

Wie wir die Krankenhausreform verstehen

Wie wird die geplante Krankenhausreform erklärt oder begründet? Der Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach argumentiert, dass Deutschland im OECD-Vergleich mit anderen Ländern sehr viel Geld ausgibt, ohne dafür z. B. eine höhere Lebensdauer zu erreichen. Er wendet sich dem vermeintlich größten Ausgabenblock der Gesetzlichen Krankenversicherung – der Krankenhausversorgung – nach dem Motto zu, wo vergleichsweise viel ausgegeben wird, da gibt es große Einsparmöglichkeiten. Eine Regierungskommission hatte anhand eines Ländervergleichs mit Dänemark eine viel geringere Zahl von Krankenhäusern festgestellt, die auch in Deutschland ausreichend sein sollte, um die Bevölkerung gut versorgen zu können.

Was ist mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgesehen?

Jenseits von grundsätzlichen Struktur- und Leistungsunterschieden der beiden Länder (z. B. staatliches Gesundheits- und Versicherungssystem, keine freie Arztwahl in Dänemark) soll für Deutschland gesetzlich verankert werden:

- 1) ein Abbau der Krankenhausdichte
- 2) eine Größenkonzentration von Krankenhäusern (Zentralisierung)
- 3) eine Einteilung von Krankenhäusern in unterschiedliche Leistungsklassen (Level)
- 4) eine Veränderung der Krankenhausfinanzierung
- 5) ein Umbau hin zur ambulanten Versorgung (Ambulantisierung)

zu 1-2-3

Kleine Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten werden schließen oder zu einfachen Erstanlaufstellen umgebaut, die keine Intensiv- oder Operationsbereiche mehr vorhalten. Die bisherigen Leistungen dieser Krankenhäuser werden auf die größeren Krankenhäuser verteilt, die genauer als bisher vorgeschrieben bekommen, welche Krankheiten sie behandeln dürfen und welche nicht. Mindestmengen an bestimmten Leistungen werden allen Krankenhäusern ebenso vorgeschrieben wie die Ausstattung mit Personal (Mindestbesetzung) und Technik, damit sie Leistungen in der entsprechenden Qualität erbringen können (Level-Einteilung). Während diese Krankenhäuser größer werden, schließen in der Region die kleinen Krankenhäuser, sodass die Zahl der Krankenhäuser insgesamt deutlich sinken kann.

zu 4

Die Reformen erwarten durch die geringere Zahl an Krankenhäusern, dass sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser, wenn auch erst mittelfristig, verändert. Die Investitionsmittel, die bisher für

die kleineren Krankenhäuser vom jeweiligen Bundesland – wenn auch nicht im ausreichenden Maß zur Verfügung gestellt wurden – werden nun auf die verbleibende Zahl von Krankenhäusern verteilt werden. Sie erhalten höhere Investitionsbeträge, ohne dass die Investitionssummen der Länder insgesamt erhöht werden müssten. Ihre laufenden Betriebsausgaben für Personal und Materialien werden zukünftig durch eine Vorhaltepauschale (40 - 60 % der Gesamtkosten) und durch Fallerlöse (DRG-Erlöse) finanziert. Diese Veränderung soll den finanzwirtschaftlichen Druck von den Krankenhäusern nehmen, immer mehr Fälle behandeln zu müssen, um die Betriebskosten zu decken. Die Mitarbeiter:innen der zu schließenden kleinen Krankenhäuser sollen sich auf die verbleibenden zentralen Krankenhäuser verteilen, sodass sich die dort bestehende Personalnot kurzfristig verringern soll.

Damit die Krankenhäuser sich umgestalten können, sollen sie Geld aus einem neu geschaffenen Transformationsfonds erhalten. Der Transformationsfonds mit geplanten 50 Mrd. EUR wird zum Teil aus dem Gesundheitsfonds der GKV und hälftig durch die jeweiligen Bundesländer gespeist, aus dem der Umbau dieses Teils des Gesundheitswesens in den kommenden 20 Jahren finanziert werden soll.

zu 5

Um die Erstversorgung der Bevölkerung zu sichern, sollen im ambulanten Bereich z. B. niedergelassene Ärzt:innen mehr operative Leistungen durchführen können. Das bedeutet, dass die „kleinen“ Operationen in den ambulanten Bereich und die „großen“ Leistungen an die Krankenhäuser mit höherem Level verlagert werden.

Vergegenwärtigen wir uns die Gesamtidee noch einmal mit übergeordneter Perspektive:

- In die Planung der zukünftigen Krankenhausversorgung, einem wichtigen Teil des zukünftigen Gesundheitswesens, wurden keine Entwicklungen auf die Gesundheit der Bevölkerung aufgenommen, die z. B. durch den Klimawandel entstehen. Der Sachverständigenrat hatte entsprechende Vorschläge dazu unterbreitet, um das Gesundheitswesen „resilienter“ gegen die Auswirkungen des Klimawandels zu machen.
- Obwohl das Auftreten neuer Epidemien oder Pandemien nicht ausgeschlossen werden kann, werden die Krankenhauskapazitäten insgesamt verringert und konzentriert. Aus der letzten Pandemie konnten wir lernen, dass es gut war, möglichst viele Krankenhaus- und Intensivbetten zur Verfügung zu haben, um alle ernsthaft erkrankten Menschen versorgen zu können. Solche Überlegungen wurden bisher nicht angestellt und müssten Beachtung finden, selbst wenn sie als unwahrscheinlich eingeschätzt werden würden. Gleiches gilt für den Aspekt der „Kriegsgefahr“.

- Die Fortschritte in der Medizin, Pflege und weiteren Bereichen sind gänzlich unbeachtet, z. B. die neuartige Behandlungsstrategien oder der Einsatz von Künstlicher Intelligenz, um zukünftige Behandlungs- und Versorgungskapazitäten zu bestimmen.
- Ambulante Leistungen sollen auf die niedergelassene Ärzteschaft verlagert werden, deren Praxen bereits heute überfüllt sind, sodass z. T. lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Die mit dem Ausscheiden der ärztlichen „Baby-Boomer“-Generation absehbaren Entwicklungen werden nicht berücksichtigt.
- Eine zeitgemäße Aufarbeitung der Pflegeproblematik und ein interprofessioneller Blick fehlen gänzlich. Die jetzigen Vorschläge sind ausschließlich entlang ärztlicher Tätigkeiten entwickelt.
- Die verbleibenden Krankenhäuser wissen im Vorfeld nicht, wie hoch die Vergütung für die Vorhaltung ihrer Kapazitäten sein wird. Es gibt dazu keine verlässliche Modellrechnung, auf deren Grundlage seriöse Planungen vorgenommen werden könnten, z. B. für eine Erweiterung der Stationen, der Intensiv- und OP-Bereiche sowie für zusätzliches Personal. Es bleibt offen, mit welchen Planungsdaten ein Krankenhausträger seine Berechnungen für seinen zukünftigen Versorgungsauftrag begründen soll.
- Die Kopplung zwischen der Finanzierung der Betriebserlöse an die Leistungszahlen (Fallzahlen, Casemix usw.) wird im vorliegenden Konzept auch in der Vorhaltefinanzierung nicht aufgegeben, d. h. die Krankenhäuser dienen nicht der Daseinsvorsorge, sondern müssen weiter Erlöse durch Fälle erwirtschaften.
- Die Höhe der Fallpauschalen ist ebenfalls nicht berechnet. Ein Krankenhausträger weiß somit weder, wie hoch die Investitionsmittel des Bundeslandes sind noch wie hoch die Erlöse für die Behandlung eines größeren Spektrums von Krankenhauspatient:innen sein werden. In der Situation und v. a. vor dem Hintergrund der drohenden Insolvenz einiger Krankenhäuser können Krankenhausträger keine erfolgreichen Gespräche mit ihren Hausbanken wegen eines höheren Kreditbedarfs führen.
- Die tausenden Mitarbeiter:innen, die von der Schließung der kleineren Krankenhäuser betroffen sein werden, sollen andernorts beschäftigt werden können. Dabei bleibt unberücksichtigt, was eine Umstellung auf einen neuen Arbeitsplatz in größerer Entfernung zum Lebensmittelpunkt für die Beschäftigten bedeutet, wie folgende beispielhafte Fragen verdeutlichen: Kann ich meine Kinder weiterhin zur Kita bringen, wenn ich einen längeren An- und Abreiseweg zur Arbeit habe? Wie finde ich eine Wohnung im Umfeld der zentralisierten Krankenhäuser, wenn ich aus ökologischen Gründen oder wegen der Unzuverlässigkeit der öffentlichen Verkehrsmittel Autofahrten vermeiden möchte? Wer pflegt in meiner längeren Abwesenheit meine Mutter, deren Pflegebedarf in den

kommenden Jahren weiter zunehmen wird? Was bedeutet es für mich, dass sich meine Lebenshaltungskosten deutlich erhöhen und ich die gleiche tarifgebundene Vergütung für meine Arbeit am anderen Ort bekommen werde?

- In der Notfallversorgung müssen sich Patient:innen künftig im Bedarfsfall über Telefon oder Videokonferenz bei der neuen Notfallzentrale melden. Im technikgestützten Gespräch wird zunächst die Kapazität des einzusetzenden Kranken- und Rettungswagens abgestimmt, sofern das teleärztliche Personal empfiehlt, die nächste Notfallpraxis oder ein vermeintlich geeignetes, doch zukünftig weiter entfernt gelegenes Krankenhaus aufzusuchen. Es darf hinterfragt werden, ob alle Menschen jeglicher Altersgruppe die neuen Technologien so bedienen und ihren akuten Krankheitszustand beschreiben können, um im Bedarfsfall eine richtige Notfalleinschätzung sicherzustellen. Hinter dem gegenwärtig formulierten Bild, dass die Patient:innen durchschnittlich mit einer 30- bis 40-minütigen Anreisezeiten rechnen müssen, verschwindet das Thema, dass sich die Anreisezeiten aufgrund des zukünftigen Verkehrsaufkommens und die fortlaufenden Straßen- und Brückensanierungen verlängern.
- Insgesamt fehlt eine notwendige Umsteuerung des Gesundheits- und Sozialwesens auf eine stärker präventive Versorgung sowie auf eine grundlegende Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit derjenigen, die eigentlich ihre Zusammenarbeit besser aufeinander abstimmen müssten. Über Finanzierungssysteme lässt sich eine solche Zusammenarbeit nicht alleinig steuern. Die angedachte Krankenhausreform wurde nur sektoral gedacht und fokussiert ausschließlich die ärztliche Leistungserbringung.

Was und wie sagen wir es dem Volke?

Die Krankenhausreform ist unausgegoren, in den Folgen nicht abschätzbar und damit ein großer Feldversuch für die nächsten zwanzig Jahre in einem Bereich, in dem sich solche bundesrepublikanischen Modellversuche schon aus ethischen Gründen verbieten. Der Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach hatte die Einführung der „DRG in Deutschland“ zur Regierungszeit der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vorangetrieben. Seit Jahren muss dieses System ständig repariert werden, v. a. hinsichtlich der Finanzierung:

- Die Länder investierten nicht genug in die Krankenhäuser,
- öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhäuser wurden zunehmend an private Klinikbetreiber verkauft,
- die Erlöse aus der DRG-Vergütung deckten die Krankenhauskosten nicht, die selbst durch Inflationsausgleiche, zusätzliche Investitionsmittel aus einem Krankenhauszukunftsfonds u. a. nicht zu einer wirtschaftlichen Zukunftsperspektive führten.

Gestiegen ist der zusätzliche Kontrollzwang durch Kostenträger, Planungsbehörden, den Medizinischen Dienst, Risiko- und Qualitätsmanagementberichte und Zertifizierungsverfahren. Für deren Ergebnisse interessierten sich das Management, Forschungs- und Beratungsinstitute oder auch Kosten- und Planungsträger im Gesundheitswesen. Die Patient:innenversorgung haben sie jedoch nicht zwingend verbessert oder den Menschen mit Versorgungsbedarf Klarheit darüber verschafft, welches Krankenhaus sie am besten aufsuchen sollten.

Die heutige Krankenhausversorgung zeigt den grundsätzlichen umfassenden Reformbedarf des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens auf, der durch das KHVVG nicht integriert angegangen, sondern die Perspektive weiter verengt wird. Daten allein sind noch keine Informationen, insbesondere nicht, wenn sie nicht adäquat angewendet und interpretiert werden. Dazu sind theoretische Konzepte notwendig, die nicht nur Sachverhalte als vermeintliche „wertfreie“ Zeichen und Zahlen erfassen, sondern Sachverhalte auch erklären. **Diese verengte Sichtweise lässt nicht das Denken in andere Himmelsrichtungen zur Reform der Gesundheitsversorgung aufkommen.**

Der IPAG e. V. setzt sich für eine regionalisierte Versorgung ein, in der die Krankenhausreform nicht aus den regionalen Lebenszusammenhängen der Menschen „herausgeschnitten“ wird und dennoch Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Für uns ist die Krankenhausversorgung Daseinsvorsorge in einem integrierenden und nicht selektierenden Gesundheitssystem. **Wir wollen mit Fachwissen eine „andere Himmelsrichtung“ aufzeigen, die wir in unserer LinkedIn-Post-Serie weitergehend erläutern werden.** Zuvor ist es jedoch wichtig, einige Grundlagen zu erläutern, die für ein Verstehen unerlässlich sind, wie z. B. zu den geplanten Leveln, Leistungsgruppen, zur Vorhaltefinanzierung und anderen Kernbestandteilen des KHVVG.

s.u.a. [Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des KHVVG \(15.04.2024\)](#)