

**BAG Soziales Arbeit Gesundheit**

Sprecher\*innen:

Willi Kulke, Armin Grau

Ute Michel, Edith Ailingner

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Platz vor dem neuen Tor 1

10115 Berlin

[www.gruene-bag-arbeit-soziales-gesundheit.de](http://www.gruene-bag-arbeit-soziales-gesundheit.de)

E-mail: [bag.sozialpolitik@gruene.de](mailto:bag.sozialpolitik@gruene.de)

10.6.2020

**Protokoll zur Webkonferenz der BAG Arbeit Soziales Gesundheit**

**9.6.2020 19:30 Uhr bis 21:30 Uhr**

**Patientenorientierte Versorgung mit regionalen Gesundheitsbudgets**

Einführung in das Thema Prof. Armin Grau:

Die Corona-Pandemie prägt die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion. Deutschland ist relativ gut durch die Krise gekommen, die Probleme im deutschen Gesundheitswesen dürfen jedoch angesichts der Krise nicht vergessen werden und verschärfen sich aktuell z.T. noch (z.B. finanzielle Schieflage einzelner Krankenhäuser).

Hauptproblem unseres Gesundheitswesens ist, dass es nicht primär am Patientennutzen orientiert ist. Teilaspekte sind die unzureichende sektorübergreifende Versorgung zum Nachteil v.a. der chronisch Kranken, dass zu viel stationär behandelt wird, dass dem hohen Mitteleinsatz oft nur mittelmäßige Ergebnisse gegenüberstehen, und dass es zunehmende Versorgungsengpässe v.a. im ländlichen Raum gibt. Regionale Budgets sind ein möglicher Ansatz für die Lösung eines Teils der Probleme.

Vortrag Prof. Augurzky (Präsentation anbei):

Prof. Dr. Boris Augurzky RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen - Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Stiftung Münch

Die finanzielle und personelle Situation der Krankenhäuser ist angespannt und wird sich verschlechtern. Gründe sind zunehmender Fachkräftemangel, hoher finanzieller Einsatz (verstärkt durch die aktuelle Pandemie) und zunehmender Arbeitsaufwand, nicht zuletzt durch zunehmende Bürokratie, Kontrollen und Detailregulierung. Während sich bis 2016

Leistungsmenge und Vergütung die Waage hielten, leiden die Krankenhäuser seit 2017 unter rückläufigen Patient\*innenzahlen bei steigenden Personalkosten. Gleichzeitig befinden sich die staatlichen Investitionsmittel bezogen auf die KH-Umsätze im Sinkflug. Erforderlich wäre ein Anteil von 7% Investitionsmittel, geliefert werden 3%. Langfristig führt diese Entwicklung zu Substanzverlust in den Krankenhäusern.

Inzwischen besteht massiver Handlungsdruck. Bis 2030 werden fast 700 000 Fachkräfte fehlen. Die Leistungserbringer\*innen sind auf Menge getrimmt, so dass Deutschland im europäischen Vergleich die höchste Zahl an Krankenhausfällen je Einwohner (23 pro 100 EW und Jahr) hat und im ambulanten Bereich nach Ungarn und Slowenien im Spitzenbereich bei der ärztlichen Inanspruchnahme liegt. Rund 53% der Krankenhäuser haben weniger als 200 Betten, 30% sogar weniger als 100 Betten.

Es kommt zu einem Aufrüsten bei Leistungserbringer\*innen und Krankenkassen und im Gefolge über den Gesetzgeber zu einer Aufrüstung der Regulierung; Handlungsspielräume nehmen ab.

Schlüssel, um hier Abhilfe zu schaffen, sind Zentrierung auf weniger Krankenhäuser, Krankenhäuser verstärkt für ambulante Leistungen öffnen, hausärztliche Versorgung durch gut ausgebildete Pflegekräfte in unterversorgten Gebieten, Ausbau der Digitalisierung (Bsp.: ada-App-Gesundheitsakte der TK). Künftig digital vor ambulant vor stationär. Ziel ist Integrierte Gesundheitsversorgung aus einer Hand: Ambulante Versorgung, Vorsorge und Prävention, hausärztliche und fachärztliche Versorgung, Notfalldienste, Apotheken, Heil- und Hilfsmittel, Ausbildung, stationäre Versorgung, Rettungswesen, Telemedizin, ambulante und stationäre Reha, Altersgerechte Angebote, Pflege, Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen, Mobilitätsunterstützung....Darüber steht ein Sektorenübergreifendes regionales Gesundheitsbudget als eine Option zur Schaffung einer Gesamtverantwortung für die Versorgung vor Ort. Ein\*e dominante Akteur\*in sollte die Koordination übernehmen. Innerhalb der „Landschaft“ sollte möglichst kein Wettbewerb stattfinden. Die Region sollte mit 200.000 bis 400.000 Einwohner nicht zu klein sein, weil sonst die Fixkosten zu hoch sind und die Risikodiversifikation schwierig wird. Eine „Gesundheits-GmbH“ koordiniert die regionale Versorgung, lokale Akteur\*innen oder Kassen können beteiligt werden. Das Budget der Region wird pro Kopf, abhängig von Alter, Geschlecht, Risiken, Qualitätsindikatoren, festgelegt. Wettbewerb zwischen den Regionen und freie Wahl der Region für die Versorgung sollen gewährleistet sein.

#### Diskussion:

- Die Budgetermittlung wird schwierig. Qualitätsmessung erfordert viel Bürokratie, die eigentlich abgebaut werden soll. P4P wurde schon in vielen Ländern mit enormen Bürokratiezuwachs erfolglos versucht.
- Jedes Budget hat eine defensive Medizin zur Folge, was die Gefahr der Unterversor-

gung birgt. Besonders sozial benachteiligte Patient\*innen und immobile Patient\*innen (Ältere und Schwerkranke) wird dieses Problem treffen. Jüngere, mobile Patient\*innen können sich hingegen die beste Region aussuchen und sich dort behandeln lassen.

- Was passiert in Grenzregionen? Beispiel: Verlegung auf eine andere Intensivstation in der Nähe, aber in einer anderen Gesundheitsregion. Komplizierter Finanzausgleich wird erforderlich. Erschwert wird die Finanzregelung durch die Vielzahl der Krankenkassen, die teilweise landesweit, teilweise bundesweit organisiert sind.
- Neue Managementstrukturen und Akteur\*innen, die aus dem Geld für Gesundheitsversorgung alimentiert werden, werden erforderlich.
- Digitalisierungsprojekte sind Hilfsmittel und können keine Strukturprobleme lösen. Hinzukommen Datenschutzprobleme, z. B. wurde die Gesundheitsakte gerade von der Techniker Krankenkasse aufgegeben, da Daten direkt zu Facebook geflossen sind.
- Zentralisierung wird die Folge. Versorgung abgelegener Gebiete ist wirtschaftlich nicht mehr interessant. Abgelegene Gebiete anstatt mit Hausärzt\*innen mit Pflegekräften zu besetzen, ist der Bevölkerung schwer vermittelbar und fachlich problematisch.
- Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser ist bereits rückläufig, parallel steigt die Attraktivität des Pflegeberufs, was man an den Bewerberzahlen für Ausbildungsplätze sieht. Ausländische Pflegekräfte mit Bachelor sind hier allerdings oft unzufrieden, weil sie fachlich unterfordert sind, da das deutsche Pflegesystem haftungstechnisch bisher auf nicht-akademisierte Pflegekräfte ausgerichtet ist.
- Gesundheitsregionen, die über Gesundheitskonferenzen oder Genossenschaften - nicht durch Kapitalgesellschaften - organisiert werden, wären eine Alternative. Andererseits besteht hier die Gefahr, dass Entscheidungsfindungen zu langwierig und umständlich werden.
- Das bisherige System hat sich gerade jetzt in der Krise bewährt, das Ausland bewundert uns für das gute Gesundheitssystem. Brauchen wir wirklich eine grundlegende Umstrukturierung des Gesundheitssystems („Meteoriteneinschlag“)?