

## **Wege zur Verbesserung der Versorgungsqualität nach Corona**

oder

## **was das Gesundheitswesen aus der Pandemie lernen sollte**

Veröffentlichung im Wirtschaftsteil der F.A.Z. vom 3. Mai 2021

**Die Corona-Pandemie befeuert die Diskussion über den Umbau der Krankenhauslandschaft in Deutschland. Seit Jahren verweisen Studien darauf, dass die große Zahl von Krankenhäusern in Deutschland nicht mit einer hohen Versorgungsqualität einhergeht. Im Gegenteil, eine Reduktion der kleinen Häuser und Zentralisierung der Kapazitäten in stärker spezialisierten Krankenhäusern könnte zu einer wesentlich besseren Versorgung beitragen. In einigen Regionen haben, bedingt durch die schwierige wirtschaftliche Lage der kleinen Häuser, daher Umstrukturierungen begonnen – etwa in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen. Schon vor der die Pandemie gab es Widerstand in der Bevölkerung gegen die Schließung kleiner Häuser, der sich nun eines weiteren Arguments bedient: Gerade die große Anzahl der Häuser und deren Intensivbetten sind ein wesentlicher Faktor zur Bekämpfung von Pandemien. Doch stimmt das wirklich?**

Die Corona-Pandemie zeigt vielmehr, wie schlecht die Ressourcen in deutschen Krankenhäusern verteilt und genutzt werden. Eine Studie über AOK-Patienten zeigt, dass ca. ein Viertel der Krankenhäuser den großen Anteil der Corona-Arbeit geschultert hat. Eine weitere Hälfte der Häuser hat eine mittlere bis niedrige Zahl an COVID-19-Patienten behandelt und ein letztes Viertel hat keine Covid-19 Patienten versorgt. Bei der intensivmedizinischen Behandlung lag eine noch höhere Konzentration der Corona-Arbeit vor.

In welchem überschaubarem Maß kleine Häuser dabei zur Behandlung der Corona-Patienten in Deutschland beigetragen haben, zeigt eine neue Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts RWI und der Technischen Universität Berlin: Insgesamt haben die kleinen Krankenhäuser unter 150 Betten ca. 5% der intensivpflichtigen Covid-19 Patienten versorgt. Um Betten für mögliche Corona-Fälle auf Vorrat leerzuhalten, erhielten alle Krankenhäuser eine Freihaltepauschale. Davon profitierten aber ausgerechnet eher kleine Häuser mit niedrigem Krankheitschweregrad. Während große Häuser weniger profitierten und solche mit hohem

Prof. Dr. Anja Kern  
Studiengangsleiterin BWL - Handel

DHBW Mosbach  
Lohrtalweg 10  
74821 Mosbach

Tel.: +49 6261 939-458  
Fax: +49 6261 939-414  
[anja.kern@mosbach.dhbw.de](mailto:anja.kern@mosbach.dhbw.de)

[www.mosbach.dhbw.de/ih](http://www.mosbach.dhbw.de/ih)



Krankheitsschweregrad gar Erlösrückgänge erlitten. Letztere gehören in dieser Hinsicht zu den wirtschaftlichen Verlierern der Pandemie.

Die Stunde der Wahrheit in Bezug auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser schlägt am Ende der Pandemie. Offenbar lässt die Freihaltepauschale die wirtschaftliche Situation vieler kleiner Häuser besser erscheinen als sie eigentlich ist. Das Ende dieser Pauschalen wird sich daher negativ auf das Ergebnis vieler kleiner Häuser auswirken. Der absolute Rückgang an Fällen, der in der Pandemie beobachtet wurde und von dem Experten ausgehen, dass er dauerhaft ist, wird diese Entwicklung noch verstärken. Anstelle von stationärer Einweisung und Behandlung könnte sich für einige Krankheitsbilder, gerade bei den weniger schweren Fällen, die ambulante Behandlung durchsetzen.

Dass kleine Krankenhäuser mit niedrigem Schweregrad die wirtschaftlichen Gewinner sind, während große Häuser mit hohem Schweregrad die wirtschaftlichen Verlierer sind, zeigt, wie wenig das System auf eine effiziente Allokation von Ressourcen und eine hohe Versorgungsqualität ausgerichtet ist. Die seit Jahren praktizierte Vorhaltung von Betten aus lokalem politischem Interesse steht auch in der aktuellen Corona-Krise einer optimalen Ressourcenverteilung im Weg. Übrigens trägt diese Situation wesentlich zu dem viel diskutierten Fachkräftemangel in der Pflege bei.

Dazu kommt, dass die entscheidenden Faktoren zur Bekämpfung der Pandemie kaum mit der Zahl der Krankenhäuser zu tun haben. Zunächst hat sich gezeigt, dass Infektionen innerhalb der Krankenhäuser ein Problem darstellen. Die Isolation der Covid-19 Patienten in den Häusern oder auch der Einsatz von mobilen Einheiten in Infektionsgebieten können dem vorbeugen.

Entscheidend für die Eindämmung der Pandemie sind vor allem Maßnahmen, die das exponentielle Verbreiten des Virus verhindern, wie ein frühzeitiger Lockdown, der Maßnahmen zur Kontaktvermeidung durchsetzt und damit zur massiven Reduzierung von Kontakten und Ansteckungen führt. Dazu gehören auch das Tragen von Masken und der gezielte Schutz von gefährdeten Bevölkerungsgruppen, wie Senioren, Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen sowie Menschen mit Vorerkrankungen. Neben dem Abbremsen von Infektionen spielt die Identifizierung und Verfolgung von Infektionsketten eine zentrale Rolle.

Gesundheitsämter, Tests und digitale Anwendungen wie Apps kommen hier zum Einsatz. Gerade die Digitalisierung kann einen wesentlichen



Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie leisten, wenn der Datenschutz nicht undifferenziert und unreflektiert dem Schutz der Menschen vorangestellt wird. Taiwan, Japan und Korea zeigen, wie in Pandemien durch Einsatz von effektiver Kontaktverfolgung, Quarantäne und Kontaktvermeidung die Infektionszahlen kontrolliert und niedrig gehalten werden können. So hat Taiwan bis heute nur 11 Covid-19-Todesfälle zu verzeichnen. Das relativ gute Abschneiden dieser Länder liegt sicher auch daran, dass sie aus Erfahrungen mit vorangegangenen Epidemien gelernt haben

Besonders wirkungsvoll kann – ausreichend Impfstoff vorausgesetzt – die schnelle Impfung der Bevölkerung zum Eindämmen der Pandemie beitragen. Effektiv dürfte dabei eine Taskforce sein, die Erfahrungen und Wissen aus Verwaltung, Wirtschaft, Katastrophenschutz und Militär bündelt und so gezielt und kompetent die Beschaffung und Verteilung von Impfstoff übernimmt. Die „UK Vaccine Taskforce“, ein Team von Beamten, Militärs und Spezialisten aus der Industrie, hat wesentlich zum Erfolg der Impfstrategie in Großbritannien beigetragen. Ebenso erfolgreich war auch „Operation Warp Speed“ in den Vereinigten Staaten, die als Partnerschaft zwischen öffentlichem und privatem Sektor die Kompetenzen und Mittel unter anderem aus verschiedenen Ministerien, Militär und 8 Pharmakonzernen bei der Impfstoffentwicklung und -verteilung gebündelt hat. Auf ähnliche Weise könnten Medikamente, Masken oder Geräte beschafft werden.

Die hohe Zahl von Krankenhäusern in Deutschland trägt in der Gesamtschau weder zu einer effektiven und effizienten Versorgung in Pandemiezeiten noch zu einer hohen allgemeinen Versorgungsqualität bei.

Die Krankenhauslandschaft muss daher neugestaltet werden. In einigen Regionen wurde das erkannt und man ist hier bereits dabei, die Versorgungsstrukturen hin zu höherer Qualität und Effizienz zu verbessern. Es geht dabei übrigens nicht darum, kleine Häuser zu schließen, sondern darum, ihren Zweck neu zu definieren und ihre Funktionen neu zu fokussieren.

So hat das Gesundheitsministerium in Rheinland-Pfalz das Konzept „ZUG Zukunft Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz“ für ländliche Kliniken entwickelt mit dem Ziel die Versorgungsstrukturen zu modernisieren und wirtschaftlich tragfähig zu machen. Das Konzept besteht aus drei Modulen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Ausgehend von einer differenzierten regionalen Bedarfsanalyse (Modul 1) wird ein



Versorgungskonzept abgeleitet (Modul 2), aus dem Funktionen für kleinere Krankenhäuser entwickelt werden können (Modul 3). Prämissen für das Konzept sind die Berücksichtigung der gesamten Versorgungskette, die Vernetzung kleinerer Krankenhäuser mit großen Partnerkrankenhäusern und die Schaffung sektorübergreifender Netzwerke mit stärkerer Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor. Die Beteiligung von Akteuren aus Politik, Versorgung und Krankenkassen ermöglicht neue Modelle hinsichtlich integrierter Versorgung und Vergütung zu entwickeln. Das Konzept wird in Form von Modellprojekten bereits an den Standorten Saarburg und Kirn verfolgt.

Ein ähnliches Modell hat das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) an der Universität Bayreuth unter Leitung von Professor Eckhard Nagel erarbeitet. Schon seit einigen Jahren entwickelt das Institut konkrete Konzepte, die bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft auf regionaler Ebene eingesetzt werden können. Der neue Ansatz unter dem Motto „Mein Gesundheitscampus“ ist noch stärker darauf ausgerichtet, kleine lokale Strukturen in ein Gesamtkonzept zur regionalen Gesundheitsversorgung zu integrieren. Grundpfeiler des Konzepts sind die Aufrechterhaltung eines reduzierten Krankenhauses für die Notversorgung und eine enge Kooperation mit benachbarten größeren Einheiten, um von deren Bandbreite zu profitieren. Digitalisierung, beispielsweise durch eine Online-Sprechstunde mit einem Universitätsklinikum, ambulante Leistungen durch die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), sind weitere Pfeiler dieses Konzepts. Akteure auf regionaler Ebene können „ihren“ Gesundheitscampus der Zukunft entwickeln. Dabei sind auch neue Vergütungsformen, die einer stärkeren Integration der ambulanten und stationären Versorgung besser Rechnung tragen, denkbar. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen zeichnet sich das Bayreuther Konzept durch eine Vorher-Nachher-Messung der Versorgungsqualität auf Basis objektiver internationaler Standards aus. So soll sichergestellt werden, dass die Versorgungsqualität nach der Reorganisation tatsächlich besser ist. Objektive Messungen sollen durch die Beurteilung der Versorgungsqualität aus Sicht der Bevölkerung ergänzt werden.

Dass sich die Krankenhauslandschaft in den kommenden Jahren deutlich verändern wird, kann als sicher angenommen werden. Es müssen Konsequenzen aus den Fehlallokationen gezogen werden, um nicht weiter ineffiziente Strukturen mit schlechter Versorgungsqualität zu erhalten. Die neuen Strukturen sollen die Versorgung verbessern und verstärkt auf Digitalisierung und ambulante Behandlung setzen. Mit



dieser Transformation soll die stationäre Versorgung in den ländlichen Regionen nicht verschwinden. Vielmehr sollen durch Re-Fokussierung und Integration der kleinen Häuser die Qualität und Wirtschaftlichkeit im ländlichen Raum verbessert werden. Wegweisend dafür sind die Initiativen von Rheinland-Pfalz und IMG.

### **Über das Autorenteam**

Anja Kern ist Inhaberin einer Stiftungsprofessur an der DHBW Mosbach, gefördert von der Dieter Schwarz Stiftung gGmbH und dem Stifterverband. Sie beschäftigt sich intensiv mit dem betrieblichen Rechnungswesen in Krankenhäusern.

Peter Jung, Aufsichtsrat Vivantes, ehemaliger Aufsichtsrat Charité, Berlin. Er beschäftigt sich mit Strategie und Sanierung von Krankenhäusern.