

Corona-Management und Strukturreform

Ein Prognoseversuch für die nächsten vier Jahreszeiten

Krisenbewältigung, Kassensturz, Rückkehr an den Verhandlungstisch und am Ende die große Krankenhausreformdiskussion: Was uns bis 2021 erwarten könnte.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Wir leben in Zeiten, in denen Prognosen ein notwendiges, aber ausgesprochen risikoreiches Unterfangen sind. Man fährt „auf Sicht“ und die Sicht ist schlecht. Im Folgenden sei zur Strukturierung ein Vierjahreszeitenmodell vorgeschlagen:

- Sommer: Corona-Management
- Herbst: Kassensturz
- Winter: Rückkehr zur Vergütungs- und Behandlungsroutine
- Frühling: Start einer Strukturreformdiskussion



Sommer: Corona-Management

Der Sommer dieses Jahres steht ganz im Zeichen der Corona-Bewältigung. Es ist quasi jede ordnungspolitische Caprice erlaubt, sofern sie hilft, die Verbreitung des Virus zu verhindern und einen Kollaps des Gesundheitswesens zu vermeiden. Die wesentlichen Aktivitäten spielen sich dabei außerhalb des Krankenhauses, ja sogar außerhalb des Gesundheitswesens ab.

Die Aufforderung der Regierung, alle Kraft auf den Aufbau von Corona-Intensivbetten zu konzentrieren und dafür auch elektive Operationen zurückzustellen, hat zu einem Belegungsrückgang in nie gekanntem Ausmaß geführt. Zurzeit steht rund ein Drittel der Krankenhausbetten leer – nicht nur auf Normalstationen. Dafür gibt es patienten- und krankenhausesseitige Gründe. Aus der Sicht der Patienten scheint das Krankenhaus (und auch die niedergelassene Praxis!) ein Ort erhöhter Ansteckungsgefahr zu sein. Krankenhausesseitig dominiert die Anreizwirkung der Leerstandsvergütung in Höhe von 560 Euro je Tag. Die

Regierung musste angesichts der Bilder aus Bergamo schnell handeln. Man sollte diese Maßnahme deshalb nicht kritisieren, aber alsbald korrigieren. Drei Beispiele:

1. Eine Leerstandsprämie, die für alle Kliniken gleich ist, muss zur Unterfinanzierung von Maximalversorgern bei gleichzeitiger Überfinanzierung von Basisversorgern führen. Es bedarf einer Differenzierung nach Haustypen.
2. Die Leerstandsprämie gilt auch für jene 600 Krankenhäuser, die überhaupt keine Intensivstation haben und wahrscheinlich auch nicht viel zur Behandlung schwerer Corona-Verläufe beitragen.
3. Die ergänzende Regelung, Reha-Einrichtungen temporär als Krankenhäuser zuzulassen, macht überhaupt keinen Sinn, wenn die Krankenhäuser zu einem Drittel leer stehen.

All dies sind Themen, die unter anderem im neu konstituierten Rettungsschirm-Beirat beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) diskutiert werden. Er wird es schwer haben, vernünftig zu entscheiden, weil ihm tagesaktuelle Daten fehlen. Die gibt es Dank Robert Koch-Institut (RKI) und Deutscher Interdisziplinärer Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Inzidenz und Prävalenz von Corona-Erkrankten sowie für die Intensivbetten, aber ein solches Echtzeit-Monitoring fehlt für Normalstationen. Wenn man die Strategie „Rückkehr zur Normalität plus Corona-Reserve“ verfolgt, dann braucht man die Mitternachtsbestände aller Stationen am nächsten Morgen im bundesweiten Überblick. Wenn dieser Tage oft betont

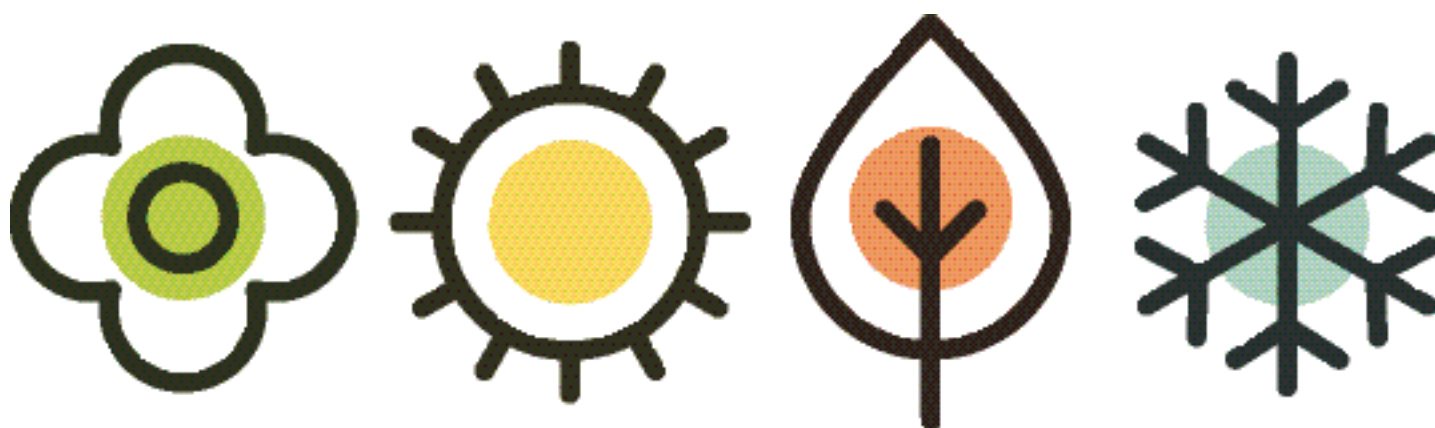
wird, Krankenhausversorgung sei eine öffentliche Aufgabe, dann müssen auch die Daten öffentlich sein.

Insgesamt wird man aus dieser Ausnahmesituation wenig ordnungspolitisch Zukunftsweisendes ableiten können. Die Schlussfolgerung, dass ein Drittel der Betten überflüssig sei, werden wohl nicht alle ziehen wollen. Es sei noch angemerkt, dass es – aller medialen Corona-Fokussierung zum Trotz – ein ganz „normales“ Krankheitsgeschehen gibt. Wahrscheinlich werden wir am Ende des Jahres feststellen, dass mehr als 90 Prozent der Krankenhausversorgung nichts mit Corona zu tun hatte. Das gilt auch für die Verstorbenen: In den ersten vier Monaten dieses Jahres sind in Deutschland 300.000 Menschen verstorben – nicht einmal drei Prozent davon im Zusammenhang mit Corona.



Herbst: Kassensturz

Der Herbst wird die Zeit des Kassensturzes – ein Wort, das in seiner Doppeldeutigkeit daran erinnert, dass beim absehbaren Einbruch der Beitragsseite das Aufspannen eines Rettungsschirms auch für Kassen notwendig wird. Da dies die Frage eines erhöhten Bundeszuschusses berührt, werden wir im Herbst einen „Vizegesundheitsminister“ Olaf Scholz erleben können. Je näher die Schlussabrechnung des Corona-Jahres rückt, desto heftiger wird die Lastenverteilung zu diskutieren sein zwischen Krankenhäusern, anderen Leistungserbringern, Bund, Ländern, Krankenkassen, PKV-Unternehmen, Pflegeversi-



cherung, Gesundheitsfonds, Versicher-
ten und noch einigen mehr.

So wird zum Beispiel zu entscheiden
sein, wer letztlich die 50.000 Euro je neu
aufgebautem Corona-Intensivbett zahlen
soll (mehr als eine Milliarde Euro Ge-
samtvolumen). Es handelt sich eindeutig
um eine Länderaufgabe, weil es erstens
Investition und zweitens Gefahrenab-
wehr ist. Nach derzeitiger Rechtslage
kommt das Geld aber aus dem Gesund-
heitsfonds (Beitragselder!) und wird
nicht durch den Bund ausgeglichen. Das
bedeutet auch, dass die Privatversicher-
ten nicht an der Finanzierung beteiligt
sind. In welchen Betten werden die im
Corona-Fall eigentlich versorgt?

Zum Kassensturz gehören auch die
letztlichen Bestimmungsgründe für das
Krankenhausbudget 2020. Im Augen-
blick haben die Krankenhäuser so etwas
wie ein bedingungsloses Grundeinkom-
men: Ein Krankenhaus bekommt Geld,
egal ob es viel oder wenig tut, egal ob es
defizitär oder mit Gewinn arbeitet. Es
bekommt auch Geld für Pflege, wenn es
das Geld nicht für Pflege ausgibt. Ange-
sichts der Belastung der öffentlichen
Haushalte wird man zu einer Neubewer-
tung kommen.



Winter: Zurück zur Vergütungs- und Behandlungsroutine

Die Rückkehr zur Budget- und Behand-
lungsroutine steht – sofern kein Unheil
passiert – zum Jahreswechsel 2020/21
an. Bezüglich der Budgetsystematik
könnte das nach dem Prinzip verlaufen
„Skip 2020!“. Die Erlös- und Kosten-

entwicklung der einzelnen Häuser dürf-
te in 2020 so erratisch sein, dass man
eher auf das halbwegs geordnete Bud-
getjahr 2019 aufbauen wird.

Dass die Vergütungsstruktur zum Ja-
nuar 2021 ganz grundlegend reformiert
wird, ist unwahrscheinlich. Die Vorarbei-
ten hätten schon beginnen müssen. Es
bleibt also im dann zweiten Jahr des Pfl-
exit bei DRG-Fallpauschalen und einem
Pflegebudget auf Selbstkostenbasis. Er-
gänzend könnte eine Corona-Reservefi-
nanzierung hinzutreten: Wenn Krank-
enhäuser Betten als Reserve für Corona-Fälle
vorhalten müssen (Stichwort: zweite
Welle) und wenn diese Betten zwischen-
zeitlich nicht belegt werden dürfen, dann
müsste dafür eine Budgetkomponente er-
dacht werden – wer auch immer diese
Katastrophenschutzmaßnahme bezahlt.

Das Jahresende wird in vielfacher
Hinsicht das Ende des Ausnahmezu-
stands bedeuten. Pflege bleibt ein wichti-
ges Thema, und so werden als wichti-
ge Maßnahme des Patientenschutzes die
Pflegepersonaluntergrenzen wieder
wirksam. Das neue System der Prüfquo-
ten für die Krankenhausabrechnung löst
die jetzige Ausnahmeregelung ab – und
viele andere, was dem ein oder anderen
mehr oder weniger Freude macht.



Frühling: Start der Reformdiskussion

Reformdiskussion ad acta? Mitnichten!
Denn so unsicher auch viele Prognosen
in diesen Zeiten sind, eines ist sicher:
Wir sind in der schwersten Wirtschafts-
krise seit Ende des Zweiten Weltkrieges.

Die Krise gilt als Mutter aller Reformen.
Vieles, was in den vergangenen sieben
fetten Jahren finanziert werden konnte,
wird zur Disposition gestellt werden.
Ein paar mögliche Reformfelder:

Reformfeld 1: Bürgerversicherung

Beim absehbar gewaltigen Mittelbedarf
könnte der Zeitpunkt sein, wo die Spaltung
Deutschlands in eine solidarisch finanzia-
te gesetzliche Krankenversicherung und ei-
ne gewinnorientierte private Krankenversi-
cherung endgültig zur Disposition gestellt
wird. Insbesondere in der ausgabendyna-
mischen Pflegeversicherung wird sich die
Frage stellen, warum Beamte und Besser-
verdienende nicht an der solidarischen
Umverteilung teilnehmen.

Reformfeld 2: Notfallversorgung

Ein vorläufiges „Corona-Opfer“ war zu-
nächst die Reform der Notfallversor-
gung, die im Gesetzgebungsverfahren
stecken geblieben ist und nun mit Cor-
ona-Erfahrung neu aufgelegt werden
muss. Ziemlich eindeutig ist, dass künf-
tig Echtzeit-Monitoring (wie zum Bei-
spiel IVENA im Rettungsdienst einiger
Länder) bundesweit verbindlich werden
wird. Abzuwarten bleibt, ob die Not-
wendigkeit von Integrierten Notfallzen-
tren vor den Toren der Krankenhäuser
nach der Corona-Krise stärker gesehen
wird als vorher. Die GKV hatte den in-
stitutionell weniger invasiven Weg eines
gemeinsamen Tresens vorgeschlagen.

Reformfeld 3: Marktregulierung und Strukturierung

Die Chancen für eine bundeseinheitlich
strukturierte Krankenhauslandschaft mit

eindeutigen Aufgabenzuweisungen dürften durch diese Krise gewachsen sein. Erst die bundeseinheitliche Meldepflicht hat beispielsweise bei den Intensivkapazitäten Klarheit geschaffen. Und wenn der Bund milliardenschwer in die Krankenhausfinanzierung eingestiegen ist, dann wird er auch bundeseinheitliche Kriterien für die Strukturierung der Krankenhauslandschaft durchsetzen wollen und können. Die Landesplanung wird zunehmend substituiert durch die „algorithmische Marktregulierung“. Auch die Grenzziehung „50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner in sieben Tagen“ bei Corona-Lockerungen ist übrigens ein Beispiel für regionales Handeln nach bundesweitem Algorithmus.

Reformfeld 4: Digitalisierung

Digitalisierung bleibt die wichtigste Veränderung dieser Zeit. Die Corona-Krise hatte zum Teil katalytische Wirkung: Über Nacht waren alle Widerstände gegen die Telemedizin gebrochen, und allerorten funktionierte Homeoffice binnen Wochenfrist (Berliner Verwaltung ausgenommen). Die wesentliche Herausforderung der nächsten Zeit wird eine digitale Patientenakte sein, in der auch die Pflege abgebildet ist. Pflegeleistungen und Pflegebedarf sollten aus der digitalen Akte ableitbar sein – ohne gesonderten Erfassungsaufwand.

Reformfeld 5: Pandemieplan 2.0

Das deutsche Gesundheitswesen ist von der Corona-Krise kalt erwischt worden. Die Berichtssysteme funktionierten nicht,

Maßnahmepläne waren nicht vorhanden, Schutzkleidung lag nicht auf Lager. Deutschland hat zwar dieses Mal Glück gehabt (bislang!), aber für die nächste Pandemie sollte man besser vorbereitet sein – im Krankenhaus, vor allem aber auch im öffentlichen Gesundheitswesen.

So weit fünf exemplarische Reformfelder im Vorfeld des nächsten Koalitionsvertrages. 2020 wird wohl als das Jahr der Virologen in die Geschichte eingehen. 2021 könnte das Jahr von Controllern und Finanzern werden.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Leiter der Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband

Beiträge des Verfassers zur Überwindung der GKV-PKV-Spaltung sowie zum Pflexit und zu Pflegepersonaluntergrenzen sind abrufbar unter www.Wulf-Dietrich-Leber.de.