt?**
- 2. Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Versorgungsqualität?**
- 3. Welche Einschränkungen der Strukturqualität sind ggf. begründbar/akzeptabel?**

Fragestellungen	beispielhafte Indikatoren
Welche Vorgaben zur Strukturqualität werden derzeit nicht erfüllt?	<ul style="list-style-type: none">• An welchen Krankenhausstandorten werden weniger als 200 Stroke-Unit-Behandlungen durchgeführt?
Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Versorgungsqualität?	<ul style="list-style-type: none">• Anteile der Verlegungen• Anteile der im Krankenhaus verstorbenen Fälle / Fälle mit bleibenden Schäden
Welche Einschränkungen der Strukturqualität sind ggf. begründbar/akzeptabel?	<ul style="list-style-type: none">• Sicherstellung der Erreichbarkeit in max. 30 min• telemedizinische Unterstützung von Standorten mit geringen Fallzahlen <p>→ akzeptable Lyse-Raten (>10%) trotz geringer Fallzahl</p>

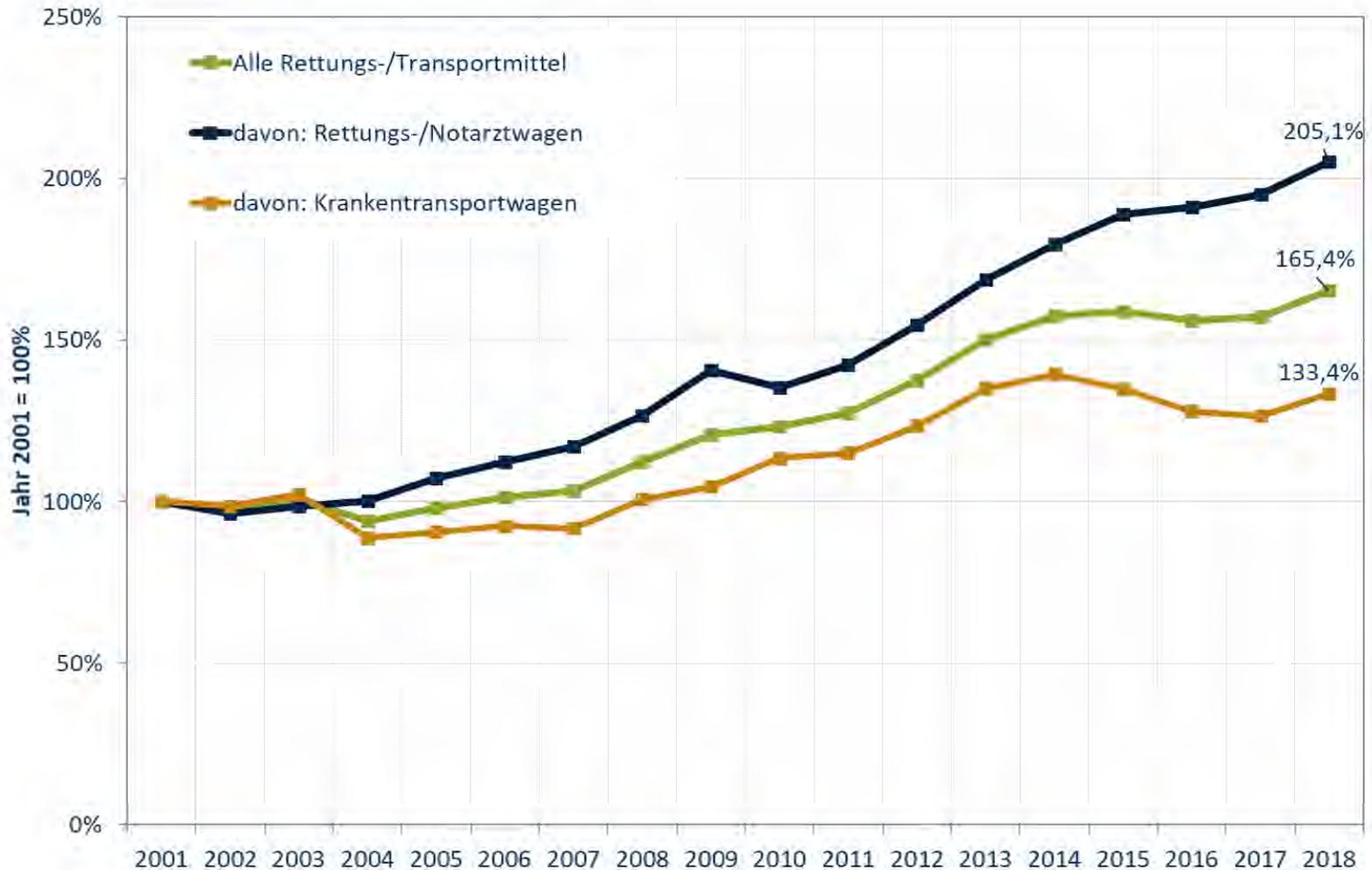
Aktuelle Defizite

- starker Anstieg der Inanspruchnahme (in MV wird überdurchschnittlich häufig Notarzt/Rettungsdienst gerufen)
- Überschreitung der Hilfsfrist relativ häufig

Handlungsoptionen

- Überprüfung der Standorte von Rettungswachen/Notärzten
- Stärkung der Luftrettung
 - Nachtflüge (Station in Greifswald seit August 2020)
 - PrimAIR (Luftrettung für dünn besiedelte Regionen)
- Telenotarzt-Systeme
 - Modellprojekt in Vorpommern-Greifswald (Senkung der Notarzt-Quote)
- weitere Entlastung der Rettungsdienste
 - Krankentransporte
 - ärztliche Versorgung stationärer Pflegeheime

Leistungsfälle Rettungs-/Notarztwagen GKV, Entwicklung 2001-2018



Quelle: IGES auf Basis der KG2-Statistik

3. Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung



IGES-Studie 2020

- rechnerischer Finanzierungseffekt einer Einbeziehung von PKV-Versicherten in GKV: 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkte
 - Annahmen: heutiges Beitragsrecht, unverändertes ärztliches Honorarvolumen
 - Veränderungen des Beitragsrechts: viele offene Fragen
-
- Zusammenhang zwischen regionalen Unterschieden der Ärztedichte und der regionalen Verteilung der PKV-Versicherten: Effektstärke gering, kein Beleg für kausalen Zusammenhang
 - Anteil PKV-Versicherte in Mecklenburg-Vorpommern vermutlich stark unterdurchschnittlich (Sundmacher/Ozegowski 2013)

Öffentliche 8. Sitzung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

21. Oktober 2020

Agenda



Status quo

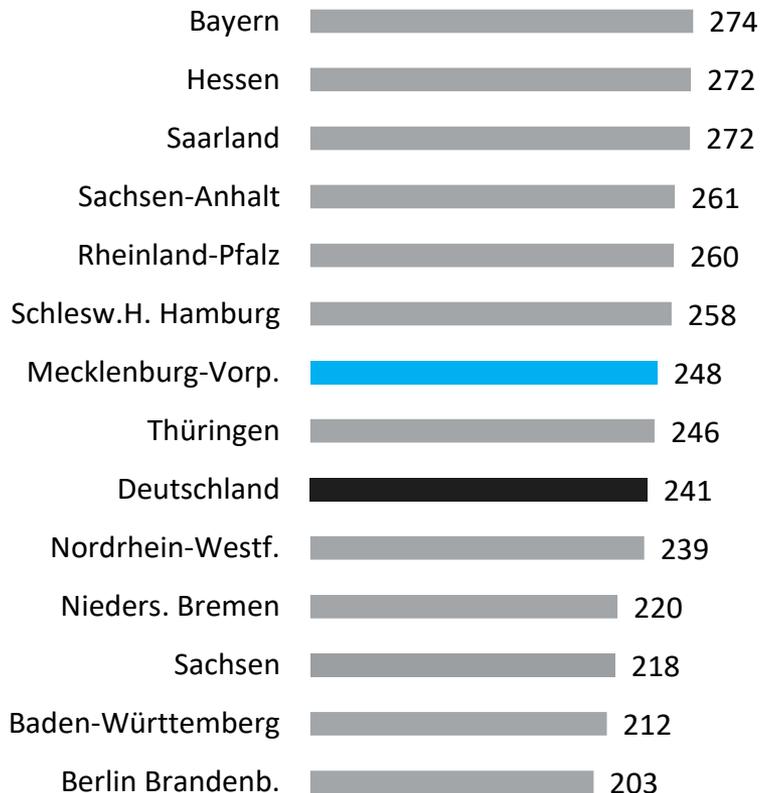
Herausforderungen

Handlungsempfehlungen

In Sachsen weniger Standorte im innerdeutschen Vergleich

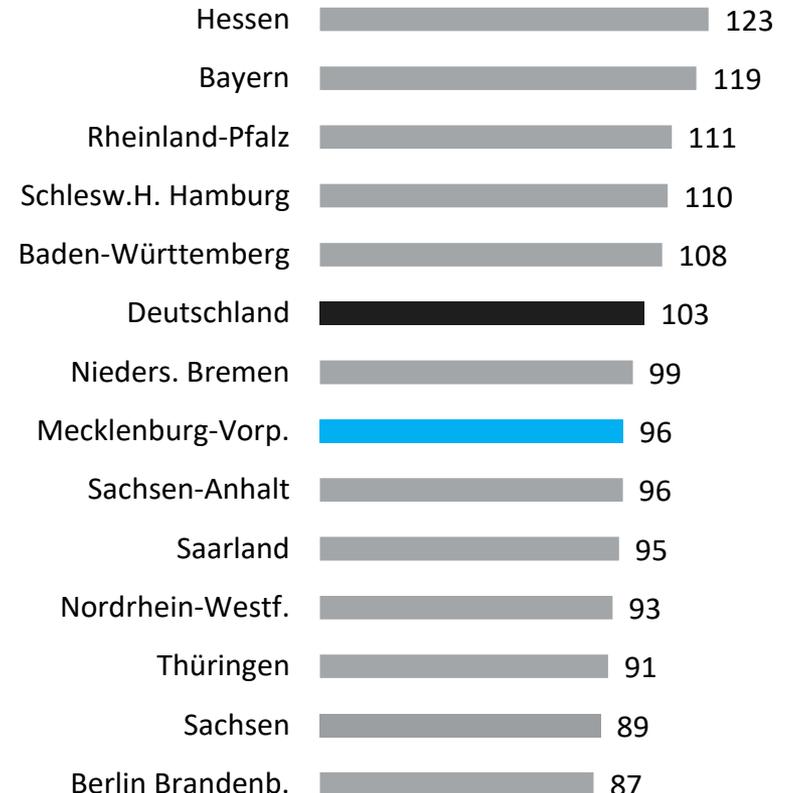
Basis: Qualitätsberichte (nicht IK-Nummer, sondern Standorte)

Anzahl Standorte je 10 Mio. Einwohner



Dänemark / Niederlande: ca. 45

Anzahl Standorte je 1 Mio. Fälle



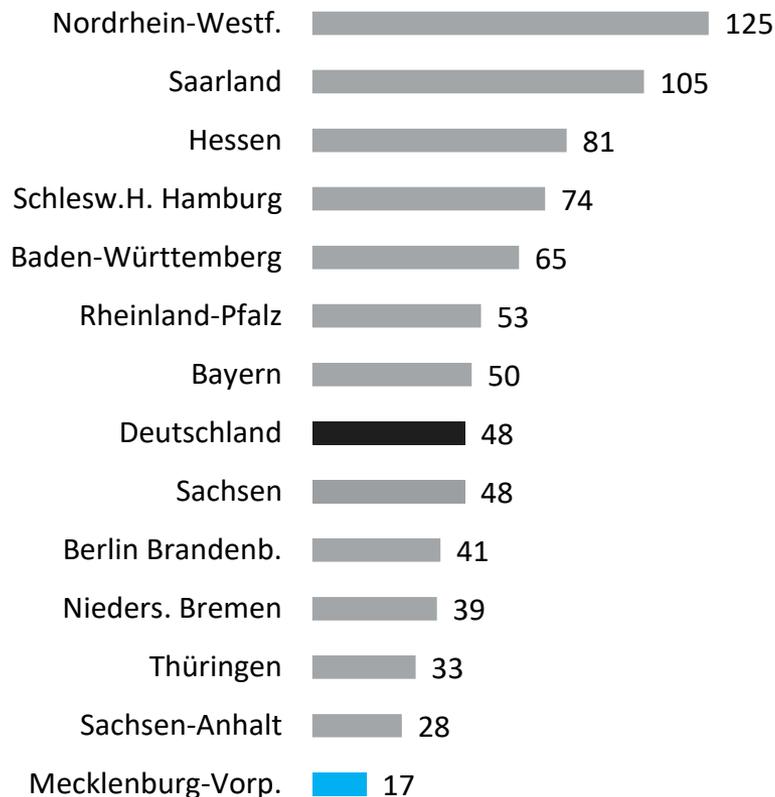
Dänemark ca. 35 / Niederlande ca. 46

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017, alle Krankenhäuser inkl. Psych., ohne Tageskliniken; OECD 2017, Eurostat 2017



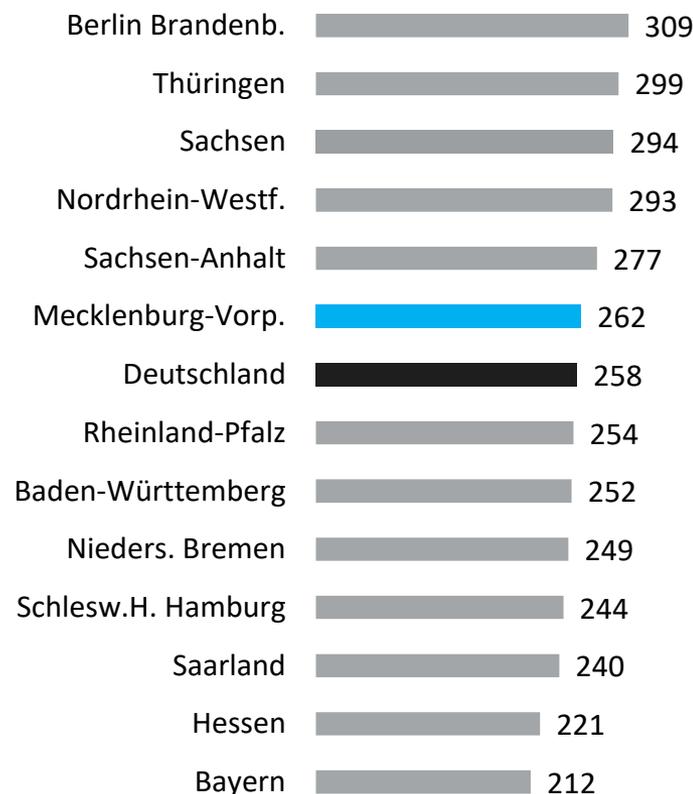
Bezogen auf die Fläche durchschnittliche Zahl an Standorten in Sachsen, jedoch überdurchschnittlich große Standorte

Anzahl Standorte je 10.000 km²



Dänemark ca. 6 / Niederlande: ca. 18

Durchschnittliche Bettenzahl je Krankenhaus



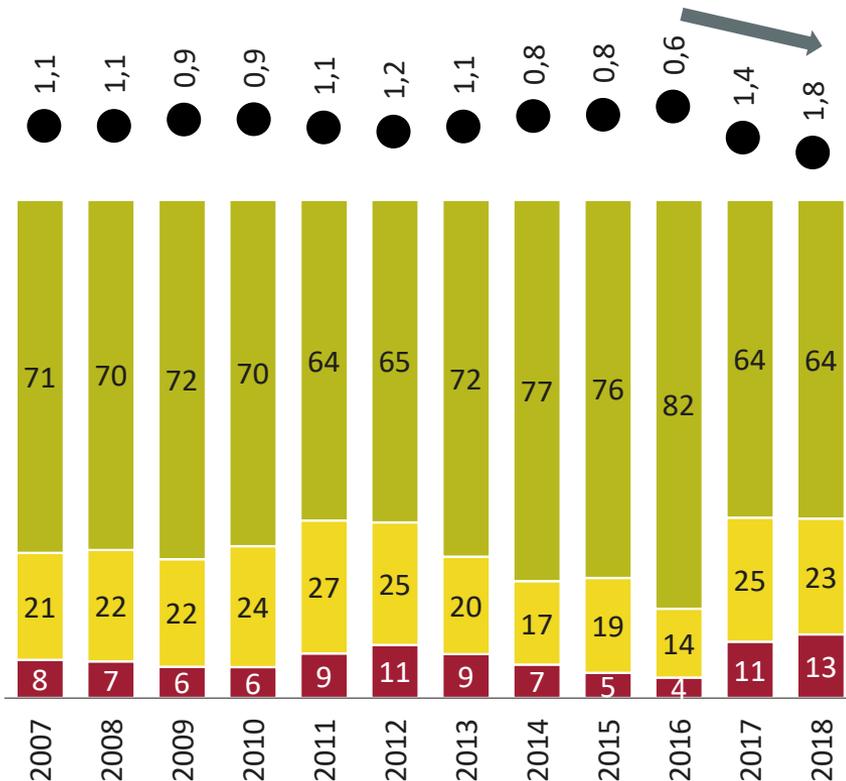
Dänemark ca. 560 / Niederlande ca. 660

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017, alle Krankenhäuser inkl. Psych., ohne Tageskliniken; OECD 2017, Eurostat 2017

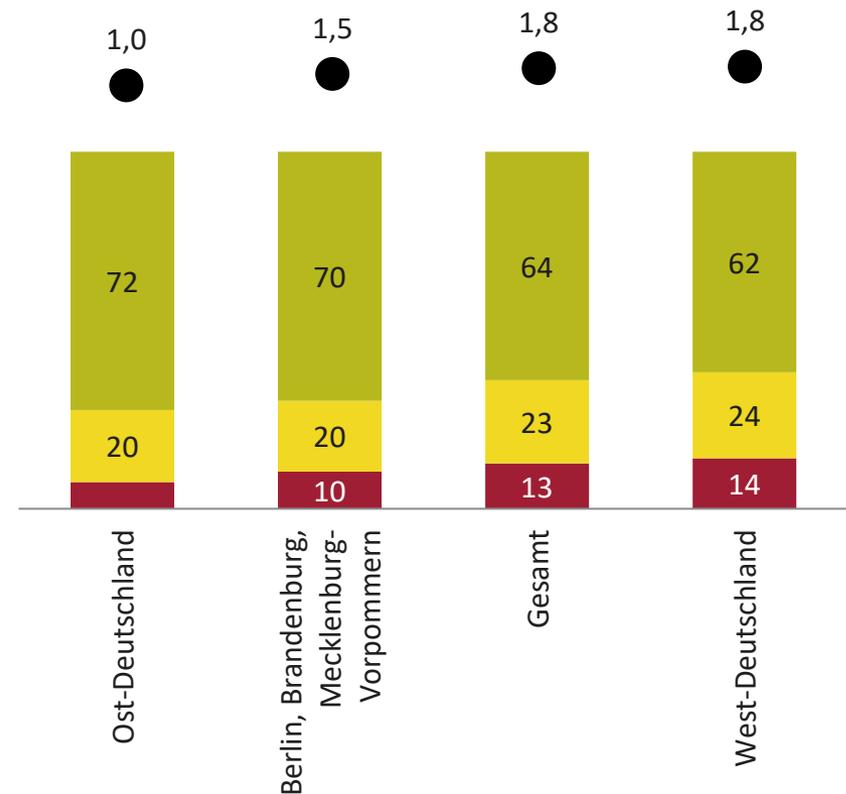
Nach Erholung bis 2016 Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser seit 2017

Ausfallwahrscheinlichkeit in % und Ampelklassifikation

Im Zeitverlauf



2018, im regionalen Vergleich

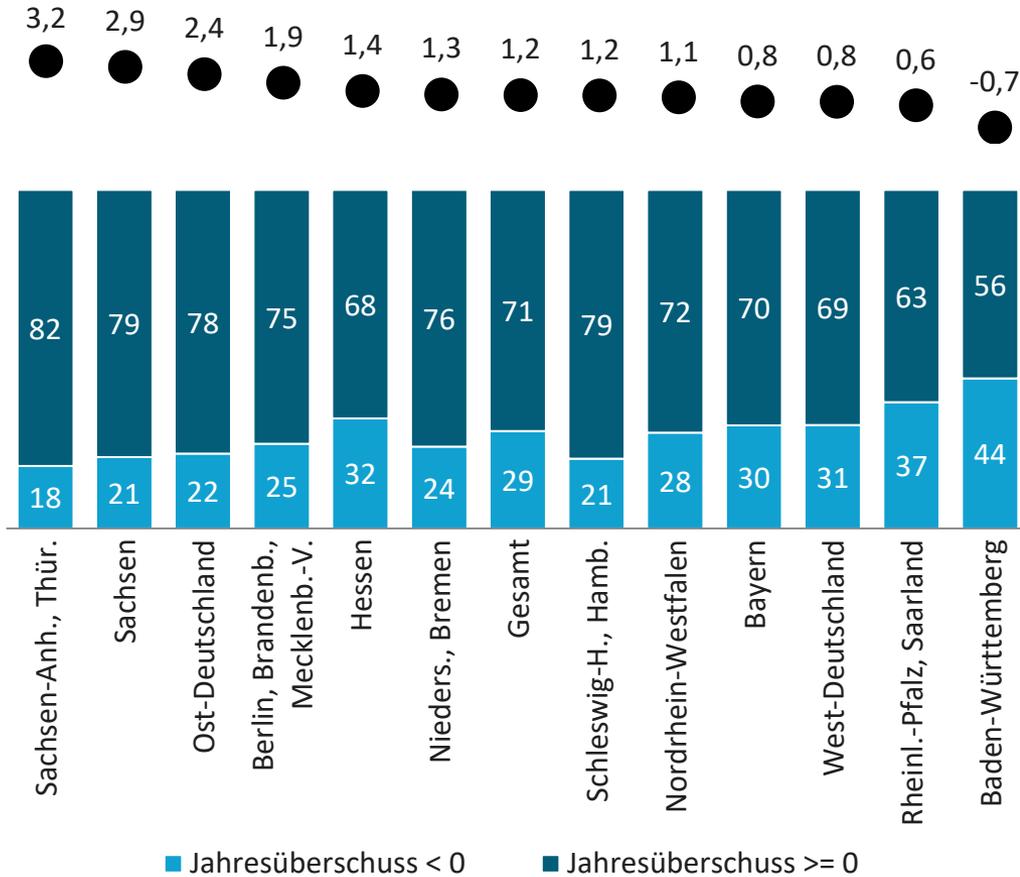


Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 979 Einrichtungen.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020



Große Unterschiede in der Ertragslage zwischen den Bundesländern

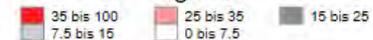
Jahresergebnis 2018 (als Anteil an Erlösen)⁽¹⁾



Anteil gefährdeter Krankenhäuser⁽²⁾ in %



Legende



(1) EAT, Earnings after tax

(2) Anteil gefährdet = Anteil im roten Rating-Bereich zzgl. 50% des Anteils im gelben Bereich

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

Agenda



Status quo

Herausforderungen

Handlungsempfehlungen

Herausforderungen

Demografie

Schrumpfung der Bevölkerung zu erwarten

Wegzug der jungen Bevölkerung von Land in die Stadt

Ambulantisierung

Ambulant-sensitive Fälle weniger häufig stationär erbracht

Einbruch stationärer Fallzahlen, wenn ambulantes Potenzial ausgeschöpft ist

Spezialisierung

Spezialisierte Leistungen vornehmlich in Zentren mit entsprechend spezialisiertem Personal

Vorhaltung aller Disziplinen auf dem Land herausfordernd

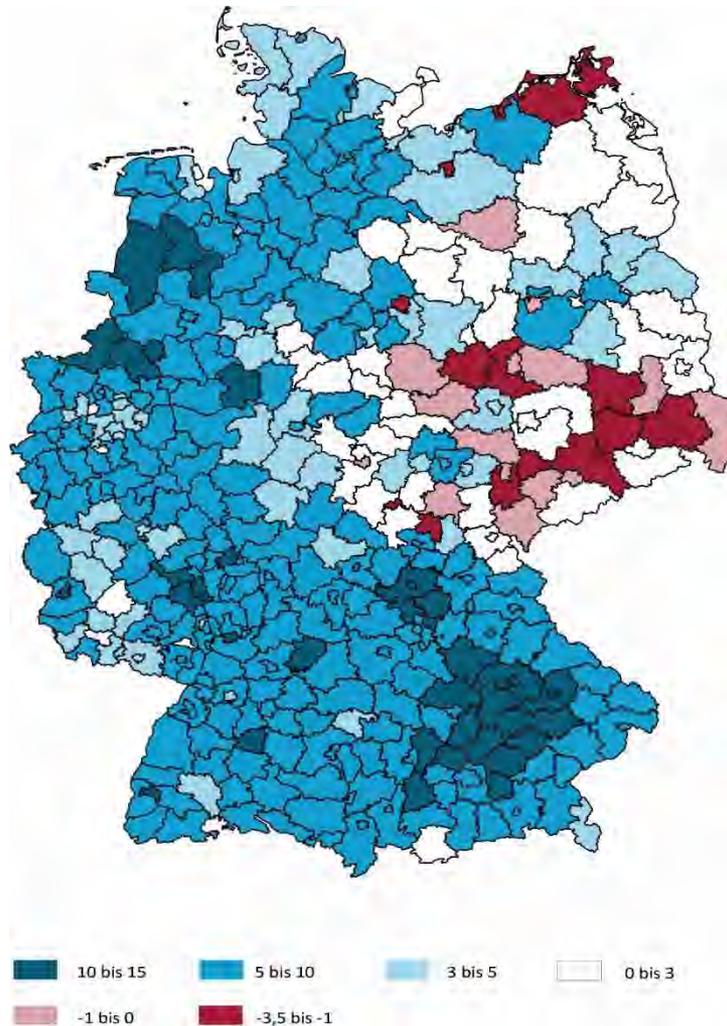
Technologischer Wandel

Komplett neue Akteure mit neuen digitalen Angeboten

Mehr Transparenz trägt zu Qualitätswettbewerb und Patientenorientierung bei

Veränderung der Zahl der Fälle auf Kreisebene

2018 bis 2030, in %, nur Demografie



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020.

Agenda

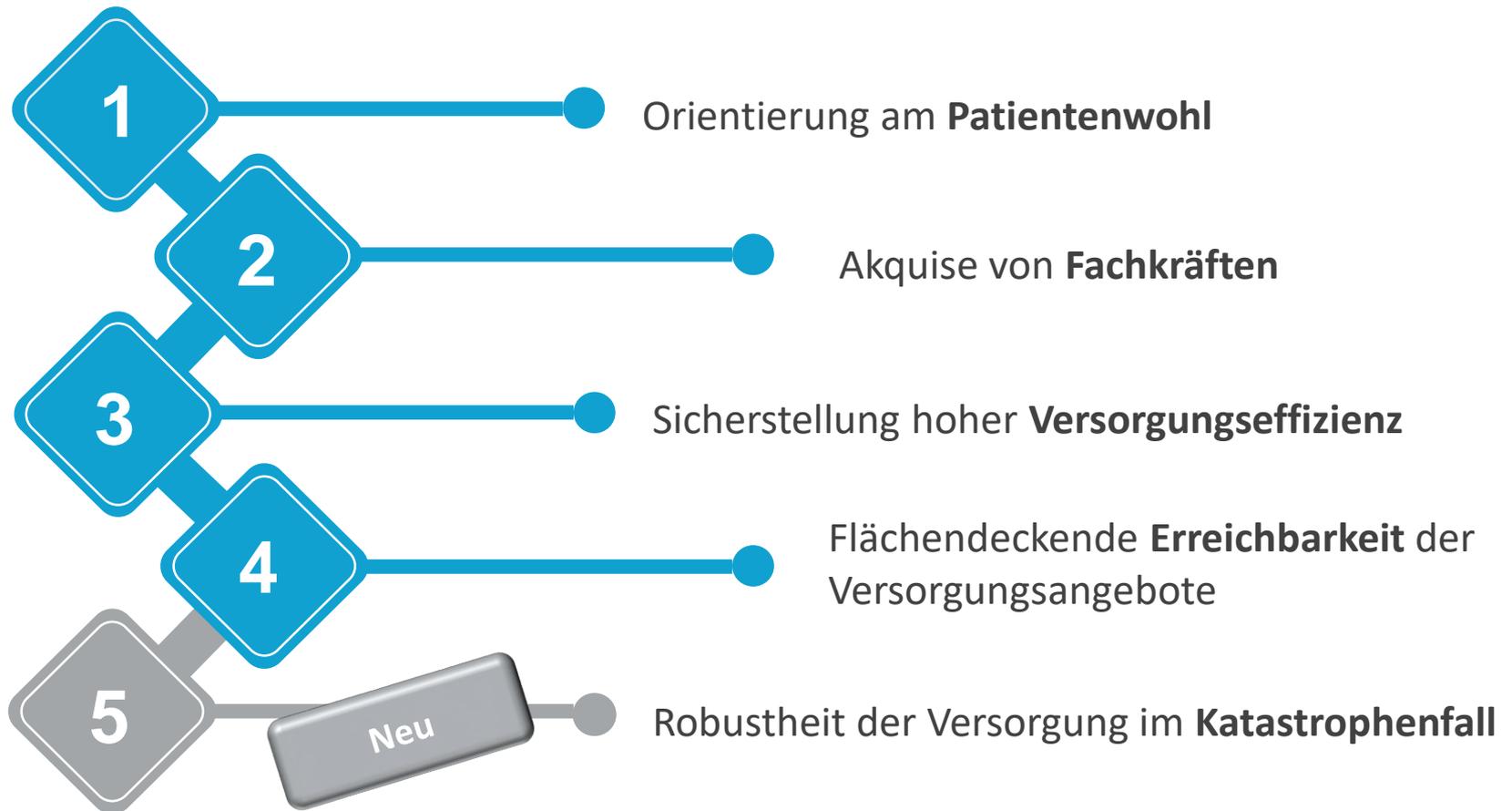


Status quo

Herausforderungen

Handlungsempfehlungen

Wichtige Ziele der Gesundheitsversorgung sind im Blick zu behalten



Handlungsempfehlungen zur Erreichung der Gesundheitsziele

Ordnungsrahmen

Neustart SGB V: patientenorientierte Neuformulierung

Abbau von Detailregulierung

Mehr regionale Gestaltungsfreiheit

Harte Sanktionierung von Missbrauch

Krankenhausstrukturen

Stärkere Zentralisierung: wirtschaftlicher, höhere Qualität, robuster bzgl. Katastrophen

Gewährleistung der Erreichbarkeit

Bereitstellung von Investitionsmitteln

Fachkräfte

Attraktivität von Gesundheitsberufen

Inhaltliche Stärkung der Pflege

Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen

Einsatz moderner Technologie

Neue Berufsbilder

Versorgungsmodelle

Sektorenübergreifende Versorgung und effektive Zusammenarbeit mit Altenhilfe

Anreize zur stärkeren Ambulantisierung

Erprobung regionaler Gesundheitsbudgets

Neue Versorgungsmodelle auf dem Land

Effektive Patientensteuerung

Risikokonzepte für Katastrophenfälle

Notfallkonzepte für Katastrophenfälle

Katastrophen-Controlling

Bei Bedarf Umwidmung von Ressourcen im Gesundheitswesen

Diversifikation von Lieferketten

Digitalisierung

Elektronische Patientenakte

Telemedizinische Angebote

Flächendeckendes Internet

Künstliche Intelligenz mit unabhängigen Algorithmen als Beraterin des Patienten

Transparenz

Mehr Transparenz über Versorgungsgeschehen und Qualität

Zentrale Verfügbarkeit von Versorgungsdaten



Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

**Öffentliche 8. Sitzung der Enquete-Kommission
im Landtag Mecklenburg-Vorpommern am 21. Oktober 2020**

19. Oktober 2020



Impressum

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3 | 45128 Essen, Germany

Postanschrift:

Postfach 10 30 54 | 45030 Essen, Germany

Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

Vorstand

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)
Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)
Dr. Stefan Rumpf

© RWI 2020

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des RWI gestattet.

RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt
Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Öffentliche 8. Sitzung der Enquete-Kommission Landtag Mecklenburg-Vorpommern
am 21. Oktober 2020
19. Oktober 2020

Bearbeiter:

Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Adam Pilny

Öffentliche 8. Sitzung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

21. Oktober 2020

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern? Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie und welche Auswirkungen haben diese auf die Patientenversorgung? Was sind die Ursachen dieser Probleme? Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die benannten Mängel zu beseitigen?

Bereits vor der Corona-Krise stand das System der Gesundheitsversorgung vor enormen Herausforderungen. Die Pandemie hat diese Herausforderungen noch verschärft. Das macht sich bei den (Akut-)Kliniken besonders stark bemerkbar. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hatte sich – nach vorangegangenen recht guten Jahren – bereits nach dem Jahr 2016 verschlechtert. So lag die in den regelmäßig erscheinenden Krankenhaus Rating Reports¹ ermittelte durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser im Jahr 2018 bei hohen 1,8%, nach 0,6% im Jahr 2016. Von allen Krankenhäusern wiesen 13% eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. Für die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg² waren es 10%.

Mecklenburg-Vorpommern hat im bundesweiten Vergleich derzeit eine noch gute medizinische Versorgungssituation vorzuweisen. Im Jahr 2019 sind in Mecklenburg-Vorpommern 688 Ärzte³ je 100 000 Einwohner (Deutschland: 632) tätig gewesen, davon 103 Allgemeinärzte je 100 000 Einwohner (Deutschland: 73). Im stationären Bereich verfügte Mecklenburg-Vorpommern 2018 insgesamt über 37 Krankenhäuser⁴, die über 10 200 Planbetten vorhielten. Bezogen auf die Fläche des Bundeslands hat Mecklenburg-Vorpommern am wenigsten Krankenhäuser, bezogen auf die Einwohnerzahl liegt es im Mittelfeld. Es verfügt mit 633 Betten je 100 000 Einwohner über etwas mehr Betten als im Durchschnitt (Deutschland: 601). Es wurden überdies durchschnittlich mehr Patienten behandelt als im Bundesschnitt (MV: 25,6 Patienten je 100 Einwohner; D: 23,4).

Die Qualität der medizinischen Versorgung wird u.a. von der Ausstattung, Erreichbarkeit, Spezialisierung und dem Fachkräftepotenzial bestimmt. Die Ergebnisqualität können wir jedoch nicht messen.

Die Krankenhausversorgung hat sich verschiedenen Problemen und Herausforderungen zu stellen.

¹ Der jüngste Krankenhaus Rating Report ist Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel (2020), Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. Heidelberg: medhochzwei.

² Aus statistischen Gründen, um eine ausreichend hohe Zahl an Jahresabschlüssen verwenden zu können, sind Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg für das Rating zusammengefasst worden.

³ Bei den Ärztekammern registrierte Ärzte.

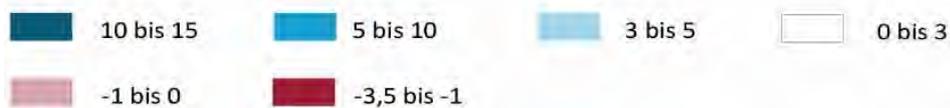
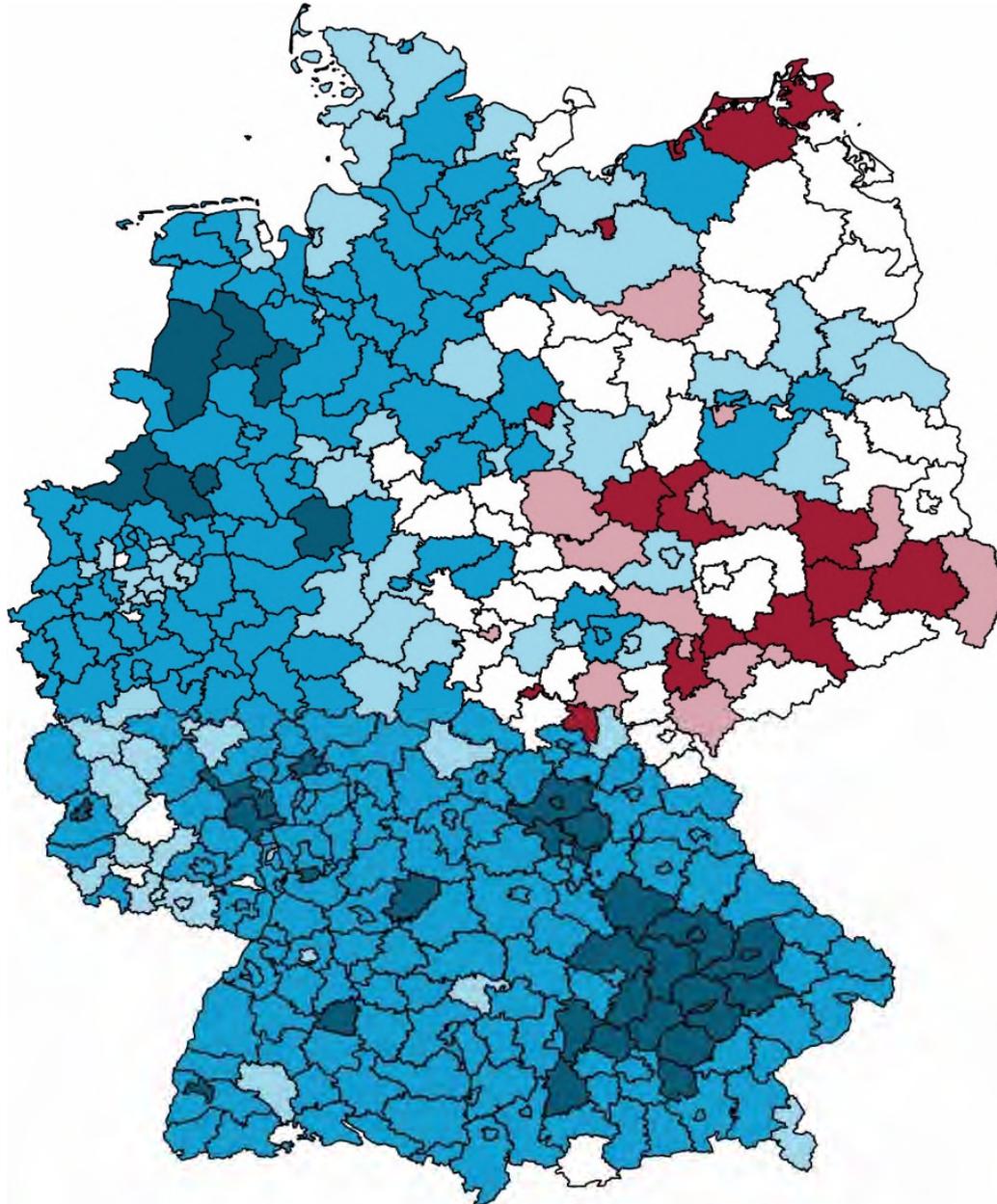
⁴ 23 je 1. Mio. Einwohner; zum Vgl. 23,2 Krankenhäuser je 1 Mio. Einwohner bundesweit.

Eine Herausforderung stellt die **Demografie** dar, die nicht nur mit einer Schrumpfung der Bevölkerung einhergeht, sondern auch dem Wegzug junger Menschen vom Land in die Stadt. Dies kann trotz Alterung der Bevölkerung zu einem Rückgang der Fallzahlen führen (siehe Karte). Außerdem schrumpft dadurch das Fachkräftepotenzial insbesondere auf dem Land.

Karte

Veränderung der Zahl der Fälle bei demografischer Entwicklung

2018 bis 2030; in %



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

- Herausforderungen in der Medizin sind die zunehmende **Spezialisierung** und die **Ambulantisierung**. Es ist davon aufzugehen, dass zunehmend mehr ambulant-sensitive Fälle nicht mehr stationär erbracht werden. Ferner wird der Druck zur Schwerpunktbildung auf Krankenhäuser weiter zunehmen, weil spezialisierte Leistungen nur noch in Zentren erbracht werden können, die entsprechend spezialisiertes Personal vorhalten können.
- Drittes Handlungsfeld ist der **technologische Wandel**. In diesem Jahrzehnt ist damit zu rechnen, dass ganz neue Akteure mit neuartigen digitalen Produkten in den Gesundheitsmarkt eintreten. Auch nimmt die Transparenz zum Leistungsgeschehen zu, was die Patientenorientierung unterstützt und den Qualitätswettbewerb erhöhen kann.

Um die Probleme und Herausforderungen erfolgreich zu meistern, sollte ein Bündel verschiedener Maßnahmen von der Politik umgesetzt werden. Je nach den besonderen Strukturen eines Bundeslands sind diese Maßnahmen unterschiedlich zu priorisieren.

- **Strukturoptimierung**. Eine dezentrale Krankenhausstruktur aufrecht zu erhalten, dürfte deutlich mehr volkswirtschaftliche Ressourcen in Anspruch nehmen, als eine weniger dezentrale Struktur zu betreiben. Zudem kann eine stärkere Zentralisierung für einige Leistungsbereiche die medizinische Qualität erhöhen und hochspezialisierte Angebote besser abbilden. Bei einer Strukturoptimierung rechnen wir daher mit einer besseren Versorgungseffizienz. Sie kann zudem bei Katastrophenfällen hilfreich sein, um Ressourcen zügig umwidmen zu können. Zur Optimierung von Krankenhausstrukturen sowie zum Erhalt der Unternehmenssubstanz werden allerdings Investitionsmittel benötigt, die von den Bundesländern in größerem Umfang als derzeit bereitgestellt werden müssen. Der Zentralisierung steht jedoch in manchen Regionen das Ziel der Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung gegenüber, das in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund seiner Siedlungsstruktur ein höheres Gewicht als in anderen Ländern hat.
- **Rechtlichen Ordnungsrahmen vereinfachen**. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V ist stark institutionenbezogen aufgebaut und enthält inzwischen zahlreiche Detailregulierungen. Um eine patientenorientierte Neuformulierung des SGB V einzuleiten, sollte die hohe Detailregulierung abgebaut und ein höheres Maß an (regionaler) Gestaltungsfreiheit eröffnet werden. Dies könnte die Akquise von Fachkräften erleichtern und deren Motivation steigern und dazu beitragen, die Versorgung in ländlich geprägten Regionen aufrechterhalten. Mehr Gestaltungsfreiheit bedeutet aber auch, Missbrauch härter und gezielter zu sanktionieren.
- **Investitionsmittel für eine stärkere Zentralisierung bereitstellen**. Um eine stärkere Zentralisierung zu verwirklichen, sind Investitionsmittel nötig, die von den Bundesländern in größerem Umfang als derzeit bereitgestellt werden müssen. Zentralisierung bedeutet dabei nicht Rückzug aus der Peripherie. Durch gute ambulante wohnortnahe Angebote gepaart mit einer intelligenten digitalen Vernetzung mit den medizinischen Zentren sowie einer Aufrüstung des Rettungsdiensts können auch ländlich geprägte Regionen weiterhin gut versorgt bleiben.
- **Sektorenübergreifende Versorgung**. Dieses Thema ist nicht nur im Hinblick auf eine stärkere Orientierung am Patienten, sondern auch hinsichtlich der Versorgungseffizienz und der flächendeckenden Versorgung höchst relevant. Eine zentrale Frage dabei ist, wie Anreize zur stärkeren Ambulantisierung der Medizin gesetzt werden können.
- **Attraktivität von Gesundheitsberufen erhöhen**. Die Attraktivität von Gesundheitsberufen muss weiter erhöht werden, um die bereits in der absehbaren Zukunft drohenden Engpässe bei den Fachkräften zu vermeiden. Dabei geht es nicht nur um das Lohnniveau, sondern auch um die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle.

- **Transparenz über Kapazitäten gewährleisten.** Im Katastrophenfall müssen die politisch Verantwortlichen sehr rasch weitreichende Entscheidungen fällen. Dafür benötigen sie einen umfassenden und transparenten Überblick über das Versorgungsgeschehen. Es muss jederzeit bekannt sein, welche Kapazitäten im Gesundheitswesen vorhanden sind, zum Beispiel über die Zahlen von Intensivbetten, Beatmungsgeräte, Testkapazitäten und Labors.
- **Voraussetzungen für ein digitalisiertes Gesundheitswesen schaffen.** Bislang werden die Möglichkeiten der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nur unzureichend genutzt: Eine bundesweit einheitliche elektronische Patientenakte (ePA) für jeden Bürger gibt es im Jahr 2020 trotz langen Anlaufs immer noch nicht, ihre Einführung ist erst für 2021 geplant. Die Voraussetzung für den ebenso dringlichen umfassenden Einsatz telemedizinischer Angebote wäre ein flächendeckendes und leistungsfähiges Internet.

2. Inwieweit ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung tatsächlich bedarfsgerecht? Inwieweit gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin sowie der Grund- und Regelversorgung? Wie beurteilen Sie die zukünftige Entwicklung unter den jetzigen Rahmenbedingungen?

Wie beurteilen Sie das „Modell Dänemark“ im Hinblick auf eine Übernahme der Ansätze für den Krankenhaussektor in Mecklenburg-Vorpommern? Welche Vor- und Nachteile birgt das aus Ihrer Sicht? Welche anderen Modelle sind Ihnen bekannt und kämen ggf. in Frage?

Von insgesamt 37 Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern sind 33 Allgemeinkrankenhäuser (Statistisches Bundesamt, Stand: 31.12.2018). Das sind 17 Standorte auf 10 000 qkm. Zum Vergleich: In Nordrhein-Westfalen sind es 125 Standorte und in Dänemark 6 Standorte je 10 000 qkm. Von den insgesamt rund 10 200 bereitgestellten Planbetten befanden sich 2018 über 98% in Allgemeinkrankenhäusern. Etwa 20% aller Betten werden von den beiden Universitätskliniken in Mecklenburg-Vorpommern vorgehalten, sodass im Bereich der Spitzenmedizin rund 2 000 Betten zur Verfügung stehen.

Das „Modell Dänemark“ zielt auf eine stärkere Zentralisierung der Standorte ab und spielt daher besonders in Bundesländern mit einer hohen Anzahl an Standorten eine Rolle. Mecklenburg-Vorpommern hat zwar eine höhere Bettendichte als der Bundesdurchschnitt, allerdings bezogen auf die Fläche nur wenige Standorte. Eine stärkere Zentralisierung nach dem „Modell Dänemark“ wäre für Mecklenburg-Vorpommern daher keine Priorität, wenngleich Dänemark nur ein Drittel so viele Standorte hat.

3. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem mit Blick auf eine flächendeckende und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung? Wie stehen Sie zur Zerteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen? Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme im ambulanten und stationären Sektor führen u.a. dazu, dass nicht alle ambulant-sensitiven Fälle tatsächlich ambulant erbracht werden. Regionale Gesundheitsbudgets, die sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen umfassen, sind eine Option zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Gleichzeitig geben sie den lokalen Akteuren eine große Gestaltungsfreiheit. Sie muss aber mit einem Wettbewerb zwischen Regionen und mit kontrollierbaren Qualitätszielen versehen werden. Eine Alternative zu regionalen Budgets wären regionale Vorhaltebudgets. Für letztere würde ein Teil der heutigen

Krankenhausvergütung, zum Beispiel ein Drittel, aus den DRG herausgelöst und nach Bevölkerungs-, Morbiditäts- und Siedlungsstruktur auf Regionen verteilt.

4. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

2018 beliefen sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland auf 391 Mrd. €. Das entspricht 11,7% des BIP. Eine überproportionale Erhöhung der Gesundheitsausgaben würde dazu führen, dass die jungen Generationen stärker belastet würden. Da diese jedoch am Arbeitsmarkt knapp sind, würden ihre Löhne überproportional stark steigen. Dienstleistungen, darunter Gesundheitsdienstleistungen, würden teurer, sodass eine Spirale losgetreten würde, die zu einer Art „Wett-rüsten“ führt: höhere Gesundheitsausgaben, höhere Sozialabgaben, höhere Bruttolöhne für Dienstleistungen, höhere Preise im Gesundheitswesen, höhere Gesundheitsausgaben. Ein Ausweg daraus ist mehr Effizienz des Ressourceneinsatzes. Innerhalb der einzelnen Sektoren ist die Effizienz einigermaßen gut. Sie kann über Digitalisierung weiter gesteigert werden. Noch wichtiger ist die Verbesserung der sektorenübergreifenden Systemeffizienz. Die Ressourcen sollten nicht nur innerhalb der Segmente effizient eingesetzt werden, sondern auch sektorenübergreifend.

Die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben hängt jedoch nicht nur von ihrem Anteil am BIP ab, sondern auch von der Höhe der Wirtschaftsleistung. Sie ist während der Corona-Krise eingebrochen und ihre Entwicklung für die Folgejahre kann nur schwer prognostiziert werden. Generell gilt aber: Eine gute Wirtschaftspolitik, die zu einer starken Wirtschaft führt, ist auch eine gute Gesundheitspolitik, weil damit auch das Gesundheitswesen auf mehr Ressourcen zurückgreifen kann.

5. Wie sollte aus Ihrer Sicht die künftige Gesundheitsversorgung (einschließlich Medikamentenversorgung) in Mecklenburg-Vorpommern strukturiert sein, um eine flächendeckende, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten? Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Wie können Qualität und Erreichbarkeit dabei miteinander verknüpft werden? Welche Bedeutung werden dabei Mobilitätsangebote haben? Wo sehen Sie vor diesem Hintergrund die Rolle der Kommunen, Landkreise und des Landes?

Um die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern künftig in gutem Maß gewährleisten zu können, sollte angestrebt werden:

- Ausbau der Telemedizin, Digitalisierung, flächendeckendes Internet,
- Vorhaltebudgets mit einer zusätzlichen Komponente, die die Siedlungsstruktur berücksichtigt,
- sektorenübergreifende Vergütung und Versorgungsplanung,
- den Akteuren vor Ort mehr Gestaltungsfreiheit einräumen, um neue Versorgungsformen ausprobieren zu können; die derzeitige Regulierungsdichte erschwert Innovationen, die nötig sind, um den Herausforderungen begegnen zu können;
- konsequente Orientierung am Patientenwohl,
- Akquise von Fachkräften,

- Sicherstellung hoher Versorgungseffizienz und
- die flächendeckende Erreichbarkeit der Versorgungsangebote.

Eine dezentrale Krankenhausstruktur aufrecht zu erhalten, dürfte deutlich mehr volkswirtschaftliche Ressourcen in Anspruch nehmen, als eine weniger dezentrale Struktur zu betreiben. Mecklenburg-Vorpommern hat insgesamt 37 Krankenhäuser (23 Krankenhäuser je 1. Mio. Einwohner; leicht unter dem Bundesdurchschnitt). Mit 17 Standorten auf 10 000 qkm hat Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu anderen Bundesländern wenige Standorte (zum Vgl.: Nordrhein-Westfalen 125). Eine stärkere Zentralisierung nach dem „Modell Dänemark“ hat somit keine Priorität. Vielmehr sollte eine sektorenübergreifende Verknüpfung fokussiert werden. Nicht nur die Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sollte im Vordergrund stehen, sondern auch ein professioneller Rettungsdienst, der dafür sorgt, dass im Notfall rasch mit der nötigen Behandlung begonnen werden kann. Da dieser in die Zuständigkeit der Landkreise fällt, gilt es umso mehr eine sektorenübergreifende Verknüpfung voranzutreiben.

6. Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen, sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann?

Das wäre im Detail auszuarbeiten und würde den Rahmen hier sprengen.

7. Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um den Fachkräftebedarf zu gewährleisten? Welche Maßnahmen der Politik halten Sie diesbezüglich für geeignet? Inwieweit kann auch der Einsatz von ausländischen Medizinerinnen und Medizinern sowie von ausländischem Pflegepersonal in unserem Bundesland bei der Auflösung des Fachkräftemangels helfen?

Generell muss weiter an der Attraktivität von Gesundheitsberufen gearbeitet werden. Dazu gehört nicht nur das Lohnniveau. Es geht auch um die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle, um die inhaltliche Stärkung der Pflege durch die Übernahme von mehr Verantwortung, um eine stärker interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen. Ferner kann moderne Technologie einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung und Entlastung des Personals leisten. Außerdem werden im Zuge vieler neuer Technologien auch neue Berufsbilder gebraucht. Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen müssen zum Teil komplett neu gedacht werden.

Die Rekrutierung von ausländischen Medizinerinnen und Medizinern sowie ausländischem Pflegepersonal könnte in Mecklenburg-Vorpommern einen Beitrag zur Milderung des Fachkräftemangels leisten. Wichtig ist hierbei (i) die leichtere Anerkennung der ausländischen Berufsabschlüsse, insbesondere sofern sie außerhalb der EU gemacht wurden, (ii) etwaige Sprachbarrieren überwinden und (iii) die Integration ausländischer Fachkräfte begleiten, damit diese langfristig dem deutschen Gesundheitswesen erhalten bleiben. Die o.g. inhaltliche Aufwertung der Pflege würde im Übrigen die Attraktivität der Pflege in Deutschland für ausländische Pflegekräfte steigern.

Auch eine stärkere Zentralisierung der ambulanten fachärztlichen Versorgung mit Teilzeitoptionen und Angestelltenverhältnissen kann helfen sowie die Zusammenarbeit der stationären und ambulanten fachärztlichen Versorgung, das Teilen von Gerätschaften und gemeinsame Investitionen. Die Corona-Krise könnte zudem dazu führen, dass ländliche Gegenden wieder attraktiver werden, insbesondere wenn Home-Office dort möglich ist. Dazu braucht es ein starkes Internet

in der Fläche. Damit wird es z.B. auch für Partner von Ärzten attraktiver, mit auf das Land zu ziehen.

8. Welche Konzepte und Maßnahmen empfehlen Sie, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen, dabei umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?

Eine zentrale Maßnahme ist der flächendeckende Ausbau des Internets, eine stärkere Digitalisierung der Leistungsanbieter (ambulant und stationär) und nutzerorientierte Tools, wie die elektronische Patientenakte (ePA).

9. Inwieweit sehen Sie die Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung durchgängig gesichert bzw. wo sehen Sie Korrekturbedarf? Inwieweit sehen Sie die Patientenvertretung gesichert bzw. wo sehen Sie Korrekturbedarf?

Patientenorientierung liegt im Gesundheitswesen derzeit nicht vor. Vielmehr muss sich der Patient um die Institutionen herum orientieren. Um dies zu ändern, bedarf es einer großen Kraftanstrengung. Der Patient könnte beispielsweise digital „aufgerüstet“ werden, um stärker auf Augenhöhe mit den Leistungsanbietern zu kommen. Dadurch gewinnt die Nachfrageseite mehr Einfluss, sodass die Anbieter sich entsprechend neu, nämlich patientenorientierter, aufstellen müssen.

10. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie aus der aktuellen Corona-Pandemie für die Sicherung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland im Allgemeinen sowie für Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) aufgerüstet werden muss, insbesondere muss er durchgängig digitalisiert werden und er braucht moderne Werkzeuge, um seiner Koordinationsfunktion effizient nachkommen zu können. Auch sollte der ÖGD wettbewerbsfähige Gehaltsstrukturen bekommen, um auf dem Arbeitsmarkt um die besten Köpfe konkurrieren zu können. Zudem braucht es mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen, um rasch auf Krisen reagieren zu können. Dabei kann regionale Gestaltungsfreiheit durchaus vorteilhaft sein. Es muss nicht alles zentral vorgegeben werden. Jedoch sollten sich die Regionen schon außerhalb von Krisenzeiten ernsthaft Gedanken darüber machen, wie sie im Falle einer Krise handeln sollen. Dazu gehört auch das Vorhalten von krisennotwendigen Gerätschaften, wie zum Beispiel Beatmungsgeräte, und das regelmäßige Schulen des Personals im Umgang mit ihnen. Dies spricht für eine teilweise Finanzierung von Vorhaltekosten von Regionen.

Weitere Schlussfolgerungen aus der noch laufenden Pandemie müssen in den kommenden Monaten erarbeitet werden. Derzeit befinden wir uns vielfach noch im Lernmodus.

Fragenkatalog Wissenschaft

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern? Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie und welche Auswirkungen haben diese auf die Patientenversorgung? Was sind die Ursachen dieser Probleme? Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die benannten Mängel zu beseitigen?

Die größte Herausforderung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung, insbesondere in mehr spezialisierten Bereichen, ist die geringe Bevölkerungsdichte in vielen Regionen in M-V. Dadurch wird die für eine wohnortnahe Bereitstellung aller Versorgungsangebote notwendige Anzahl an Patienten nicht überall erreicht werden. Insbesondere bei Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf (z.B. Kinder mit angeborenen Fehlbildungen, Krebspatienten mit Komorbiditäten, multimorbide, geriatrische Patienten) kann es deshalb schwierig sein, die notwendigen Leistungen zu erhalten¹.

In der ambulanten Versorgung ist die flächendeckende Versorgung nach den aktuell geltenden Maßstäben der Bedarfsplanung in den meisten Regionen gegeben. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass im fachärztlichen Bereich die Praxen sich zum größten Teil in den größeren Orten befinden². Das ist generell auch sachgerecht, weil in den regionalen Zentren weitere Einrichtungen der Daseinsvorsorge verfügbar sind und die Anbindung an der ÖPNV gewährleistet ist. Abhängig von der Entfernung von diesen regionalen Zentren kann für einen Teil der Bevölkerung der Zugang zur Versorgung eingeschränkt sein. Dies betrifft insbesondere Menschen mit einer verminderten Mobilität (aus gesundheitlichen und/oder wirtschaftlichen Gründen).

Ein weiteres Problem ist der Personalmangel in der Pflege und im ärztlichen Bereich. Insbesondere in kleinen Krankenhäusern kann die Sicherstellung der Versorgung durch den Ausfall von bereits wenigen Ärzten oder Pflegekräften problematisch werden. In einigen Bereichen wird die Situation zunehmend prekär, zum Beispiel in der stationären Pädiatrie.

Im ambulanten Bereich ist der Mangel an geriatrischer Versorgung ein Problem. Einem Mangel an spezialisierten Leistungserbringern steht die Zunahme der Anzahl an geriatrischen Patienten gegenüber³. Erste Ergebnisse eigener Analysen zeigen, dass nur 50 bis 75% der Patienten mit einem geriatrischen Versorgungsbedarf, abhängig vom Schweregrad der geriatrischen Probleme, ein geriatrisches Basis-Assessment beim Hausarzt erhalten.

Ein weiterer Problembereich sind lange Wartezeiten in der psychiatrischen Versorgung. Ein Großteil der Patienten mit psychischen Problemen erhält keine Therapie oder muss lange auf einem Therapieplatz warten⁴.

Eigene Analysen zeigen auch Probleme in der Kontinuität der Versorgung im Palliativbereich. Der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zeigt Lücken, insbesondere bei der nicht-spezialisierten Palliativversorgung^{5,6}.

Die Anzahl an Ärzten und Pflegekräften wird höchstwahrscheinlich mittelfristig nicht zunehmen. Die Entwicklung und Implementation innovativer Versorgungslösungen und die Integration von IT- und eHealth-Strukturen sollte deswegen eine hohe Priorität haben. IT- und eHealth Strukturen und Versorgungskonzepte haben ein großes Potential, die vorhandene Versorgung zu unterstützen und Leistungen, die in einer Region nicht vorhanden sind, dennoch für die Region bereit zu stellen.

2. Inwieweit ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung tatsächlich bedarfsgerecht? Inwieweit gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin, sowie der Grund- und Regelversorgung? Wie beurteilen Sie die zukünftige Entwicklung unter den jetzigen Rahmenbedingungen?

Insbesondere in kleinen Krankenhäusern kann die Sicherstellung der Versorgung durch den Ausfall von bereits wenigen Ärzten oder Pflegekräften problematisch werden. Für die Versorgung ist es vorteilhaft, wenn die KH eine größere Anzahl von Patienten versorgen. Größere Häuser können die Qualität der Versorgung besser sicherstellen und die Abdeckung der 24/7 Versorgung („Dienstlinien“)

besser organisieren. Insoweit muss die Krankenhauslandschaft in M-V weiter entwickelt und zukunftsfest gemacht werden.

Wichtig ist, dass die Versorgungsschwerpunkte der Kliniken komplementär geplant werden, damit Krankenhäuser sich nicht unnötig gegenseitig Konkurrenz machen⁷. Mit Hilfe von eHealth-Lösungen können Versorgungsschwerpunkte eines Hauses auch für Patienten anderer Kliniken verfügbar gemacht werden.

Wie beurteilen Sie das „Modell Dänemark“ im Hinblick auf eine Übernahme der Ansätze für den Krankenhaussektor in Mecklenburg-Vorpommern? Welche Vor- und Nachteile birgt das aus Ihrer Sicht? Welche anderen Modelle sind Ihnen bekannt und kämen ggf. in Frage?

Das Modell Dänemark stellt, durch die geringere Anzahl von Krankenhäusern und damit einhergehend die größere Anzahl von Patienten pro Krankenhaus, Qualität und Wirtschaftlichkeit über die wohnortnahe stationäre Versorgung.

Wenn man dieses Modell umsetzt, bedeutet dies eine eingreifende Strukturveränderung. Krankenhäuser müssten dann gezielt und strukturiert von „Satelliten“ in der ambulanten Versorgung (z.B. durch MVZs oder Gesundheitshäuser) flankiert und unterstützt werden. Auch müssen die Kapazitäten des Rettungsdienstes angepasst werden. Das Modell Dänemark setzt ein staatliches Gesundheitssystem voraus, und ist auf Deutschland aufgrund des hier vorhandenen privaten Sektors nicht übertragbar.

3. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem mit Blick auf eine flächendeckende und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung? Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen? Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Das aktuelle Finanzierungssystem ist nach den Sektoren separat organisiert. Dies führt dazu, dass sektorübergreifende Versorgungsmodelle nur innerhalb von Spezialverträgen regional eingeschränkt und kassenspezifisch finanziert werden können. Diese Situation ist nicht förderlich für die Planung und Umsetzung einer für ländliche Regionen geeigneten Versorgung.

Die Finanzierung von Unikliniken ist aktuell analog organisiert wie die Finanzierung von kleineren Krankenhäusern. Die Kosten von Unikliniken sind aber durch die Ausbildung von Ärzten und die Vorhaltekosten von Personal und Ausstattung für zahlreiche – auch wirtschaftlich unlukrative – Fachgebiete sowie die Versorgung von Patienten mit schweren und schwersten Erkrankungen höher.

Die Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland (privat und gesetzlich Versicherte) ist nicht zielführend für eine bessere Versorgung. Das zweigeteilte System verursacht Schwierigkeiten bei der Transparenz des Versorgungsgeschehens, der Sicherstellung von Qualität und auch bei der Verhandlung von Spezialverträgen. Die Zweiteilung ist bspw. ein Problem für die Krebsregister (unterschiedliche Verfahren bei der Abrechnung der Meldungen bei den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen).

4. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

-

5. Wie sollte aus Ihrer Sicht die künftige Gesundheitsversorgung (einschließlich Medikamentenversorgung) in Mecklenburg-Vorpommern strukturiert sein, um eine flächendeckende, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten? Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Wie können Qualität und Erreichbarkeit dabei miteinander verknüpft werden? Welche Bedeutung werden dabei

Mobilitätsangebote haben? Wo sehen Sie vor diesem Hintergrund die Rolle der Kommunen, Landkreise und des Landes?

Es gibt einige Bereiche in der ambulanten Versorgung, die durch die vertragsärztliche Versorgung nicht gut abgedeckt werden (können). Dies kann verschiedene Ursachen haben, z.B.

- weil es spezialisierte Bereiche betrifft, für die in dünnbesiedelten Regionen die wirtschaftliche Basis fehlt (z.B. Subspezialisierungen in der inneren Medizin oder in der Pädiatrie);
- weil es nicht ausreichend Ärzte mit der benötigten Qualifizierung im Land gibt (z.B. in der Geriatrie);
- weil vakante Arztsitze nicht besetzt werden können (z.B. in der Pädiatrie, einige Hausartsitze).

Gleichzeitig ist die Situation vieler kleinerer Krankenhäuser personell und wirtschaftlich angespannt. Wichtig ist deswegen, dass die Versorgung regional koordiniert wird unter Einbeziehung aller Sektoren und Gesundheitsberufen und mit einer verstärkten Integration von eHealth und Telemedizin.

Damit die ambulante Versorgung auch in ländlichen Regionen auf einem hohen Niveau gesichert werden kann, ist es notwendig, dass bestimmte Bereiche der Krankenversorgung mehr zentralisiert werden und dass auch Krankenhäuser sich hier kooperativ engagieren.

Kooperationen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, z.B. in Gesundheitszentren, sind eine Option, die Versorgung insgesamt zu stärken. Spezialisten aus der Klinik können in der ambulanten Versorgung unterstützen, dadurch kann ein regionaler Mangel an niedergelassenen Spezialisten kompensiert werden. Die Basisversorgung durch niedergelassene Ärzte muss sichergestellt werden. Hierzu gehören z.B. die Geriatrie, die Pädiatrie, Fächer mit einem operativen und konservativen Anteil (z.B. Augenheilkunde). Die Kooperation zwischen (Sub)Spezialisierungen und Basisversorgung kann in Zentren effektiv abgebildet werden. Die Gründung von Gesundheitszentren an Klinikstandorten kann inhaltlich sinnvoll und wirtschaftlich effizient sein.

Herausforderungen sind die zum größten Teil strikt sektorierten Organisations-, Dokumentations- und Abrechnungsmodalitäten. Die Etablierung und Nutzung von regionalen Plattformen für den Austausch von Daten und Dokumenten (eHealth Plattform) wäre ein erster Schritt zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Finanzierungsmodelle müssen so gestaltet werden, dass keine finanziellen Nachteile entstehen, wenn die Aufgaben in der Behandlung von Patienten anderen Sektoren zugeordnet werden. Budgetmodelle für bestimmte Regionen, eventuell auch für bestimmte Patientengruppen, können eine Lösungsstrategie sein und sollten in geeigneten Regionen in M-V erprobt werden.

6. Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen, sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann?

Siehe Antwort zu Frage 5

7. Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um den Fachkräftebedarf zu gewährleisten? Welche Maßnahmen der Politik halten Sie diesbezüglich für geeignet? Inwieweit kann auch der Einsatz von ausländischen Medizinerinnen und Mediziner sowie von ausländischem Pflegepersonal in unserem Bundesland bei der Auflösung des Fachkräftemangels helfen?

Wichtige Aspekte für die Fachkräfte sind:

- Attraktive Arbeitsbedingungen (z. B. Vereinbarkeit Beruf-Familie, verlässliche Dienstplanung, Aufstiegsmöglichkeiten, Gehalt)
- Durchlässigkeit in Bezug auf Ausbildung/Studium
- Für die Pflege: akademische Ausbildungsmöglichkeiten (Pflegestudiengang!)
- Anerkennung und Wertschätzung des Berufs in der Bevölkerung und durch andere medizinische Berufsgruppen. Qualifikationsmix.

Maßnahmen der Politik:

- Förderung der Ausbildungsmöglichkeiten
- Informationen über den Beruf und Tätigkeitsinhalte

Ausländische Fachkräfte:

Die Maßnahmen, um Deutschland für ausländische Fachkräfte attraktiv zu machen unterscheiden sich grundsätzlich nicht von den oben genannten Maßnahmen. Pflegekräfte sollten vorher wissen, was Pflege in Deutschland bedeutet (sind oft besser ausgebildet und haben im Heimatland mehr Kompetenzen). Auch deren längerer Verbleib in Deutschland und im Beruf sollte gefördert werden. Vor allem aber sind Unterstützungsangebote beim Erlernen der Sprache und Kennenlernen der Kultur notwendig. Willkommenskultur !

8. Welche Konzepte und Maßnahmen empfehlen Sie, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen, dabei umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?

Telemedizinische Versorgungskonzepte können die Versorgung in bestimmten Bereichen gut ergänzen und/oder (zum Teil) kompensieren.

Unsere Erfahrung ist, dass telemedizinische Versorgungskonzepte in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz haben. Das Vertrauen bei den Leistungserbringern und Kostenträgern ist oft noch begrenzt.

Telemedizin findet noch eher selten in der Regelversorgung statt, es gab aber durch die Covid-Pandemie eine deutliche Zunahme bei Videosprechstunden in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sowie eine generelle Zunahme der Akzeptanz telemedizinischer Lösungen im Versorgungssystem. Ein Problem ist, dass viele telemedizinische Versorgungsmodelle in der Regelversorgung als Verträge zur integrierten Versorgung nach §140a gestaltet sind. Dies bedeutet, dass die Leistungen häufig nur für die Patienten der beteiligten Krankenkassen und regional eingeschränkt verfügbar sind.

Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz und des Vertrauens:

- Die Telemedizin sollte im Rahmen von Praxisprojekten weiter implementiert und evaluiert werden. Es sollte gezielt untersucht werden, in welchen Bereichen und für welche Patientengruppen eine (teilweise) telemedizinische Versorgung eine Lösungsoption für bestehende Mangelsituationen bietet oder aus anderen Gründen Vorteile gegenüber der bisherigen Versorgung bringt. Gleichzeitig sollte die Perspektive der Leistungserbringer mit evaluiert werden, damit Barrieren identifiziert und gelöst werden können.
- Telemedizin ist sehr geeignet für die Förderung einer sektorübergreifende Versorgung. Eine nachhaltige Finanzierung ist aber außerhalb von §140a aktuell schwierig. Hier braucht es politische Unterstützung, damit positiv evaluierte Telemedizinische Konzepte nachhaltig implementiert werden können und für alle Patienten verfügbar werden.
- Für eine Nutzung von Telemedizin auch außerhalb von Praxen und Krankenhäusern ist eine flächendeckende Verfügbarkeit von Breitbandnetz notwendig.
- Separate Telemedizinzentren (mit speziellen Telemedizinärzten und/oder -pflegekräften) sind für bestimmte Bereiche sinnvoll, z.B. für ein zentrales Monitoring von bestimmten Parametern wenn in diesem Bereich ausreichend Patienten eingeschlossen sind. In anderen Bereichen ist ein solches Konzept nicht machbar und ist es sinnvoll, wenn Praxen oder Krankenhausabteilungen die Telemedizin neben der normalen klinischen Arbeit „mit machen“. Damit Ärzte und Pflegekräfte einen Teil ihrer Arbeitszeit mit telemedizinischer Patientenversorgung verbringen können, müssen diese Stellenanteile aktiv benannt, im Betrieb eingeplant und gezielt gefördert werden.

An der UMG gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen der Klinik-IT und der IT im Forschungsbereich im Institut für Community Medicine. Es entstehen Synergien und Konzepte und Lösungen werden gemeinsam entwickelt (z.B. Videokonferenzsysteme, eHealth-Plattform). Diese Kooperation fördert eine IT-Infrastruktur auf hohem Niveau und damit auch die Akzeptanz bei Leistungserbringern und Patienten.

9. Inwieweit sehen Sie die Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung durchgängig gesichert bzw. wo sehen Sie Korrekturbedarf? Inwieweit sehen Sie die Patientenvertretung gesichert bzw. wo sehen Sie Korrekturbedarf?

Die Patientenvertretungen in M-V sind sehr engagiert und leisten sowohl auf der persönlichen als auch auf der politischen Ebene eine sehr wertvolle Arbeit. Die Selbsthilfegruppen sind für Patienten und Angehörige eine wichtige Unterstützung.

Die Kultur der partizipativen Entscheidungsfindung ist in Deutschland dagegen noch nicht sehr ausgeprägt. Patienten müssen mehr und aktiver in Therapieentscheidungen eingebunden werden und übernehmen dann auch mehr Verantwortung für die eigene Therapie. Ansätze in diesem Bereich sollten gestärkt werden.

10. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie aus der aktuellen Corona-Pandemie für die Sicherung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland im Allgemeinen sowie für Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?

- An den Herausforderungen durch die Pandemie wird die Notwendigkeit einer tragenden Rolle der Universitätskliniken ersichtlich. Diese soll durch eine auskömmliche Finanzierung weiter sichergestellt werden;
- Strukturen und Zuständigkeiten für Epidemien und Pandemien sollten in normalen Zeiten vorbereitet und festgelegt werden, einschließlich der führenden Rolle der Universitätskliniken im Land;
- Es sollten Konzepte für die sinnvolle Vorhaltung von medizinischen Gütern (z.B. Schutzkleidung, Testkits, usw.) erstellt werden.
- Es sollten Konzepte für flexible Kapazitätsänderungen in den Krankenhäusern entwickelt werden (flexible Ausstattung, Möglichkeit der raschen Ausweisung von Infektionsschutz-Bereichen).
- Es gab genügend Intensivbetten, aber nicht genug qualifizierte Pflegende, die die Patient*innen betreuen können. Es gibt keinen Überblick über möglicherweise verfügbare inaktive Pflegende, die einspringen könnten oder würden. Hierzu sollten Konzepte und Pläne entwickelt werden („Pflegereserve“).
- Auch Konzepte für einen flexiblen Einsatz von Ärzten und ein Überblick über aktuell nicht-berufstätige Ärzte sollten entwickelt werden.

Quellen:

1. Gebauer A, Stentzel U, van den Berg N, Hoffmann W. Deutschlandweite Prognose der bevölkerungsbezogenen Morbiditätserwartung für häufige Krebserkrankungen Auswirkungen auf die Versorgung. Berlin: DGHO e.V.; 2019. 88 p. Serie: Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO Volume: 14
2. van den Berg N, Radicke F, Stentzel U, Hoffmann W. Versorgungsatlas Vorpommern. Greifswald: Institut für Community Medicine; 2015. 92 p
3. Knorr M, Beyer A, Radicke F, Thome-Soòs F, Hoffmann W, van den Berg N. Geriatrische Versorgung in ländlichen Regionen - Ergebnisse aus zwei standardisierten Befragungen von Leistungserbringern und Akteuren. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2020.
4. van den Berg N, Grabe H, Baumeister S, Freyberger H, Hoffmann W. A Telephone- and Text Message-Based Telemedicine Concept for Patients with Mental Health Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS. 2015; 84(2):82-89
5. van den Berg N, Rehner L, Hoffmann W. Die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 2. Auflage. Greifswald: Institut für Community Medicine; 2019
6. Rehner L, Moon K, Hoffmann W, van den Berg N. Die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung aus Sicht von Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung – eine Querschnittserhebung. DAS GESUNDHEITSWESSEN (In Press)
7. van den Berg N, Radicke F, Stentzel U, Hoffmann W, Fleßa S. Economic efficiency versus accessibility: Planning of the hospital landscape in rural regions using a linear model on the example of paediatric and obstetric wards in the northeast of Germany. BMC HEALTH SERVICES RESEARCH. 2019; 19(1):245