

Stimmen zu den Kommissionsvorschlägen und ihren Auswirkungen

Hecken rügt „Selbstverwaltungs-Bashing“: Level der Kommissionsvorschläge identisch mit G-BA-Notfallstufen

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), sieht in den Empfehlungen der Regierungskommission „einen gelungenen Diskussionsvorschlag für eine künftige Einteilung der Krankenhauslandschaft in verschiedene Level“. Um der „Legendenbildung“ vorzubeugen, stellt Hecken klar: „Die Level I, II und III sind absolut identisch mit den vom G-BA beschlossenen und bereits seit fünf Jahren in Kraft befindlichen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Sie sind bereits gelebte Praxis und werden auch zur Planung der Notfallversorgung in vielen Krankenhausplänen genutzt.“ In der Sache sei er jedoch sehr froh darüber, dass auf die mittlerweile praxiserprobte Notfallstufenregelung des G-BA zurückgegriffen wurde. „Bedauerlich wäre allerdings, wenn bei der Umsetzung, die ja auch mit wesentlichen neuen Finanzierungsinstrumenten verbunden ist, die Selbstverwaltung keine Mitgestaltungsverantwortung bekäme.“

Denn mit der Einführung von erheblichen Vorhaltekostenanteilen in der Krankenhausvergütung würden hohe zweistellige Milliardenbeträge auf die Krankenhäuser verteilt. „Daher wäre es eine vertane Chance, wenn damit keine bedarfsorientierte Krankenhausplanung im Sinne eines geordneten Strukturwandels erfolgen würde“, so der G-BA-Vorsitzende.

Hecken zeigte sich verärgert über das „Selbstverwaltungs-Bashing“ durch politisch Verantwortliche, das in den vergangenen Monaten stärker als je zuvor wahrzunehmen war. Bei der Vorstellung der Kommissionsvorschläge wurde betont, so Hecken, dieses „Meisterwerk“ hätte in dieser Form und in so kurzer Zeit von den bereits erwähnten „Selbstverwaltungslobbyisten“ niemals kreiert werden können. „Das ist für mich mehr



Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), meint, bei allem Selbstverwaltungs-Bashing werde völlig vergessen, dass Krankenhausplanung niemals Aufgabe der Selbstverwaltung war: „Die Planungshoheit liegt ausschließlich bei den Ländern. Wohin das geführt hat, sieht man an dem Reformbedarf der Krankenhausplanung und den Klagen über unsystematische und teilweise versorgungsgefährdende kalte Strukturbereinigungen.“ Foto: G-BA/Rosa Reibke

als irritierend.“ Dabei werde völlig vergessen, so Hecken weiter, dass Krankenhausplanung niemals eine gesetzliche Aufgabe der Selbstverwaltung war: „Die Planungshoheit liegt ausschließlich bei den Ländern. Wohin das geführt hat, sieht man an dem – jetzt von allen Seiten als überfällig angesehenen – Reformbedarf der Krankenhausplanung und den Klagen über unsystematische und teilweise versorgungsgefährdende kalte Strukturbereinigungen.“

Krankenhäuser in NRW: Reformvorschläge „extrem gefährlich“

Die Vorschläge der Regierungskommission für eine Krankenhausreform führen nach dem Ergebnis einer ersten datengestützten Auswirkungsanalyse zu rigorosen Einschnitten für die Patienten in Nordrhein-Westfalen. Wichtige medizinische Leistungen müssten bei konsequenter Anwendung des Reformkonzepts auf nur noch 36 Krankenhäuser im Rheinland und in Westfalen-Lippe konzentriert werden. Das bedeutet, dass der überwiegende Teil der 337 NRW-Krankenhäuser von elementaren Teilen der Versorgung ausgeschlossen würde.

Die von **Prof. Dr. Boris Augurzky** zusammen mit der Firma Vebeto im Auftrag der DKG erstellte Auswirkungsanalyse zeigt

sowohl Einschnitte in der Krankenhauslandschaft als auch gewaltige Verschiebungen in beispielhaften Behandlungsfeldern auf. So müssten sich 70 % aller werdenden Eltern in NRW eine neue Entbindungsklinik suchen. Zudem würde die Notfallversorgung bei Herzinfarkt oder Schlaganfall stark ausgedünnt.

Ingo Morell, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW): „Der Blick auf die Folgen, die das Reformkonzept der Bundesregierung für die konkrete Versorgung der Menschen in NRW hätte, bestätigt: Eine solche Krankenhausplanung vom grünen Tisch in Berlin folgt zahlengetriebenen Zielen, die am tatsächlichen Bedarf der Menschen in ihrem



Für extrem gefährlich hält Ingo Morell, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), die geplante Konzentration der interventionellen Kardiologie. Foto: Jens Jeske, kkvd

Umfeld vorbeigehen. Im Mittelpunkt muss aber eine verlässliche, gut erreichbare und qualitativ hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten in den Städten und auf dem Land stehen. Diesen Ansatz setzt die neue nordrhein-westfälische Krankenhausplanung mit dem Blick für die regionalen Erfordernisse um. Das geht nur auf Landesebene, weil die Länder den jeweiligen Bedarf kennen.“

Von 358 Krankenhausstandorten in NRW erreichten der Analyse zufolge nur 14 das Level 2 und weitere 22 das Level 3. Neben diesen 36 Kliniken erfüllen zwar 233 Krankenhäuser die Voraussetzung für das neue Level 1n, doch lässt die Vorgabe der Regierungskommission nur 47 Krankenhäuser tatsächlich direkt zu. Alle anderen Häuser liegen zu nah an einem Krankenhaus der höheren Stufe und können deshalb nur als Level 1i mit weitermachen. Dies gilt auch für 63 Krankenhäuser, die direkt in diese Kategorie fallen sollen.

Für KGNW-Präsident Ingo Morell verdeutlichen die Beispiele der Auswirkungsanalyse, wie wenig die Regierungskommission gewachsene Strukturen und die realen Folgen ihrer Planung bedacht hat. „Wer Krankenhausplanung nur nach einem Algorithmus ausrichtet, kann dem realen Bedarf der Menschen in unserem Land nicht gerecht werden. Es ist vollkommen unrealistisch, mehr als zwei Drittel aller Geburten kurzerhand auf wenige Geburtshilfen auszulagern. Dafür müssten an diesen Standorten mehrere Etagen mit Kreißsälen und zugleich Hotels für Hochschwangere und Angehörige gebaut werden.“ Für extrem gefährlich hält Morell die geplante Konzentration bei der interventionellen Kardiologie auf wenige Standorte, wie sie auch für die Schlaganfall-Behandlung geplant ist: „Wenn es um Leben und Tod geht, wenn jede Sekunde zählt, kann in einem Bundesland mit 18 Millionen Einwohnern nicht ein dünnes Netz von wenigen Kliniken die Daseinsvorsorge sicherstellen.“ Aus Sicht der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser muss die Krankenhausplanung in der Verantwortung der Länder bleiben. Die in NRW im Konsens mit allen Beteiligten entwickelte Planungssystematik ermögliche eine nachhaltige Veränderung der

Auswirkungsanalyse: Nordrhein-Westfalen

- Geburtshilfe: Von 137 Standorten mit einer Geburtshilfe (Stand: 2021) lässt die Beschränkung auf die Level 2 und 3 nur noch 35 Standorte übrig. 70 % der werdenden Eltern müssten sich eine andere Entbindungsklinik suchen.
- Interventionelle Kardiologie: Akute Herzinfarkte können aktuell in 136 Standorten mit einer interventionellen Kardiologie schnell behandelt werden. Bei Einschränkung auf die Level 2 und 3 bleiben noch 34 Standorte übrig. 70 % der Patienten müssten auf eines dieser Krankenhäuser ausweichen.
- Neurologische Versorgung: Auch die allgemeine oder komplexe Neurologie soll nur noch in Level 2 oder 3 stattfinden. Damit bleiben 33 statt bisher 74 Standorte übrig. Die Hälfte aller Patienten (52 %) müsste sich eine andere Klinik suchen.
- Urologische Versorgung: Die geplante Verlagerung der allgemeinen und komplexen Urologie in Häuser der Level 2 und 3 lässt nur noch 22 statt bisher 80 Standorte zu. Auch hier müssen 72 % aller stationären Fälle auf die wenigen verbliebenen Standorte ausweichen.

Krankenhauslandschaft, weil die Zuordnung der Leistungsgruppen auch zur Fusion, Verlagerung oder sogar Schließung einzelner Standorte führen könne, erklärt KGNW-Präsident Morell. KGNW-Präsident Ingo Morell betont als Konsequenz aus der Auswirkungsanalyse: „Wir hoffen, dass Bund und Länder bei ihren Gesprächen über eine Krankenhausreform den Fokus auf die flächendeckend gute Versorgung der Patientinnen und Patienten legen. Das kann nur erfolgreich gelingen, wenn die unselige Verknüpfung von Leveln und Leistungsgruppen aufgelöst wird.“

NRW-Gesundheitsminister **Karl-Josef Laumann (CDU)** betont, die Krankenhausplanung müsse Ländersache bleiben. „Eine Reißbrett-Krankenhausplanung, die mit der Brechstange an gewachsene Strukturen geht, wird weder bei den Ländern noch bei den Bürgerinnen und Bürgern Zustimmung finden“, kommentierte er Lauterbachs Pläne. „Wir dürfen keinen Blindflug bei der Reform des Bundes machen, sondern müssen die Auswirkungen auf die gewachsene Krankenhauslandschaft genau abschätzen können“, warnte der CDU-Politiker. Der Diskussionsprozess mit dem Bund und den Ländern über die Zukunft des Krankenhauswesens sei offen. „Ich gehe davon aus, dass der noch zu erarbeitende Gesetzgebungsentwurf keine 1:1-Umsetzung der Kommissionsvorschläge sein wird, sondern sich stark an der NRW-Krankenhausplanung orientiert“, unterstrich Laumann.

„Die Umsetzung der Reformvorschläge der Regierungskommission von Minister Lauterbach für eine Krankenhausreform gefährdet eine flächendeckend hochwertige Krankenhausversorgung im kreisangehörigen Raum. Dies bereitet uns große Sor-

gen, vor allem mit Blick auf die Erreichbarkeit von Kliniken in den NRW-Kreisen“, warnte auch der Hauptgeschäftsführer des Landkreistags NRW, **Dr. Martin Klein**, zu der Auswirkungsanalyse, die die DKG aktuell vorgelegt hat. „Eine Krankenhausreform ist notwendig, sie darf aber nicht zu Versorgungslücken

führen. Den Menschen im kreisangehörigen Raum muss auch in Zukunft ein gutes und gut erreichbares Krankenhausangebot zur Verfügung stehen“, forderte Klein weiter. Auch er betonte: „Krankenhausplanung ist Ländersache und muss Ländersache bleiben.“

Minister Holetschek droht mit Klage gegen Lauterbachs Klinikreform

Der bayerische Gesundheitsminister **Klaus Holetschek (CSU)** hat mit einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe gegen die Klinikreformpläne von Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach (SPD)** gedroht. „Ich werde es nicht hinnehmen, wenn die Planungshoheit der Länder durch die Reform ausgehebelt wird. Notfalls bin ich auch bereit, dafür nach Karlsruhe zu gehen und vor dem Bundesverfassungsgericht zu klagen“, kündigte der Bayerische Gesundheitsminister an.

Die bayerische Landesregierung sieht sich durch ein Gutachten in ihrer Kritik an den Krankenhausreformplänen des Bundes bestärkt. „Mit dem derzeitigen Konzept drohen drastische Einschnitte in der bayerischen Krankenhauslandschaft“, sagte Gesundheitsminister Holetschek mit Verweis auf die Ergebnisse eines von ihm in Auftrag gegebenen Gutachtens. Demnach gefährdeten die Reformpläne die Notfallversorgung und die reguläre stationäre Versorgung in jedem achten Krankenhaus in Bayern. Wenn Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach an seinen Plänen festhalte, würden „bewährte Strukturen zerstört, die wir weiterhin dringend benötigen“.

Holetschek hatte ein „Gutachten zur Folgenabschätzung der Krankenhausreform auf die Versorgungsstruktur in Bayern“ bei der Firma BinDoc in Auftrag gegeben. Die Gutachter kommen laut Holetschek zu dem Schluss, dass 53 der rund 400 bayerischen Krankenhäuser, dies entsprechen 13 % der Kliniken, durch die Reformpläne herabgestuft würden. Diese könnten dann künftig nur noch eine ambulant-stationäre Basisversorgung anbieten, zum Beispiel bei Diabetes- oder Kreislaufproblemen. „An diesen Häusern könnten keine Notfallversorgung und keine reguläre stationäre Versorgung mehr stattfinden“, warnte der Minister.

Mehr als 50 Krankenhäuser in Bayern wären keine vollwertigen Krankenhäuser mehr, wenn der Bund die bislang bekannten Pläne umsetzen würde, so Holetschek. Auch bei Häusern mit einem breiteren Versorgungsangebot würde sich das Angebot nach den Berliner Plänen verschlechtern. Knapp 100 Krankenhäuser würden künftig nur noch eine stationäre Basisversorgung anbieten.



„Ich werde es nicht hinnehmen, wenn die Planungshoheit der Länder durch die Reform ausgehebelt wird“, sagte der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek. Foto: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Zahlreiche andere, auch in der Fläche relevante Angebote würden nach der Konzeption des Bundes an diesen Häusern wegfallen, ein besonders gravierendes Beispiel sei die Geburtshilfe. „Auch die Versorgung bei einem Schlaganfall wäre gefährdet“, sagte der Minister.

Holetschek forderte Lauterbach zu einem Krankenhausgipfel mit den Ländern, Bundesfinanzminister **Christian Lindner (FDP)** und Klinikvertretern auf: „Es wird Zeit, dass der Bundesgesundheitsminister mit allen Betroffenen redet, anstatt über ihre Köpfe hinweg zu planen.“ Es brauche eine Krankenhausreform – aber diese müsse sich am Wohl der Patienten orientieren.

Holetschek schloss sich zudem einem Vorschlag an, einen neuen Strukturfonds über 100 Mrd. € einzurichten, um Kliniken unter die Arme zu greifen. „Ohne finanzielle Unterstützung können die Krankenhäuser den notwendigen Transformationsprozess nicht bewältigen“, sagte er. Sonst drohe auch die Gefahr, „dass einige Kliniken die Strukturreform gar nicht mehr erleben“.

Bayerische Krankenhausgesellschaft beklagt fehlenden Realismus

„Man kann es drehen und wenden wie man möchte, aber die von der Regierungskommission vorgelegten Ideen für eine revolutionäre Krankenhausreform sind schlicht und ergreifend

für die praktische Umsetzung nicht geeignet“, so Landrätin **Tamara Bischof**, 1. Vorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG).

Nach der Folgenabschätzung der bayerischen Staatsregierung wären die Veränderungen bereits dramatisch. Darüber hinaus zeigten die detaillierten Auswirkungsanalysen im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von den Instituten Vebeto und hcb – an der auch Mitglieder der Regierungskommission selber mitgewirkt haben – noch deutlichere Auswirkungen für Bayern mit einer Vielzahl von Schließungen von Krankenhausabteilungen und ganzen Standorten. Für die notwendige, ausreichende und flächendeckende Versorgung der Menschen im Freistaat wäre dies nach Einschätzung der BKG eine absolute Katastrophe.

Sollte die Krankenhausreform, wie von der Regierungskommission vorgeschlagen, umgesetzt werden, würde nach den vorgestellten Analysen im Auftrag der DKG etwa jedes dritte bayerische Krankenhaus auf das sogenannte „Level II“ herabgestuft werden. Bei strikter Anwendung des sogenannten „30 Minuten Erreichbarkeitskriteriums“ der Regierungskommission könnte dies sogar nahezu jedes zweite Krankenhaus in Bayern treffen.

Diese Häuser könnten keine reguläre stationäre Versorgung mehr anbieten. Auch die stationäre Versorgung in den sogenannten „Level I“-Häusern müssten auf eine Basisversorgung sowie stationäre Notfallversorgung begrenzt werden, was in Bayern einen erheblichen Rückbau von Versorgungsstrukturen bedeuten würde.

Berlin: regional abgestimmte Angebote, flächendeckender Zugang zur medizinischen Versorgung

Eine gemeinsame Pressemitteilung anlässlich der Auswirkungsanalyse im Auftrag der DKG gaben die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und die Berliner Krankenhausgesellschaft heraus.

Die Analyse zeige, dass eine solche Bereinigung der Krankenhauslandschaft zu einer erheblichen Gefährdung der Versorgungssicherheit und zu deutlichen Verwerfungen in etablierten regionalen und überregionalen, gut funktionierenden Versorgungsstrukturen führt. Der Reformvorschlag der DKG sei hingegen ein Beitrag zu der sich nun entwickelnden Reformdebatte, der auch einer Metropolregion Rechnung trägt. Mutige und zukunftsorientierte Schritte zur Umgestaltung des Gesundheitswesens, nicht nur im Bereich der stationären Versorgung, sind nötig, unausweichlich und nun auch greifbar. Dieser Prozess muss in der Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung und der Gestaltung der regionalen Versorgung vorangebracht werden.

Eine Auswirkungsanalyse der Reformvorschläge auf Praxistauglichkeit wäre eigentlich die Aufgabe der Regierungskommission gewesen, heißt es in der gemeinsamen Erklärung. Die Ergebnisse zeigten, dass eine Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission zu einer Gefährdung der Versorgung führen würde. Die Anzahl der Kliniken in Berlin würde sich von 60 auf sieben stationäre Standorte reduzieren. Statt



Die revolutionäre Krankenhausreform von Lauterbach sei schlicht und ergreifend für die praktische Umsetzung nicht geeignet, so Landrätin Tamara Bischof, Vorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG).
Foto: BKG

Lediglich 42 Krankenhäuser in Bayern dürften noch eine umfangreiche stationäre Versorgung über mehrere Leistungsgruppen in den Leveln II und III (einschließlich der Uniklinika) anbieten, was völlig unzulänglich für eine stationäre Versorgung wäre und ebenfalls negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgung sowie den Rettungsdienst hätte. Die Zukunft der für Bayern besonders wichtigen Fachkliniken wäre ebenso ungewiss.

18 Standorten für Geburtshilfe wären noch sieben Standorte erhalten, sodass 54 % der Patientinnen nicht mehr versorgt wären; in der Neurologie würden statt 14 noch sechs Standorte bleiben, die Versorgung für etwa 50 % der Patienten wäre damit ungeklärt. In der Urologie würde sich das Versorgungsangebot von 10 auf fünf Standorte reduzieren. Interventionelle Kardiologie würde von 26 auf acht Standorte reduziert, sodass 62 % der Behandlungen an andere Standorte verlagert werden müssten. „Nun ist offensichtlich, wie die von der Regierungskommission vorgeschlagene bundesweite Umgestaltung der Krankenhauslandschaft viele Krankenhäuser in ihrer Existenz und Patienten in ihrer Versorgungssicherheit gefährden würde. Die zahlreichen gut funktionierenden Kooperationen in Trägervielfalt dürfen nicht verloren gehen“, so **Marc Schreiner**, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG).

Die Berliner Gesundheitssenatorin **Ulrike Gote**: „Die Auswirkungsanalyse zeigt nun sehr deutlich, was wir in der Gesundheitsministerkonferenz bereits haben kommen sehen. Das vorliegende Konzept der Regierungskommission für eine Krankenhausreform bildet die unterschiedlichen Situationen in Flächenländern, Metropolregionen und Ballungszentren derzeit nicht ausreichend ab und würde ganz konkret die Qualität der Gesundheitsversorgung in Berlin gefährden. Versorgungsentscheidungen müssen auch weiterhin vor dem Hintergrund regionaler

Gegebenheiten getroffen werden können. Es ist unbestritten und zweifellos wichtig, dass der Bund endlich eine Krankenhausreform auf die Gleise setzt. Ich hätte mir aber gewünscht, dass Bundesminister Karl Lauterbach vor der Veröffentlichung seiner Vorstellungen diese erst einmal auf ihre Praktikabilität und Umsetzbarkeit mit den Ländern zurückgespiegelt hätte. Nun legen ihm die Krankenhäuser eine Analyse der Auswirkungen vor. Ich gehe davon aus, dass das Bundesministerium für Gesundheit diese teils dramatischen Prognosen entsprechend ernst nimmt und berücksichtigt.“

Zielsetzung einer Reform müsse sein, die Versorgungsstrukturen angesichts des demografischen Wandels effizienter zu gestalten, auch, um dem Fachkräftemangel besser begegnen zu können. Gleichzeitig müssen die regional abgestimmten Angebote flächendeckend Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten. Denn: Erreichbarkeit und gute Personalausstattung sind zentrale Bürgerwünsche. Klinisch-ambulante Angebote müssen die stationäre Versorgung entlasten und Lücken in der ambulanten Versorgung kompensieren. Die Mitarbeiter müssen um bürokratische Vorgaben entlastet werden, um mehr Zeit für die Patienten zu haben.

Eine Krankenhausreform müsse zudem zusätzliche Mittel für die notwendigen Umsetzungsschritte zur Verfügung stellen. Um Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, einen Teil der bisher akutstationär behandelten Patienten zukünftig klinisch-ambulant zu versorgen, muss die Reform eine dafür notwendige und angemessene Finanzierung der Krankenhäuser einführen. Das Gesamtvorhaben muss durch einen Systemzuschlag finanziert von Bund, Ländern und GKV geleistet werden. Bis Reformen umgesetzt sind und greifen, müssen die Kranken-



BKG-Geschäftsführer Marc Schreiner sieht viele Krankenhäuser in ihrer Existenz und Patienten in ihrer Versorgungssicherheit gefährdet. Foto: BKG

häuser vor dem Hintergrund der immensen Kostensteigerungen abgesichert werden, sonst würden unkontrolliert Fakten durch Insolvenzen geschaffen.

Berlin hat in den 90er-Jahren bereits massive Konzentrationen der Krankenhausstrukturen historisch durchlebt und ist weiterhin eine wachsende Stadt. Zudem nimmt Berlin ca. 18 % der überregionalen Versorgungsaufgaben für das Umland wahr. Mit einer Auslastung von 84,1 % (Bund 77,2 %; 2019-Daten, spätere Daten wären durch Corona beeinflusst) und 49,07 Betten je 10 000 Einwohner (Bund 58,45) sei Berlin strukturell im Vergleich bereits sehr gut aufgestellt.

Hessische Krankenhausgesellschaft fordert Reformalternative

Auch für Hessen würden laut der Wirkungsanalyse des Regierungsentwurfs einige Versorgungsangebote breitflächig wegfallen, beispielsweise aus den Bereichen Geburtshilfe, Neurologie, Urologie oder Kardiologie. So müsste sich im Falle einer Umsetzung der aktuellen Regierungspläne in diesen Fachbereichen mitunter die Hälfte der Patienten einen anderen Krankenhausstandort suchen, sollten diese Versorgungsangebote nur noch an Kliniken mit Levelstufe 2 oder 3 angeboten werden dürfen.

Prof. Dr. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor der HKG, sagt: „Die Reform muss dort strikte Vorgaben machen, wo dies aus Versorgungsgründen tatsächlich notwendig ist. Dabei dürfen keine gut funktionierenden und in der Bevölkerung akzeptierten Strukturen nur deshalb verändert werden, weil sie nicht in ein formales übergeordnetes Strukturschema passen. Die Herausforderung besteht in einer regionalbezogenen und bedarfsgerechten sowie patientenorientierten und wirtschaftlich effizienten Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung.“

Über den Konzeptentwurf der DKG führt er aus: „Das Reformpapier der DKG verfolgt das Ziel, Versorgungsstrukturen mög-

lichst effizient aufzustellen, damit Patientinnen und Patienten flächendeckend Zugang zu qualitativ hochwertiger Medizin



Eine umfassende Reform könne nicht ohne die erforderlichen Finanzmittel umgesetzt werden, sagt Prof. Dr. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor der HKG. Foto: HKG

haben. Im Gegensatz zum Regierungsentwurf setzt der DKG-Alternativvorschlag an bereits bestehende Strukturen und historisch gewachsenen Versorgungsnetzen an, bewertet und gestaltet sie neu. Das ist meiner Meinung nach der richtige Weg, um ein nachhaltiges und zukunftsfähiges System aufzustellen.“

Eine solch umfassende Reform könne nicht ohne die erforderlichen Finanzmittel in die Wege geleitet und umgesetzt werden. Die strukturelle Unterfinanzierung müsse abgebaut werden.

Ein Transformationsfonds zur Finanzierung des Strukturwandels müsse aufgebaut werden. Eine reine Umverteilung der aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel, wie dies die Regierungskommission plant, werde nicht ausreichen.

Die HKG bietet dem Land Hessen die Unterstützung an, im Rahmen der gemeinsamen Beratungen mit dem Bund dieses Gestaltungskonzept in all seinen Aspekten aufzugreifen und auf Basis dieses Vorschlags gemeinsam mit den Krankenhausträgern zukunftsfähige Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

Krankenhausreform am Bedarf der Bevölkerung ausrichten

Seit 1990 fand in der sächsischen Krankenhauslandschaft ein enormer Strukturwandel statt. Von über 120 Krankenhäusern im Jahr 1990 existieren heute noch 78. Im Osten Deutschlands erfolgte eine Strukturbereinigung, wie sie in vielen westlichen Bundesländern noch aussteht. Diese Besonderheit ist bei der Reformdiskussion zwingend zu beachten, um einen „Kahlschlag“ in der Versorgungslandschaft zu vermeiden, so die Krankenhausgesellschaft Sachsen. Aufgrund der demografischen Entwicklung, des Fachkräftemangels und Veränderungen des Versorgungsbedarfs ist auch in Sachsen eine Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen erforderlich.

Bereits seit längerer Zeit fänden im Freistaat lösungsorientierte Diskussionen zwischen Sozialministerium, Kommunen, Politik, Ärzten, Pflegekräften, Vertretern der Krankenkassen sowie Krankenhäusern statt. Aus einer Zukunftswerkstatt heraus wurde ein gemeinsames Zielbild entwickelt, das u. a. auch im neuen Sächsischen Krankenhausgesetz Berücksichtigung findet. Nun gilt es, im nächsten sächsischen Krankenhausplan auch zukünftig regionale Besonderheiten und Kompetenzen zu beachten. Dabei sollen grundsätzlich die bewährten Strukturen in Sachsen erhalten bleiben. Die bundesrechtlichen Vorgaben der Krankenhausreform müssen dafür einen geeigneten Rahmen setzen und gleichzeitig den erforderlichen Gestaltungsspielraum für regional differenzierte Versorgungsstrukturen ermöglichen.

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) habe folgende Erwartungen an die Bundes- und Landespolitik:

Eine Krankenhausfinanzierungsreform auf Bundesebene müsse die Grundlagen für die wirtschaftliche Sicherstellung der Krankenhäuser unter den veränderten Rahmenbedingungen gewährleisten. Die Krankenhäuser benötigten finanzielle Überbrückungshilfen bis zu einem Inkrafttreten der Krankenhausreform. Zudem bestehe großer Investitionsbedarf in den Kliniken. Hier müsse der Freistaat Sachsen seinen Verpflichtungen voll-



Die Krankenhausfinanzierungsreform müsse die Grundlagen für die wirtschaftliche Sicherstellung der Krankenhäuser gewährleisten, fordert KGS-Geschäftsführer Friedrich R. München. Foto: Susann Friedrich Fotografie

umfänglich nachkommen. Zudem müsse auch der Bund prüfen, wie er einen notwendigen strukturellen Umbau finanziell unterstützen kann.

Bereits heute sei eine Überforderung des Krankenhauspersonals durch die Summe der laufenden gesetzlichen Regulierungen zu beobachten. Dringend erforderlich ist eine Deregulierung im Gesundheitswesen. Dokumentations- und Nachweispflichten müssten drastisch reduziert werden. Krankenhausplanung müsse Ländersache bleiben. Versorgungsentscheidungen müssten auch weiterhin vor dem Hintergrund regionaler Gegebenheiten getroffen werden.

KGS-Geschäftsführer **Friedrich R. München** zum Reformprozess: „Die Politik und die Akteure im sächsischen Gesundheitswesen müssen eine realistische Perspektive für eine gute Gesundheitsversorgung in den ländlichen Regionen und in den Städten aufzeigen. Dabei sollten die Krankenhäuser beim Reformprozess aktiv beteiligt werden.“ ▶

www.daskrankenhaus.de
(Online-Volltext-Version)

Berlinzentrierte Krankenhausplanung schadet baden-württembergischen Kliniken

„Wenn die Krankenhausreform so umgesetzt würde, wie der Vorschlag der Regierungskommission das vorsieht, hätte das drastische Folgen für die Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg“, macht der Vorstandsvorsitzende der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), **Heiner Scheffold**, deutlich. Die Strukturveränderungen wären massiv. Das sei keine „Angstmacherei“, sondern schlicht das Ergebnis dessen, was im Papier der Regierungskommission steht. Zudem würde eine solche Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft zusätzlich horrend viel Geld kosten.

Von den in Baden-Württemberg untersuchten 186 Krankenhäusern wären danach lediglich 33 in den Versorgungsstufen 2 und 3. Das sind die Krankenhäuser, die die enorm hohen Ansprüche der Regierungskommission erfüllen. Nur an diesen Häusern wäre künftig zum Beispiel eine Geburtshilfe vorgesehen. Für bis zu 136 Häuser wäre damit die Zukunft ungewiss: Sie würden unmittelbar der untersten Versorgungsstufe „1i“ zugeordnet, aufgrund einer zu geringen Entfernung zu einem Zentralversorger aus der Versorgungsstufe „1n“ in die Versorgungsstufe „1i“ fallen oder sind derzeit keiner Versorgungsstufe zuordenbar. Standorte der Versorgungsstufe „1i“ sind nach der Definition der Regierungskommission regionale Gesundheitszentren mit einem primär ambulanten Angebot ohne Krankenhausbehandlung und ohne 24/7 ärztliche Präsenz und entsprechen nicht dem, was bisher unter einem Krankenhaus verstanden wird. Die aktuell 17 Krankenhäuser, die aktuell in das Level „1n“ eingestuft würden, wären Basisversorger mit einem stark eingeschränkten Angebot, welche für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten wenig attraktiv sind.

„Eine Umsetzung des Konzepts würde den Krankenhausstrukturwandel, der im Land ja schon weit fortgeschritten ist, infrage stellen. Milliarden schwere Investitionen würden entwertet, die bestehende Krankenhausstruktur mit der vorhandenen Trägerpluralität, den Allgemeinversorgern mit einzelnen Spezialisierungen und den hochspezialisierten Fachkliniken würde ignoriert“, macht Scheffold deutlich. Denkbar sei so etwas viel-



Der Regierungsentwurf sei nur denkbar, wenn die Menschheit einen Planeten neu besiedeln muss und vorab eine Klinikplanungsplan, urteilt der Vorsitzende der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Heiner Scheffold.
Foto: BWKG

leicht, wenn die Menschheit eines Tages einen Planeten neu besiedeln muss und vorab eine Krankenhausversorgung plant. „Der Beitrag der Regierungskommission taugt vielleicht in der Theorie und auf der grünen Wiese, für die Weiterentwicklung einer gewachsenen Struktur ist das Berliner Konzept dagegen schlicht ungeeignet“, so Scheffold.

„Der wesentliche Konstruktionsfehler des Konzepts ist aus meiner Sicht, dass zentralistisch aus Berlin vorgegeben werden soll, wie viele Krankenhäuser es am Bodensee, im Schwarzwald, in Freiburg und in Stuttgart geben darf und welche Leistungen diese Kliniken erbringen dürfen“, so der BWKG-Vorstandsvorsitzende, der gleichzeitig auch Landrat des Alb-Donau-Kreises ist. Solch kleinteilige Planung aus der Ferne sei zum Scheitern verurteilt. Die feste Verknüpfung der Versorgungsstufen („Level“) mit den Leistungsgruppen mache eine Planung durch das Land fast überflüssig. Das Land trage aber die Verantwortung für die Krankenhausversorgung der Menschen im Land.

kkvd: Knapp 70 % der freigemeinnützigen Häuser dürften faktisch keine Krankenhausleistungen mehr erbringen

Aus Sicht des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands (kkvd) macht die Auswirkungsanalyse deutlich, dass insbesondere das Konzept von bundeseinheitlichen Versorgungsleveln realitätsfremd sei und dramatische Auswirkungen auf die stationäre Versorgung hätte.

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin des kkvd: „Das von der Kommission entwickelte Level-Konzept hätte dramatische Folgen für die Patientinnen und Patienten. Für sie würden Versorgungslücken und weitere Wege zur nächsten Klinik drohen.“

Das zeigt die vorliegende Auswirkungsanalyse sehr eindrücklich. Damit konterkarieren die Level das von Bundesgesundheitsminister Lauterbach selbst ausgegebene Ziel, dass die Menschen mit der Reform überall schnell und gut versorgt werden sollen. Dieser maßlose Abbau an den Klinikstrukturen kann nicht gewollt sein. Minister Lauterbach muss nun Farbe bekennen, wo seine Prioritäten bei der geplanten Reform wirklich liegen, beim Strukturabbau oder bei einer besseren Versorgung der Menschen.“

Der kkvd unterstütze grundsätzlich das Anliegen einer Krankenhausreform. Doch nach dem Kommissionskonzept würden laut Auswirkungsanalyse 57 % der derzeitigen Klinikstandorte unter der Vorgabe von mindestens 30 Minuten Fahrzeit zum nächsten Level-2- oder Level-3-Haus zu regionalen Gesundheitszentren herabgestuft. Sie dürften als Level 1-Einrichtungen faktisch keine Krankenhausleistungen mehr erbringen. Bei den freigemeinnützigen Häusern wären dies sogar knapp 70 % der Standorte.

Die Reformdiskussion müsse nun auf tragfähige Füße gestellt werden und alle Akteure einschließlich der Krankenhäuser mit in die Beratungen einbezogen werden. Nur so ist es möglich, praxistaugliche Lösungen für einen Strukturwandel zu finden, von dem auch die Patientinnen und Patienten profitieren. Bundeseinheitliche Versorgungslevel seien ein Irrweg. „Zudem darf bei der Reform auch der Erhalt der Trägervielfalt nicht aus dem Blick geraten, denn sie sichert einen gesunden Wettbewerb um Qualität und Innovationen“, so Rummelin abschließend.



Bei der Krankenhausreform dürfe der Erhalt der Trägervielfalt nicht aus dem Blick geraten, mahnt Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin des kkvd. Foto: kkvd/Kirsten Breustedt

DEKV: Gesundheitliche Versorgung brauche Flexibilität in ihrer regionalen Ausgestaltung

Christoph Radbruch, Vorsitzender des DEKV: „Würden die Vorschläge der Regierungskommission so umgesetzt, ist mit starken Unwuchten und weitreichenden Verwerfungen in der bestehenden Krankenhauslandschaft zu rechnen. Unerwünschte Nebenwirkungen für die Patientenversorgung könnten die Folge sein. Der Grund: Die über Jahre entwickelte und von Bund, Ländern sowie Krankenhausträgern aufgebaute regionale Versorgungsstruktur läuft Gefahr, ausgetrocknet und preisgegeben zu werden“, befürchtet der DEKV-Vorsitzende. Er for-

dert einen transparenten und sozialverträglichen Transformationsprozess für alle Beteiligten. Gesundheitliche Versorgung brauche Flexibilität in ihrer regionalen Ausgestaltung. Nur so könne es gelingen, den Unterschieden in der Altersstruktur und im Krankheitsgeschehen gerecht zu werden. Dabei hat sich die verantwortungsbewusste Gestaltung stationärer Versorgungsstrukturen durch die Landesgesundheitsministerien und Krankenhausträger bewährt. Sie dürfe nicht durch rigide bundeseinheitliche Levelanforderungen gefährdet werden.

Irrfahrt der Berliner Regierungskommission gefährdet wohnortnahe stationäre Versorgung in Thüringen

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) am 13. Februar 2023 vorgestellte Auswirkungsanalyse zu dem Entwurf der Regierungskommission zur Krankenhausreform zeigt: Die Pläne führen zu einer deutlichen Verschlechterung und Ausdünnung der wohnortnahen stationären Krankenhausversorgung in allen Bundesländern, so auch besonders im Freistaat Thüringen. Damit hat die Regierungskommission ihr Ziel verfehlt und den zu versorgenden Patientinnen und Patienten als auch den Kliniken einen großen Bärendienst erwiesen.

„Wenn die Krankenhausreform so umgesetzt würde, wie es der Vorschlag der Regierungskommission aktuell vorsieht, hätte das drastische Folgen für die Krankenhauslandschaft und für die Patientenversorgung in Thüringen. Das Konzept würde zudem bewährte wohnortnahe stationäre Versorgungskonzepte

infrage stellen“, resümiert die Vorstandsvorsitzende der Landeskrankehausgesellschaft Thüringen (LKHG), **Dr. Gundula Werner**. Die Strukturveränderungen wären massiv. Das sei keine „Panikmache“, sondern schlicht das Ergebnis dessen, was im Papier der Regierungskommission steht. Zudem würde eine solche Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft horrend viel Geld kosten. Woher dieses Geld kommen soll, ist aber unklar. Die Reform ist daher allein schon unter finanzpolitischen Gesichtspunkten zum Scheitern verurteilt.

Das Bundesgesundheitsministerium habe die möglichen Folgen der Vorschläge unberücksichtigt gelassen und damit grob fahrlässig gehandelt. Daher hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Folgenabschätzung beauftragt, deren Ergebnisse jetzt vorliegen: ▶

Von den in Thüringen untersuchten 52 Krankenhausstandorten wären danach lediglich neun in den Versorgungsstufen 2 und 3. Das sind die Krankenhäuser, die die enorm hohen Ansprüche der Regierungskommission erfüllen. Nur an diesen Häusern wäre künftig zum Beispiel eine Geburtshilfe vorgesehen. Für viele andere Häuser wäre damit infolge der einengenden Kriterien die Zukunft ungewiss: Sie würden unmittelbar der untersten Versorgungsstufe „1i“ zugeordnet, aufgrund einer zu geringen Entfernung zu einem Zentralversorger aus der Versorgungsstufe „1n“ in die Versorgungsstufe „1i“ fallen oder sind derzeit keiner Versorgungsstufe zuordenbar. Die 22 Standorte, die aktuell in das Level „1n“ eingestuft würden, wären Basisversorger mit einem stark eingeschränkten Angebot, welche für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten wenig attraktiv sind.

„Eine Umsetzung des Konzepts würde den Krankenhausstrukturwandel, der im Freistaat Thüringen bereits vor Jahrzehnten umgesetzt wurde, in Frage stellen. Milliardenschwere Investitionen würden entwertet, die bestehende Krankenhausstruktur mit der vorhandenen Trägerpluralität, den Allgemeinversorgern mit einzelnen Spezialisierungen und den hochspezialisierten Fachkliniken würde ignoriert“, macht Dr. Gundula Werner deutlich. „Der Beitrag der Regierungskommission aus Berlin ist für die Weiterentwicklung einer gewachsenen Struktur schlicht untauglich. Der wesentliche Konstruktionsfehler des Konzepts ist aus unserer Sicht, dass zentralistisch aus Berlin vorgegeben werden soll, wie viele Krankenhäuser es in den vier Thüringer Krankenhausplanungsregionen künftig geben wird und welche



Dr. Gundula Werner, Vorstandsvorsitzende der Landeskrankenhausesgesellschaft Thüringen (LKHG), warnt vor drastischen Folgen für die Krankenhauslandschaft und für die Patientenversorgung in Thüringen. Foto: Mario Kloetzer

Leistungen diese Kliniken erbringen dürfen“, so Dr. Gundula Werner. Solch kleinteilige Planungen aus Berlin seien unter Berücksichtigung der heterogenen Versorgungsstrukturen in den Bundesländern bereits von Beginn an zum Scheitern verurteilt. Die feste Verknüpfung der Versorgungsstufen („Level“) mit den Leistungsgruppen nehme dem Freistaat Thüringen die Planungshoheit aus der Hand und verhindere regionale passgenaue Versorgungslösungen. Für letztere zeichnet sich Thüringen bei der Krankenhausplanung bisher ganz besonders aus.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft sieht erheblichen Nachbesserungsbedarf bei der Krankenhausreform

Der aktuellen Auswirkungsanalyse zufolge würde etwa ein Viertel der Hamburger Krankenhäuser die beiden höchsten Level II und III erreichen, ein weiteres Viertel wäre dem Level In zuzuordnen. Für knapp die Hälfte der Hamburger Krankenhäuser, die teilweise als Fachkliniken hochspezialisierte Medizin erbringen, sei die Perspektive unklar. Vier von elf Krankenhäusern, die heute Geburtshilfe auf hohem Niveau betreiben, dürften diesen Leistungsbereich in Hamburg künftig nicht mehr anbieten. Jede fünfte Frau müsste sich eine neue Geburtsklinik suchen. Ähnliche Effekte würden sich in der neurologischen Versorgung (24 % der Patientinnen und Patienten), der interventionellen Kardiologie (30 % der Patientinnen und Patienten) und der Urologie (23 % der Patientinnen und Patienten) ergeben.

Für Hamburg ließen die aggregierten Ergebnisse daher bereits erheblichen Nachbesserungsbedarf erkennen. **Joachim Gemmel**, 1. Vorsitzender der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft: „Die Auswirkungsanalyse zeigt deutlich, dass komplett an der Praxis vorbei gedacht wurde und noch dringend nachgearbeitet werden muss. Bundesweite Vorgaben auf alle Krankenhäuser gleichermaßen anzuwenden, würde gewachsene Struk-

turen zerstören und viele Krankenhäuser in Gefahr bringen, die für die Versorgung notwendig sind und gute Qualität erbringen.“



Joachim Gemmel, 1. Vorsitzender der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft: „Die Auswirkungsanalyse zeigt deutlich, dass komplett an der Praxis vorbei gedacht wurde und noch dringend nachgearbeitet werden muss. Foto: HKG

Gemmel weiter: „Die Einstufung in Level benötigen wir in Hamburg nicht. Eine zusätzliche Verknüpfung von Versorgungsstufen/Level mit Leistungsgruppen lehnen wir ab, da hierdurch keine bessere Qualität, wohl aber Versorgungslücken zu erwarten sind und sinnvolle Strukturen zerstört werden. Die zukünftigen Leistungsgruppen müssen den einzelnen Krankenhäusern unabhängig von Stufen oder Levels vom Land nach den regionalen Erfordernissen planerisch zugewiesen werden.“ Die Leistungsgruppen, wie sie derzeit erstmals in Nordrhein-Westfalen eingeführt werden, hätten ihren Praxistest noch nicht bestanden. Daher müsse dieses Planungsinstrument erst noch mit der notwendigen Erprobungsphase bis zur Reife entwickelt werden. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft unterstützt das Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft, das

sich für eine gestufte Versorgung ausspricht, die an dem bereits eingeführten Konzept der Notfallstufen anknüpft, und die Forderung nach einer soliden Finanzierung der anstehenden Reform.

Verschiedene Vorgaben der Reformempfehlung lösen in Hamburg als Metropole besondere Probleme aus. So sei die Versorgung in Hamburg bereits hochspezialisiert, das Einzugsgebiet der Hamburger Krankenhäuser reiche weit über die Stadtgrenzen hinaus. 34 % der Krankenhauspatienten und -patientinnen kämen aus dem Umland und von weiter her. Dies müsse in einer Krankenhausreform entsprechend berücksichtigt werden, um die Versorgung nicht zu gefährden. Die Krankenhausreform zielt jedoch in vielen Punkten eher auf die Situation in ländlichen Regionen ab.

KGMV fordert Regierungskommission zu mehr Realitätsnähe auf

Die Analysen zur Auswirkung der Ideen der Regierungskommission des Bundesgesundheitsministers zeigten die fehlende Realitätsnähe des Bundesgesundheitsministeriums, so **Uwe Borchmann**, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern: „Es wird offensichtlich, dass die Zuordnung vieler Struktur- und Leistungsmerkmale nur als erste Idee gelten kann und nun mit der Versorgungsrealität abgeglichen werden muss“. Während in anderen Bundesländern häufig nur wenige Krankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag erhielten, sind es in Mecklenburg-Vorpommern fast alle kleinen Krankenhäuser, da ohne sie eine wohnortnahe Grundversorgung nicht gewährleistet sei. „Im Rahmen der Ländermittbestimmung müsse Mecklenburg-Vorpommerns Landesregierung daher darauf achten, dass die Erreichbarkeit eines Grundversorgers mit Notfall- und Basisintensivmedizin nicht unter die 30 Minuten Grenze sinkt. Vorhaltevergütungen müssten sowohl die Kosten für weniger ausgelastete Kapazitäten der kleineren Krankenhäuser als auch die für die Hochleistungsmedizin der Maximalversorger abdecken. Das gelingt nicht mit immer kom-



Die Auswirkungsanalysen zu den Ideen der Regierungskommission zeigten die fehlende Realitätsnähe des Bundesgesundheitsministeriums, so KGMV-Geschäftsführer Uwe Borchmann.
Foto: KGMV

plizierterer Finanzierung und Mittelumverteilung, sondern mit mehr Geld im System“, so Borchmann.

Krankenhausgesellschaft plädiert für bundesweite Reform nach niedersächsischem Vorbild

Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) erwartet gravierende Auswirkungen aufgrund der vorliegenden Pläne für eine bundesweite Krankenhausreform. Sie fordert im weiteren Diskussionsprozess von Bund und Ländern eine starke inhaltliche Orientierung an der Krankenhausplanung in Niedersachsen.

„Sollten die Empfehlungen der Regierungskommission für eine bundesweite Krankenhausreform unverändert umgesetzt werden, können viele Krankenhäuser in Niedersachsen künftig nicht mehr das medizinische Leistungsspektrum anbieten wie bisher“, betont **Dr. Hans-Heinrich Aldag**, Vorsitzender der

NKG. Für Patientinnen und Patienten würde die grundlegende Umstrukturierung und Zentralisierung der Krankenhauslandschaft auf Grundlage der Empfehlungen der Regierungskommission dazu führen, dass stationäre Leistungen vielfach nicht mehr am gewohnten Ort und im bisherigen Umfang erbracht werden können. Zudem sei davon auszugehen, dass im Durchschnitt längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden müssten, so Dr. Aldag.

„Die Niedersächsische Landesregierung hat aus Sicht der NKG in der Vergangenheit zu Recht wiederholt darauf verwiesen, dass das novellierte Niedersächsische Krankenhausgesetz bun-

desweiten Vorbildcharakter hat. Wir erwarten, dass die beispielhafte Krankenhausplanung in Niedersachsen im weiteren Diskussions- und Entscheidungsprozess von Bund und Ländern zu den Empfehlungen der Regierungskommission maßgeblich berücksichtigt wird“, unterstreicht NKG-Verbandsdirektor Helge Engelke. Das Land kenne die regional sehr unterschiedliche Versorgungssituation am besten und könne auf dieser Grundlage sachgerechte Entscheidungen treffen. Im Rahmen der Enquetekommission des Landtags wurde über zwei Jahre hinweg der Gestaltungswille aller Beteiligten im Land betont und vielversprechende Grundlagen für die künftige Krankenhausplanung in Niedersachsen wurden erarbeitet, die im novellierten Krankenhausgesetz gemündet sind. „Wir stehen jetzt vor der konkreten Umsetzung und dürfen uns nicht von den unzureichenden Plänen der Bundesebene ausbremsen lassen“, betont Engelke.



„Die Niedersächsische Landesregierung hat aus Sicht der NKG in der Vergangenheit zu Recht wiederholt darauf verwiesen, dass das novellierte Niedersächsische Krankenhausgesetz bundesweiten Vorbildcharakter hat“, sagt NKG-Verbandsdirektor Helge Engelke. Foto: NKG

KGRP fordert Evolution statt Revolution

Die Auswirkungsanalyse zeigt, dass die Vorschläge der Regierungskommission einer weitgehenden Überarbeitung bedürfen, kommentierte die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V. (KGRP). „Wir stimmen mit der Regierungskommission zwar darin überein, dass in den heutigen Versorgungsstrukturen die notwendigen Gesundheitsleistungen von morgen nicht zu erbringen sind“, so der Vorstandsvorsitzende der KGRP, **Dr. Hartmut Münzel**. Er plädiert jedoch für Veränderungsprozesse mit Augenmaß unter Berücksichtigung des realen Versorgungsbedarfs vor Ort. Mittelpunkt der Krankenhausplanung müsse eine flächendeckende qualitativ hochwertige Patientenversorgung bleiben. „Die Länder müssen die letztverbindliche Planungskompetenz behalten, weil sie die Verhältnisse vor Ort kennen und die Versorgungsangebote am Bedarf ausrichten müssen und können“, so der KGRP-Vorsitzende. „Wir sind sehr zuversichtlich, dass das auch im Rahmen der anstehenden Reform gelingen kann und die Träger gemeinsam mit dem Land gute Wege zur einer vernünftigen Krankenhausstruktur finden“.

„Einigkeit mit dem Bundesgesundheitsminister besteht in der Forderung nach einer Vorhaltefinanzierung im Krankenhausbereich“, betont Dr. Münzel. Eine Reform nur durch Umverteilung der bestehenden Finanzmittel sei jedoch schlichtweg unmöglich. Der KGRP-Vorsitzende fordert daher zunächst eine Beseitigung der strukturellen Unterfinanzierung im Krankenhausbereich sowie die Einrichtung eines Strukturfonds, um die erforderlichen baulichen Umstrukturierungen auch bewältigen zu können. Kurz gesagt: Evolution statt Revolution. Und dies gemeinsam mit der Landesregierung und den Betroffenen vor Ort. Das Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft sei in diesem Sinne als echte Alternative zu den Reformvorschlägen der Regierungskommission anzusehen. In diesem Konzept erfolge im Gegensatz zur Regierungskommission keine ultimative Festlegung, welche Krankenhausstandorte fusioniert, in medizinisch-pflegerische Zentren umgewandelt oder ganz vom Markt genommen werden müssen. Mit diesem Konzept würden Perspektiven für eine auf den regionalen Versorgungsbedarf abgestimmte Krankenhausentwicklung geschaffen.

Private Kliniken befürchten Versorgungsmonopole und -engpässe

Auch der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) hat eine Auswirkungsanalyse zu den aktuellen Reformvorschlägen erstellen lassen. Auch die BDPK-Analyse zeigt, dass die Auswirkungen bei einer 1:1-Umsetzung der Reform gravierend wären: Mindestens ein Drittel der deutschen Krankenhäuser müsste schließen. Der BDPK hat hierzu eine interaktive Landkarte auf der Website (www.bdpk.de) veröffentlicht.

In ihrer jetzigen Form umgesetzt würden die Vorschläge der Reformkommission dazu führen, dass rund ein Drittel aller Krankenhäuser zu sogenannten Level 1i Einrichtungen umgewandelt würden. Das bedeute faktisch ihr Aus, weil diesen Kli-

niken keine Leistungsgruppen keine Leistungsgruppen zugewiesen sind. Die Folge dieser „Rasenmähermethode“ wären sehr wahrscheinlich Versorgungsprobleme vor allem im ländlichen Raum. „Es besteht die Gefahr von Leistungsrationierung und Wartelisten, weil zeitgleich neue Versorgungskapazitäten (Räumlichkeiten und Personal) an den verbleibenden Standorten bereitstehen müssten“, heißt es dazu vom BDPK.

Denn eine alleinige Fokussierung auf die Schaffung von großen zentralen Krankenhäusern führe per se nicht zu einer verbesserten Qualität in der Patientenversorgung. Deshalb könne die zentralistische Vorgehensweise keine Zustimmung finden. Zu-

dem fehle die wirtschaftliche Bewertung der durch den Umbau entstehenden Kosten. Um Krankenhausstrukturen im Sinne des Berichtes der Regierungskommission zu verändern, Standorte zu schließen, umzubauen oder zu verlagern, seien erhebliche Investitionsmittel notwendig. Dazu müssten nach Experteneinschätzung rund 80 Mrd. € bereitstehen.

Auch der BDPK betont, die Krankenhausplanungskompetenz der Länder dürfe durch die zentrale und bundeseinheitliche Definition von Krankenhaus-Leveln nicht beschränkt oder präjudiziert werden. Nur die Länder können die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Wenig Berücksichtigung fänden die Fachkliniken, beklagt der BDPK. Diese lieferten durch ihre Spezialisierung eine hohe medizinische Qualität und seien unverzichtbarer Bestandteil einer guten Versorgung. Eine Verlagerung an Level II oder Level III Krankenhäuser macht inhaltlich und wirtschaftlich keinen Sinn, da dies die Patientenversorgung nicht verbessern würde.

Durch die Begrenzung der Leistungserbringung auf ausgewiesene Level entstünden zudem Versorgungsmonopole und -Engpässe, die bei begrenzten Kapazitäten (räumlich und personell) zu Wartelistenmedizin und Versorgungsengpässen führen würden. Diese Vorgehensweise würde den Patienten die freie Wahl zwischen mehreren Krankenhäusern nehmen. Diese sowie Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb müssen erhalten bleiben.

Die Einführung von Vorhaltefinanzierung ist nach Einschätzung des BDPK eine gute und sinnvolle Erweiterung des DRG-Systems, wird aber die Krankenhäuser nicht aus den ökonomischen Zwängen befreien. Denn sie müssen den nicht aus der Vorhaltepauschale getragenen Kostenblock von 60 bzw. 40 % weiterhin durch behandelte Patienten finanzieren. Deshalb sollten Alternativen diskutiert werden, etwa die volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von (ländlichen, kleinen) Krankenhäusern des Levels I n über eine Vorhaltepauschale, entsprechend dem Prinzip des Sicherstellungszuschlags, oder, als zweite Variante, bei voller Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von bedarfsnotwendigen Versorgungs-



„Eine Krankenhausreform ist notwendig und sinnvoll und wird auch von den Krankenhäusern in privater Trägerschaft befürwortet. Eine zentralistische Reform mit der „Rasemähermethode“ kann nicht funktionieren, das zeigt sowohl die Auswirkungsanalyse der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als auch die vom BDPK. Für den Erfolg entscheidend ist, dass die Reform regionale, finanzielle und zeitliche Spielräume gibt, um eine gute und wirtschaftliche Patientenversorgung zu ermöglichen“, so Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK. Foto: BDPK/Ines Lindenau

einheiten, die die Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Dies könnten zum Beispiel die Notaufnahme, die Notfallambulanz, die Geburtshilfeabteilung und die Intensivstation sein. Was im Entwurf der Regierungskommission fehle, sei das Thema ambulante Öffnung für ambulante fachärztliche Versorgung, die dringend bei der Umsetzung der Reformpläne berücksichtigt werden sollte, genauso wie die seit Langem vom BDPK geforderte Streichung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA). Weiterer Bestandteil der Reform sollte unbedingt das Thema Bürokratieabbau sein. Zum Blick auf das Gesamtsystem gehört nicht zuletzt auch die besondere Berücksichtigung wichtiger Versorgungsformen, wie gemischte Einrichtungen von Akut- und Reha-Kliniken sowie von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen und Beleghäusern. ■

Anzeige

clinical context coding

fallbegleitende Codierung, Entgelte, AMTS aus Ihren Dokumenten und Freitexten

Unterstützung für Codierung, MD und Abrechnung

AMTS enthalten

medizinische Standard-Terminologie implementiert

Integriert in KIS und ehealth Lösungen

ID Information und
Dokumentation im
Gesundheitswesen



DMEA
Connecting Digital Health

Halle: 4.2,
Stand A-105

www.id-berlin.de