



**Christoph Straub**

---

## **Gesundheitsstadt Berlin: Wir brauchen ein vernetztes ambulantes und stationäres Versorgungssystem**

Berlin, 2021

Beitrag zu: Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Denkanstöße aus der Akademie ; 8)

Persistent Identifier: urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36405

---



# Gesundheitsstadt Berlin: Wir brauchen ein vernetztes ambulantes und stationäres Versorgungssystem

**Christoph Straub**

*Barmer Ersatzkasse*

Das letzte Jahr dieser Legislaturperiode, die im Herbst 2021 mit der Bundestagswahl endet, ist von der Corona-Pandemie geprägt. Sie hält uns in Atem, bestimmt unseren Alltag und vor allem aber den Gesundheitssektor. Dabei fangen die niedergelassenen Ärzt\*innen einen Großteil der Versorgung der Corona-Patient\*innen auf. Dass die Covid-19-Versorgung bislang überwiegend ambulant erfolgt ist, hat nicht nur die Krankenhäuser vor Überlastung bewahrt, sondern in der ersten Welle einen im internationalen Vergleich sehr wichtigen Beitrag zur Eindämmung des Infektionsgeschehens geleistet (Augurzky et al. 2020a: 3). Die Krankenhäuser haben gezeigt, wie flexibel sie sind und dass sie die Versorgung auch bei extremer Beanspruchung gewährleisten können. In kürzester Zeit haben sie die Behandlungskapazitäten für Intensivpatient\*innen ausgebaut (BARMER 2021: 2). Das deutsche Gesundheitssystem hat somit bewiesen, dass es auch Pandemien gut meistern kann. Gleichzeitig hat Corona einmal mehr Schwachstellen deutlich aufgezeigt, die zum Teil Jahrzehnte alt sind.

Die BARMER fordert seit Langem grundlegende strukturelle Reformen in der Versorgung von Patient\*innen. Dazu hatte sie beispielsweise im Jahr 2019 ein Zehn-Punkte-Papier auf den Weg gebracht, das sich einer Dauerbaustelle des Gesundheitssystems widmet, den Sektorengrenzen. Denn trotz zahlreicher Versuche seitens der Politik und der Selbstverwaltung ist es bislang nicht gelungen, die sektorenübergreifende Versorgung substanziell zu verbessern. Allein die Tatsache, dass die Planung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen nicht aus einer Hand erfolgt, ist nicht mehr zeitgemäß und manifestiert Fehlversorgung. Zudem trägt sie zur Überversorgung insbesondere in Metropolregionen und zum Erhalt unwirtschaftlicher Doppelstrukturen bei (BARMER 2019: 10). Leidtragende sind am Ende die Patient\*innen, weil die Kontinuität der Versorgung nicht gesichert ist und die Ressourcen nicht effizient auf den bestmöglichen medizinischen Effekt hin organisiert werden. Hier brauchen wir endlich den von der BARMER schon lange

geforderten Strukturwandel der medizinischen Versorgung in Deutschland. Sie sollte künftig über Sektorengrenzen hinweg am Bedarf der Patient\*innen ausgerichtet sein (BARMER 2019: 5). Die Überwindung der Sektorengrenzen in der Medizin ist der Schlüssel für eine nachhaltig bessere Versorgungsqualität und gleichzeitig für die Sicherstellung der notwendigen Versorgung in der Fläche. Es ist Zeit für eine neue Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis, verbunden über eine übergreifende Planung von Kapazitäten und Ressourcen und finanziert – in einem breiten Bereich fachärztlicher Leistungen – über ein einheitliches Vergütungsmodell (ebd.). Im Mittelpunkt und am Anfang einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sollten fachärztliche Leistungen in dem Überlappungsbereich von ambulant stationärer Krankenhausversorgung stehen. Um die Leistungsanbieter\*innen optimal zu vernetzen, braucht es regionale Versorgungsverbünde (BARMER 2019: 10). Auch das fordert die BARMER in ihrem Zehn-Punkte-Papier. Solche Verbünde könnten besonders in ländlichen Regionen die flächendeckende Versorgung sichern. Sie sollten aus

Ärzt\*innennetzen, Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren heraus gemeinsam entwickelt werden. Nach und nach sollten auch die Anbieter\*innen von Pflege-, Rehabilitations- und anderen Gesundheitsangeboten ergänzt werden.

Von den skizzierten Strukturreformen würden Kliniken sowie Patient\*innen nachhaltig profitieren. Tatsächlich aber konkurrieren zu viele Kliniken weiterhin um die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dies liegt nicht zuletzt an einer weit verbreiteten und mitunter irrationalen Liebe der Bürger\*innen, der Politik und der Medien zu ihrem wohnortnahen Krankenhaus. Bis heute sind alle Versuche, Krankenhäuser ausschließlich nach den Faktoren „hoher Versorgungsqualität“ und „medizinischer Sinnhaftigkeit“ zu betreiben, an dieser Einstellung gescheitert. Das Problem ist wie gesagt nicht neu. Im Gegenteil – es ist seit Jahrzehnten bekannt. Es zeigt, dass es extrem dicke Bretter zu bohren gilt, wenn Krankenhausstrukturen verändert werden sollen. Doch dieser langwierige und mühevolle Prozess ist alle Anstrengung wert und unabdingbar für eine zukunfts- und qualitätsorientierte sowie bedarfs- und patient\*innengerechte Versorgungsgestaltung.

Denn das Ringen um Ressourcen, wie es bisher der Fall war, gefährdet die Sicherheit von Patient\*innen und kann Menschenleben kosten. So kann es in Deutschland passieren, dass Menschen mit Herzinfarkt selbst in Ballungsgebieten in eine Klinik ohne Linksherzkathetermessplatz und mit weniger als 40 Behandlungsfällen pro Jahr eingeliefert werden. Hier ist die Krankenhaussterblichkeit aber um 45 Prozent höher als in Zentren, die eine hohe Expertise aufweisen. Angesichts des Überangebots an Katheterplätzen ist dies absurd. Im Jahr 2014 behandelten zum Beispiel mehr als 18 Prozent der Herzinfarkt-versorgenden Berliner Kliniken weniger als 34 Fälle pro Jahr (Mansky 2018: 6). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei planbaren und komplizierten Eingriffen. Auch hier könnten Todesfälle und Komplikationen vermieden werden, wenn diese nicht im Krankenhaus „um die Ecke“ – also im vertrauten „Berliner Kiez“ –, sondern in einem Krankenhaus mit mehr Erfahrung durchgeführt werden. Zahlreiche Untersuchungen belegen den Zusammenhang von Volumen (Fallzahl) und Outcome (Qualität) – so konnte aktuell im Jahr 2020 auf Grundlage von Routinedaten der BARMER und Daten aus den Qualitätsberichten der Kliniken gezeigt werden, dass bei Eingriffen bei Pankreas- und Darmkrebs sowie in der Adipositaschirurgie bei höherer Fallzahl weniger Todesfälle, Wiedereinweisungen und Komplikationen auftreten. Dabei erreicht die große Mehrheit der Bevölkerung ein Krankenhaus mit einer hohen Fallzahl binnen maximal einer Stunde. Um bessere Qualität bei planbaren Operationen zu erzielen, lohnt sich also ein etwas längerer Anfahrtsweg. Vor allem bei komplizierten Eingriffen sollten hohe Fallzahlen und Spezialist\*innenteams bei der Auswahl gewichtiger sein als die unmittelbare Wohnortnähe (Augurzky et al. 2020b: 56 ff.). Im Sinne einer bestmöglichen Patient\*innenversorgung ist also eine stärkere Konzentration und Spezialisierung in Kliniken dringend erforderlich. Kliniken sollten nur die dem Versorgungsauftrag entsprechenden Leistungen anbieten und komplexe Leistungen konsequent an höhere Versorgungsstufen abgeben. Diese Prämisse hat sich auch bisher in der Corona-Pandemie bewährt. So haben im vergangenen Jahr kleine Krankenhäuser mit bis zu 149 Betten nur sieben Prozent aller stationären Covid-19-Fälle und nur fünf Prozent aller betroffenen Intensiv-Patient\*innen behandelt. In Kliniken ab 400 Betten waren es 60 beziehungsweise 66 Prozent. Zudem wurden vergleichsweise große Anteile an intensivmedizinischen Covid-19-Patient\*innen von kleinen Kliniken schließlich in andere Krankenhäuser weiterverlegt. In kleineren Krankenhäusern sind dies 23 Prozent der Fälle gewesen (Busse 2021: 9–11). Die Konzentration auf größere Kliniken ist aus mehreren Gründen sinnvoll. Zum einen haben größere Häuser eine bessere und

versorgungsnotwendige personelle und apparative Ausstattung, um gerade die schwer erkrankten Covid-19-Fälle bestmöglich zu versorgen. Zum anderen wächst durch die höhere Fallzahl auch fortlaufend die Erfahrung der behandelnden Ärzt\*innen. Dies ist umso wichtiger, da alle Beteiligten mit der Behandlung von Corona-Infektionen Neuland betreten haben. Behandlungspfade aus dem Lehrbuch waren zu Beginn der Pandemie einfach nicht verfügbar. Doch von der skizzierten Konzentration profitieren am Ende auch die kleineren Krankenhäuser. Sie haben dadurch mehr Kapazitäten frei, um sich ihrer originären Aufgabe der Grundversorgung zu widmen.

Was in der Krise funktioniert, gilt aber auch in normalen Zeiten. Nur solche Krankenhäuser sollten Patient\*innen mit schweren Erkrankungen behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Vielen kleinen Krankenhäusern fehlen die notwendige Ausstattung und Routine, um lebensbedrohliche Notfälle oder komplexe planbare stationäre Leistungen adäquat zu behandeln. Deshalb fordert die BARMER zur anstehenden Bundestagswahl eine grundlegende Strukturreform im Krankenhausbereich. Hierbei sollte die Konzentration bei der stationären Leistungserbringung im Vordergrund stehen. Die Strukturen zur Versorgung von Patient\*innen sollten in Zukunft stärker einem gestuften Konzept folgen. Dabei werden den Versorgungsstufen konkrete Leistungen und damit Versorgungsaufträge zugeordnet. Somit wird eindeutig definiert, welche Leistungen einzelne Krankenhäuser künftig erbringen sollen und welche nicht mehr erbracht werden dürfen. Um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, gibt es dabei strikte Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Ziel ist eine Konzentration komplexer stationärer Leistungen an den Standorten, die die notwendige Qualität und Expertise jederzeit vorhalten. Versorgungsstandorte, die zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig sind, sollen dabei aber ausdrücklich erhalten werden. Dabei können kleine Kliniken etwa in regionale Gesundheitszentren mit einem erweiterten ambulanten Versorgungsspektrum, pflegerischen und rehabilitativen Angeboten weiterentwickelt werden. Als intersektorale Gesundheitszentren könnten sie gerade in ländlichen Regionen die medizinische Versorgung sicherstellen und deren Qualität erheblich steigern.

Für eine bestmögliche Versorgung gerade in der Fläche muss sich aber auch der ambulante Sektor interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperationsformen öffnen. Gemeinschaftspraxen, Ärzt\*innennetze und regionale Versorgungsverbände bieten die Möglichkeit, unterschiedliche ärztliche und nichtärztliche Professionen unter einem Dach arbeiten zu lassen. Zusammen mit kleinen Kliniken können daraus intersektorale Gesundheitszentren entstehen. Damit wäre eine belastbare Basisstruktur geschaffen, die zahlreiche Vorteile bietet. So könnten zum Beispiel viel mehr medizinische Eingriffe ambulant vorgenommen werden, insbesondere dann, wenn in den Zentren auch Betreuungs- oder Überwachungsbetten vorgehalten werden. An diese Zentren werden dann ambulante und stationäre Pflegedienste angekoppelt, ganz nach dem Bedarf vor Ort, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu integrieren. Die vorhandenen, knappen Ressourcen effizient einzusetzen, bedeutet, die hausärztlich-allgemeinmedizinische Versorgung, die übrige ambulant-fachärztliche Versorgung und die stationäre Grundversorgung lokal-regional zu integrieren.

Wenn kleine Kliniken auf diese Weise weiterentwickelt werden, bilden sie in der Region einen unverzichtbaren Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Zugleich hört das Ringen um knappe Ressourcen mit größeren Krankenhäusern auf, das alle Beteiligten nicht

voranbringt und zu Lasten von Qualität und auch Wirtschaftlichkeit geht. Eine wichtige Bedingung ist, dass die Bundesländer endlich ihren Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen, damit die Krankenhäuser hier nicht auf die von der GKV finanzierten Betriebsmittel zurückgreifen und diese zu Lasten ihres „Betriebs“, also Personal- und Sachkosten, zweckentfremden müssen.

Die Corona-Pandemie hat die Stärken und Schwächen des Gesundheitswesens in Deutschland erneut offengelegt. Dass wir nunmehr zu tiefgreifenden Veränderungen in seinen Strukturen kommen müssen, gehört zu den großen Aufgaben für die Zeit nach der Pandemie. Hierzu sind mit dem Krankenhausstrukturfonds und zuletzt mit dem Krankenhauszukunftsfonds erste Schritte in die richtige Richtung getan worden. Die Politik sollte für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einen großen Schritt weitergehen. So bedarf es eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems sowie einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, die qualitäts-, patient\*innen-, bedarfs- und wirtschaftlichkeitsorientiert ausgestaltet wird. Die nächste Legislaturperiode ist der richtige Zeitpunkt hierfür!

## Literaturverzeichnis

Augurzky, B. / Busse R. / Gerlach F. und Meyer G. (Augurzky 2020a) in: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Bertelsmann Stiftung und Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.): Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren – Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/publikationen/epaper> (29.04.2021)

Augurzky, B. / Decker, S. / Mensen A. und Simon Reif (Augurzky 2020b): BARMER Krankenhausreport 2020. Volume-Outcome im Krankenhaus. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/krankenhausreport-2020> (29.04.2021)

BARMER (2021): Die Herausforderung annehmen. Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2021. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/blob/294300/1033c843284b8a8c6840a26c20f7ef07/data/gesundheitspolitische-positionen-der-barmer-2021-barrierefrei.pdf> (29.04.2021)

BARMER (2019): 10-Punkte-Papier. Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/blob/184386/e9ddaa6aa30f1af80e2945696ae8be5a/data/dl-barmer-10-punkte-papier.pdf> (29.04.2021)

Busse, R. (2021): Wie erging es den Krankenhäusern im Covid-19-Jahr 2020? Analyse der Fallzahlen, Belegung und Sterblichkeit nach Indikationen und Krankenhausgröße. Berlin. Vortrag verfügbar unter: [https://www.spreestadtforum.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2021.lectures/2021-3-15-rb\\_Berlin-Spreestadt\\_Covid-Krankenhaeuser2020-V2.pdf](https://www.spreestadtforum.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2021.lectures/2021-3-15-rb_Berlin-Spreestadt_Covid-Krankenhaeuser2020-V2.pdf) (29.04.2021)

Mansky, Th. (2018): Strukturwandel ist die wichtigste Voraussetzung für die Verbesserung der stationären Versorgungsqualität. Berlin. Vortrag verfügbar unter:

[https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Die\\_AWMF/Arbeitskreis\\_Juristen/2018-04/2018\\_04\\_06\\_Mansky\\_AWMF3\\_ext.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Arbeitskreis_Juristen/2018-04/2018_04_06_Mansky_AWMF3_ext.pdf) (29.04.2021)