Richard Borgmann

Krankenhausreform braucht Regional-perspektiven

Warum kommunale Verantwortung, regionale Gestaltungsspielräume und Versorgungssicherheit zusammengehören

Es war kein außergewöhnlicher Tag im Rathaus. Eine ältere Dame wartete vor meinem Büro. Sie wollte wissen, warum ihr Hausarzt aufgibt, wer sie künftig behandeln wird und weshalb die Wege zur medizinischen Versorgung immer länger werden. Solche Gespräche haben mich während meiner fast dreißig Jahre als Stadtdirektor und Bürgermeister nahezu täglich begleitet. Sie haben mir eine Erkenntnis vermittelt: Gesundheitspolitik entscheidet sich nicht zuerst in Ministerien, Kommissionen oder Ausschüssen. Sie entscheidet sich dort, wo Menschen mit ihren konkreten Sorgen vor der Tür des Rathauses stehen.

Die Krankenhausreform und die Maßnahmen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgen nachvollziehbare Ziele: medizinische Qualität sicher, wirtschaftliche Tragfähigkeit verbessern und die Finanzierung des Gesundheitssystems langfristig stabilisieren.

Doch Gesetze und Finanzierungsziele beantworten noch nicht die entscheidende Frage: Wie wirken sich diese Entscheidungen auf die Versorgung der Menschen in unseren Städten und Gemeinden aus?

Die Krankenhauslandschaft befindet sich seit Jahren im Wandel. 1991 gab es in Deutschland 2 411 Krankenhäuser, 2024 waren es noch 1 841. Das entspricht einem Rückgang um rund 24 Prozent. Im Jahr 2024 wurden rund 17,5 Millionen stationäre Behandlungsfälle registriert – 9,6 % weniger als vor der Pandemie.

Diese Zahlen belegen einen tiefgreifenden Strukturwandel. Sie beweisen allerdings nicht, dass weniger Krankenhäuser automatisch eine schlechtere Versorgung bedeuten. Spezialisierung und die Bündelung medizinischer Kompetenzen können die Qualität verbessern. Entscheidend ist, ob die erforderlichen Leistungen in ausreichender Qualität erreichbar bleiben und ob das Zusammenspiel der regionalen Versorgungsangebote funktioniert.

Ein Krankenhaus ist nicht lediglich ein Standort in einer Planungstabelle. Es ist Teil eines regionalen Versorgungssystems aus niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Pflegeeinrichtungen, Rettungsdiensten, Rehabilitationen und kommunaler Infrastruktur. Wenn Leistungen verlagert werden, betrifft das deshalb nicht nur die betroffene Klinik. Es kann die gesamte Region verändern.

Längerer Wege, zusätzliche Belastungen für Rettungsdienste und fehlende ambulante Alternativen können die Folge sein. Umgekehrt können Spezialisierung und Kooperation medizinisch sinnvoll sein. Welche Entwicklung tatsächlich eintritt, lässt sich nicht allein aus Fallzahlen, Leistungsgruppen oder Wirtschaftlichkeitsberechnungen ableiten.

Kooperationen sind noch kein Beleg für eine bessere Versorgung

Die Krankenhausplanung setzt zunehmend auf Spezialisierung, Kooperation und die Bündelung von Leistungen. Auch Zusammenschlüsse von Krankenhausträgern gewinnen an Bedeutung. Eine Kooperation kann medizinische Kompetenzen zusammenführen, Personalressourcen besser nutzen und die wirtschaftliche Grundlage eines Krankenhauses stärken. Sie kann aber ebenso eine Reaktion auf wirtschaftlichen Druck, Finanzierungsregeln und staatliche Planungsvorhaben sein. Dass Krankenhausträger miteinander verhandeln oder fusionieren, sagt für sich genommen noch wenig darüber aus, ob die Versorgungssicherheit wächst und die Qualität künftig besser wird.

Wirtschaftlichkeit ist unverzichtbar. Ein dauerhaft defizitäres Krankenhaus kann seinen Versorgungsauftrag nicht zuverlässig erfüllen. Aber eine wirtschaftlich vorteilhafte Organisationsstruktur ist nicht automatisch die medizinisch oder regional bessere Lösung.

Die entscheidenden Fragen lauten: Welche Leistungen bleiben wo verfügbar? Wie werden medizinische Kompetenzen gesichert? Welche Wege müssen Patientinnen und Patienten künftig



Richard Borgmann war 50 Jahre kommunalpolitisch tätig, fast 30 Jahre als Stadtdirektor und Bürgermeister der Stadt Lüdinghausen. Er war Sprecher der 66 Städte und Gemeinden des Münsterlandes und vertrat deren kommunale Interessen unter anderem mit Klagen vor dem Verfassungsgerichtshof Nordrhein-Westfalen. Er ist Herausgeber des Buches „Abenteuer Kommunalpolitik“ (Aschendorff-Verlag).

zurücklegen? Wie zuverlässig funktioniert die Notfallversorgung? Und welche Folgen haben Veränderungen für die ambulante Versorgung?
Kooperationen müssen sich an diesen Fragen messen lassen. Nicht umgekehrt.

Regionale Klinikverbünde: Kooperation braucht klare Versorgungsziele

Wie anspruchsvoll das Zusammenspiel von staatlicher Planung, wirtschaftlichen Bedingungen und regionaler Versorgung ist, zeigen die Christopherus Kliniken mit ihren Standorten in Coesfeld, Dülmen und Nottuln. Der Verbund steht für den Versuch, medizinische Schwerpunkte zu entwickeln, Standorte miteinander zu verbinden und Doppelstrukturen abzubauen. Zugleich ist der Träger von der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung betroffen und hat gegen eine Entscheidung der Landesplanung geklagt.
Der Fall verdeutlicht, dass Krankenhausplanung unmittelbar in die Entwicklungsmöglichkeiten einzelner Einrichtungen eingreift. Nicht jede Leistung muss an jedem Standort angeboten werden. Doch Entscheidungen über Leistungsgruppen und Standorte sollten stets berücksichtigen, welche Folgen sie für das gesamte medizinische Angebot, eingespielte Teams und die Versorgung der Region haben.
Auch die Gespräche zwischen den Vestischen Caritas-Kliniken in Datteln und der Christopherus Trägerschaft über einen möglichen gemeinsamen Klinikverbund werfen grundsätzliche Fragen auf. Ein Zusammenschluss kann medizinische Kompetenzen bündeln, Personalressourcen besser nutzen und die wirtschaftliche Tragfähigkeit stärken. Zugleich stellt sich die Frage, wie stark solche Entscheidungen durch die gesetzlichen, planerischen und finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst werden.
Es wäre falsch, konkrete Entwicklungen vorschnell als unmittelbare Folge der Krankenhausreform zu bewerten. Doch weder eine Klage gegen eine Planungsentscheidung noch Gespräche über einen Zusammenschluss lassen sich losgelöst von den Rahmenbedingungen betrachten, unter denen Krankenhäuser heute arbeiten.
Für die Menschen in den betroffenen Regionen zählt letztlich nicht die organisatorische Struktur eines Klinikverbunds. Entscheidend ist, welche Leistungen künftig an welchen Standorten verfügbar sind, wie gut sie erreichbar bleiben und ob die Versorgungsqualität langfristig gesichert wird.
Kooperation darf kein Selbstzweck sein. Sie muss der Versorgung dienen. Deshalb sollten Krankenhausträger und Kommunen frühzeitig gemeinsam prüfen, welche Lösungen medizinisch sinnvoll, wirtschaftlich tragfähig und für die Region dauerhaft verantwortbar sind.

Die einen bestimmen den Kurs – die anderen müssen das Schiff durch den Sturm steuern

Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Kommunen sitzen bei der Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung im selben Boot. Sie müssen dafür sorgen, dass die Versorgung auch dann funktioniert, wenn Personal fehlt, Kosten steigen, Praxen schließen oder Krankenhausstandorte ihre Leistungen verändern.
Den Kurs bestimmen jedoch vielfach andere: Bund und Länder setzen die gesetzlichen, finanziellen und planerischen Rahmenbedingungen. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gestalten die Finanzierung und Organisation innerhalb ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben. Ihre Entscheidungen sind notwendig. Doch ihre Folgen müssen häufig von denjenigen bewältigt werden, die vor Ort für eine funktionierende Versorgung einstehen.
Wer den Kurs vorgibt, muss auch Verantwortung dafür übernehmen, ob das Schiff draußen auf hoher See sicher durchkommt.
Wie eng die einzelnen Bereiche miteinander verbunden sind, zeigt ein einfaches Beispiel: Gibt ein Hausarztpraxis auf dem Land ihre Tätigkeit auf und findet sich kein Nachfolger, steigt der Druck auf die übrigen Praxen und möglicherweise auch auf ambulante Angebote eines Krankenhauses. Werden zugleich stationäre Leistungen an einem anderen Standort konzentriert, können sich die Wege für Patientinnen und Patienten verlängern. Der Rettungsdienst muss unter Umständen weitere Strecken zurücklegen, während die verbleibenden Einrichtungen zusätzliche Aufgaben übernehmen.
Was auf dem Papier als einzelne Entscheidung über einen Arztsitz, eine Leistungsgruppe oder einen Krankenhausstandort erscheint, kann vor Ort eine ganze Versorgungskette verändern.
Für die Bevölkerung sind das keine voneinander getrennten Zuständigkeitsfragen. Es ist ein einziges Versorgungsproblem. Krankenhäuser, Ärzteschaft und Kommunen müssen es gemeinsam bewältigen – unabhängig davon, welche Institution die einzelnen Entscheidungen getroffen hat.
Deshalb dürfen diejenigen, die die Versorgung vor Ort gewährleisten, nicht lediglich Empfänger politischer Vorgaben sein. Sie müssen frühzeitig an der Gestaltung beteiligt werden. Krankenhausträger, niedergelassene Ärzte und Kommunen kennen die Bedingungen ihrer Region. Sie wissen, welche Kooperationen funktionieren, wo Versorgungslücken drohen und welche Lösungen medizinisch, wirtschaftlich und sozial tragfähig sind.
Die Gefahr besteht darin, dass jede Institution ihre jeweiligen Vorgaben erfüllt, während die Versorgung vor Ort trotzdem nicht mehr reibungslos funktioniert. Krankenhausplanung darf nicht losgelöst davon betrachtet werden, ob die ambulante Versorgung ausreichend gesichert ist. Und die ambulante Bedarfsplanung darf nicht ignorieren, welche stationären Angebote in einer Region tatsächlich erreichbar bleiben.
Es geht nicht darum, die Aufgaben von Bund, Ländern, Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen infrage zu stellen. Es geht darum, politische Steuerung und praktische Verantwortung enger zusammenzuführen. Die Kommunen dürfen weder zum Ersatz für staatliche Verantwortung werden noch auf die Rolle nachgeordneter Betroffener beschränkt bleiben. Sie brauchen frühzeitige Beteiligung, Zugang zu relevanten Planungsdaten und verbindliche Möglichkeiten, regionale Auswirkungen einzubringen. ▶

Die Notfallreform: Bessere Steuerung braucht erreichbare Angebote

Der Beschluss des Deutschen Bundestages über die Reform der Notfallversorgung macht deutlich, wie eng die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens miteinander verbunden sind. Die Reform soll die Rufnummern 112 und 116117 besser vernetzen, eine strukturierte Ersteinschätzung stärken und mit integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern die Patientinnen und Patienten gezielter in die jeweils geeignete Versorgung vermitteln.

Das sind wichtige Ansätze. Denn überlastete Notaufnahmen sind nicht allein ein Problem der Krankenhäuser. Sie können auch Ausdruck fehlender ambulanter Alternativen, unzureichender Steuerung oder mangelnder Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren sein.

Entscheidend wird allerdings sein, wie die neuen Strukturen vor Ort umgesetzt werden. Ein integriertes Notfallzentrum kann seine Wirkung nur dann entfalten, wenn die beteiligten Einrichtungen ausreichend personell ausgestattet sind, die Zusammenarbeit funktioniert und die Patientinnen und Patienten tatsächlich Zugang zu den vorgesehenen Versorgungs-angeboten erhalten.

Gerade im ländlichen Raum stellt sich eine besondere Frage: Was geschieht, wenn die nächste geeignete Notfallversorgung weit entfernt liegt, ambulante Angebote fehlen und der Rettungsdienst bereits stark beansprucht ist? Eine bessere Steuerung kann vorhandene Ressourcen sinnvoller einsetzen. Sie kann fehlende Versorgungskapazitäten jedoch nicht allein durch organisatorische Veränderungen ersetzen.

Auch die Auswirkungen auf die Kommunen und die regionalen Rettungsdienste müssen deshalb berücksichtigt werden. Wenn sich Zuständigkeiten, Anlaufstellen und Patientenströme verändern, hat das Folgen für Personalbedarf, Erreichbarkeit und die Organisation der Versorgung insgesamt.

Die Notfallreform bestätigt damit eine zentrale Erkenntnis: Gesundheitspolitische Entscheidungen dürfen nicht allein danach beurteilt werden, ob ihre gesetzlichen Regelungen schlüssig sind. Sie müssen sich daran messen lassen, ob die Versorgungskette im Alltag funktioniert – gerade dann, wenn Menschen dringend Hilfe benötigen.

Wenn der Patient vor der falschen Tür steht

Integrierte Notfallzentren sollen ambulante und stationäre Angebote zusammenführen. Sie sollen an ausgewählten Krankenhausstandorten entstehen. Damit stellt sich eine Frage, die in der politischen Diskussion bislang zu wenig Aufmerksamkeit erhält: Was geschieht mit den Krankenhäusern, die kein solches Zentrum bekommen?

Die Menschen werden weiterhin in das Krankenhaus fahren, das sie kennen, das sie schnell erreichen können oder dem sie vertrauen. Sie werden nicht erst prüfen, ob der Standort in die neue Versorgungsplanung aufgenommen wurde. Gerade bei akuten Beschwerden ist das verständlich.

Es folgt eine praktische Frage mit erheblicher Tragweite: Welche Aufgaben übernehmen diese Krankenhäuser künftig? Wie wird mit Patienten umgegangen, die dort Hilfe suchen? Und wer organisiert eine sichere Weiterleitung, wenn eine andere Einrichtung zuständig ist?

Die Reform schreibt nicht pauschal vor, dass Krankenhäuser ohne integriertes Notfallzentrum Patienten abweisen müssen. Aber genau deshalb müssen die Länder rechtzeitig klären, wie die Versorgung außerhalb der ausgewählten Standorte funktioniert.

Es wäre ein schwerer Fehler, eine Patientenversorgung zu schaffen, deren Logik sich dem Patienten nicht erschließt und deren Alternativen nicht zuverlässig erreichbar sind. Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht zu Vermittlern zwischen institutionellen Zuständigkeiten werden, während verärgerte Menschen vor ihnen stehen und eine verständliche Antwort erwarten.

Eine Reform muss deshalb das gesamte regionale Versorgungsnetz betrachten. Dazu gehören Krankenhäuser, ambulante Notfallangebote, Rettungsdienste und die ärztliche Bereitschaftsversorgung. Wer Patienten weiterleitet, muss sicherstellen, dass die notwendige Versorgung tatsächlich ohne größeren Aufwand und Mühen erreichbar ist.

Rural Proofing und Gleichwertigkeits-Check

Zwei Ansätze können dazu beitragen, die regionale Perspektive systematisch zu stärken: der europäische Gedanke des Rural Proofing und der deutsche Gleichwertigkeits-Check.

Rural Proofing fragt, wie sich politische Entscheidungen auf ländliche Räume auswirken. Der Gleichwertigkeits-Check richtet den Blick allgemeiner darauf, ob staatliche Maßnahmen räumliche Unterschiede und ungleiche Lebensbedingungen verstärken oder verringern.

Für die Gesundheitspolitik bedeutet das: Bevor Leistungen verlagert oder Standorte neu geordnet werden, müssen die Auswirkungen auf Erreichbarkeit, Notfallversorgung und alternative Angebote untersucht werden.

Dabei geht es nicht um einen pauschalen Bestandsschutz für jedes Krankenhaus. Notwendige Spezialisierungen dürfen nicht verhindert werden. Aber Veränderungen müssen auf die Folgen für die gesamte Region geprüft werden. Wie lange dauert es künftig bis zur nächsten geeigneten Behandlung? Welche zusätzlichen Belastungen entstehen für den Rettungsdienst? Können ambulante Angebote tatsächlich Leistungen auffangen? Und welche Auswirkungen ergeben sich für ältere Menschen oder Menschen ohne eigenes Auto?

Die Ergebnisse einer solchen Prüfung müssen in die Entscheidungen einfließen. Eine formale Erwähnung ländlicher Räume in einer Gesetzesbegründung genügt nicht. Ebenso wichtig ist die finanzielle Seite. Eine kurzfristig günstigere Struktur kann langfristig höhere Kosten verursachen, wenn sie zu schlechter Erreichbarkeit, zusätzlichen Transporten oder einer Überlastung anderer Versorgungseinrichtungen führt.

Die entscheidende Frage lautet deshalb nicht allein, wie viel Geld eingespart werden kann. Sie lautet, wie mit den verfügbaren Mitteln eine hochwertige, wirtschaftlich tragfähige und regional erreichbare Versorgung gesichert wird.

Die Bewährungsprobe beginnt vor Ort

Nach fünfzig Jahren kommunalpolitischer Erfahrung bin ich überzeugt: Die kommunale Ebene ist kein nachgeordneter Adressat gesundheitspolitischer Entscheidungen. Sie ist ein unverzichtbarer Partner bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen Versorgung.

Ich durfte fast drei Jahrzehnte als Stadtdirektor und Bürgermeister der Stadt Lüdinghausen und über zwei Jahrzehnte als Sprecher der Städte und Gemeinden des Münsterlandes kommunale Interessen vertreten. Diese Erfahrung hat mich gelehrt, dass Vertrauen in den Staat nicht allein durch Gesetze und Haushaltsbeschlüsse entsteht. Es entsteht dort, wo staatliches Handeln im Alltag erfahrbar wird.

Deshalb sollte die regionale Folgenprüfung bei wesentlichen Gesundheitsreformen zum selbstverständlichen Bestandteil guter Gesetzgebung werden. Rural Proofing und Gleichwertigkeits-Check können dazu beitragen, Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen, regionale Unterschiede sichtbar zu machen und notwendige Veränderungen besser zu planen.

Die entscheidende Frage lautet nicht allein, wie viele Krankenhausstandorte künftig bestehen oder wie hoch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ausfallen. Sie lautet: Wie gewährleisten wir unter veränderten demografischen, personellen und finanziellen Bedingungen eine verlässliche medizinische Versorgung – in der Großstadt ebenso wie im ländlichen Raum?

Am Anfang dieses Beitrags stand eine ältere Dame vor meinem Büro. Sie wollte keine Debatte über Finanzierungsmodelle führen. Sie wollte wissen, wer sie künftig medizinisch versorgen wird und ob die gesundheitliche Hilfe erreichbar bleibt, wenn sie sie braucht. Diese Frage ist auch heute noch der richtige Maßstab für jede Gesundheitsreform. ■

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit verzichten wir darauf, ausdrücklich geschlechterspezifische Personenbezeichnungen zu differenzieren. Die gewählte Form schließt grundsätzlich alle Geschlechter gleichberechtigt ein. Daher bitten wir Sie, die „klassische“ Schreibweise in unserer Zeitschrift als eine Entscheidung im Sinne einer besseren Lesbarkeit und klareren Information zu sehen.

