

White Paper

zur Sicherung der stationären Krankenversorgung

Die aktuelle Verteilung der Krankenhausbetten und die Krankenhausreform (KHVVG) missachten die Vorgaben des Grundgesetzes für bundesweit gleichwertige Lebensbedingungen.

Berlin, 01. Juni 2024

Verfasser:
Dr. Hans-Peter Schlaudt

JOME^C GmbH
Fon 0 30 - 32 666 124 - 0, Fax 0 30 - 32 666 124 - 9
E-Mail info@JOME^C.de, www.JOME^C.de

Katharinenstraße 17, 10711 Berlin

Geschäftsführer: Dr. med. Hans-Peter Schlaudt
AG Berlin-Charlottenburg HRB 66872

Inhalt

Das wichtigste gesellschaftliche Ziel ist die Herstellung und Sicherung einer bundesweit „gleichwertigen“ Gesundheitsversorgung	3
Kosten der stationären Versorgung im europäischen Vergleich	4
Verteilung der Krankenhausbetten nach Bundesländern	4
Analyse der stationären Kapazitäten nach Kosten	5
Tradition statt bedarfsorientierter Planung der Krankenhausbetten	6
Anspruch an eine bundesweit gleichwertige Gesundheitsversorgung für alle Bürger	8
META Ziele für eine gleichwertige stationäre Versorgung	8
Notwendiger Ausgleich für eine bundesweit gleichwertige Krankenhausversorgung	10
Simulation einer gleichwertigen Krankenhausbettenvorhaltung 2030	11
Vorschläge für die Finanzierung der Transformation	12
Zusammenfassung	13
Literatur- und Quellenverzeichnis:	14

Das wichtigste gesellschaftliche Ziel ist die Herstellung und Sicherung einer bundesweit „gleichwertigen“ Gesundheitsversorgung

Die stationäre Krankenversorgung bewegt vielerorts die Gemüter, vor allem wenn lieb gewonnene Einrichtungen unter Druck kommen, Insolvenz anmelden müssen und geschlossen werden. Die Bundespolitik und die Krankenkassen arbeiten seit 30 Jahren an dem Ziel, die Zahl der Kliniken zu reduzieren. Mit dem DRG-System wurde ein pauschales Fallkostenerstattungssystem geschaffen, welches über die letzten 20 Jahre jährlich angepasst wurde und mit dem die Kliniken in die Effizienz und zur Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiter gezwungen wurden. Die finanzielle Situation der Kliniken zeigt, dass dieses System am Ende ist und dennoch werden aus politischer Sicht weiterhin zu viele Krankenhausbetten betrieben. Daher plant die Bundesregierung mit dem Krankenhausverbesserungsversorgungsgesetz (KHVVG) eine weitere Verschärfung der Situation, indem spezialisierte Leistungen zentralisiert und an ständig zu prüfende Strukturvoraussetzungen geknüpft werden.

Gleichzeitig wird die Vergütung auf neue und deutlich bürokratischere Füße gestellt. Dabei werden bundesweit alle Kliniken über einen Kamm geschoren. Der ökonomische Druck über die zu leistende Fallzahlen bleibt erhalten und die gesetzlich geforderte auskömmliche, also vollständige Erstattung der notwendigen Fallkosten ist weder heute noch nach Umsetzung des Gesetzes gegeben.

Zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bürger müssten jedoch strukturelle Vorhalteanforderungen definiert werden. Diese grundsätzliche bundeseinheitliche Sicherstellungsvorhaltung für die Regionen wurde jedoch nicht fixiert. Dies ist jedoch unabdingbar notwendig, um den grundgesetzlich formulierten Anspruch auf gleichwertige Lebensverhältnisse umzusetzen. (GG Art.72 (2))

Einem Bundesgesundheitsminister muss es neben der Finanzierung und der Qualität vor allem um die gleichwertige Verteilung der knappen Ressourcen gehen, um zunächst die grundsätzlichen Ziele definieren zu können. Erst wenn die wichtigsten Ziele formuliert sind, können die Instrumente zur Umsetzung definiert und angewendet werden. Deutschland ist ein vielfältiges Land und die Herausforderungen in den Regionen sind sehr unterschiedlich. Daher muss es möglich sein auf besondere regionale Entwicklungen flexibel zu reagieren, um den grundgesetzlichen Auftrag der gleichwertigen Verhältnisse für die Bürger umzusetzen.

Die angekündigte „Revolution“ für die Krankenhauslandschaft kommt ungesteuert daher und wird in weiten Teilen verbrannte Erde hinterlassen und die Menschen, insbesondere in den ländlichen Regionen, von der Gesundheitsversorgung abhängen. Die Auswertungen der stationären Versorgungssituation auf Basis der Daten 2022 und die Simulation der stationären Krankenhausbetten und der Kosten in 2030 zeigen die Handlungsbedarfe aller Beteiligten auf.

Das KHVVG darf daher ohne vorhergehende Definition und Festschreibung der im Folgenden formulierten grundsätzlichen Ziele für eine gleichwertige Gesundheitsversorgung für alle Regionen der Bundesrepublik und die Sicherstellung einer auskömmlichen Finanzierung von Sicherstellungskrankenhäusern nicht umgesetzt werden.

Auch der gerade vorgestellte Kabinettsentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) liefert keine Regelungen für eine regionale ganzheitliche Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung und bleibt in der Formel „Umverteilung von Finanzmitteln“ und Verlagerung der Verantwortung in kommunale Strukturen (MVZ) stecken.

Kosten der stationären Versorgung im europäischen Vergleich

Die stationäre Gesundheitsversorgung stellt einen erheblichen Anteil der Gesundheitsausgaben in Europa dar. Die Daten der OECD für das Jahr 2023 (Tabelle 1) zeigen die Ausgaben je Einwohner (in Kaufkraftparitäten).

Die signifikanten Unterschiede zwischen den Ländern weisen auf ggf. variierende Effizienzen, unterschiedliche Gesundheitssystemmodelle und divergierende Prioritäten in der Gesundheitspolitik hin. Die Ausgaben für die stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland liegen mit 5.472 USD je Einwohner im Mittelfeld, während die Schweiz mit 7.732 USD an der Spitze steht. Schweden liegt gleich auf, während Norwegen deutlich mehr Geld pro Kopf aufwendet. Deutlich geringer sind die Kosten in den südlichen Staaten Europas. Diese Zahlen könnten implizieren, dass Länder mit höheren Pro-Kopf-Ausgaben entweder eine umfassendere oder qualitativ hochwertigere Versorgung (wie immer diese zu definieren ist) bieten oder höhere Kostenstrukturen aufweisen. Je nachdem für welches Vergleichsland die Entscheidung fällt, könnte dies für Deutschland bedeuten, dass trotz niedrigerer Ausgaben eine effiziente Versorgung gewährleistet wird oder es mögliche Defizite in der Versorgungsqualität oder -zugänglichkeit gibt. In den stationären Kosten je Einwohner liegt Deutschland deutlich über dem europäischen Mittel, aber nicht an der Spitze.

Tab. 1: Vergleich der Ausgaben für die stationäre Gesundheitsversorgung pro Einwohner für das Jahr 2023 (OECD)

Land	Ausgaben pro Einwohner (USD PPP*)
Deutschland	5.472
Schweiz	7.732
Schweden	5.352
Norwegen	6.394
Frankreich	5.374
Italien	3.832
Spanien	3.624
Vereinigtes Königreich	4.246

*US-Dollar (PPP) steht für "Purchasing Power Parity" (Kaufkraftparität). Dies ist eine Methode, um verschiedene Währungen auf der Basis der Kaufkraft zu vergleichen.

Verteilung der Krankenhausbetten nach Bundesländern

Die Verteilung der Krankenhausbetten in Deutschland zeigt deutliche regionale Unterschiede (Tabelle 2a). Diese Daten veranschaulichen die Anzahl der aufgestellten Betten pro 100.000 Einwohner in verschiedenen Bundesländern. Baden-Württemberg betreibt im Jahr 2022 insgesamt 53.552 Betten, was einer Dichte von etwa 475 Betten pro 100.000 Einwohnern entspricht, in einzelnen Regionen sind es bereits deutlich unter 300 Betten. In Nordrhein-Westfalen werden hingegen 622 Betten und in Thüringen 712 Betten für 100.000 Einwohner vorgehalten. Solch gravierende Unterschiede sind im Hinblick auf die grundgesetzlich geforderte gleichwertige Versorgung, GG Art.72 (2), als äußerst kritisch zu bewerten, da sie auf eine ungleiche Zugänglichkeit der stationären Versorgung für die Bevölkerung in den verschiedenen Regionen hinweisen.

Tab. 2a: Grunddaten zur Krankenhausversorgung für 2022

Insbesondere in ländlichen oder weniger dicht besiedelten Gebieten führt dies heute schon zu Versorgungsengpässen und langen Warte- und Wegezeiten. Letztlich sinkt dadurch die Attraktivität der weit unterdurchschnittlich versorgten Regionen, was erhebliche Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die regionale Wirtschaft hat, und eine Negativspirale mit Abwanderung der Menschen auslösen kann. Daher erfordert eine solch ausgeprägte Disparität gezielte politische und planerische Reaktionen, um eine gleichmäßige und gleichwertige Versorgung in der gesamten Bundesrepublik sicherzustellen.

Bundesland	bereinigte Kosten KH 2022 in TEuro (destatis)	aufgestellte Betten 2022 (destatis)	Einwohner 2022 (destatis)	A-DRG Volumen 2022 in TEURO ohne Ausgleich u. Pflege (BKGeV)	stationäre Behandlungsfälle (destatis)
Baden-Württemberg	13.724.741	53.552	11.280.257	7.160.626	1.860.782
Bayern	17.784.565	75.098	13.369.393	9.379.917	2.567.445
Berlin	5.726.083	20.257	3.755.251	3.070.202	748.435
Brandenburg	3.098.849	14.865	2.573.135	1.753.123	467.797
Bremen	1.301.511	4.819	684.864	697.515	169.802
Hamburg	3.404.878	12.804	1.892.122	1.908.298	439.589
Hessen	8.151.312	34.778	6.391.360	4.272.487	1.208.430
Mecklenburg-Vorpommern	2.296.069	10.173	1.628.378	1.309.000	363.763
Niedersachsen	9.441.826	41.009	8.140.242	5.357.394	1.481.829
Nordrhein-Westfalen	26.655.832	112.862	18.139.116	15.269.917	4.087.874
Rheinland-Pfalz	5.158.857	23.176	4.159.150	2.990.850	801.387
Saarland	1.654.797	6.684	992.666	902.591	242.870
Sachsen	5.778.755	25.106	4.086.152	3.274.079	856.377
Sachsen-Anhalt	3.238.665	14.158	2.186.643	1.793.972	491.350
Schleswig-Holstein	3.678.214	15.890	2.953.270	1.847.738	518.772
Thüringen	3.100.849	15.151	2.126.846	1.836.048	496.194
Wohnort unbekannt					74.105
Summen (ohne Wohnort unbekannt)	114.195.803	480.382	84.358.845	62.823.757	16.802.696

Die Analyse der Kennzahlen zur Leistung der Krankenhäuser (Tabelle 2b) zeigt, dass in Bezug auf die Fallzahlen, die Auslastung der Betten und die Kostenstrukturen keine vergleichbar gravierenden Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen. Das bedeutet: Vorgehaltene und bereitgestellte Betten werden mit Patienten belegt und mit ähnlicher Intensität und zu vergleichbaren Kosten genutzt.

Sind also die Bürger beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Thüringen kränker als die Menschen in Baden-Württemberg? Lässt sich der Bedarf für die erhöhte Bettenvorhaltung sachgerecht ableiten?

Analyse der stationären Kapazitäten nach Kosten

Die Verteilung der Kapazitäten und die Wirkung der unterschiedlichen Vorhaltung lassen sich ebenso durch den Ländervergleich der Kosten und der pauschalierten Fallkostenerstattung (A-DRG) darstellen. Tabelle 2 b. zeigt verschiedene Kennzahlen zur Krankenhausversorgung im Vergleich der Bundesländer. Da die A-DRG für die Kliniken nur einen Teil der Kostenerstattung ausmacht und der zweite Teil aus der Erstattung der Pflegepersonalkosten besteht, geht es im Folgenden nicht um die absolute Höhe der Krankenhauskennzahlen, sondern vor allem um die Relation der Werte zwischen den Bundesländern.

In Bezug auf Parameter, die die Versorgung der Patienten widerspiegeln (Fälle pro Bett,

Tab. 2b: Vergleich der Krankenhausversorgung nach Kennzahlen 2022

Bundesland	Betten pro 100T Einwohner	Fälle pro 1.000 Einwohner	Fälle pro Bett	bereinigte Kosten pro Einwohner	bereinigte Kosten pro Bett	A-DRG Vol. pro Einw.	A-DRG Volumen pro Bett
Baden-Württemberg	475	165	35	1.217	256.288	635	133.714
Bayern	562	192	34	1.330	236.818	702	124.902
Berlin	539	199	37	1.525	282.672	818	151.563
Brandenburg	578	182	31	1.204	208.466	681	117.936
Bremen	704	248	35	1.900	270.079	1.018	144.743
Hamburg	677	232	34	1.800	265.923	1.009	149.039
Hessen	544	189	35	1.275	234.381	668	122.850
Mecklenburg-Vorpommern	625	223	36	1.410	225.702	804	128.674
Niedersachsen	504	182	36	1.160	230.238	658	130.639
Nordrhein-Westfalen	622	225	36	1.470	236.181	842	135.297
Rheinland-Pfalz	557	193	35	1.240	222.595	719	129.049
Saarland	673	245	36	1.667	247.576	909	135.038
Sachsen	614	210	34	1.414	230.174	801	130.410
Sachsen-Anhalt	647	225	35	1.481	228.752	820	126.711
Schleswig-Holstein	538	176	33	1.245	231.480	626	116.283
Thüringen	712	233	33	1.458	204.663	863	121.183
Mittelwert	598	207	35	1.425	238.249	786	131.127
Median	596	204	35	1.412	232.931	803	129.730

A-DRG-Volumen pro Bett), zeigt sich, dass die vorhandenen Ressourcen vergleichbar ausgelastet werden. Die Stadtstaaten profitieren von dem Patientenfluss zur spezialisierten Behandlung in den größeren Einrichtungen. Entsprechend liegen die Kosten je Einwohner in den Stadtstaaten deutlich über denen der Flächenländer. Insgesamt deuten die Zahlen darauf hin, dass in Bezug auf die geleisteten Behandlungsfälle (Fälle pro Bett) die Kliniken in allen Bundesländern die vorhandenen Ressourcen (31-37 Fälle pro Bett, MW 35 Betten) ähnlich intensiv ausnutzen.

Für die Gleichwertigkeit der Versorgung sind aber weniger die aufgelaufenen Kosten, das abgerechnete A-DRG-Volumen oder Leistungszahlen pro Bett relevant, sondern die Kennzahlen, die mit der Vorhaltung für die Bevölkerung in Verbindung stehen. In erster Linie sind dies Fälle pro 1.000 Einwohner und entsprechend die Kosten oder das Erlösvolumen je Einwohner. Tabelle 2.b zeigt hier eine deutliche Bandbreite auf. Eine fundierte Begründung für die unterschiedliche Inanspruchnahme, also ein begründbarer, erhöhter oder verminderter Bedarf, wurde bisher nicht publiziert.

Aus den Tabellen 2a und 2b wird deutlich, wie die finanziellen Mittel (A-DRG, Kosten) aktuell auf die verschiedenen Bundesländer verteilt sind. Heruntergebrochen auf den einzelnen Einwohner geben also Krankenkassen in Baden-Württemberg und Brandenburg deutlich weniger Geld für die stationäre Behandlung eines Versicherten aus als die übrigen Bundesländer.

- Stehen nun in Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern zu wenige Betten, oder sind andere Bundesländer überversorgt?
- Wird mit den Krankenkassenbeiträgen aus dem unterversorgten Baden-Württemberg die Überversorgung in NRW finanziert? Spiegelt das aus Sicht des Grundgesetzes „gleichwertige Lebensbedingungen“ wider?

Aus dem Blickwinkel der bundesweiten Unterfinanzierung der Kliniken und der drohenden Insolvenzen besteht vor allem in den „unterversorgten“ Bundesländern erheblicher Handlungsbedarf, um nicht weitere stationäre Kapazitäten durch Insolvenzen zu verlieren. Dies könnte über die isolierte Anhebung der Landesbasisfallwerte in den betreffenden Bundesländern wie z.B. Baden-Württemberg sehr einfach und unbürokratisch erfolgen. Zur Entlastung und Kompensation für die Krankenkassen könnte im Gegenzug der Landesbasisfallwert in den überfinanzierten Bundesländern abgesenkt werden. Um die massiven Auswirkungen für die Kliniken abzufedern, müsste das Land dann die vorhandenen Überkapazitäten durch Steuermittel finanzieren oder zügig Krankenhausbetten abbauen.

Aufgrund der bestehenden Versorgungslage und des Fachkräftemangels ist es dringend angezeigt, die ungleiche Situation zwischen den Bundesländern aufzulösen und die gleichwertige Gesundheitsversorgung für die Menschen in Gesamtdeutschland herzustellen. Dies ist auch in-, und mit dem heutigen Vergütungssystem kurz- und mittelfristig wirksam und nachhaltig möglich. Durch den massiven Kapazitätsabbau stünden auch wieder ausreichend Fachkräfte für die heute darbenenden Regionen zur Verfügung, und der Wegfall der teuren Leiharbeit würde die Kliniken und die Klinikträger entlasten und die Versorgung gefährdende Insolvenzen vermeiden.

Tradition statt bedarfsorientierter Planung der Krankenhausbetten

Im Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW 2019“ Punkt 2.2.1 wird zur Bedarfsgerechtigkeit das Folgende ausgeführt: *„Im Kontext der medizinischen Versorgung ist der Begriff Bedarfsgerechtigkeit nicht einheitlich definiert. Unter dem normativen Konzept einer bedarfsgerechten Versorgung wird jedoch allgemein verstanden, dass jeder Patient sowohl quantitativ als auch qualitativ die medizinische Versorgung erhält, die*

er benötigt. Die Erreichung des im § 1 KHG definierten Ziels, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, ist mit Schwierigkeiten verbunden. Zunächst führt die Ermittlung des bestehenden Versorgungsbedarfs zu Problemen. Der Bedarf wird einerseits multifaktoriell, unter anderem durch die Demografie, die Morbidität, die Präferenzen der Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt, beeinflusst. Darüber hinaus ist der Bedarf nicht durchgängig direkt messbar und muss über Substitute abgeleitet werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018; Pfannstiel et al. 2018). Da für die Bedarfsprognose häufig historische stationäre Abrechnungsdaten genutzt werden, die in erster Linie die Inanspruchnahme widerspiegeln und ambulante Versorgungsdaten nicht berücksichtigt werden, kann der bestehende Bedarf nicht adäquat abgebildet werden. Genau genommen wird mit der derzeitigen Bedarfsermittlung lediglich die stationäre Inanspruchnahme fortgeschrieben, so auch in NRW (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018; Peters et al. 2010; Bouckaert et al. 2018; IGES Institut GmbH 2018).“

Auswertungen zur Krankheitslast (Burden of disease Studie) zeigen für einzelne Erkrankungen regionale, kleinräumige Unterschiede auf. Eine Ableitung stationärer Behandlungsbedarfe ist aus den Erkenntnissen bisher nicht möglich. Aus Untersuchung der regionalen Unterschiede in der Gesundheit konnten sozio-ökonomischen Wirkungen auf die Gesundheitsrisiken gezeigt werden. Allerdings lassen sich auch hieraus keine Rückschlüsse auf den akutstationären Versorgungsbedarf ableiten.

Bedarfe und Zukunftserwartungen werden also im deutschen Gesundheitswesen seit Jahrzehnten auf Grundlage der tatsächlichen Inanspruchnahme, also der Fallzahl der Vergangenheit, ermittelt und dann mit gesellschaftlichen Kontextfaktoren in die Zukunft projiziert. Ist das sachgerecht?

Die Inanspruchnahme und Dokumentation von Diagnosen und Leistungen (Prozeduren) ist seit vielen Jahrzehnten eng mit der Abrechnung von Behandlungen verbunden. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor bilden Diagnosen und Prozeduren die Grundlage für wirtschaftlichen Erfolg. Wer die komplexen Systeme der Abrechnung am besten versteht und zu nutzen weiß, hat wirtschaftlich betrachtet den größten Nutzen. Damit haben Diagnosen und Prozeduren im Hinblick auf den tatsächlichen Gesundheitszustand und den Bedarf der Bevölkerung nur einen eingeschränkten Wert. Kliniken und Praxen werden von den Bürgern also besucht, wenn sie vorhanden sind und möglicherweise unabhängig vom Bedarf.

Damit ist und bleibt das Versorgungsangebot dort hoch, wo es tradiert viele vorgehaltene Kapazitäten gibt. Eine Unterversorgung bleibt so unerkannt, gerade wenn Wartezeiten oder Nichtbehandlungen und damit Rationierung der Krankenhausbehandlung bereits Realität geworden sind. Dies ist ein unhaltbarer Zustand, vor allem wenn die Ausgangssituation in den Bundesländern so gravierend unterschiedlich ist und die Bürger vielerorts inzwischen einen echten Mangel erleben.

Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland eine weitgehend homogene Bedarfssituation in Bezug auf stationäre Behandlungen besteht. Der Bedarf sollte also in Bezug auf die Einwohner ähnlich zu bemessen sein. Solange die Bedarfe für die Versorgung nicht fundiert zu benennen sind, muss alternativ die gleichwertige Vorhaltung der Angebote (z. B. in Form von Betten oder alternativen Leistungseinheiten) herangezogen werden.

Der aktuell vorgelegte Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform verbessert die Vorhaltung und die stationären Versorgungsangebote nicht, sondern setzt für alle Kliniken in allen Regionen die gleichen fachlichen und strukturellen Maßstäbe an, ohne die sehr unterschiedliche Vorhaltung von Bettenkapazitäten und die regionale Versorgungssituation ganzheitlich zu betrachten. Er verschärft damit die Problematik der regionalen Unterversorgung und setzt den grundgesetzlich geforderten Anspruch der Bürger auf gleichwertige Lebensverhältnisse nicht um.

Anspruch an eine bundesweit gleichwertige Gesundheitsversorgung für alle Bürger

Wenn als primäres Ziel der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik die „gleichwertige“ Vorhaltung als Richtgröße definiert wird, dann ist es Aufgabe der Bundesregierung dies mit entsprechenden Mindestvorgaben in Form einer Sicherstellungsvorhaltung umzusetzen. Hierzu gehört dann vor allem die ausreichende und wirtschaftliche Finanzierung der Institutionen, die für diese Sicherstellung erforderlich sind. Neben diesen Sicherstellungskrankenhäusern sind weitere freie Leistungserbringer denkbar, für die jedoch gesonderte Vertrags- und Finanzierungsmodelle notwendig sind, da sie nicht Teil der Sicherung einer gleichwertigen Versorgung sind.

Die aktuell von Gesundheitsminister Lauterbach angestrebte Krankenhausreform verändert vor allem die Verteilung der finanziellen Ressourcen und legitimiert weiterhin alle vorhandenen Leistungserbringer durch die Definition strukturell zu erfüllender Anforderungen. Dadurch soll eine Spezialisierung und Zentralisierung erreicht werden. In allen Regionen entsteht dadurch jedoch ein ungesteuerter Überlebens- und Konsolidierungsprozess, der mit der Ausgestaltung von gleichwertiger Gesundheitsversorgung nichts gemein hat.

An diese Umverteilung der Leistungen sind die finanziellen Mittel gebunden, damit bleibt weiterhin die fallbezogene und bundesweit ermittelte Durchschnittskostenerstattung erhalten. Der Reformvorschlag bleibt damit auf dem Niveau einer fallbezogenen Umverteilung der Finanzmittel zwischen den Kliniken in Gesamtdeutschland zu Gunsten der größeren und zentral verorteten Kliniken stehen. Die notwendige Sicherstellung einer gleichwertigen Versorgung und einer sachgerechten Finanzierung der tatsächlichen Kosten wird nicht erreicht.

Um eine gleichwertige Versorgung in allen Bundesländern zu gewährleisten, sind umfassende Maßnahmen notwendig, die sowohl eine Neuausrichtung der finanziellen Ressourcenverteilung als auch eine Anpassung der Infrastruktur und des Leistungsumfangs unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten umfassen. Dies erfordert eine tiefere Analyse der demografischen Entwicklungen, der Krankheitslastverteilungen, der lokalen Gesundheitsbedürfnisse und der regionalen Situation.

Die Bundesregierung müsste als Grundlage bundeseinheitliche META-Ziele für eine gleichwertige Gesundheitsversorgung definieren, die dann durch die Bundesländer in den Regionen ausgestaltet und umgesetzt werden müssen.

META Ziele für eine gleichwertige stationäre Versorgung

Die langfristige Planung der Krankenhauskapazitäten ist entscheidend, um den zukünftigen Herausforderungen der Ambulantisierung, des Fachkräftemangels, des medizinischen Fortschritts und der Versorgungssicherung der Bürger gerecht zu werden. Dabei gilt es, die begrenzten finanziellen Ressourcen bestmöglich, unbürokratisch und zielorientiert einzusetzen. Das Krankenhaus ist die letzte Meile der Gesundheitsversorgung oder die Spinne im Versorgungsnetz, daher ist ein sorgsames Vorgehen unerlässlich.

Vor einer Zuweisung der Ressourcen und einer restriktiven Ausgestaltung eines Fallsteuerungssystems, entsprechend der Vorstellungen des Gesundheitsministers, müssten die Grundlagen einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung definiert werden. Diese Grundlagen sollten als META-Ziele formuliert und als Maßstab für die länderspezifische Krankenhausplanung und damit auch für die Leistungsfinanzierung gelten.

Wünschenswert in der gesundheitspolitischen Debatte wäre, diese META-Ziele zur Sicherung der stationären Versorgung zu benennen und damit für die Bürger die notwendige Transparenz herzustellen:

1. Meta-Ziel: Sicherstellungsvorhaltung

In Folge der heute sehr unterschiedlichen Verteilung der Leistungsangebote kommt es auch zu einer entsprechenden erhöhten oder begrenzten Inanspruchnahme. Daher kann es nicht sachgerecht sein, die Fallzahlen zum Bedarf zu erklären. Eine bundesweit gleichwertige Messzahl muss sich an einem bundeseinheitlichen Sicherstellungsbedarf orientieren und sich wenigstens auf die Grundbezugsgröße „Einwohner“ beziehen. Aufgrund der dargestellten Herausforderungen und der heute schon in einem Bundesland vorhandenen Bettenzahl von 475 Betten pro 100.000 Einwohner (Baden-Württemberg) und der zu erwartenden Ambulantisierung muss zukünftig von einer niedrigeren Sollbettenzahl ausgegangen werden.

Kann ein Bundesland das Meta-Ziele der Sicherstellungsvorhaltung aufgrund besonderer Umstände nicht erreichen, können aus den nicht genutzten, aber für die Sicherstellung der Region verfügbaren Finanzmitteln, unterstützende oder ersetzende Maßnahmen ergriffen werden. Beispielhaft könnten dies ein Grenzzuschlag zur Gehaltsanhebung der Fachkräfte an der Grenze zur Schweiz, besondere telemedizinische Angebote, Fahrdienste, etc. sein.

2. Meta-Ziel: Erreichbarkeit und Zugang

Eine gleichwertige Gesundheitsversorgung setzt in erster Linie voraus, dass ein systemischer Zugang zur Gesundheitsversorgung in vergleichbarem Umfang gegeben sein muss. Aufgabe der Krankenhausplanung muss es also sein, den Bürgern einen gleichwertigen und niedrighschwelligem Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Hier sind vor allem die Zugangschancen für alte und körperlich eingeschränkte Menschen zu berücksichtigen. Eine gleichwertige Erreichbarkeit ist nur dann gegeben, wenn entsprechende Angebote für die Menschen vorgehalten werden. Dies kann nur regional geplant werden. Als META-Ziel für die stationäre Behandlung der Grund- und Regel- und teilspezialisierten Versorgung könnten bis zu 40 Minuten, für die hochspezialisierte Spezialversorgung 60 -90 Minuten angemessen sein. Die Betrachtung der Erreichbarkeit wäre eine, im Vergleich zum grundsätzlich vorzuhaltenden Angebot (Bettenzahl je Einwohner), nachgelagerte Betrachtung und ist im Rahmen der länderspezifischen regionalen Gesundheitsplanung zu berücksichtigen. Das META-Ziel wird daher bei der Krankenhausbettensimulation 2030 nicht berücksichtigt.

3. Meta-Ziel: Qualität und Leistungsfähigkeit

Das letzte Meta-Ziel ist eine qualitativ gleichwertige Versorgung. Die Ergebnisqualität steht auf den Beinen der Struktur- und Prozessqualität. Struktur- und Prozessqualität lassen sich jedoch nur schaffen, wenn ausreichende Ressourcen vorhanden sind. Die wesentlichen und aktuell sehr begrenzten Ressourcen sind Personal und Finanzen. Es ist also seitens der Politik unredlich, über mangelnde Qualität zu philosophieren und gleichzeitig den Kliniken die notwendigen Finanzmittel vorzuenthalten. Begrenzte Finanzmittel sind und bleiben aufgrund ihrer Wirkung auf die Arbeitskosten zentraler Diskussionspunkt. Vor diesem Hintergrund muss es gelingen, die Qualität der Versorgung durch die Bereitstellung auskömmlicher Mittel zu sichern. Das kann nur gelingen, wenn das erste META-Ziel, also die Sicherstellungsvorhaltung, bundesweit einheitlich definiert ist und die Einrichtungen entsprechend finanziert werden.

Die Erreichung aller drei META-Ziele setzt kongruentes Handeln von Bund und Land voraus. Für eine gleichwertige und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung müssen Strukturen vorgehalten werden, sie müssen erreichbar und der Zugang muss niederschwellig sein, Prozesse müssen über den gesamten Heilungsverlauf verzahnt und abgestimmt sein. Ohne hervorragende stationäre Leistung und eine sich anschließende optimale ambulante Weiterbehandlung wird die Ergebnisqualität nicht herausragend werden.

Ergebnisqualität kann nur gelingen, wenn die Strukturen funktionieren, d. h. das notwendige Personal vorhanden und die medizintechnischen und digitalen Voraussetzungen geschaffen sind. Daher ist es unabdingbar, dass die im System vorhandenen Ressourcen so umverteilt werden, dass eine bundesweit gleichwertige, qualitativ hochwertige ambulante und stationäre Versorgung der Menschen sichergestellt ist und damit in der Folge auch die Attraktivität der verschiedenen Lebensräume (Stadt/Land) erhalten bleibt.

Notwendiger Ausgleich für eine bundesweit gleichwertige Krankenhausversorgung

Die bisherigen Analysen führen uns zu den zentralen Herausforderungen der deutschen Krankenhauslandschaft. Die signifikanten regionalen Unterschiede in der Verteilung der Bettenkapazitäten und die entsprechende Verteilung der Kosten sind nicht nur Indikatoren für eine ungleiche Versorgung der Bevölkerung, sondern auch für eine mögliche Ineffizienz in der Allokation von Ressourcen: Die Inanspruchnahme der Kliniken durch die Patienten ist die Grundlage, um aufgrund der Angebotsvorhaltung „Krankenhausbett“ und der erforderlichen Belegung das wirtschaftliche Überleben der Klinik zu sichern.

Eine Reform müsste daher an erster Stelle auf die bundesweite Gleichwertigkeit der Versorgung fokussieren. Tabelle 3 simuliert auf Basis der Daten 2022 die notwendige Umverteilung der Ressourcen (Betten und Kosten) um diese Gleichwertigkeit herzustellen. Am Ende der Simulation sollen die „Gesamtkosten“ und die „Gesamtbettenzahl“ für die Bundesrepublik für das Jahr 2022 weitgehend unverändert bleiben.

Der Parameter „Soll-Betten pro 100T“ Einwohner soll als Ausgangswert und Grundlage einer gleichwertigen Versorgung ebenso dienen wie die „Soll-Kosten pro Bett“. Es ist nun zu erkennen, dass Bundesländer im Vergleich zu den definierten 569 Soll-Betten pro 100T Einwohnern massiv zu wenig Betten vorhalten (Baden-Württemberg – (-10.633 Betten) oder deutlich zu viele, wie Nordrhein-Westfalen (+9.560) oder Thüringen (+3.049).

Die Fixierung der „Sollkosten pro Bett“ dient als Grundlage für die Ermittlung der Sollkosten je Bundesland und des Ausgleichsbetrages, um die Gleichwertigkeit der stationären Versorgung in der Bundesrepublik sicherzustellen. Danach müsste z. B. Nordrhein-Westfalen rund 2.1 Mrd. Euro abführen oder 9.650 Betten abbauen, um auf ein gemeinsames Niveau zu kommen. Baden-Württemberg müsste gleichzeitig 10.663

Betten aufbauen und rund 1,5 Mrd. zusätzliche Mittel erhalten. Allerdings hat Baden-Württemberg in den letzten Jahren aktiv Krankenhausbetten abgebaut und ist schon heute auf einem zukunftsfähigen Niveau.

Da der Abbau von Betten Jahre in Anspruch nehmen wird, wäre wie schon beschrieben eine schnelle und zielführende Option die Umverteilung der Mittel, entweder auf dem Weg von Ausgleichszahlungen zwischen den Ländern oder eine Anpassung der Landesbasisfallwerte. Dies ist umso dringlicher, weil die aktuelle Finanzierung und auch das Reformvorhaben des Bundesministers an dieser ungleichen Allokation der Mittel auch in der Zukunft nichts ändern.

Tab. 3: Simulation der Kostenausgleiche zwischen Bundesländern für 2022

Ziel: kalkulatorisch bleibt die Summe der IST-Betten und des A-DRG Volumens auf der Ebene Bund unverändert.

Simulation Ausgleich 2022									
Soll Betten pro 100T Einw.		569	Soll Kosten pro Bett in EUR		237.500				
Bundesland	Einwohner 2022 (destatis)	bereinigte-Kosten KH 2022 in TEURO (destatis)	aufgestellte Betten 2022 (destatis)	Kosten pro Bett 2022	Soll- Betten	Diff. Betten IST-SOLL	Soll Kosten in TEURO	Diff. Kosten in TEURO IST-SOLL	
Baden-Württemberg	11.280.257	13.724.741	53.552	256.288	64.185	-10.633	15.243.857	-1.519.116	
Bayern	13.369.393	17.784.565	75.098	236.818	76.072	-974	18.067.063	-282.498	
Berlin	3.755.251	5.726.083	20.257	282.672	21.367	-1.110	5.074.752	651.331	
Brandenburg	2.573.135	3.098.849	14.865	208.466	14.641	224	3.477.270	-378.421	
Bremen	684.864	1.301.511	4.819	270.079	3.897	922	925.508	376.003	
Hamburg	1.892.122	3.404.878	12.804	265.923	10.766	2.038	2.556.966	847.912	
Hessen	6.391.360	8.151.312	34.778	234.381	36.367	-1.588	8.637.124	-485.812	
Mecklenburg-Vorpommern	1.628.378	2.296.069	10.173	225.702	9.265	908	2.200.549	95.520	
Niedersachsen	8.140.242	9.441.826	41.009	230.238	46.318	-5.309	11.000.520	-1.558.694	
Nordrhein-Westfalen	18.139.116	26.655.832	112.862	236.181	103.212	9.650	24.512.748	2.143.084	
Rheinland-Pfalz	4.159.150	5.158.857	23.176	222.595	23.666	-490	5.620.571	-461.714	
Saarland	992.666	1.654.797	6.684	247.576	5.648	1.036	1.341.464	313.333	
Sachsen	4.086.152	5.778.755	25.106	230.174	23.250	1.856	5.521.924	256.831	
Sachsen-Anhalt	2.186.643	3.238.665	14.158	228.752	12.442	1.716	2.954.975	283.690	
Schleswig-Holstein	2.953.270	3.678.214	15.890	231.480	16.804	-914	3.990.975	-312.761	
Thüringen	2.126.846	3.100.849	15.151	204.663	12.102	3.049	2.874.167	226.682	
Summe	84.358.845	114.195.803	480.382		480.002		114.000.434		
Mittelwert				30.024	238.249				
Median				18.074	232.931				

In der aktuellen Situation besteht aufgrund der Finanzprobleme der Kliniken das erhebliche Risiko weiterer ungesteuerter Insolvenzen, vor allem in den schon heute unterversorgten Regionen, wodurch die heute bereits bestehende Gleichwertigkeitslücke in der Gesundheitsversorgung weiter anwächst.

Angebote an Gesundheitsleistungen werden, egal ob ambulant oder stationär, von den Bürgern gerne und zu jeder Zeit in Anspruch genommen. Daher ist es mittelfristig unerlässlich, die Zahl der Betten auf eine gemeinsame Grundlage der Vorhaltung zu stellen.

Simulation einer gleichwertigen Krankenhausbettenvorhaltung 2030

Im Wesentlichen muss die Gleichwertigkeit der stationären Versorgung durch eine bundesweit gesicherte Vorhaltung erfolgen. In Tabelle 4 wird die Krankenhausbettenplanung auf Grundlage der Mindestvorhaltung pro 100.000 Einwohner für das Jahr 2030 simuliert.

Die aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Ambulantisierung zu erwartende Reduzierung der Planbetten wird für die Simulation auf 420 Betten pro 100.000 Einwohner festgesetzt.

Die Ergebnisse zeigen, in welchem Umfang in den einzelnen Ländern Betten abgebaut werden müssen. Bei dieser Simulation verlieren alle Bundesländer Betten. Die Dimension der auf Grundlage der Daten 2022 und der Erwartung 2030 vorhandenen Überkapazitäten (Spalte „Bettenüberhang 2030“) in den einzelnen Bundesländern ist beeindruckend und Ausdruck des massiven Anpassungsbedarfs im Hinblick auf eine bundesweit gleichwertige Angebotsvorhaltung entsprechend dem ersten META-Ziel.

Tab. 4: Simulation der Betten- und Kostenentwicklung bis 2030

Bundesland	Einwohner 2022 (destatis)	aufgestellte Betten 2022 (destatis)	Betten pro 100T Einwohner	Simulation Betten	
				Soll Betten pro 100T Einw.	Bettenüberhang 2030
				420	
Baden-Württemberg	11.280.257	53.552	475	47.377	6.175
Bayern	13.369.393	75.098	562	56.151	18.947
Berlin	3.755.251	20.257	539	15.772	4.485
Brandenburg	2.573.135	14.865	578	10.807	4.058
Bremen	684.864	4.819	704	2.876	1.943
Hamburg	1.892.122	12.804	677	7.947	4.857
Hessen	6.391.360	34.778	544	26.844	7.934
Mecklenburg-Vorpommern	1.628.378	10.173	625	6.839	3.334
Niedersachsen	8.140.242	41.009	504	34.189	6.820
Nordrhein-Westfalen	18.139.116	112.862	622	76.184	36.678
Rheinland-Pfalz	4.159.150	23.176	557	17.468	5.708
Saarland	992.666	6.684	673	4.169	2.515
Sachsen	4.086.152	25.106	614	17.162	7.944
Sachsen-Anhalt	2.186.643	14.158	647	9.184	4.974
Schleswig-Holstein	2.953.270	15.890	538	12.404	3.486
Thüringen	2.126.846	15.151	712	8.933	6.218
Summen	84.358.845	480.382		354.307	126.075

In Tabelle 5 wird die überschlägig erwartete Kostenentwicklung für das Jahr 2030 auf Grundlage der angesetzten 420 Betten je 100.000 Einwohner simuliert.

Zur Simulation einer auskömmlichen und qualitätsorientierten Betriebsmittelfinanzierung werden die Soll-Kosten pro Bett in 2030 mit 380.000 EURO definiert. Hierin berücksichtigt sind überschlägig steigende Personalkosten und Sachkosten des medizinischen Fortschritts, sowie die steigenden Fallkosten aufgrund des Bettenabbaus durch die Ambulantisierung und die damit verbundene mittlere Kostensteigerung der verbleibenden, dann aufwändigeren stationären Patienten.

Tab. 5: Kosten der Krankenhausversorgung 2030

"Gleichwertige Gesundheitsversorgung"	
Kosten je Krankenhausbett 2030 in EUR	380.000

Entsprechend ist, bezogen auf das Jahr 2030, mit erheblichen Kostensteigerungen zu rechnen. Bleibt die in der Simulation dargestellte Anpassung der Bettenstrukturen (Tabelle 4) aus, werden die Gesamtkosten für die Krankenhausversorgung statt bei 134 Mrd. bei etwa 190 Mrd. EURO liegen. Daher ist es zu begrüßen, dass einige Bundesländer in den letzten Jahren mit dem strukturellen Wandel und dem notwendigen Bettenabbau begonnen haben, entsprechend gering ist dort der verbleibende Anpassungsbedarf.

Bundesland	Einwohner 2022 (destatis)	bereinigte Kosten KH 2022 in TEuro (destatis)	bereinigte Kosten je Einwohner in EUR	MW- Abweichung je Einw. in EUR	Soll - Betten 2030	erwartete Kosten 2030 in TEUR	Kosten je Einwohner 2030 in EUR
Baden-Württemberg	11.280.257	13.724.741	1.217	-208	47.377	18.003.290	1.596
Bayern	13.369.393	17.784.565	1.330	-95	56.151	21.337.551	1.596
Berlin	3.755.251	5.726.083	1.525	100	15.772	5.993.381	1.596
Brandenburg	2.573.135	3.098.849	1.204	-221	10.807	4.106.723	1.596
Bremen	684.864	1.301.511	1.900	476	2.876	1.093.043	1.596
Hamburg	1.892.122	3.404.878	1.800	375	7.947	3.019.827	1.596
Hessen	6.391.360	8.151.312	1.275	-149	26.844	10.200.611	1.596
Mecklenburg-Vorpommern	1.628.378	2.296.069	1.410	-15	6.839	2.598.891	1.596
Niedersachsen	8.140.242	9.441.826	1.160	-265	34.189	12.991.826	1.596
Nordrhein-Westfalen	18.139.116	26.655.832	1.470	45	76.184	28.950.029	1.596
Rheinland-Pfalz	4.159.150	5.158.857	1.240	-184	17.468	6.638.003	1.596
Saarland	992.666	1.654.797	1.667	242	4.169	1.584.295	1.596
Sachsen	4.086.152	5.778.755	1.414	-11	17.162	6.521.499	1.596
Sachsen-Anhalt	2.186.643	3.238.665	1.481	56	9.184	3.489.882	1.596
Schleswig-Holstein	2.953.270	3.678.214	1.245	-179	12.404	4.713.419	1.596
Thüringen	2.126.846	3.100.849	1.458	33	8.933	3.394.446	1.596
Summen	84.358.845	114.195.803			354.307	134.636.717	
Mittelwert			1.425				

Vorschläge für die Finanzierung der Transformation

Die bis 2030 zu erwartenden Kostensteigerungen, die Wirkung der Ausgaben auf die Krankenkassenbeiträge und damit auf die Arbeitskosten und die Wettbewerbsfähigkeit der in Deutschland ansässigen Unternehmen, erzwingen die Transformation und zeitnahe politisches Handeln.

Der dazu notwendige Zeitbedarf erfordert die Benennung und besondere Finanzierung der Sicherstellungskrankenhäuser. Die Simulation der Ausgleichszahlungen zeigt die Dimension, die eine schrittweise Umsteuerung der Mittel aus den überversorgten Bundesländern bewältigen muss. Die dazu notwendigen finanziellen Mittel müssen durch den Bund und die überversorgten Bundesländer bereitgestellt werden.

Die vom Gesetzgeber im aktuellen Gesetzentwurf zur Krankenhausstrukturreform geforderten Strukturqualitäten lassen sich nach Umsteuerung der Ressourcen und der Sicherstellung einer auskömmlichen Finanzierung von den Kliniken auch umsetzen. Für dann potenziell verfügbare Mitarbeitende bestehen in anderen Regionen hervorragende Einsatzmöglichkeiten.

Für die Krankenkassen fallen aktuell durch die erhöhte Inanspruchnahme erhebliche Mehrkosten an. Im Rahmen der bestehenden Ausgleichsregelungen erfolgen heute entsprechende Ausgleichszahlungen aus den Beitragseinnahmen der eigentlich unterversorgten Bundesländer. In der Folge bleiben z. B. die Arbeitskosten in Baden-Württemberg hoch, obwohl das tatsächliche Versorgungsangebot und die Versorgungskosten deutlich unter denen in NRW liegen. Die Arbeitsstunde in Baden-Württemberg könnte somit deutlich günstiger sein, wenn die Behandlungskosten in Baden-Württemberg Grundlage für die Krankenkassenbeiträge im eigenen Bundesland wären.

Die Kosten der über Jahrzehnte aufgebauten Gleichwertigkeitsunterschiede können vor diesem Hintergrund nicht allein den Versicherten (geplanter Transformationsfonds) aufgebürdet werden. Die Krankenhausplanung der überversorgten Bundesländer hat erheblich zu der heutigen Schieflage beigetragen. Zum Zweiten haben die fehlende Zielplanung des Bundes und die vorangegangenen Reformen den Aspekt der gleichwertigen Lebensverhältnisse nicht aufgegriffen, sondern ausschließlich am Meta Ziel 3 angesetzt. Daher ist auch der Bund in der Pflicht, seinen Beitrag zur Finanzierung der Transformation zu leisten.

Zusammenfassung

Die Analyse der Krankenhausversorgung in Deutschland zeigt signifikante Unterschiede in der Vorhaltung leistungsfähiger stationärer Strukturen. Die grundgesetzliche Forderung nach „gleichwertigen Lebensverhältnissen“ ist mit der aktuellen Verteilung von Krankenhausbetten nicht gegeben. Die regionale Ungleichheit in der Bettenverteilung und die entsprechende Verteilung der Leistungsausgaben und Personalressourcen gefährden in anderen Landstrichen die Versorgung der Bevölkerung. Dies sind die Auswirkungen der fehlenden Fixierung bundesweit gleichwertiger und auf die Bürger bezogenen Versorgungsziele.

Das aktuelle Gesetzgebungsvorhaben und die bestehende Unterfinanzierung der versorgungssichernden Kliniken werden die Gleichwertigkeit und die laufende Insolvenzwelle weiter zu Lasten der schon heute weit unterdurchschnittlich versorgten Regionen verschieben. Zur Sicherung der gesetzlich festgeschriebenen auskömmlichen Finanzierung (Kostenerstattung) der heute unterversorgten Regionen muss umgehend eine Verschiebung der Finanzmittel oder eine isolierte Förderung von Sicherstellungskliniken erfolgen. Dies kann bundeseinheitlich an der Kennzahl „Krankenhausbetten je Einwohner“ definiert werden.

Zwingend und grundgesetzlich erforderlich ist die Anpassung des Gesundheitssystems an aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen, wie den Fachkräftemangel, die Überalterung der Gesellschaft, die Digitalisierung und die Entwicklungen in der Medizin. Die Optimierung der Ressourcenallokation ist entscheidend für die Verfügbarkeit und die Qualität und damit für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Eine gezielte Planung und Steuerung der Vorhaltung und der verfügbaren Ressourcen ist Grundlage für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die den Bedürfnissen aller Bürger in allen Regionen gerecht wird und den Anspruch auf eine gleichwertige Versorgung umsetzt.

Zur Sicherung einer bundesweiten Gleichwertigkeit der Gesundheitsversorgung müssen die politischen Entscheidungen in Form klarer und priorisierter Meta Ziele definiert werden. In der Entscheidungskaskade ist zunächst die „Sicherstellungsvorhaltung, im zweiten Schritt „Erreichbarkeit und Zugang“, sowie im dritten Schritt die „Qualität und Leistungsfähigkeit“ zu definieren.

Der wichtigste Schritt einer zukunftsweisenden Gesundheitsreform wäre, die regionale sektorenübergreifende Planung der „noch“ verfügbaren Ressourcen (Krankenhaus, ambulante ärztliche Versorgung, Pflege, Reha, ...) zu ermöglichen und die auskömmliche Finanzierung dieser integrierten Zielplanung, z. B. über ein Versorgungsbudget, sicherzustellen. Das dazu einsetzbare Finanzbudget könnte über einen bundeseinheitlichen Betrag je Einwohner ermittelt werden.

Die Länder, Regionen und Krankenkassen müssen in ihrer Funktion als Kosten- und Planungsträger und gemeinsame regionale Sachwalter auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verpflichtet werden. Sie verantworten die Umsetzung der Sicherstellungsziele und der Gesundheitsangebote unter Berücksichtigung der Möglichkeiten vor Ort. Ob als ambulantes Angebot, über digitale Instrumente oder in stationären Einrichtungen, die Versorgung der Menschen in Bezug auf ärztliche, pflegerische oder therapeutische Behandlungen muss regional eng verzahnt und bedarfsorientiert flexibel gesteuert werden.

Mit dieser Umstellung der Planung und Finanzierung auf den Bedarfsträger Einwohner würde die falsche Gesetzgebung und Planungsgrundlage der letzten 30 Jahre korrigiert und eine bundesweit gleichwertige Gesundheitsversorgung umgesetzt. Die zur Sicherstellung erforderlichen Krankenhäuser und Leistungserbringer wären ausreichend finanziert und die Beiträge der Versicherten und Unternehmen zielorientiert eingesetzt.

Potenzielle Überschreitungen der ermittelten Sicherstellungskapazitäten müssten dann auf anderen Wegen und nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Damit könnten eine Stabilisierung der Ausgaben und eine Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge und der Arbeitskosten realisiert werden.

Nachtrag: Für die enthaltenen Vergleichstabellen sei angemerkt, dass nicht alle Bundesländer isoliert bewertet werden können. Stadtstaaten und Bundesländer, die Stadtstaaten umgeben müssen, differenziert betrachtet werden, da zwischen ihnen häufig ein intensiver Patientenaustausch stattfindet. Dieser Aspekt wurde beim Vergleich der Bettenkapazitäten nicht weiter berücksichtigt.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

Statistisches Bundesamt (DESTATIS), Krankenhausstatistiken 2022

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), Gesundheitsausgaben 2023

PD-Berater der öffentlichen Hand 2019, Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW,

Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers, Carina Mostert, Krankenhausreport 2023, Springer Verlag

Bertelsmann Stiftung 2015, Faktencheck Gesundheit Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich,

Porst M, von der Lippe E, Leddin J, Anton A, Wengler A, Breitzkreuz J, Schüssel K, Brückner G, Schröder H, Gruhl H, Plaß D, Barnes B, Busch MA, Haller S, Hapke U, Neuhauser H, Reitzle L, Scheidt-Nave C, Schlotmann A, Steppuhn H, Thom J, Ziese T, Rommel A: The burden of disease in Germany at the national and regional level—results in terms of disability-adjusted life years (DALY) from the BURDEN 2020 study. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 785–92. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0314

Lars Eric Kroll, Maria Schumann, Jens Hoebel, Thomas Lampert, Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland, Journal of Health Monitoring · 2017 2(2) DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-035.2 Robert Koch-Institut, Berlin