

„Das Primärarzt- zum Prin sorgungssystem weiterentw

Im Interview: Prof. Dr. Boris Augurzky, außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen, Geschäftsführer der hcb GmbH sowie Vorstandsvorsitzender der Rhön-Stiftung und Herausgeber des Krankenhaus Rating Reports

„Großreformen, die alles auf einmal angehen, werden aber schwer bis gar nicht umsetzbar sein, weil die Beharrungskräfte im System schlichtweg zu groß sind. Die Menge der Herausforderungen machen sie aber inzwischen nötig." Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung" spricht sich Prof. Dr. Boris Augurzky, außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen, Geschäftsführer der hcb GmbH, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Stiftung und Herausgeber des Krankenhaus Rating Reports, für eine große Gesundheitsreform aus. Seiner Ansicht nach müssen „die Menschen, um die es geht, primär nach ihren jeweiligen Bedarfen versorgt" werden, und zwar nicht nur rein ärztlich: in einem Primärversorgungssystem!

>> 2004, vor mehr als 20 Jahren, erschien der erste von Ihnen mitherausgegebene „Krankenhaus Rating Report“ mit dem Titel „Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau“. Kürzlich erschien – wie immer mit Ihrer Beteiligung – der Krankenhaus Rating Report 2025 mit der Headline: „Aufbruch aus dem Tal der Tränen“. Der Titel deutet zum einen auf eine Überwindung einer schwierigen und belastenden Phase hin, zum anderen auf den Übergang zu einer besseren Situation, der stets den Willen zum Handeln voraussetzt: Worin begründen Sie die doch recht positive Grundstimmung?

Die Lage der deutschen Krankenhäuser ist tatsächlich sehr kritisch. Bei dieser Aussage stützen wir uns auf 442 Jahresabschlüsse des Jahres 2023 plus 174 Jahresabschlüsse aus 2024, auf die wir schon einen Blick haben werfen können. Die Daten zeigen uns: Die Lage ist so schlecht wie noch nie, seit wir die Daten erheben. Aus dieser Feststellung rührt der Titel des aktuellen Reports „Aufbruch aus dem Tal der Tränen“. Will heißen: Wenn man so richtig tief in einem Tal feststeckt, gibt es nur noch Wege nach oben, vorausgesetzt man schafft es – das muss man natürlich ergänzen –, die Krankenhausstrukturen wirklich zu verbessern. Das wird eine Weile dauern, aber ist unabdingbar. Wenn sich damit die betriebliche Effizienz verbessert, wird der Weg für viele Krankenhäuser wieder nach oben gehen. Die derzeit diskutierte Krankenhausreform bietet dafür einige Instrumente. Hier meine ich nicht nur die Vorgaben der Leistungsgruppen, sondern auch die Anreize zu Strukturveränderungen und zur Transformation von Level-1i-Krankenhäusern.

„Es gibt eine mangelnde Einsicht der Bundesländer, an bestehenden Strukturen etwas zu verändern, solange am Ende die Krankenkassen und teilweise die Landkreise die höheren Kosten schultern müssen.“

märver-
wickeln”

Der eben erschienene Krankenhaus Rating Report 2025 trifft fast zeitgleich auf das Bekanntwerden des Referentenentwurfs zur Anpassung des Krankenhausreformanpassungsgesetzes, kurz KHAG. Darin wird nicht nur die Anzahl der Leistungsgruppen als Basis für die Krankenhausplanung der Länder reduziert, sondern es soll den Ländern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen auch möglich sein, einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe auch dann zuzuweisen, wenn die Klinik die maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt. Auch für Krankenhausstandorte, die vollständig oder teilweise geschlossen werden, soll künftig die Zuweisung einer Leistungsgruppe möglich sein, wenn die Zuweisung für die Umsetzung der Betriebseinstellung erforderlich ist, auch dann, wenn das Haus die Qualitätskriterien nicht einhält. Wird damit das Krankenhaussterben auf Kosten der Qualität hinausgezögert? Wie bewerten Sie die Aufweichung der ursprünglichen Krankenhausreform?

Natürlich gibt es bei einer so komplexen Krankenhausreform gewisse Punkte, die man nachjustieren und optimieren sollte. Das steht außer Frage. Die Frage lautet nur: Wie stark weicht das BMG das Reformgesetz auf? Der seit kurzem vorliegende Referentenentwurf deutet darauf hin, dass das BMG die Möglichkeit für Bundesländer eröffnen will, Ausnahmen völlig frei zu setzen – vorausgesetzt die Krankenkassen stimmen dem zu. Dies liegt daran, dass jedes Bundesland für sich definieren können soll, wann ein Krankenhaus für die Sicherstellung nötig ist und wann nicht. Sobald ein Bundesland dies für sich festgelegt hat, kann es – zumindest laut aktuellem Referentenentwurf – prinzipiell Ausnahmen machen. Dieses Vorgehen ist aus Sicht der Qualitätssicherung zu kritisieren. Allerdings muss man anerkennen, dass eine – sagen wir – 80-prozentige Qualität immer noch besser ist als gar keine, wenn in einer Region als Folge hart formulierter Vorgaben in erreichbarer Entfernung gar kein Krankenhaus mehr vorhanden wäre. Denn dann wäre das Ergebnis null Qualität. Die Frage ist dabei aber: Wie definieren wir „Erreichbarkeit“? Hierfür benötigen wir eine bundesweit einheitliche Definition, solange die Sicherstellungskosten für den Krankenhausbetrieb vom Bund getragen werden. Wenn jedoch die Länder die nötigen Zusatzkosten für großzügige Ausnahmen tragen möchten, können sie natürlich Ausnahmen machen, so viel sie wollen.

Das wollen sie aber gerade nicht. Man hat doch in den vergangenen Dekaden gesehen, dass die Bundesländer mit ihren jeweiligen Landeskrankenhausplänen nicht unbedingt den besten Job gemacht haben, weil allzu oft die schiere Erreichbarkeit viel wichtiger als Qualität war.

In dicht besiedelten Regionen ist die Erreichbarkeit jedoch meist kein Problem. Doch schauen wir einmal in ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern, wo in manchen Regionen das nächste Haus vielleicht 60 Minuten entfernt ist. Ein solches Krankenhaus kann man nicht so einfach aufgeben, selbst wenn es sich wirtschaftlich nicht mehr trägt. Für solche Fälle benötigt man die Sicherstellungsausnahmen als Notanker. Dafür braucht man wiederum sehr klare Kriterien, für welche Leistungen in wie vielen Fahrtminuten eine Erreichbarkeit gewährleistet sein muss.

Das Instrument der Sicherstellung scheint jedoch allzu gern als eine Art Allheilmittel angewandt zu werden, weil es schlichtweg viele Bundesländer in den letzten Jahrzehnten versäumt haben, ihre Krankenhausstrukturen zukunftsfest weiterzuentwickeln.

Das ist sicher ein Grund. Der andere ist der, dass es eine mangelnde Einsicht der Bundesländer gibt, an bestehenden Strukturen etwas zu verändern, solange am Ende die Krankenkassen und teilweise die Landkreise die höheren Kosten schultern müssen. Noch wichtiger ist allerdings der Fakt, dass es nun einmal verschiedene Agenden gibt: Politiker setzen sich ungern mit zu erwartenden lokalen Widerständen – zum Beispiel bei Schließung eines Krankenhauses oder nur einer Abteilung – auseinander, wenn sie das nicht unbedingt tun müssen. So etwas kann sich schnell negativ auf Wahlergebnisse auswirken. Von daher haben Kommunen, Landkreise und Bundesländer eine jeweils andere Interessenlage, in die auch das Thema Krankenhaus fällt.

Umso eindrucksvoller ist, dass das Land Nordrhein-Westfalen bereits eine große Planungsreform hinter sich hat und bereits erste Ergebnisse vorweisen kann. Der nordrhein-westfälische Krankenhausplan hätte zwar noch weitergehen können, aber immerhin wurde zum ersten Mal eine Leistungsgruppensystematik als Planungsbasis eingeführt.

Das KHVVG fügt noch weitere Leistungsgruppen hinzu, aber das mag nicht unbedingt ausschlaggebend sein. Über die Frage, wie viele Leistungsgruppen richtig sind, kann man probat streiten. Vielleicht reichen die aus NRW, vielleicht benötigt man aber noch weitere Leistungsgruppen. Ich würde die Leistungsgruppensystematik ebenso wie das DRG-System als lernendes System begreifen. Entscheidender sind andere Mechanismen wie etwa die Anforderungen an die Leistungsgruppen sowie das Thema der Vorhaltefinanzierung, über das wir sicher noch sprechen werden.

Machen wir. Nun haben Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt vor dem Bundesverfassungsgericht Klage gegen Mindestmengen bei der Frühchenversorgung erhoben. Dabei geht es um viel mehr: Die Bundesländer wollen damit erreichen, dass Karlsruhe die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses auf ihre Verfassungsmäßigkeit überprüft. Was wäre, wenn Mindestmengen als qualitätssteuerndes Instrument wegfallen, nur weil sich diese Bundesländer in ihrer Freiheit der Krankenhausplanung eingeschränkt fühlen?

Das spielt in das schon angesprochene Thema, dass sich die Länder nicht so gerne reinregieren lassen wollen, indem durch Qualitätsrichtlinien – und seien sie noch so evident und sinnvoll – ihre Planungsfreiheiten beschnitten werden. Bei der Krankenhausplanung liegt lege artis die Planungshoheit bei den Ländern. Doch umgekehrt liegt die Krankenhausfinanzierung beim Bund, wo auch die Mindestmengenregelung angesiedelt ist. Und die basiert auf Analysen, die evidenzbasiert einen Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Behandlungsmenge nachweisen. Sie liegt also im Interesse einer guten Patientenversorgung. Allerdings muss die Mindestmenge irgendwo als Cut-off-Punkt gesetzt werden, unterhalb dessen man weder behandeln soll noch bezahlt wird. Die Festlegung eines solchen Punktes unterliegt natürlich einem Ermessenspielraum, weil der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität stetig ist, das heißt, keine plötzlichen Sprünge an einem konkreten Punkt macht. Es ist nicht so, dass die Qualität unterhalb von zum Beispiel 20 Fällen schlecht ist und genau ab 21 gut. Von daher sind solche Cut-off-Punkte immer pragmatisch, jedoch auf Grundlage eines statistischen Zusammenhangs von Menge und Qualität. Das ist aus meiner Sicht legitim. Das nun angerufene Verfassungsgericht hat daher wahrlich eine schwierige Aufgabe vor sich: die Planungshoheit der Länderseite abzuwägen gegen die Qualitätsansprüche der Patient:innen.

Es gibt auch einen Zusammenhang zwischen Menge und Kosten.

Ja. Damit sind wir bei den Mindestvorhaltezahlen, die das KHVVG bei den Leistungsgruppen vorsieht. Erst durch die Mengenskalierung können bestehende Strukturen gut ausgelastet werden und dazu führen, den Betrieb wirtschaftlich tragfähig aufzustellen. Wirtschaftlichkeit ist unbedingt notwendig, wenn man sich die immer weiter steigenden GKV-Beiträge vor Augen führt.

Gehen wir auf diesen Punkt ein. Kürzlich hat der Bundesrechnungshof einen deutlichen Warnschuss abgegeben, indem er davor warnte, dass den gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland weiter steigende Zusatzbeiträge drohen. Wenn die Steigerung so weitergehe, würden die Beitragssatzpunkte Jahr um Jahr wachsen, was deutlichste Problematiken sowohl für Wirtschaft als auch für Privatpersonen auslösen werde. Damit sieht man schon, dass selbst so etwas Solitäres wie eine Krankenhausreform in das Metasystem Finanzierbarkeit und Überbelastung von Bevölkerung und Gesellschaft eingebunden ist.

Am Ende des Tages muss uns klar sein, dass unser Gesundheitswesen nur einen gewissen Anteil unseres Bruttoinlandprodukts beanspruchen kann. Im Moment sind das nach Prognose des Statistischen Bundesamts 12,5 Prozent für das Jahr 2024. Tendenz weiter steigend.

Womit wir schon europa- und selbst weltweit weit oben an der Spitze liegen.

Doch die Zeit ist eine andere geworden. Heute muss man sich auch der Debatte stellen, wie viel vom BIP wir für Verteidigung ausgeben wollen: Das sind 3,5 Prozent, vielleicht vorübergehend sogar 5 Prozent. Alleine für Gesundheit gibt Deutschland dann im Vergleich zur Verteidigung das Zweieinhalbfache aus, rund 500 Milliarden pro Jahr. Dazu kommen immer höhere BIP-Anteile für Rente und für Soziales. Erschwerend ist, dass seit Jahren das Bruttoinlandsprodukt stagniert und zuletzt sogar gesunken ist. Das stellt uns vor ein doppeltes Problem: Wenn der Kuchen insgesamt nicht mehr größer wird, aber alle mehr haben wollen, …

„Ich stimme dem Bundesrechnungshof zu, wenn er Einschnitte im System in Form von Maßnahmen fordert, die kurzfristig die finanzielle Situation der GKV stabilisieren und alle relevanten Leistungsbereiche umfassen."

… weil beispielsweise im Vorfeld der Finanzierungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Praxisärzt:innen der Virchowbund, der Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, mindestens 7 Prozent mehr Geld für die ambulante Versorgung von Patient:innen fordert.

Dann muss die Politik zwangsweise woanders kürzen: bei der Verteidigung, bei der Rente oder beim Sozialen. Das sind die größten Ausgabenblöcke. Jedoch wird sich dies ein Großteil der Wählerschaft nicht gefallen lassen, weil alle den einmal erreichten Wohlstand so gut wie es irgend geht beibehalten möchten. Deshalb stimme ich dem Bundesrechnungshof zu, wenn er Einschnitte im System in Form von Maßnahmen fordert, die kurzfristig die finanzielle Situation der GKV stabilisieren und alle relevanten Leistungsbereiche umfassen. All das haben übrigens meine Kollegen Karagiannidis, Alscher und ich in dem Buch „Die Gesundheit der Zukunft" *(Anm. d. Red.: Rezension siehe Seite 38)* beschrieben. Wir haben darin sehr deutlich darauf hingewiesen, dass die Sozialabgabenquote von momentan 42 Prozent auf über 50 bis 2035 steigen wird. Wenn das geschieht, wird die Wirtschaft noch mehr abgewürgt und das Kuchenstück automatisch kleiner, das wir für die Finanzierung unseres Gesundheitswesens nut-

zen können. Wohlgemerkt: Es wird dann kleiner und nicht größer, wie anscheinend einige irrtümlich zu glauben scheinen.

Nun haben wir die absolute Metaebene erreicht: Hier reicht beileibe keine auch noch so gute und stringente Krankenhausreform mehr. Wir brauchen vielmehr ebenso mutige wie gesamthafte Strukturreformen, zum Beispiel ein Primärversorgungssystem, das alle Bereiche – von stationär bis ambulant, von Notfall bis Reha und von Prävention, Pflege bis Soziales – einschließt. Im Koalitionsvertrag wird lediglich ein Primärarztsystem erwähnt, wobei keiner weiß, woher die dafür nötigen Ärztinnen und Ärzte überhaupt kommen sollen.

Großreformen, die alles auf einmal angehen, werden aber schwer bis gar nicht umsetzbar sein, weil die Beharrungskräfte im System schlichtweg zu groß sind. Die Menge der Herausforderungen machen sie aber inzwischen nötig. Stattdessen rennen die beharrenden Kräfte solange es geht mit dem Kopf gegen die Wand und hoffen vielleicht, doch noch rechtzeitig irgendwie um die Wand herumgehen zu können.

Okay, nacheinander: Was halten Sie vom im aktuellen Koalitionsvertrag erwähnten Primärarztsystem?

Es ist richtig, dass wir uns damit befassen. Aber wir müssen das Primärarztsystem weiterdenken und hierzulande – wie Sie zu Recht sagen – ein Primärversorgungssystem entwickeln. Wir müssen die Menschen, um die es geht, primär nach ihren jeweiligen Bedarfen versorgen, und zwar nicht nur rein ärztlich. Dafür ist die Ressource Hausarzt zu wertvoll und auch zu begrenzt.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, kurz Zi, erwartet für hausärztliche Praxen durch ein neues Primärarztsystem zusätzlich 200 bis 2.000 Kontakte pro Jahr. Das wären etwa zwei Kontakte mehr pro Tag und Hausarztpraxis. Das scheint doch machbar.

In Regionen, in denen es noch ausreichend Hausärztinnen und Hausärzte gibt, wird das sicher der Fall sein. Nur ist es leider heute so, dass es gerade im ländlichen Raum viele Regionen gibt, in denen für Hausärzt:innen, die in Rente gehen und darum ihre Praxen verkaufen wollen, keine Nachfolge gefunden werden kann. Hier wird man ein zusätzliches Aufkommen durch ein Primärarztsystem nicht alleine bewältigen können. Da hilft es nur, Aufgaben umzuschichten, indem man die bisher auf den Arzt fokussierte Leistungserbringung verändert. Sich hier nur auf die ärztliche Ressource zu fokussieren, ist falsch. Wir müssen lernen, mehr in Teams zu denken. Dabei meine ich auch eigenverantwortlich handelnde Pflegefachpersonen wie etwa Community Health Nurses, die eine Gemeinde oder einen Stadtteil betreuen. Wo es nötig und geboten ist, halten sie Rücksprache mit einem Arzt oder einer Ärztin – natürlich auch telemedizinisch. Das wird erstens dazu führen, dass eine gesundheitliche Versorgung angeboten werden kann, auch wenn ein Arzt nicht vor Ort sein kann, und zweitens, dass die Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen reduziert wird.



Prof. Dr. Boris Augurzky

übergab im Oktober die Leitung des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ an die nächste Generation und steht dem RWI nun als gesundheitspolitischer Sprecher weiterhin zur Verfügung, nachdem er von August 2003 bis September 2024 die Leitung des Kompetenzbereichs innehatte. Er ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen, Geschäftsführer der hcb GmbH sowie Vorstandsvorsitzender der Rhön-Stiftung.
Schwerpunkte seiner Arbeit liegen auf dem stationären Gesundheitssektor, auf Fragen zur Reformierung des Gesundheitssystems und auf der Evaluation von Politikmaßnahmen. Unter anderem ist er Autor des Krankenhaus Rating Reports.
Er war Teil der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ des Bundesministeriums für Gesundheit.

Für all das ist es jedoch unabdingbar, dass wir endlich die Digitalisierung in den Griff bekommen.

Ausschlaggebend ist vor allen Dingen, dass alle Akteure im Gesundheitssystem in das System der elektronischen Patientenakte, kurz ePA, eingebunden sind. Alle – Patient:innen wie Leistungserbringer – müssen auf die für sie relevanten Daten zugreifen können. Hier kommt der dritte Punkt ins Spiel: Natürlich müssen wir neben der menschlichen künftig auch künstliche Intelligenz nutzen, um klug Daten auszuwerten, Diagnosen zu stellen und Therapien zu empfehlen. All das wäre bereits heute mit den zur Verfügung stehenden Mitteln machbar und wird auch teilweise in anderen Ländern gemacht. Digitalisierung ist der große Lichtblick zur Erhöhung der Effizienz der Gesundheitsversorgung und zur Vermeidung von Rationierung.

Dann geht es im Bereich Gesundheit vor allem um ein verpflichtendes, flächendeckendes Primärarztsystem, das nicht mehr freiwillig ist, wie das seit Jahren mit Erfolg in Baden-Württemberg erprobte HzV-System.

Die Patient:innen sind es in Deutschland gewohnt, sich die Leistungserbringer auszusuchen, von denen sie der Meinung sind, die richtige Behandlung zu erhalten. Dabei gehen sie auch gerne zwei- oder dreimal parallel zu einem Arzt, bis sie meinen, den richtigen gefunden zu haben.

Und sei es nur, dass dieser den Rezept-

block zückt und das gewünschte Medikament verschreibt.

Dieser Mismatch kommt nur zustande, weil unser Gesundheitssystem für den Einzelnen weitgehend kostenlos ist und uns mangels ePA die Transparenz fehlt. Das absolut nötige und sinnvolle Zusammenbringen der Nachfrage mit dem richtigen Angebot ist die Aufgabe eines Primärversorgungsmodells.

„Welches Krankenhaus definieren wir im Moment als bedarfsnotwendig? "

Wer könnte außerhalb der Politik ein derartiges Primärversorgungsmodell andenken und vor allen Dingen nach vorne treiben?

Man fühlt sich etwas verlassen, weil die Politik zum Thema Gesundheit so still zu sein scheint. Wir können nur hoffen, dass die Bundespolitik die wichtige Aufgabe der Gestaltungshoheit auch im Bereich der Gesundheit wieder wahrnimmt.

Hoffen wir auf einen ereignis- und erkenntnisreichen Herbst.

Hoffen wir es. Es wird in dieser Legislatur darum gehen, eine koordinierende Primärversorgung in Kombination mit der ePA ins Leben zu rufen.

Machen wir uns nichts vor: Am Ende wird es ausschlaggebend sein, wie die Nachfrage reduziert werden kann, ohne dass Menschen darunter leiden und dennoch ausreichend versorgt werden. Und dass endlich bei den Leistungserbringern die Effizienz erhöht wird.

Hier sprechen Sie implizit auch das Thema Bürokratie an, das eine große Rolle spielt, weil hier viele knappe Ressourcen gebunden werden. Aber auch bestehende Strukturen müssen unter die Lupe genommen und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Leistungen transparenter gemacht werden. Auch hier wird eine funktionierende ePA Gamechanger sein: Zum Beispiel würde damit endlich deutlich, welche Behandlungspfade welchen Nutzen bringen und auch welche Kosten verursachen.

Gehen wir kurz zurück in das von Ihnen beschriebene Tal der Tränen. Professor Busse von der TU Berlin erklärt oft, dass eigentlich 400 Krankenhäuser eine ausreichende Versorgung sicherstellen könnten. Wird nur die Frage sein, sind es die richtigen, die sterben, wenn die Zahlen so trist sind, wie Sie es im Krankenhaus Rating Report mit den Zahlen des Jahres 2024 analysiert haben?

Beginnen wir mit der These, dass eigentlich 400 Häuser reichen, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Diese Aussage ist grundsätzlich richtig, wenn man einem Grüne-Wiese-Ansatz folgt. Das haben wir auch einmal gemacht und auf einer Deutschlandkarte eingetragen, wo im Sinne der Erreich- und Verfügbarkeit am besten Standorte platziert werden sollten. Da kommt man tatsächlich im Ergebnis auf etwa 400 Häuser, vielleicht sogar noch auf ein paar weniger, je nachdem, wie streng man die Erreichbarkeitsmaße definiert: Der Unterschied zwischen 30 oder 40 Minuten Erreichbarkeit macht hier viel aus. Das ist aber nicht ausschlaggebend. Wichtig ist, dass dieser Grüne-Wiese-Ansatz praxisfern ist, solange man nicht willens ist, die gesamte Krankenhauslandschaft neu zu bauen. Es kann natürlich in Einzelfällen sein, dass Krankenhäuser genau dort sind, wo sie im Grüne-Wiese-Ansatz auch stehen würden. Doch wird das eher reiner Zufall sein, die meisten müssten neu gebaut werden. Das kostet enorm viel Geld und noch mehr Zeit, die wir nicht mehr haben.

Also werden wir doch bei 800 oder 1.000 Standorten landen.

Was auch schon ein großer Schritt und mithilfe des Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro auch bezahlbar wäre. Mithilfe des Transformationsfonds könnte man die heutige Zahl von rund 1.700 Standorte durch Verlagerung und durch Neubau von Zentralkliniken auf rund 1.200 reduzieren zuzüglich rund 350 Level-1i-Kliniken.

Bleibt die Frage offen: Bleiben im Konkursfall genau die übrig, die wir für die Versorgung benötigen?

Das kann man nicht garantieren. Dazu müsste man erst einmal definieren, was „richtig" bedeutet. Meint man mit „richtig" nur die Maximalversorger? Es gibt auch mittelgroße Häuser oder spezialisierte Fachkliniken, die gute Qualität abliefern. Wenn man allerdings die wirtschaftliche Lage der Häuser analysiert, erkennt man in unserem Rating schon, dass tendenziell eher die kleineren Grundversorger von einem möglichen Konkurs betroffen wären. Doch sind durchaus auch Maximalversorger bedroht. Generell gilt, dass im Mittelfeld – so zwischen 500 und 900 Betten – Krankenhäuser wirtschaftlich einigermaßen gut arbeiten können. Wobei es immer Ausnahmen vom Durchschnitt gibt.

Was wäre eine Überlebensstrategie?

Wenn man beispielsweise in einem Landkreis zwei oder drei Grundversorger hat, sollte man die zu einer größeren Einheit zusammenziehen, wenn es die Erreichbarkeit hergibt. Das nützt nicht nur der Wirtschaftlichkeit, sondern auch der Versorgungsqualität, weil für beide eine gewisse Mindestgröße vorhanden sein muss. Und wenn es zum Bau eines neuen größeren Zentralklinikums in der Mitte der Region kommt, kann vielleicht sogar eine höhere Notfallstufe erreicht werden, was der Bevölkerung zugutekommt. Was auch immer passiert: Politik und Krankenhausträger werden aktiv handeln müssen. Es hilft uns nicht weiter, alles wie bisher weiterlaufen zu lassen. Sonst werden wir nie eine tragfähige Zielstruktur bekommen.

Damit sind wir fast automatisch beim Thema der Vorhaltefinanzierung angekommen. Hierzu gibt es ein Zitat von Dr. Reimann vom AOK-Bundesverband, nach dem diese ein technisches Verteilinstrument ohne erkennbaren Mehrwert sei. Sie spricht sich darum für eine bedarfsorientierte Vorhaltefinanzierung aus.

Darin schwingt die Kritik mit, dass die Vorhaltebudgets durch die jeweiligen Vorjahresfallzahlen eines Hauses kalibriert werden. Im Grunde tritt damit ein Haus mit seiner bisherigen Fallmenge in die Welt der Vorhaltefinanzierung ein. Man kann dies bedauern und eine unabhängige bedarfsorientierte Vorhaltefinanzierung fordern. Aber welches Krankenhaus definieren wir im Moment als bedarfsnotwendig? Zudem brauchen wir einen fließenden Übergang vom alten ins neue System. Das bedeutet, dass beim Start der Vorhaltefinanzierung an der bisherigen Fallzahl eines Krankenhauses angedockt werden muss. Tut

Zitationshinweis

Augurzky, B., Roski, R., Stegmaier, P.: „Das Primärarzt- zum Primärversorgungssystem weiterentwickeln", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/25), S. 32–37. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2751

man das nicht, werden Schockwellen durch das System laufen, weil viele Häuser durch zu große Erlösschwankungen bei der Einführung schnell an den Punkt kommen werden, an dem sie ihr Personal nicht mehr bezahlen können. Beispielsweise wenn manche Häuser plötzlich 25% weniger Erlöse hätten, wenn die Vorhaltefinanzierung auf einmal populationsbezogen berechnet würde. Das geht nur im Zielbild, auf das man dann in einer längeren Konvergenzphase zusteuern muss.

Wir brauchen also eine Art systemerhaltenden Übergang.

Ja. Im Zielbild wäre dann tatsächlich ein populationsbezogenes Budget für die Versorgung in einer Region sinnvoll. Damit würde nicht das bestehende Angebot einer Region für das bezahlt, was es derzeit vorhält, sondern für das, was an Vorhaltung nötig ist, um die lokale Bevölkerung zu versorgen. Für einen derartigen populationsorientierten Ansatz hatten wir uns in der Regierungskommission Modelle überlegt und dafür plädiert, diese langfristig einzuführen, zumindest in Regionen, die genau umgrenzte Einzugsgebiete aufweisen. Dabei müssen jedoch die überregional tätigen Fachkliniken und Maximalversorger gesondert betrachtet werden.

Man könnte doch auch ausgehend vom Regionalbudget ein Primärversorgungssystem andenken.

Richtig. Inzwischen funktioniert besonders in ländlichen Gebieten weder die stationäre noch die ambulante Versorgung gut oder ist gar zukunftsfest aufgestellt. Dort werden immer mehr Krankenhausträger gedrängt, sich auch um die ambulante Versorgung zu kümmern, weil die Bevölkerung durch den schleichenden Wegfall ambulanter Versorgungsstrukturen verständlicherweise entsprechenden politischen Druck macht. Nehmen wir also ein regionales Krankenhaus-Vorhaltebudget von – sagen wir – 60 Millionen Euro und ergänzen es um das entsprechende KV-Budget. Nun braucht es noch jemanden, der die Verantwortung für das Budget und die Versorgung übernimmt. Ein großer Klinikbetrieb ist dazu naturgemäß eher in der Lage als viele kleine Arztpraxen, die es ohnehin immer weniger gibt.

Und die verfasste Ärzteschaft würde kopfstehen.

Nicht in bestimmten Regionen. Flächendeckende Primärversorgungsmodelle mit Regionalbudget können in schwierigen, bisher schon unterversorgten Regionen eine Chance sein. Davon gibt es einige in den neuen Bundesländern, aber auch welche in den alten Bundesländern.

Gibt es schon derartige Modelle?

Das gesunde Kinzigtal oder eines seiner Ableger oder auch Templin könnten der Nukleus eines solchen Modells sein. Es bräuchte allerdings immer auch die Krankenhäuser plus Prävention und Reha, um ein wirkliches Regionalbudget für die ambulante und stationäre Versorgung zu bilden – idealerweise auch die Altenpflege. Würde es nur die ambulante Versorgung umfassen, wäre der Hebel eines Budgetmodells einfach nicht groß genug. <<

Herr Professor Augurzky, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

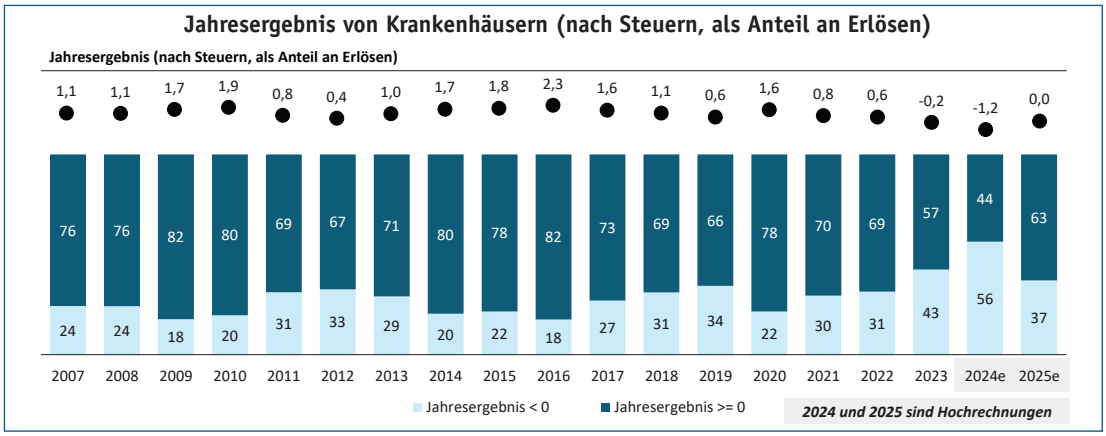


Abb. 1: Jahresergebnis von Krankenhäusern (nach Steuern, als Anteil an Erlösen). Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025.

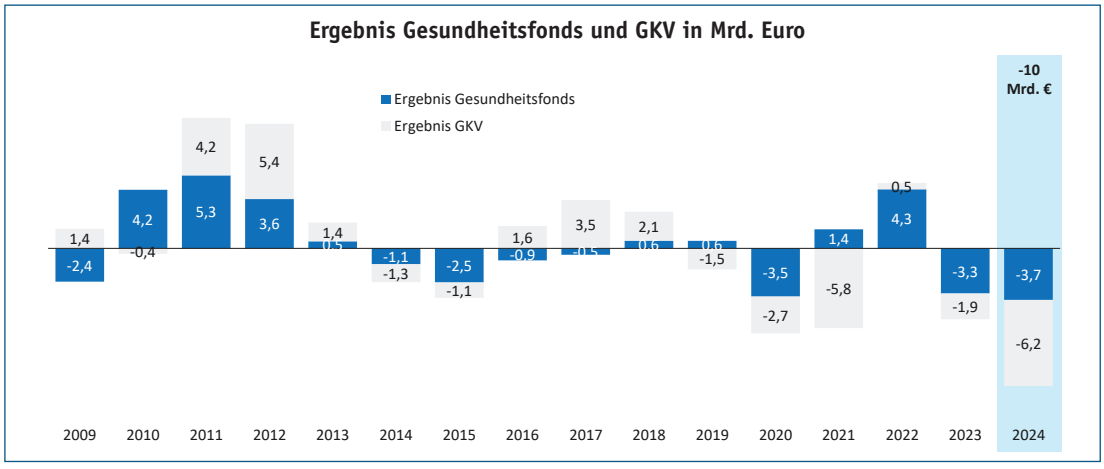


Abb. 2: Ergebnis des Gesundheitsfonds und der GKV in Mrd. Euro.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025, beide Abbildungen wurden freundlicherweise von Prof. Augurzky für MVF zur Verfügung gestellt.