

Das geplante Niedersächsische Krankenhausgesetz (NKHG) – eine Blaupause auch für andere Bundesländer?

Volker Amelung

Durch die COVID-Pandemie ist die Diskussion über den längst überfälligen Strukturwandel im stationären Sektor etwas in den Hintergrund gerückt – allerdings, ohne dass deshalb die Notwendigkeit geringer geworden ist. Die niedersächsische Landesregierung hat nun einen Gesetzesentwurf vorgelegt, der durchaus auch für andere Bundesländer als Blaupause dienen könnte. Für eine Strukturdiskussion sind drei Punkte aus diesem Gesetzesentwurf besonders hervorzuheben:

- I. Einführung eines Versorgungsstufenmodells (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung)
- II. Einführung einer kleinräumigeren Krankenhausplanung (acht statt vier Versorgungsregionen)
- III. Schaffung von regionalen Gesundheitszentren, insbesondere dort, wo ein Krankenhaus der Grundregelversorgung nicht oder nicht mehr besteht; dies beinhaltet somit die explizite Forderung nach sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten

In derartigen Gesetzesvorhaben erlangen häufig vermeintlich kleinere Themen unberechtigterweise zu wenig Aufmerksamkeit. Exemplarisch sei hier nur die Forderung nach einer Etablierung von Demenzbeauftragten genannt.

Zwei grundlegende Themenfelder sollen vorab nochmals betrachtet werden: Warum braucht es einen Strukturwandel? Und warum tun wir uns damit so schwer? Die folgenden Ausführungen sind als Impulse zu verstehen und sollen vor allem die Diskussion anregen.

► 1. Warum ist der Strukturwandel notwendig?

Auch wenn die Sicherstellung der stationären Versorgung zweifellos zur grundgesetzlich verbrieften Daseinsvorsorge gehört (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2022: Aktueller Krankenhausplan NRW) und somit die Erreichbarkeit in allen Regionen unabdingbar ist, müssen

die aktuellen Strukturen grundsätzlich zur Disposition gestellt werden. Fünf Themenfelder – die hier lediglich angerissen werden können – sollten dabei im Fokus stehen.

- ▷ Auswirkungen der Strukturen auf die Qualität der Versorgung
- ▷ Prekäre Personalsituation im Gesundheitswesen
- ▷ „Green Health Care“ als Treiber für den Strukturwandel
- ▷ Effizienz der Strukturen
- ▷ Rolle von Krankenhäusern in der (regionalen) Versorgung

Das hohe Vertrauen in die **Qualität der Versorgung** stellt eine der zentralen Stärken des deutschen Gesundheitssystems dar. Obwohl die Bedeutung von Behandlungsfällen für die Behandlungsqualität vielfach dokumentiert ist (Enquetekommission 2021, S. 78f.), findet kein wirklicher Qualitätswettbewerb statt. Somit muss ordnungspolitisch sichergestellt werden, dass sogenannte „Focus Factories“ entstehen können, in denen mengensensitive Leistungen gebündelt werden. Dabei geht es nicht um die

Schaffung von Monopolen – aber bestimmte Leistungen wie beispielsweise komplexe Transplantationen müssen nicht an 20 verschiedenen Standorten in Deutschland durchgeführt werden, vielmehr dürften sechs bis max. acht Standorte dafür ausreichen. Hier gilt es, die drei Faktoren ‚Förderung von Spezialisierung‘, ‚Vermeidung von Monopolstellungen‘ und ‚angemessene Erreichbarkeit‘ auszutarieren.

Der vermutlich stärkste Veränderungstreiber im stationären Sektor ist die **prekäre Personalsituation** (Enquetekommission 2021, S. 91). Diese wird sich sowohl im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich auch perspektivisch nicht ändern. Um eine adäquate Personalausstattung zu erreichen, wird es notwendig sein, personaltechnisch „notleidende“ Standorte zu einem gemeinsamen „Point of Care“ zu verschmelzen, der eine angemessene Ausstattung an Fachpersonal sicherstellen kann. Auf diese Weise wird es gegebenenfalls sogar ermöglicht, dass der stationäre Sektor Leistungen der ambulanten Versorgung mit übernimmt. Dies gilt insbesondere in bestimmten fachärztlichen Bereichen, die zukünftig in ländlichen Regionen kaum noch durch die ambulanten Strukturen abzudecken sind. Dabei darf allerdings nicht ignoriert werden, dass die Personalknappheit ein sehr viel komplexeres Thema ist und beispielsweise sowohl mit schleppender Delegation und Substitution, prekären Arbeitssituationen und hoher Leistungsanspruchnahme der Versicherten zu tun hat.

Noch sehr vage wird das Thema „**Green Health Care**“ diskutiert. Evident ist, dass das Gesundheitswesen in einer relevanten Größenordnung zum CO₂-Ausstoß beiträgt und die Krankenhäuser auch in diesem Bereich massiv unter Veränderungsdruck geraten werden. Es ist davon auszugehen, dass auch hier ein Zusammenschluss mehrerer Standorte notwendig wird, weil einzelne Häuser aufgrund der hohen Investitionskosten die Transformation zum Green Hospital nicht leisten können.

Bei den oben beschriebenen Veränderungstreibern rückt die Frage der **effizienten Strukturen** dagegen eher in den Hintergrund. Krankenhäuser müssen sich nicht primär aus ökonomischen Gründen neu positionieren, sondern aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen, die sowohl angebots- als auch nachfrageseitig be- bzw. entstehen. Somit ist nicht entscheidend, ob ein bestehendes Krankenhaus in den Strukturen überleben kann, sondern vielmehr, ob andere Netzwerkstrukturen effektiver und effizienter sind.

Von besonderer Bedeutung ist allerdings der letzte Punkt: die **Rolle von Krankenhäusern** im Gesundheitssystem heute und in der Zukunft. Traditionell stand die Akutversorgung im Vordergrund, das Krankenhaus bildete gleichsam den Mittelpunkt

der Versorgung. Mittlerweile hat sich dieses Bild deutlich gewandelt: Der Fokus liegt heute auf der Versorgung multimorbid chronisch kranker Patient_innen, bei denen der Krankenhausaufenthalt nicht im Zentrum der Versorgung steht. Die Grafik auf der folgenden Seite verdeutlicht den Wandel in den Prioritäten eindrücklich.

Der hier leicht überzeichnete Paradigmenwechsel von einem Akutversorgungssystem hin zu einem System, in dem das aktive langfristige Management von Erkrankungen im Vordergrund steht, bedingt ein anderes Rollenverständnis von Krankenhäusern im Versorgungssystem. Es gilt, stationäre Einrichtungen in Netzwerkstrukturen einzubinden und auch die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen neu definiert werden. Gerade die amerikanische Diskussion zu *Accountable Care Organizations* (ACO) (Simon, Amelung 2022) zeigt deutlich, dass die Rolle von Krankenhäusern – vom Initiator bis hin zum Systempartner – hier ganz vielfältig sein können.

► 2. Warum ist Krankenhauspolitik so schwierig?

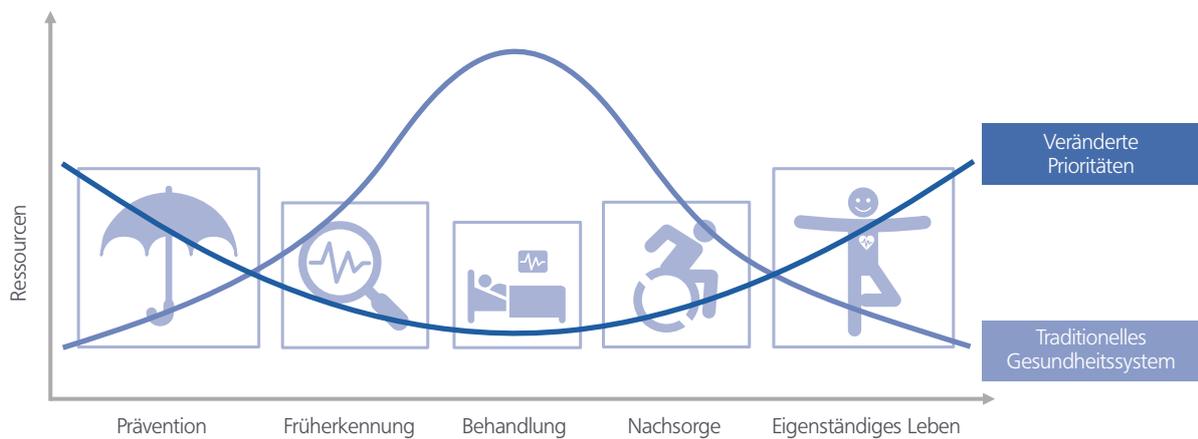
Reformen im stationären Sektor sind durch zwei Besonderheiten charakterisiert:

- 1.) Es besteht eine Gemengelage der Kompetenzen auf unterschiedlichen Ebenen. Dies betrifft insbesondere Bundes- und Länderkompetenzen und -aufgaben. So obliegt beispielsweise der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung den Ländern, während das Vergütungssystem (DRG) über den Bund gesteuert wird.
- 2.) Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Interessengruppen, zu denen beispielsweise Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, Parteien, Selbstverwaltung und unterschiedliche Trägerstrukturen zählen. Entsprechend heben Bandelow et al. (2020, S. 300) hervor, dass Krankenhauspolitik von Zielkonflikten und konkurrierenden Interessen um Entscheidungsmacht gekennzeichnet ist. Treffend wird von föderalen, ökonomischen und normativen Konfliktlinien (Bandelow et al. 2020, S. 300f.) gesprochen.

Als besonders fehlsteuernd ist die Konstellation der dualen Finanzierung zu sehen (zu den Finanzierungsoptionen siehe Wasem 2020, S. 41ff.). Die Finanzierung der Infrastruktur durch die Länder wird notorisch als unzureichend eingestuft – wengleich der Investitionsstau je nach Bundesland deutlich variiert. Entscheidend ist, dass eine duale Finanzierung jeder betriebswirtschaftlichen Logik widerspricht und mehr oder wenig zwangsläufig zu Fehlsteuerungen führt.

Abbildung 1

Rolle von Krankenhäusern im Gesundheitssystem



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an George Crooks, Digital Health & Care Innovation Center, ICIC, Odense 24.05.2022

Strukturwandel im Krankenhaussektor hat darüber hinaus das Problem, dass Veränderungen in den Strukturen, wie sie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurden, überaus schwer zu kommunizieren sind.

► 3. Setzt das Niedersächsische Krankenhausgesetz an den richtigen Punkten an?

Bei den anstehenden Strukturreformen im stationären Sektor steht nicht die Frage nach dem Warum im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage nach dem Wie. Die Sicherstellung flächendeckender Versorgung steht ebenso wenig zur Disposition wie die Notwendigkeit einer möglichst hohen Versorgungsqualität, der Schaffung von angemessenen Arbeitsbedingungen sowie ökologisch und ökonomisch zukunftsfähigen Strukturen. Aber genauso muss eine sich verändernde Morbiditätsstruktur hin zu chronischen Erkrankungen berücksichtigt werden.

Das niedersächsische Krankenhausgesetz setzt aus zwei Gründen an den richtigen Punkten an:

- 1.) Kleinteiligere Planung mit klaren Versorgungsstufen
- 2.) Schaffung von Alternativen für Krankenhausstandorte

Versorgung muss sichergestellt werden und deshalb ist eine kleinteilige Planung mit klaren Versorgungsstufen notwendig. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen werden aber keine Leistungsmengen verplant, sondern Strukturrahmen geschaffen. Ob dies in ausreichendem Maße zu den erwünschten Effekten führt, sollte im Rahmen einer Begleitevaluation geprüft werden.

Besonders wichtig sind die Alternativen für Krankenhausstandorte. Die im Bericht der Enquetekommission skizzierten Regionalen Gesundheitszentren sind überaus sinnvoll und können durchaus als Blaupause für andere Standorte in Deutschland dienen. Gerade in einem Gesundheitssystem, das als zentrale Herausforderung die Versorgung multimorbid chronisch kranker Patient_innen hat, braucht es innovative neue Modelle.

Darüber hinaus ist die Vorgehensweise bemerkenswert. Eine überaus umfangreiche Arbeit der Enquetekommission stellt die Grundlage des Gesetzentwurfs dar. Somit wurde ein durchaus zeitintensiver, aber konsensueller Weg gewählt, der vermutlich für derartige Strukturmigrationen sinnvoll ist. Zudem ist der Abschlussbericht der Enquetekommission getragen von den Gedanken der integrierten Versorgung.

Internationale Blueprints von integrierten Versorgungssystemen (Amelung et al. 2021) zeigen deutlich, dass eine strukturierte Versorgung nur in Netzwerkstrukturen leistbar ist, in denen Patient_innen auf der jeweils geeigneten Versorgungsstufe behandelt werden. Dies gilt auch für unterschiedliche Versorgungsstufen innerhalb eines Sektors, d. h., dass auch zwischen den unterschiedlichen Krankenhausstufen gesteuert werden sollte. Dies setzt sowohl eine gezielte Steuerung durch sogenannte Lotsenkonzepte voraus als auch eine entsprechende digitale Unterstützung von sektorübergreifenden Patient_innenpfaden.

In einer solchen Logik stellt das Krankenhaus nicht den Mittelpunkt der Versorgung dar, sondern es agiert vielmehr am Rande des Systems. Dies bedeutet allerdings keinesfalls eine Abwer-

tion der stationären Versorgung, sondern vielmehr eine Einordnung in die Logik der Versorgungspyramide: Auf der unteren Ebene steht die Eigenverantwortung der Patient_innen, während die Spezialversorgung in Krankenhäusern in der Spitze der Pyramide angesiedelt ist.

Das Niedersächsische Krankenhausgesetz ist sicherlich eine bedeutende Weiterentwicklung der Krankenhausplanung. Es baut mehr auf dem Gedanken auf, Optionen zu gestalten, als einen starren Weg vorzuschreiben. Das ist absolut zu begrüßen. Allerdings sind die Möglichkeiten eines einzelnen Bundeslandes sehr begrenzt. Das hängt zum einen damit zusammen, dass gewisse Themen nur über Ländergrenzen hinweg geplant werden können (insbesondere in Bezug auf Hamburg und vor allem Bremen), zum anderen besteht eine komplexe Gemengelage zwischen Kompetenzbereichen. Besonders offensichtlich wird dies bei der Frage der Finanzierung: Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gibt es kein vernünftiges Argument, die Betriebs- und Investitionskosten zu trennen. Hier gilt es, gemeinsam neue Lösungsan-

sätze zu entwickeln, die die Länder nicht aus ihrer Verantwortung lassen, aber gleichzeitig die Fehlsteuerung und die permanente Unterfinanzierung beheben.

Literatur

Amelung V, Stein V, Suter E, Goodwin N, Nolte E, Balicer R. (Hrsg.) (2021) Handbuch Integrated Care, 2. Aufl., Springer, Heidelberg.

Bandelow N, Homung J, Iskandar Y. (2020) Krankenhausfinanzierung und -vergütung als politisches Handlungsfeld. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2020, S. 299–313.

Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (2021) Hannover.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022) Aktueller Krankenhausplan NRW. Düsseldorf.

Simon B, Amelung V. (2022) 10 Jahre Accountable Care Organizations in den USA: Impulse für Reformen in Deutschland? Das Gesundheitswesen, 84: S. 1–13

Wasem J. (2020) System der Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2020, S. 41–51.

Über den Autor:

Prof. Dr. Volker Amelung – Medizinische Hochschule Hannover, Schwerpunktprofessur für internationale Gesundheitsforschung.
Er war zwischen 2007 bis April 2022 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e. V. (BMC)

Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von dem Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden und geben ausschließlich seine persönliche Meinung wieder.

Zuletzt erschienene Publikationen des Managerkreises:

Keine Energiewende ohne soziale Wärmewende: Impulse für eine bezahlbare Versorgung mit „grüner Wärme“

AG Energie und Umwelt des Managerkreises, Juni 2022

5 Forderungen zur Zukunft unseres Landes

Managerkreis NRW, Mai 2022

Mobiles Arbeiten: Lösungen und Potenziale

Dr. Frank Lelke, Gabriele Schmidt, Dr. Barbara Loth, April 2022

Sustainable Finance: Klare Regeln für die Finanzwirtschaft und ein ganzheitlicher politischer Ansatz

Stefan Marx, Karl-Peter Schackmann-Fallis, Florian Witt, April 2022

Lösungsmodelle zur Schaffung bezahlbaren Wohnraums: Eine Betrachtung der SoBoN-Gestaltung im Landkreis München

Tina Haller, Florian Schardt, Februar 2022

Alle Veröffentlichungen des Managerkreises finden Sie unter:

<https://www.managerkreis.de/publikationen>

Impressum: © Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeberin: Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Deutschland
Verantwortlich: Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung | Hiroshimastraße 17 | 10785 Berlin
www.managerkreis.de | ISBN: 978-3-98628-200-4 | Juni 2022

Inhaltliche Verantwortung und Redaktion: Marei John-Ohnesorg | Kontakt: managerkreis@fes.de, 030 26 935 7051

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. Eine gewerbliche Nutzung der von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

