

Zukunft der Krankenhäuser Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund- Länder-Arbeitsgruppe

Projektstudie



Inhalt

	Seite
1 Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe - Überblick	3
11 Notwendige Auswertungsanalyse	3
12 Notwendige Alternativkonzepte	5
13 Hintergrund	6
14 Lauterbachs Krankenhausreform wird Laumanns Krankenhausreform	10
15 Analyseverfahren	13
2 Ziele der geplanten Krankenhausreform	14
3 Säulen der geplanten Krankenhausreform	15
4 Kritik an der geplanten Krankenhausreform	16
41 Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)	16
42 System von Leistungsgruppen	22
43 Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung	27
5 Unbeachtete Aspekte	31
51 Krankenhaus als Gesundheitsdrehzscheibe	31
52 Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen	33
6 Validierung an den Zielen der Krankenhausreform	35
7 Beurteilung	37
8 Organisiertes Kliniksterben	40
9 Das bessere Konzept	42
91 Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser	42
92 Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln	46
10 Fazit	49
11 Literatur	50

1 Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe - Überblick

11 Notwendige Auswertungsanalyse

Die geplante Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission wird einschneidende Eingriffe in die Strukturen deutscher Krankenhäuser haben.

Es ist u.a. das Verdienst der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, dass es einen bundesweiten Aufschrei gegen die vorgeschlagenen veränderten Krankenhausstrukturen gab.

Als Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission im Dezember 2022 die „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der **Krankenhausvergütung**“ vorstellten und daraus ihre geplante Krankenhausreform ableiteten, da blickte die große Mehrheit verständlicher Weise auf die geplante **Krankenhausvergütung**.¹ Die aktuellen DRG-Fallpauschalen und das Pflegebudget sollten durch eine Kombination aus Vorhaltepauschalen, DRG-Fallpauschalen und Pflegebudget erlösneutral abgelöst werden. Ob dieses Vergütungsmodell die angeschlagene Finanzlage der deutschen Krankenhäuser verbessern könnte - darüber wurde in den ersten Wochen kontrovers debattiert.

Doch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission wollten viel mehr: **Sie koppelten die vorgeschlagenen Vorhaltepauschalen an Krankenhausstrukturen, bestehend aus Leveln und Leistungsgruppen**, ohne hierzu die Auswirkungen auf eine - nicht mehr - flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland und Bayern hinzuweisen. **Und diese Auswirkungen hätten die deutsche Krankenhauslandschaft buchstäblich zerschlagen.**

Es ist unter anderem der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern zu verdanken, dass die schlimmsten Bestandteile der geplanten Krankenhausreform dem Veto der Bundesländer zum Opfer fielen. In Ihrer im Februar 2023 veröffentlichten Projektstudie „Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission“ legte sie Berechnungen vor, in welchem radikalem Umfang klinische Leistungen in Deutschland und Bayern reduziert und Krankenhäuser verordnet geschlossen würden.

¹ Bundesgesundheitsministerium, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

Lediglich 22,68% der bundesdeutschen und 16,52% der bayerischen Krankenhäuser (Level 2 und Level 3) hätten darauf vertrauen können, ihre Leistungen in unverändertem Umfang weiter anbieten zu können. Alle anderen Krankenhäuser wären von verordneten Leistungskürzungen oder gar Schließungen betroffen gewesen.²

Auf Bundesebene wären die Geburtshilfeabteilungen von 810 Geburtshilfeabteilungen auf zukünftige 428 reduziert worden, in Bayern von 138 auf nur noch 52.³ Diese erste – verkürzte – Auswirkungsanalyse kam bereits im Februar 2023 heraus, wesentlich früher, als die offiziell beauftragte.⁴ Sie alarmierte Politiker, Bürger und Presse und löste eine umfassende Debatte über die Praktikabilität der angestrebten Krankenhausreform aus.

Auch hat die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern die geplante niedrigste Versorgungsstufe von Karl Lauterbachs Krankenhausreform, Level 1i nicht als Krankenhaus anerkannt, Sie prägte für Level 1i den Begriff „**Kurzzeitpflege ohne klinische Notfallversorgung mit gelegentlicher ambulant-ärztlicher Betreuung**“. Seitdem wurde diese Begriffserklärung in der Öffentlichkeit gebetsmühlenartig wiederholt. Proteste und Widerstände bauten sich auf. Aktuell richten sich Petitionen an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und an den bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek:

STOPPEN SIE LAUTERBACHS KATASTROPHALE REFORMPLÄNE – FÜR EINE ECHTE KRANKENHAUSREVOLUTION

<https://www.openpetition.de/petition/statistik/stoppen-sie-lauterbachs-katastrophale-reformplaene-fuer-eine-echte-krankenhausrevolution>

DIE KRANKENHAUSVERSORGUNG IN BAYERN IST GEFÄHRDET – NEIN ZU LAUTERBACHS KRANKENHAUSREFORM

<https://www.openpetition.de/petition/online/die-krankenhausversorgung-in-bayern-ist-gefaehrdet-nein-zu-lauterbachs-krankenhausreform>

2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

3 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ebenda

4 hcb Institute for Health Care Business GmbH, Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf

12 Notwendige Alternativkonzepte

Massive Kritik alleine reicht nicht! Wer Kritik äußert, muss auch Alternativen aufzeigen. Denn die Kernkritik lautet: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission verwalten den Mangel.

Es ist das große Verdienst des Bündnis Klinikrettung, dass klare Alternativen zur Vergütung der Krankenhäuser und zu bedarfsorientierten Krankenhausstrukturen aufgezeigt wurden:

Zur alternativen Krankenhausfinanzierung erstellte sie das Konzept "Selbstkostendeckung der Krankenhäuser".⁵

Zur alternativen Krankenhausstrukturen erstellte sie das Konzept „Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln“.⁶

Beide Konzepte liegen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und allen Landesgesundheitsministern vor.

Das Konzept „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“ verhindert Klinikschließungen und erschließt bundesweit zusätzliche Personalkapazitäten im Umfang von 158.900 Beschäftigten bzw. 122.100 Vollkräften für die Behandlung der Patientinnen, die bisher unproduktiv für Kodierung und Dokumentation der DRG-Fallpauschalen gebunden werden.

Dass diese Personalressourcen im Gegenwert von 10,1 Mrd. Euro in Zeiten akuten Personalmangels nicht genutzt werden, ist der größte Skandal der geplanten Krankenhausreform.⁷

⁵ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

⁶ Bündnis Klinikrettung, Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-stellt-vorschlag-fuer-eine-bedarfsgerechte-krankenhausstruktur-vor/>

⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

13 Hintergrund

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbachs geplante Krankenhausreform ist gescheitert.

So, wie die Krankenhausreform am 6. Dezember 2022 von Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission im Rahmen der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgestellt wurde, wird sie nicht zustande kommen.⁸

Trotzdem: Es wird eine Krankenhausreform geben. Die Veränderungen werden tiefgreifend sein!

Basis ist nun ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.⁹ Die im Eckpunktepapier revidierte Krankenhausreform ist ein bunter Mix des Entwurfs vom 6. Dezember 2022, vermehrter Kritik an dessen Praktikabilität, Erarbeitung eines Kompromisspapiers und harten Verhandlungen zwischen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und den Landesgesundheitsministern in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

Freiwillig hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nicht auf wichtige Eckpfeiler seiner geplanten Krankenhausreform verzichtet. Die Kritik an den Vorschlägen vom 6. Dezember 2022 war zwar erdrückend – Karl Lauterbach wollte sie jedoch lange Zeit nicht gelten lassen. Durchsetzbar war die nun geänderte Krankenhausreform wohl nur deshalb, weil Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nicht anders konnte. Seine Krankenhausreform sollte über die „Hintertür“ bundesweite Krankenhausstrukturen vorschreiben, indem sie Vergütungen von Krankenhausstrukturen, den sogenannten Leveln, abhängig macht. **Krankenhausstrukturen und Krankenhausplanung fallen nach dem Grundgesetz jedoch in die Zuständigkeit der Bundesländer.**

Ein Gutachten der Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein attestiert demnach die Verfassungswidrigkeit einer bundeseinheitlichen Krankenhausreform, die die Bundesländer in ihrer autonomen Krankenhausplanung beschneidet. Eine Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission durch den Bund, insbesondere die Einteilung der Krankenhäuser in bundeseinheitliche Level, d.h. bundeseinheitliche Versorgungsstufen, ist in der gegenwärtigen Fassung mit dem Grundgesetz nicht vereinbar, das die Kompetenzzuordnung von Krankenhausstrukturen bei den Bundesländern vorsieht.¹⁰

⁸ Bundesgesundheitsministerium, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

⁹ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

¹⁰ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Pressemitteilung, Gutachten: Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform nicht verfassungsgemäß – Bayern, Nordrhein-Westfalen und

Als erkennbar wurde, dass die Bundesländer ihre Kompetenz für Krankenhausstrukturen nicht freiwillig abgeben würden, entstand ein harter Kampf um die vermeintlich zielführende Krankenhausreform.

Die Akteure für das Eckpunktepapier, ein Kompromiss der geplanten Krankenhausreform, sind die Gesundheitsminister aus Bund und Bundesländern. **Die in mühsamen Verhandlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe errungenen Kompromisse sind aber tief von den dargelegten Auswirkungen der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern und den geschilderten Folgen für eine nicht mehr flächendeckende klinische Versorgung geprägt.**

So fielen mehrere Ecksteine aus dem ersten Entwurf der Krankenhausreform:

- die Level mit radikaler Kürzung der Leistungen in kleinen ländlichen Krankenhäusern
- die von 128 auf nur noch 68 gekürzten Leistungsgruppen
- die Forderung nach Geburtshilfe nur in Großkliniken (Level 2 und Level 3)
- geringerer Anteil der leistungsabhängigen DRG-Fallpauschalen und erhöhter Anteil der leistungsunabhängigen Vorhaltepauschalen.

Und es wird Öffnungsklauseln der Bundesländer für den Zugang der Krankenhäuser zu den Leistungsgruppen geben.

Das schlimmste Kürzungsszenario der geplanten Krankenhausreform - in allen nachfolgenden Textpassagen grau hinterlegt - konnte durch hartnäckige Proteste, Petitionen und Projektstudien verhindert werden.

Trotzdem:

Die jetzt vereinbarte Krankenhausreform entsprechend dem am 10. Juli 2023 verabschiedeten Eckpunktepapier wird ebenfalls weitreichende Konsequenzen für die Krankenhäuser in Deutschland und Bayern haben. Sie wird das Kliniksterben in Deutschland und Bayern verschärfen und die Leistungen – insbesondere in ländlichen Regionen - signifikant bescheiden.

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern hat deshalb beschlossen, auch das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe kritisch zu bewerten und dessen Folgen in dieser Auswertungsanalyse offen zu legen. Der breiten Öffentlichkeit soll bewusst werden:

Schleswig-Holstein fordern Wahrung der Krankenhausplanungskompetenzen der Länder,
<https://www.stmgp.bayern.de/presse/gutachten-vorschlaege-der-regierungskommission-zur-krankenhausreform-nicht/>,
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Verstoß gegen die Verfassung,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/versto%C3%9F-gegen-die-verfassung/>

- Es wird weniger Krankenhäuser geben. In einer ersten Phase entscheidet die finanzielle Not darüber, welches Krankenhaus schließt, in einer zweiten Phase entscheiden die Strukturen der Krankenhäuser über ihre Existenzberechtigung.
- Die verbleibenden kleinen Allgemeinkrankenhäuser werden zwangsweise weniger klinische Leistungen anbieten.
- Die Fahrzeitminuten zu einem Allgemeinkrankenhaus einschließlich klinischer Notfallversorgung können sich vielfach verlängern.
- Es wird ersatzweise Gesundheitseinrichtungen Level 1i anstelle regulärer Krankenhäuser geben, die über keine Notfallversorgung und keine durchgehende ärztliche Anwesenheit verfügen. **Das sind keine Krankenhäuser mehr.**
- Alle diese Konsequenzen basieren auf einem **Modell der Mangelverwaltung**, d.h. unzureichende Finanzmittel und unzureichendes klinisches Personal soll auf weniger Klinikstandorte konzentriert werden. **Das macht die Qualität der verbleibenden Krankenhausstrukturen nicht besser sondern schlechter.**

Die Würfel der zukünftigen Krankenhausfinanzierung und Krankenhausstrukturierung sind gefallen. ¹¹ Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, seine Regierungskommission und die Bundesländer setzen dabei auf:

- **Beibehaltung des DRG-Fallpauschalensystems**, es wird lediglich um Vorhaltepauschalen erweitert
- **Deckelung der Krankenhauskosten auf Bundesebene**, die Einnahmen der Krankenhäuser werden trotz großer Finanznöte der Krankenhäuser nicht gesteigert sondern umverteilt
- **strenge Regulierung der Krankenhauslandschaft**, Zuordnung regulierter **Leistungsgruppen** zu den Krankenhäuser, danach steht detailliert fest, welcher Klinikstandort welche Leistung erbringen bzw. DRG-Fallpauschalen abrechnen darf und welcher nicht
- zunehmende **Ambulantisierung** der Krankenhäuser, sie wird zementiert durch abgesenkte DRGs für tagesklinische Behandlungen, Hybrid-DRGs für sektorengleiche ambulante Behandlungen und Gesundheitseinrichtungen Level 1i ohne Notfallversorgung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung. ¹²

Es geht also um wesentlich mehr als die Reform der Krankenhausvergütung. Es geht um eine **grundlegende Neustrukturierung der deutschen Krankenhauslandschaft** mit klar definierten Festlegungen, welches Krankenhaus zukünftig welche Leistungen anbieten darf, und welches nicht.

¹¹ Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>

¹² Regierungskommission, , Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

Das Eckpunktepapier enthält keinen Ansatz für mehr klinisches Personal in Deutschland und deckelt – trotz drohender Insolvenzen - die Einnahmen der Krankenhäuser. ¹³ Die finanziellen Mittel für Krankenhäuser werden in unveränderter Höhe lediglich neu aufgegliedert und umverteilt. Unzureichendes klinisches Personal soll ebenfalls nur umverteilt werden, von kleinen zu großen Krankenhäusern. Das Überleben großer Krankenhäuser wird durch das Sterben systemrelevanter kleiner Krankenhäuser gesichert. ¹⁴

13 Bundesgesundheitsministerium, Eckpunktepapier, ebenda

14 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Pressemitteilung, Etikettenschwindelreform statt Krankenhausreform Lauterbachs Krankenhausreform löst massenhaftes Kliniksterben in Bayern aus!, https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14744752332/2023_07_11+Pressemitteilung+Lauterbachs+Krankenhausreform+ein+riesiger+Etikettenschwindel.pdf?t=1689066040

14 Lauterbachs Krankenhausreform wird Laumanns Krankenhausreform

Es darf bereits an dieser Stelle auf die **Widersprüchlichkeit der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung** hingewiesen werden. Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission wurde federführend von Prof. Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Reinhard Busse, Prof. Dr. Tom Bschor und Christian Karagiannidis erarbeitet. [RG, S. 32, RG = Dritte Stellungnahme der Regierungskommission]. Die Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse forderten seit langem aus Qualitätsgründen eine Konzentration der Klinikleistungen und bemängelten die bis heute empirisch nicht nachweisbare „geringe Qualität“ vieler Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Ihrem Drängen bzw. ihrer Einflussnahme entsprechend, führte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gesetzlich die „Gestufte Notfallversorgung“ ein. Ein GKV-Kliniksimulator erkennt parallel alle Krankenhäuser unterhalb des kombinierten Angebots der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie nicht als Krankenhäuser der Basisversorgung bzw. Grund- und Regelversorgung an.¹⁵ Jetzt aber soll genau dies geschehen: Es reicht eine der beiden Fachabteilungen, um ein „Krankenhaus“ des Level 1i zu werden [RG, S. 15f.].

Dass zwei der vier federführenden Ersteller der dritten Stellungnahme Gesundheitsökonominnen sind, die seit Jahren eine deutliche Verringerung der Krankenhäuser empfehlen, namentlich Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse, widerlegt auch die von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vielfach bekundete „ausgewogene Besetzung der Regierungskommission“ mit Experten, unabhängig von Partikularinteressen und Lobbyismus.¹⁶

Ihren Slogan "Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich" hatten Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Boris Augurzky lediglich aus 38 untersuchten Kliniken in Nordrhein Westfalen abgeleitet - ein statistisch nicht valides Verfahren.¹⁷ Vollmundig bekundet die Bertelsmann-Studie: „Wie die Simulation zeigt, könnte die Region mit 14 statt den aktuell 38 Akutkrankenhäusern eine bessere Versorgung bieten, ...“ Trotzdem:¹⁸ NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, der diese Bertelsmann Studie in Auftrag gab, nutzte sie für seine NRW-Krankenhausreform mit landeseinheitlichen Leistungsgruppen ohne Level bzw. ohne landeseinheitliche Krankenhausstrukturen, unterstützt von den gleichen Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof.

¹⁵ GKV-Kliniksimulator, <https://gkv-kliniksimulator.de/>, vdek, Krankenhausplanung 2.0,

Zukunftsorientiert und bedarfsgerecht, <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2014-1112/titel-rwi-gutachten.html>

¹⁶ Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, STUDIE: Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich?tx_rsmbstpress_pi1%5Bdate_from%5D=05.01.2009&tx_rsmbstpress_pi1%5Bpage%5D=12,

Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all

¹⁷ Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, ebenda

¹⁸ Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, ebenda

Dr. Boris Augurzky, die damals an der Bertelsmann Studie mitwirkten und jetzt in der Regierungskommission sitzen: „Die 337 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) müssen sich künftig auf bestimmte Leistungen konzentrieren und sollen nicht mehr alles anbieten. Für die tiefgreifende Reform der Krankenhauslandschaft in NRW steht jetzt der konkrete Zeitplan fest.“¹⁹

Lauterbachs Krankenhausreform wird Laumanns Krankenhausreform!

Dies macht auch NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann deutlich:

„NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) zeigte sich gegenüber dieser Zeitung erleichtert. Den Gesundheitsministerinnen und -ministern von Bund und Ländern sei es gelungen, das Gesundheitssystem in Deutschland „einen großen Schritt voranzubringen“. Laumann erinnerte daran, dass Nordrhein-Westfalen früh eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht hat, die nun Vorbildcharakter habe.

NRW-Reform ist die Blaupause für die deutsche Krankenhausplanung

„Ich bin sehr froh, dass der Prozess, der 2019 in NRW begonnen wurde, nun die Grundlage für einen wesentlichen Teil der Krankenhausplanung in ganz Deutschland wird. Das ist ein großartiges Lob für alle Beteiligten“, so der Landesminister.“²⁰

Als Lauterbachs Krankenhausreform wegen des drohenden Vetos der Bundesländer kurz vor dem „Aus“ stand, einigten sich Bund und Bundesländer am 10.07.2023 im Eckpunktepapier auf eine Krankenhausreform mit 68 statt ursprünglich 128 Leistungsgruppen und ohne Krankenhauslevel – exakt die NRW-Krankenhausreform [EP, S. 7 f. = Eckpunktepapier]. Auf Level als Steuerungskriterium wird – mit Ausnahme des Level 1i – komplett verzichtet:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. ... Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung.“ [EP, S. 1]

Ein wesentlicher Eckpfeiler der im Dezember 2022 vorgestellten Krankenhausreform - die Untergliederung aller Krankenhäuser in Level - wird ersatzlos gestrichen.

¹⁹ Ärzteblatt.de, Krankenhausreform in NRW wird konkret,
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/136565/Krankenhausreform-in-NRW-wird-konkret>

²⁰ WAZ, Krankenhausreform kommt - Kliniksterben geht vorerst weiter,
<https://www.waz.de/politik/landespolitik/bund-und-laender-einigen-sich-auf-krankenhausreform-id238913075.html>

Eine besondere Kritik: Es scheint leider nicht um wirkliche wissenschaftliche Evidenz der vorgeschlagenen Krankenhausreform sondern tendenziell um offenbar vorgegebene Ziele des Bundesgesundheitsministeriums zu gehen. Sonst hätte die Regierungskommission bereits zur Veröffentlichung ihrer Dritten Stellungnahme im Dezember 2023 auch alle Konsequenzen ihres Vorschlags präsentieren können. Stattdessen ...

- war sich, die Regierungskommission offenbar nicht in vollem Umfang über die Konsequenzen ihrer vorgeschlagenen Krankenhausstrukturen bewusst, oder sie hat diese zu Beginn bewusst verschwiegen ²¹
- bedurfte es deshalb einer ergänzenden Auswirkungsanalyse über den Umfang zu schließender oder im Leistungsumfang umfassend zu kürzender Krankenhäuser ²²
- hätte es im Mai 2023 nicht einer deutlichen Korrektur der vorgeschlagenen Krankenhausreform bedurft. ²³

21 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Lauterbachs Krankenhausreform ohne wissenschaftliche Evidenz?, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/ohne-wissenschaftliche-evidenz/>

22 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zynische Auswirkungsanalyse, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/zynische-auswirkungsanalyse/>

23 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Neuer Basisvorschlag unzureichend, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/neuer-basisvorschlag-unzureichend/>, BibliomedManager, Fachkliniken sollen eigenes Level bekommen,

<https://www.bibliomedmanager.de/news/fachkliniken-sollen-eigenes-level-bekommen>, BibliomedManager, https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/

[23_05_09_Basismodell_Anlage_1_Zuordnung_NRW_Leistungsgruppen_zu_Level.pdf](#)

15 Analyseverfahren

Das Eckpunktepapier von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist kein vollständiges Werk. Es setzt auf der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf, modifiziert sie und beschreibt nun die erzielte Einigung zwischen Bund und Bundesländern.

Um die Grundpfeiler des Eckpunktepapiers verstehen und bewerten zu können, muss deshalb auch die Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit untersucht werden. Die Dritte Stellungnahme formuliert u.a. auch die Ziele der Krankenhausreform.

Legenden

[EP] Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

[RK] Dritte Stellungnahme der Regierungskommission

Grau hinterlegt: verworfene Vorschläge von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission

2 Ziele der geplanten Krankenhausreform

Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission enthält kein eigenes Kapitel über die Ziele der geplanten Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission.

Indirekt lassen sich jedoch die Ziele der geplanten Krankenhaus ableiten:

- „Leistungsanreize“ müssen erhalten bleiben [RG, S. 2], gemeint sind hier offensichtlich Gewinnaussichten.
- Die stationäre Überversorgung ist zu reduzieren [RG, S. 5].
- Der regionalen Unterversorgung ist entgegenzuwirken [RG, S. 5].
- Die Effizienz der Gesundheitsversorgung ist zu steigern [RG, S. 5].
- Fachkräfte sind ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen [RG, S. 5].
- Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen sind zu schaffen [RG, S. 5].
- Leistungen sollen dann beschränkt werden, wenn Fachabteilungen technisch, personell und qualitativ nicht adäquat ausgestattet sind [RG, S. 6].
- Das klinische Personal soll von erheblicher Überbürokratisierung entlastet werden [RG, S. 6].
- Es soll gelöst werden, dass es im Gesundheitswesen immer weniger Menschen gibt, die in die Sozialversicherungen einzahlen, und immer mehr Menschen Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen [RG, S. 6 f.].

Die Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission wird sich an ihren Zielen messen lassen müssen. Deshalb werden die hier dargestellten Ziele der Regierungskommission validiert.

Vorab sei jedoch die Berechtigung einzelner Ziele in Frage gestellt:

- Wozu bedarf es Leistungsanreize bzw. Gewinnaussichten für die Krankenhäuser [RG, S. 2]? Haben nicht gerade Leistungsanreize zu den vielfach bemängelten „unnötigen Operationen und stationären klinischen Aufenthalten“ geführt?
- Worin begründet sich die Behauptung einer stationären Überversorgung [RG, S. 5]? Mussten während der Corona-Pandemie nicht Patienten in andere Bundesländer verlegt werden, weil die klinischen Betten und das klinische Personal für eine adäquate stationäre Behandlung fehlten? Dies bestätigt auch das vom Bundesinnen- und Bundesforschungsministerium beauftragte Grünbuch 2020.²⁴
- Schafft eine Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung [RG, S. 5] wirklich mehr Qualität in der klinischen Patientenversorgung? Die vermeintliche Effizienzsteigerung wird seit Einführung des DRG-Systems vorangetrieben. Hat sie nicht zu Leistungsdruck mit immer mehr Patienten bei unveränderter Personalausstattung und zu massiven Engpässen in deutschen Krankenhäusern geführt?

²⁴ Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e. V., Grünbuch 2020, S. 33, <https://zoes-bund.de/gruenbuch/>

3 Säulen der geplanten Krankenhausreform

Die Säulen der geplanten Krankenhausreform gehen weit über die Finanzierung der Krankenhäuser hinaus.

Die dritte Stellungnahme der Regierungskommission unterbreitet folgende Empfehlungen:

- Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level), diese wurden im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe verworfen bzw. nicht mehr behandelt
- System von Leistungsgruppen, dieses wurde im neuen Basisvorschlag überarbeitet
- Reduktion (nicht Abschaffung) der mengenbezogenen Komponente (DRG-Fallpauschalen) zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung [RG, S. 9].

Damit gehen die vorrangig von Gesundheitsökonomern erarbeiteten Eckpfeiler der Krankenhausreform weit über die Vergütung von Krankenhäusern hinaus. Damit greifen sie auch in die bisherige Hoheit der Bundesländer für die Krankenhausplanung ein.

Verworfen wurde durch das Eckpunktepapier eine detaillierte Strukturierung der deutschen Krankenhäuser, deren Level 1 (bisher Grund- und Regelversorgung oder Basisversorgung) in ihrem Leistungsumfang durch festgeschriebene Strukturmerkmale massiv eingeschränkt werden [RG, S. 11 ff.]. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wird sie jedoch – ohne Auswirkung auf die Krankenhausplanung der Bundesländer – für eine Qualitätsdatenbank verwenden..

4 Kritik an der geplanten Krankenhausreform

41 Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)

Die Regierungskommission wollte der regionalen Unterversorgung entgegenwirken. Regionale Unterversorgung betrifft heutzutage überwiegend ländliche Regionen mit unzureichender Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Level 1 bis 3 sollten die bisher in den Bundesländern existierenden Versorgungsstufen der Grund-/Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung ablösen. [RG, S. 11]

Gravierend wäre die zukünftige **Aufteilung der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, in Level 1n mit Notfallversorgung und 1i (ambulant-stationäre Einrichtung ohne Notfallversorgung)** gewesen. Verblieben sind Level 1i. [EP, S. 11 ff.] Level 1i werden von Pflegekräften geleitet, verfügen über stationäre Pflegebetten und nehmen geplante ambulante ärztliche Behandlung mit ärztlicher Rufbereitschaft außerhalb der Kernarbeitszeiten durch niedergelassene Ärzte in Anspruch. [EP, S. 11 f.] Sie nehmen an keiner Notfallversorgung teil. [EP, S. 12]

Bewertung: Es gibt keine ärztliche Verfügbarkeit an 7 Tagen und 24 Stunden. Das hilft nicht bei stationären Notfällen, **Level 1i sind auch keine Krankenhäuser mehr!**

Aktuell verfügen geschätzte **657 der 1.877 Krankenhäuser** über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) [RG, S. 7]. All diese Krankenhäuser einschließlich bisheriger Sicherstellungskrankenhäuser müssen damit rechnen, zukünftig dem Level 1i als "bessere Kurzzeitpflege" ohne Notfallversorgung mit gelegentlicher ambulant-ärztlicher Anwesenheit zugeordnet zu werden.²⁵ Besonders betroffen sind Bundesländer mit vielen dünn besiedelten ländlichen Regionen. Bayern verfügt über 143 der 351 Krankenhäuser (= 41%) ohne strukturierte Notfallversorgung, die um ihre Zukunft als akutstationäre Krankenhäuser bangen müssen.

Bewertung: Aktuell erwägen viele Krankenhäuser, ihre einfache Notfallversorgung (unterhalb der Vorgaben des G-BA) aus ökonomischen Gründen ganz einzustellen. Unter der Perspektive zukünftiger Level 1i könnte dies zu einem Bumerang führen. Der Bestand als akutstationäres Krankenhaus mit ärztlicher Betreuung rund um die Uhr wäre gefährdet. In Bayern wird diese Entscheidung aktuell an den Standorten Wegscheid, Berchtesgaden, Neuendettelsau, und Schongau diskutiert. In Ebern und Bad Brückenau wurde der Verzicht auf stationäre Notfallversorgung bereits vollzogen.²⁶

²⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Neue Krankenhäuser simulieren und einfordern, Der Fall Wegscheid, <https://neue-kliniken-simulieren.jimdofree.com/unwirksamer-sicherstellungszuschlag/der-fall-wegscheid/>

²⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>

Zukunft der Krankenhäuser
Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
•Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Mit der Empfehlung der Regierungskommission für Level 1i würden bis zu 657 bisherigen Krankenhausstandorten bzw. Regionen wichtige Bausteine einer wohnortnahen klinischen Versorgung verwehrt:

Krankenhaus mit Notfallversorgung	Level 1I lokal ambulant/stationär
Verfügbarkeit rund um die Uhr (7 Tage, 24 Std.)	- / -
Intensivstation	- / -
Fachpersonal für Intensivbehandlung	- / -
Stationäre Notaufnahme mit Schockraum für Reanimationen	- / -
Fachpersonal für stationäre Notaufnahme	- / -
Computertomograph (CT)	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Magnetresonanztomographie	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Ausbildung: Ärzte und Pflege	- / -
Stationäre Versorgung: kurze Wege	- / -

Das sind keine Krankenhäuser!

Trotz hoher ambulanter Fachkompetenz haben Gesundheitseinrichtungen Level 1i ihre Grenzen, die jedoch im Kommissionsvorschlag und im Eckpunktepapier nicht reflektiert werden. Beispiele für die zwingende Behandlung im Krankenhaus einschließlich stationärer Notfallversorgung sind:

- a) lebensentscheidende klinische Erstversorgung z.B. bei
- Reanimationen (z.B. akuter Herzinfarkt, septischer Schock)
 - Verblutungsgefahr
 - sonstige lebensgefährliche Verletzungen bzw. Erkrankungen

Bei besonderer Schwere ist die Stabilisierung und anschließende Verlegung des Patienten in ein hochspezialisiertes Krankenhaus erforderlich. **Ohne professionelle wohnortnahe Erstversorgung aber könnte es zu spät für ein entferntes Krankenhaus der Maximalversorgung sein.**

- b) stationäre Überwachung rund um die Uhr
- Jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
 - Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
 - Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
 - Entbindungen

- c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**
- Ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten

Für **RisikopatientInnen** ist aufgrund der Komplikationsgefahr die klinische Behandlung mit durchgängiger ärztlicher Verfügbarkeit rund um die Uhr ein entscheidender Qualitätsvorteil.²⁷

Die flächendeckende klinische Versorgung wird zukünftig „gewährleistet“, in dem der Begriff, was ein Krankenhaus darstellt, auf ein Minimum reduziert wird.

Es wäre ehrlich, der Bevölkerung zu signalisieren, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission etwa **1/3 der deutschen Krankenhäuser schließen** und in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum umwandeln wollen.

In vielen Regionen Deutschlands wird damit der Bevölkerung zukünftig die wohnortnahe klinische einschließlich Notfallversorgung verwehrt.

Mit einer Begriffsänderung „Krankenhäuser Level 1i“ wird diese Tatsache vertuscht.

Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission schlug eine strikte, d.h. zwangsweise, Einstufung aller Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Damit hätten alle 657 Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung schließen müssen, um dann wahlweise in Gesundheitseinrichtungen Level 1i umgewandelt zu werden.

Bewertung: Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe revidiert diese Entscheidung. „Planungshoheit der Länder: Die Länder entscheiden im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung, welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen eines sektorenübergreifenden Versorgers (Level 1i-Krankenhauses) zugewiesen werden.“ [EP, S. 12]

Damit ist offen:

- Welches Bundesland schließt sich der Auffassung der Regierungskommission an und wandelt alle Krankenhäuser ohne Notfallversorgung in Gesundheitseinrichtungen Level 1i um?
- Welches Bundesland macht von Gesundheitseinrichtungen Level 1i keinen Gebrauch?
- Welches Bundesland wählt andere bedarfsorientierte Kriterien wie beispielsweise Erreichbarkeiten zum nächstgelegenen Allgemeinkrankenhaus, um vereinzelt Krankenhäuser zu schließen und in Gesundheitseinrichtungen Level 1i umzuwandeln.

Damit sind eine unbekannte Anzahl, maximal jedoch 657 Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung von einer Schließung und Umwandlung potenziell gefährdet.

²⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Broschüre Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1678715287>

Gleichzeitig ist ein neuer Aspekt aus dem Eckpunktepapier zu beachten:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Der Bund wird das Vorhaben durch ein eigenes Gesetz umsetzen und die bestehende Datenbasis verbessern. Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung.“ [EP, S. 1]

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach folgt damit im Alleingang und gegen den Willen der Landesgesundheitsminister der Fünften Stellungnahme der Regierungskommission ²⁸

„Die Studie bestätigt den Kern der Krankenhausreform. Qualität rettet Leben. Die Krankenhausreform wird zehntausende Menschenleben retten pro Jahr. Insbesondere bei der Versorgung von Krebs- und Herz-Kreislauf-Patienten. Wir werden daher bei den Qualitätszielen keine Kompromisse machen. Im Gegenzug müssen die Kliniken gut bezahlt werden, die ihre Patientinnen und Patienten auch gut behandeln. Wir brauchen eine gute und schnell erreichbare Grundversorgung. Aber nicht jedes Haus muss auch jede medizinische Behandlung anbieten. Komplizierte Eingriffe sollten ausschließlich in spezialisierten Kliniken und durch sehr gut qualifizierte Mediziner erfolgen! Das verbessert Behandlungsqualität und letztlich auch die Überlebens- und Genesungschancen der Patientinnen und Patienten. - Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach“ ²⁹

Wer – wie die Regierungskommission – in ihrer Fünften Stellungnahme selektive statistische Daten in Unkenntnis klinischer Abläufe interpretiert, kommt zu fatalen Fehlentscheidungen! Die von der Regierungskommission kritisierten Tumor-, Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlungen in kleinen ländlichen Krankenhäusern sind durch Fallbeispiele erklärbar, sinnvoll und unvermeidbar. Forderungen nach Ausschluss selektiver Leistungen führen unvermeidbar in die Irre.

Konkret müssen sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission fragen lassen:

- Sollen kleine Krankenhäuser PatientInnen etwa an der Klinikpforte nach erkanntem Schlaganfall und Herzinfarkt abweisen, statt erste Hilfe zu leisten?
- Müssen kleine Krankenhäuser geriatrische PatientInnen, die während ihres Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erleiden, vor die Kliniktür setzen?

²⁸ Bundesgesundheitsministerium, Fünfte Stellungnahme der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/potenzialanalyse-krankenhausreform.html>

²⁹ Bundesgesundheitsministerium, Studie zur Krankenhausreform: höherer Erfolg bei komplizierten Behandlungen in spezialisierten Zentren, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/potenzialanalyse-krankenhausreform.html>

- Plädieren die Autoren der Fünften Stellungnahme etwa für ein Überleben von Krebspatienten in Tumorzentren um jeden Preis? Ist für sie die bewusste Entscheidung eines unheilbar Krebserkrankten irrelevant, die letzten Krebsbehandlungen in einem kleinen wohnortnahen Krankenhaus im sozialen Umfeld zu verbringen? Und das ist dann schlechte Qualität?
- Was helfen uns weit entfernte zentralisierte Kliniken in Deutschland, wenn die Patienten auf dem Weg dort hin bereits verstorben sind?

Im Mai 2022 hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Boris Augurzky sowie Prof. Dr. Reinhard Busse in seine Regierungskommission berufen. Beide Gesundheitsökonominnen plädieren seit Jahren für 330 bzw. 600 statt 1.887 deutsche Krankenhäuser.³⁰ Mit selektiven statistischen Analysen versuchen sie wiederholt, die Qualität kleiner Krankenhäuser bewusst in Frage zu stellen. Eine Forderung war beispielsweise, kleine Krankenhäuser generell von Corona-Behandlungen auszuschließen.³¹ Obwohl die Bertelsmann Stiftung in einer umfassenden Studie feststellt: „Gute Krankenhausversorgung ist auch in strukturschwachen Regionen möglich“ und „Selbst in Metropolregionen gibt es schwarze Schafe“ unterstützt sie seitdem gemeinsam mit Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse viele selektive Studien zur Diffamierung kleiner Krankenhäuser mit angeblich schlechter Qualität.³² Auch andere Qualitätsstudien wie „Deutschlands beste Krankenhäuser 2023“ belegen eine oft überdurchschnittliche Qualität kleiner ländlicher Krankenhäuser.³³ Insbesondere klinische Routinebehandlungen leisten kleine Krankenhäuser – weil häufiger durchgeführt – oft qualitativ besser als Großkliniken. Es macht auch keinen Sinn, Routinebehandlungen in teuren Großkliniken durchzuführen.

Auch können Statistiken – wie oben gezeigt – klinische Abläufe teilweise nicht abbilden:

- Entscheiden sich unheilbare Krebserkrankte in ihrer letzten Lebensphase für notwendigste wohnortnahe klinische Eingriffe, und lehnen sie eine Lebensverlängerung um jeden Preis ab, dann „verschlechtert“ dies die Todesrate und die Lebensdauer in kleinen Krankenhäusern.
- Erkennt ein Patient seinen Herzinfarkt oder Schlaganfall nicht, und lässt er sich zunächst in ein kleines Allgemeinkrankenhaus fahren, dann geht wertvolle Zeit bis zur ersten Intervention verloren. Dies kann dem Allgemeinkrankenhaus nicht zum Vorwurf gemacht werden. Es gibt aber – im Rahmen von zertifizierten Herzinfarkt- und

30 Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse in Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, STUDIE: Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich/>, Prof. Dr. Reinhard Busse, Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften, 330 reichen aus – Argumente für eine neue Krankenhaus-Struktur, https://www.static.tu.berlin/fileadmin/www/10002433/Vortraege/2019/2019.09.11_Busse.330reicht.pdf

31 Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all

32 Bertelsmann Stiftung, Krankenhausqualität aus Patientensicht, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/weisse-liste/projektnachrichten/krankenhausqualitaet-aus-patientensicht/>

33 Frankfurter Allgemeine, Deutschlands beste Krankenhäuser, <https://www.faz.net/asv/beste-krankenhaeuser/>

Schlaganfallnetzwerken – klare Abläufe. Die PatientInnen erfahren parallel eine Erstbehandlung und eine umgehend Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus.

Dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das Gegenteil behauptet und kleinen Krankenhäusern per Definition schlechte Qualität vorwirft, ist skandalös.³⁴

Konkret zur Fünften Stellungnahme der Regierungskommission muss die Frage gestellt werden:

- Warum wurde der Herzinfarkt nicht untersucht, warum nicht der traumatische Verkehrsunfall?
- Waren da kleine Krankenhäuser etwa besser?

Schlüsse auf eine allgemeine Konzentration aller hochwertigen klinischen Leistungen lassen sich aus selektiven Untersuchungen definitiv nicht ableiten.

B) Kosteneinsparung das wahre Ziel der Krankenhausreform?

Herrn Lauterbach und seiner Regierungskommission muss der Vorwurf gemacht werden: Es geht nicht um Qualität sondern Kosteneinsparungen durch Vorhaltung verringerter Klinikbetten und Klinikstandorte. Dass Kostengründe eine - vermutlich – vorrangige Rolle spielen, geht aus den letzten Interviews von Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Karl Lauterbach hervor.

Wir zitieren Prof. Dr. Reinhard Busse:

„Je länger sich alles verzögert, desto mehr Krankenhäuser drohen insolvent zu gehen. Was den Ländern klar werden muss: Wenn die gleiche Summe Geld neu verteilt wird und die Anzahl der Krankenhäuser gleich bleibt, dann kann es am Ende nicht allen besser gehen. Die setzen immer noch drauf, dass es am Ende mehr Geld gibt. Wichtiger wäre jedoch eine konsensfähige Systematik, welche Häuser systemrelevant sind.“³⁵

Wir zitieren Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach:

„Nach einer Übergangsphase bezahlen wir nicht mehr, wo die Qualität schlecht ist.“³⁶

Bewertung: Das Kliniksterben und die Ausdünnung klinischer Leistungen in verbleibenden Krankenhäusern wird signifikant zunehmen. Wurde bisher der „kalte Strukturwandel der Krankenhäuser“ beklagt, so haben wir zukünftig:

- den **kalten Strukturwandel** aufgrund unverändert limitierter klinischer Erlöse
- den **organisierten Strukturwandel** durch verordnete **Leistungsgruppen**
- den **qualitativ begründeten Strukturwandel** mittels Versicherung der Bevölkerung, mit **diffamierenden selektiven Qualitätsstatistiken**.

³⁴ Bundesgesundheitsministerium, Fünfte Stellungnahme der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/potenzialanalyse-krankenhausreform.html>

³⁵ Vgl. Zeit online, ebenda

³⁶ ZDF, Debatte bei "Markus Lanz" - :Lauterbach: Pranger für schlechte Kliniken, <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/lanz-lauterbach-krankenhaus-reform-100.html>

42) System von Leistungsgruppen

Welches Krankenhaus welchem Level zugeordnet wird, und was die Krankenhäuser innerhalb ihres Levels behandeln sowie abrechnen dürfen, sollten Leistungsgruppen mit strengen Strukturvorgaben entscheiden, die dann von den Krankenhäusern zu erfüllen seien. Die unterschiedlichen Level enthielten unterschiedlich viele Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen sollten maßgeblich für die Höhe der Vorhaltepauschalen sein. [RG, S. 20 ff.] Je größer das Krankenhaus, desto umfassender die Vorhaltepauschalen, je kleiner das Krankenhaus, desto geringer der Anteil der leistungsunabhängigen Vorhaltefinanzierung.

Im Eckpunktepapier kommen die Level mit exakter Zuordnung von Leistungsgruppen nicht mehr vor. Lediglich das Bundesgesundheitsministerium plant, Krankenhäuser qualitativ nach Leveln zu gliedern und qualitativ innerhalb der Level zu bewerten: *„Das Bundesministerium für Gesundheit wird zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Der Bund wird das Vorhaben durch ein eigenes Gesetz umsetzen und die bestehende Datenbasis verbessern. **Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung.**“* [EP, S. 1]

Bewertung: Dies erhöht den **Verwaltungsaufwand** massiv: Leistungsgruppen sind zu beantragen und zu begründen, Strukturen sind laufend zu dokumentieren, der Medizinische Dienst überprüft das Vorhandensein von Strukturen und die Berechtigung zur Abrechnung. Klinisches Personal wird auch hier durch zusätzliche Verwaltungsaufgaben signifikant belastet.

Die gravierendere geplante Begrenzung der Leistungen der Krankenhäuser des Level 1n mit Basisnotfallversorgung entfällt. Nur wenige der immerhin 64 überarbeiteten Leistungsgruppen waren dem Level 1 zugeordnet. In der Dritten Empfehlung der Regierungskommission vom Dezember 2022 waren es noch 128 Leistungsgruppen. Abbildung 4 der Dritten Empfehlung weist darauf hin: Krankenhäuser des Level 1 können lediglich Leistungsgruppen mit Level 1 anbieten und abrechnen [RG, S. 19].

Im überarbeiteten Basisvorschlag der Regierungskommission reduziert sich das Leistungsangebot der Krankenhäuser Level 1n (mit Basisnotfallversorgung) auf folgende Leistungsgruppen:

1.1 Allgemeine Innere Medizin
9.1 Allgemeine Chirurgie
17.1 Augenheilkunde
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten
20.1 Urologie
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde
21.4 Geburten
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
24.1 HNO
26.1 Allgemeine Neurologie
27.1 Geriatrie
28.1 Intensivmedizin
29.1 Palliativmedizin ³⁷

Viele Krankenhäuser des Level 1 entwickelten in den letzten Jahren mit Verweis auf hohe Qualität ein gutes interdisziplinäres Leistungsangebot. Mit hohem Aufwand implementierten sie Subspezialisierung der Fachabteilungen sowie zertifizierte Zentren. Verordnet geschlossene spezialisierte Fachabteilungen hätten ohne Not moderne, z.T. aufwendige medizinische Infrastruktur zerstört und regional zur Abwanderung besonders spezialisierten Personals geführt!

Hohe Qualitätssteigerung in der Grund- und Regelversorgung wären ohne Not zerschlagen worden.

Die Folgen seien an einem Beispielkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit folgender Konstellation erläutert:

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Urologie
- Intensivmedizin
- Basisnotfallversorgung incl. Lokales Traumazentrum.

Alle nachfolgenden Fachabteilungen, Subspezialisierungen und zertifizierten Zentren wären im Level 1n zukünftig wohnortnah nicht mehr zur Verfügung gestellt worden:

³⁷ BibliomedManager, https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/23_05_09_Basismodell_Anlage_1_Zuordnung_NRW_Leistungsgruppen_zu_Level.pdf

Subspezialisierungen der Inneren Medizin:

- Gastroenterologie
- nichtinvasive Kardiologie
- invasive Kardiologie (incl. Herzkathetermessplatz)

Jede Subspezialisierung der Chirurgie, z.B. namentlich:

- Viszeralchirurgie (incl. Hernienzentrum)
- Unfallchirurgie und Orthopädie (Lokales Traumazentrum)
- Knie- und Hüftendoprothetik (EndoProthetikzentrum)
- Wirbelsäulenchirurgie (Wirbelsäulenzentrum)³⁸

Ursprünglich sollte auch die **Geburtshilfe** ausschließlich Level 2 und Level 3 vorbehalten sein. Dann hätte sich die Geburtshilfe auf maximal 428 Klinikstandorte (statt bisher 810) in Deutschland konzentriert [RG, S. 34 ff.]. Entfernungen von bis zu 45 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhaus des Level 2 oder 3 hätten zu vermehrten Geburten unterwegs auf dem Weg zum Krankenhaus geführt. Im überarbeiteten Basisvorschlag vom Mai 2023 ist die Geburtshilfe auch dem Level 1 zugeordnet worden. Dies ist unter anderem dem Protest vieler Gesundheitspartner zu verdanken, die auf gravierende Gefahren einer ausgedünnten Geburtshilfe in Deutschland und in Bayern aufmerksam machten.³⁹

Jetzt richtet sich die Vergütung der Vorhaltepauschalen ausschließlich nach Leistungsgruppen – Level spielen keine Rolle mehr: „Für die Zahlung eines Vorhaltebudgets werden die Mittel hierfür aus den bestehenden Fallpauschalen ausgegliedert; die Fallpauschalen werden abgesenkt. Hierdurch wird der Anreiz auf eine möglichst hohe Fallzahl gesenkt. Die Absenkung erfolgt perspektivisch auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen. Hierzu werden die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren. [EP, S. 4] ... Jedes Krankenhaus wird in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach seiner bisherigen Fallzahl und Fallschwere eingestuft. Dies erfolgt für alle Krankenhäuser auf empirisch-mathematischer Grundlage durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.“ [EP, S. 5]

Bewertung: Nicht mehr Level sondern Regelungen der Bundesländer – im Rahmen ihrer Planungshoheit – entscheiden darüber, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppe erhält. Danach richtet sich, welche Krankenhäuser die darin enthaltenen Leistungen anbieten und abrechnen dürfen. Es wird also Begrenzungen für Krankenhäuser geben, aber nicht pauschal und bundeseinheitlich durch Zuordnung nach Leveln sondern landeseinheitlich. Jedes Bundesland ist demnach frei in den Kriterien für eine Zuordnung. [EP, S. 7] Voraussetzung ist jedoch, dass das betreffende Krankenhaus die Struktur- bzw. Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe grundsätzlich erfüllt. [EP, S. 8]

38 BibliomedManager, https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/23_05_09_Basismodell_Anlage_1_Zuordnung_NRW_Leistungsgruppen_zu_Level.pdf

39 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Folgen von Lauterbachs Krankenhausreform in Bayern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform-folgen-in-bayern/>

Auch hier ist offen:

- Welches Bundesland schließt sich der Auffassung der Regierungskommission vollumfänglich an und ordnet Leistungsgruppen pauschal neuen landeseinheitlichen Leveln zu?
- Welches Bundesland schließt sich der Auffassung der Regierungskommission bedingt an und ordnet Leistungsgruppen pauschal ihren bereits existierenden landeseinheitlichen Krankenhausversorgungsstufen, z.B. Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung zu?
- Welches Bundesland wählt andere bedarfsorientierte Kriterien wie beispielsweise Erreichbarkeiten zum nächstgelegenen Allgemeinkrankenhaus, um Leistungsgruppen bestimmten Krankenhäusern zuzuteilen, anderen jedoch nicht?

Bewertung: Je nach autonomer Umsetzung in den einzelnen Bundesländern sind die 649 Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung ...

- nicht,
- begrenzt oder
- umfangreich ...

von Streichungen ganzer Leistungsgruppen vollzogen. Der Selektionsprozess wird nicht bundes- sondern landesbezogen unterschiedlich ablaufen. Eine seriöse Folgeschätzung ist aktuell nicht möglich.

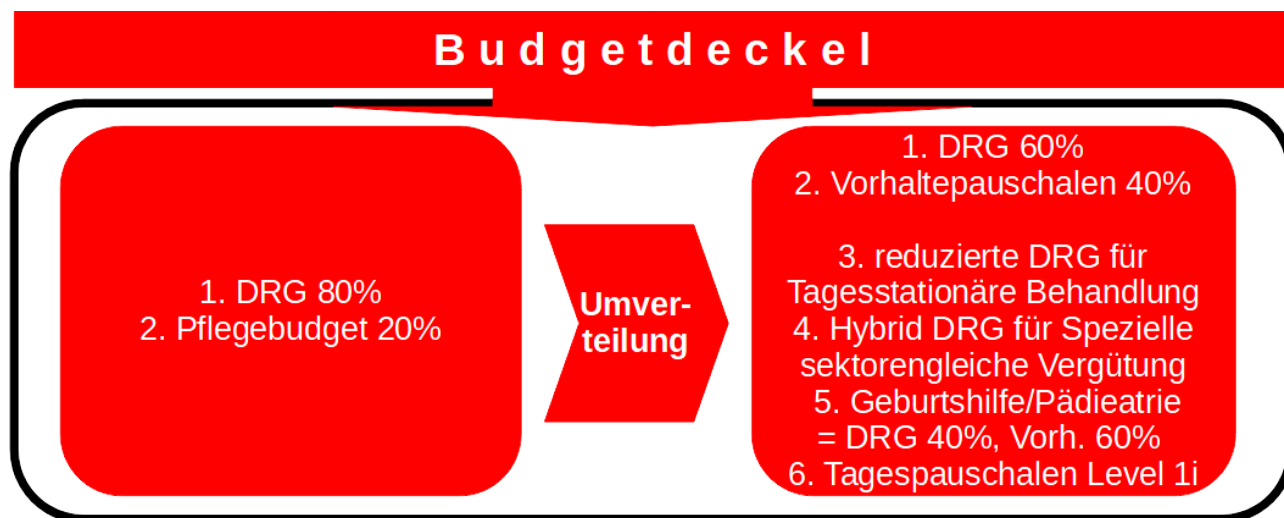
Weiter kommt es entscheidend auf die Qualitätsstränge einer Leistungsgruppe an, wie viele Krankenhäuser die Rahmenbedingungen überhaupt erfüllen können, und in welchem Umfang ein klinischer Konzentrationsprozess für Leistungsgruppen stattfinden wird. Das Eckpunktepapier erläutert dazu vage: *„Ein Krankenhaus hat grundsätzlich einen Anspruch auf das leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudget, wenn ihm vom Land die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen wurde und die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt sind. Abweichend hiervon werden den Ländern jedoch vergütungsneutrale Ausnahmetatbestände eingeräumt, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten oder eine Anpassung der Kliniken an die Qualitätsvorgaben zu ermöglichen (Ziffer 3.6). Bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien erhalten die Krankenhäuser das ungekürzte leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudget nur in den Fällen und dem Zeitraum einer befristeten Zuweisung der Leistungsgruppe, wenn der Sicherstellungsauftrag ansonsten nicht realisiert werden kann (bundeseinheitliche Voraussetzungen hierfür vgl. Ziffer 3.6). Nach Ablauf dieses Zeitsaums entfällt der Anspruch auf die Zahlung des leistungsgruppenbezogenen Vorhaltebudgets, sofern die Qualitätskriterien weiterhin nicht erfüllt sind.“* [EP, S. 7] *„Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich folgender fünf ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie und wird durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgeschrieben.“* [EP, S. 8]

43) Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung

Die DRG-Fallpauschalen bleiben erhalten. Sie werden lediglich um Vorhaltepauschalen ergänzt, die nach komplexen Berechnungsformeln und strengen Regulierungsvorschriften zu ermitteln sind. DRGs werden auf ca. 40% ihres bisherigen Niveaus abgesenkt. [RG, S. 23] Neben den stationären DRG-Fallpauschalen und der Vorhaltepauschale wird es noch abgesenkte DRG-Fallpauschalen für Tagesbehandlungen in Krankenhäusern und Hybrid DRG für kleinere sektorenübergreifende ambulante Behandlungen geben.⁴⁰

Das Entscheidende aber ist:

- Der Budgetdeckel für Krankenhäuser bleibt.
- Alle Einnahmen der Krankenhäuser werden lediglich umverteilt.
- Krankenhäuser sollen lt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ökonomisch durch Ambulantisierung und Verzicht auf angeblich „überflüssige Operationen“ gesunden.



Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlen den Krankenhäusern aktuell jährlich 15 Mrd. Euro an operativen Finanzmitteln⁴¹, bedingt durch Mehrkosten der Corona-Pandemie, extrem gestiegene Energiekosten und Corona-bedingte Verzichte auf planbare Behandlungen. Es wird aber aufgrund des Budgetdeckels nicht mehr Geld für die finanziell und von Insolvenz bedrohten Krankenhäuser geben.

⁴⁰ Bündnis Klinikrettung, Beratung im Bundestag: Lauterbachs Reform führt zu weiteren Schließungen, <https://www.gemeingut.org/beratung-im-bundestag-lauterbachs-reform-fuehrt-zu-weiteren-schliessungen/>

⁴¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG zu den Reformvorschlägen der Regierungskommission, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhausreform-braucht-den-konsens-mit-den-laendern-und-darf-nicht-auf-struktureller-unterfinanzierung-aufsetzen/>

Zukunft der Krankenhäuser
Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
•Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Die Finanzmittel werden lediglich innerhalb der verschiedenen Finanztöpfe (verschiedene Kategorien der DRGs, Vorhaltepauschalen) umverteilt. [EP, S. 4, RG, S. 22 f.] Eine Lösung für die seit 2021 aufgebauten gravierenden Finanzprobleme (Covid; Inflation in Folge des Ukraine-Kriegs) wird überhaupt nicht in Betracht gezogen. Kritiker befürchten eine enorme Insolvenzwellen.⁴²

Untermauert wird die erlösneutrale Umverteilung des klinischen Einnahmebudgets durch den im Bundeskabinett verabschiedeten Haushaltsplan 2024. Er lässt dem Bundesgesundheitsministerium keinen Spielraum mehr für weitere Zuschüsse an insolvenzgefährdete Krankenhäuser.

*„Was Einbußen beim Bundeshaushalt betrifft, liegt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach jedenfalls ganz vorne. ... Im Einzelplan für 2024 sinken die vorgesehenen Ausgaben demnach auf 16,2 Milliarden Euro, ... Im Vergleich: 2023 stehen insgesamt 24,5 Milliarden Euro für Gesundheit und Pflege zur Verfügung“.*⁴³

Bewertung: Das Eckpunktepapier deckelt – trotz drohender Insolvenzen - die Einnahmen der Krankenhäuser. Die finanziellen Mittel für Krankenhäuser werden in unveränderter Höhe lediglich neu aufgegliedert und umverteilt. Unzureichendes klinisches Personal soll ebenfalls nur umverteilt werden, von kleinen zu großen Krankenhäusern. Das Überleben großer Krankenhäuser wird durch das Sterben systemrelevanter kleiner Krankenhäuser gesichert. Bayern ist mit finanziell angeschlagenen Krankenhäusern im Umfang von 89% und einem hohen Anteil kleiner ländlicher Krankenhäuser besonders betroffen.⁴⁴



42 Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer 2022, Krankenhaus-Insolvenzwellen rollt an, <https://www.dkg.de/dkg/presse/details/krankenhaus-insolvenzwellen-rollt-an/>

43 Tageschau.de, Haushaltsverlierer Lauterbach, <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/haushalt-gesundheit-100.html>

44 Bayerische Krankenhausgesellschaft, bayerischer Krankenhaustrend 2023, https://www.bkg-online.de/media/mediapool_BKG/03_aktuelles/news/pressemitteilungen/BKT2023_Auswertung_Presse.pdf

Man sollte ergänzend erwähnen: Das Eckpunktepapier enthält keinen Ansatz für mehr klinisches Personal in Deutschland. Mit limitierten Personalressourcen findet auch hier ein Umverteilungsprozess von klein auf groß statt.

Bewertung: Seit Monaten propagiert Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach: „Ziel der Krankenhausreform ist es, unnötige Klinikschließungen zu vermeiden und flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung auch in ländlichen Regionen sicherzustellen.“⁴⁵ Das Gegenteil ist der Fall: Die Quote insolvenzgefährdeter Krankenhäuser war noch nie so hoch wie heute. Die Krankenhäuser schreiben bundesweit stündliche Defizite im Umfang von -572.322 € und bayernweit stündliche Defizite im Umfang von -143.000 €. ⁴⁶ Wer jetzt im Bundeshaushalt die Mittel um 33 Prozent kürzt und kein Geld für Soforthilfeprogramme für Krankenhäuser zur Verfügung stellt, ...

- der braucht keine Krankenhausreform mehr,
- der wird bereits vor Umsetzung der Krankenhausreform massenweise Insolvenzen und Klinikschließungen erleben.

So bestätigt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auch den sich verstärkt fortsetzenden kalten Strukturwandel: „*Bis dahin dürften noch einige Kliniken in die Insolvenz gehen müssen, so der Bundesgesundheitsminister. Einer Finanzspritze für aktuell strauchelnde Kliniken hatte er immer wieder eine Absage erteilt.*“⁴⁷

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission setzen statt einer Erhöhung der Finanzmittel für Krankenhäuser auf weniger "unnötige" Operationen und verstärkte Ambulantisierung der Krankenhäuser ohne Übernachtungskosten.⁴⁸

45Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform,

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>

46Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, <https://www.dkgev.de/>, Bayerische Krankenhausgesellschaft, tickende Defizit-Uhr, <https://www.bkg-online.de/>

47 TAZ, Einigung bei Krankenhausreform, <https://taz.de/Plaene-von-Karl-Lauterbach/!5943399/>

48 Bundesgesundheitsministerium, Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>, Bündnis Klinikrettung, Lauterbachs große Reform ist ein Nullsummenspiel, <https://www.gemeingut.org/lauterbachs-grosse-reform-ist-ein-nullsummenspiel/>

Exakt diese Ambulantisierung aber wird nicht wohl nicht vollzogen. Wer als finanziell angeschlagenes Krankenhaus im Rahmen der Ambulantisierung weniger einnimmt, dem bleibt alternativ nur die Wahl:

- Verringerung des Personals zur Kompensation sinkender Einnahmen
- noch massivere Leistungserhöhung des variablen DRG-Fallpauschalenanteils oder
- Klinikschließung.

Klinisches Personal wird belastet statt entlastet.

Bewertung: Die DRG-Ausweitung entlastet das klinische Personal nicht, **sie belastet klinisches Personal durch zusätzliche Kodierung und Bürokratie.** Auch die Vorsorgepauschalen lösen die lt. Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlenden jährlichen Einnahmen im Umfang von 15 Mrd. Euro nicht. ⁴⁹

49 Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG zu den Reformvorschlägen der Regierungskommission, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhausreform-braucht-den-konsens-mit-den-laendern-und-darf-nicht-auf-struktureller-unterfinanzierung-aufsetzen/>

5) Unbeachtete Aspekte

51) Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe

Es gibt Aspekte, die das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und die die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission bei der Empfehlung der neuen Krankenhausreform überhaupt nicht berücksichtigen. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind regional ein Stück **Lebensqualität**. Sie leisten mehr als stationäre Versorgung.

- Sie sind **klinischer Notarztstandort** an 7 Tagen und 24 Stunden.
- Sie stellen vielfach die **Bereitschaftspraxis** der Region.
- Sie stellen (insbesondere in ländlichen Regionen) die **ambulante fachärztliche Behandlung** dort sicher, wo ambulante fachärztliche Kassensitze unbesetzt sind.
- Sie bieten **attraktive klinische Arbeitsplätze** für Ärzte, Pflegekräfte, klinisches Fachpersonal und für ArzthelferInnen.
- **Sie bilden Ärzte praktisch aus.**
- Sie sichern die **praktische (oft auch theoretische) Ausbildung aller Pflegefachkräfte** der Region, auch für die regionalen Pflegeheime. Denn alle Pflegefachkräfte, auch für Pflegeheime, müssen praktische Ausbildungsanteile zwingend im Krankenhaus durchlaufen. **Fehlt ein Krankenhaus, bricht die wohnortnahe Ausbildung der Pflegekräfte zusammen.**
- Sie schaffen **wirtschaftliche Nachfrage** in den Kommunen. In ländlichen Regionen sind sie vielfach der **größte Arbeitgeber** und der **größte Nachfrager** und damit fester Bestandteil einer regionalen Infrastruktur.⁵⁰

All dies kann eine Gesundheitseinrichtung des Level 1i ohne Notfallversorgung und ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit nicht leisten. Alle diese Merkmale machen ein qualitativ hochwertiges Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zur **Gesundheitsdrehscheibe** und damit regional unverzichtbar.

Lediglich zur praktische klinische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften hat das Eckpunktepapier eine – jedoch untaugliche – ergänzende Regelung aufgenommen: „Die Standorte der sektorenübergreifenden Versorger (Level 1i-Krankenhäuser) sollen wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe sein. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen.“ [EP, S. 11]

⁵⁰ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Broschüre Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1678715287>

Bewertung: Den Gesundheitseinrichtungen Level 1i fehlen wichtige Erfahrungen und Tätigkeitsfelder eines typischen Krankenhauses mit vollumfänglichen stationären Fachabteilungen, klinischer Notfallversorgung, Intensivmedizin und komplexen stationären Behandlungen. Den Level 1i eine größere Bedeutung für die Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften zuzuordnen, wird zu einer Vernachlässigung bzw. Verkürzung hochwertiger klinischer Ausbildungsinhalte führen. Insgesamt gilt: Der Regierungskommission muss der Vorwurf gemacht werden: Der Gesichtspunkt des Krankenhauses als Gesundheitsdrehzscheibe wird bei den Reformvorschlägen schlicht und einfach nicht beachtet. **Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission bezeugt ein erschreckendes Maß an Unkenntnis über die interdisziplinäre sektorenübergreifende medizinische Versorgung in ländlichen Regionen.** Krankenhäuser füllen dort vielfach die Lücken ambulanter ärztlicher Versorgung aufgrund unbesetzter oder fehlender Kassensitze.

Schließt ein Krankenhaus, und wird es in Level 1i umgewandelt, kollabiert ein Großteil der medizinischen Versorgung in ländlichen Region.

52) Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Unklar ist, in welchem rechtlichen und organisatorischen Rahmen Ärzte für die Gesundheitseinrichtung Level 1i beschäftigt werden sollen. In jedem Fall stehen sie als ambulant tätige Ärzte im **ständigen Konflikt zwischen den ambulanten Behandlungen in der Arztpraxis und der stationären Visitation bzw. Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung Level 1i** unter pflegerischer Leitung.

Die in der Stellungnahme nicht behandelten Fragestellungen:

- Für die fachärztliche Behandlung in Gesundheitseinrichtungen Level 1i sind die entsprechenden Kassenarztsitze notwendig. Die Ärzte, die entsprechende Kassenarzt-Sitze besetzen, müssen für den ländlichen Raum erst gefunden werden. Vorhandene Praxen einfach einzugliedern, verbessert die ambulante Versorgung der Menschen nicht. Ggf. müsste auch ein **neuer gesetzlicher Rahmen für Regionen** geschaffen werden, **in denen kein komplementärer fachärztlicher Kassensitz zur bisherigen Fachabteilung des aufgegebenen Krankenhaus existiert.**
- Die Ärzte arbeiten dort 40 Stunden pro Woche. Den Rest der Woche, das sind 128 Stunden, sind die Praxen nicht besetzt. **Die Pflegekräfte des Level 1i sind bei eskalierenden Krankheitsverläufen in ihren Entscheidungen überwiegend auf sich selber gestellt.**
- Ambulante Ärzte, die für Gesundheitseinrichtungen des Level 1i arbeiten, sind durch ihre **Arztpraxis, Notfalldienste, Bereitschaftsdienste und Gesundheitseinrichtungen des Level 1i** extrem belastet. Sie können mittelschwere ambulante Notfallpatienten nur begrenzt „einschieben“,. Somit ist keine Verbesserung gegenüber der bisherigen Versorgung in Arztpraxen vorstellbar.
- Wie werden regionale Notfallversorgung, regionaler Bereitschaftsdienst und regionale ambulante fachärztliche Versorgung sichergestellt, wenn bisherige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Level 1i zurückgestuft werden, und wenn reguläre Krankenhäuser aufgrund nicht erfüllbarer Kriterien für Leistungsgruppen Subspezialitäten vollständig aufgeben müssen?

Neu diskutiert wird auch eine eventuelle **Verfassungswidrigkeit der geplanten Krankenhausreform.**

Das Gutachten „Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform nicht verfassungsgemäß – Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein fordern Wahrung der Krankenhausplanungskompetenzen der Länder“ schafft nun Klarheit: **Vergütungsregelungen dürfen an Strukturen der Länder anknüpfen aber keine neuen schaffen.** Eine Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission durch den Bund, insbesondere die Einteilung der Krankenhäuser in bundeseinheitliche Level, d.h. bundeseinheitliche Versorgungsstufen, ist in der gegenwärtigen Fassung mit der Kompetenzordnung des Grundgesetzes nicht vereinbar. **Krankenhausstrukturen gehören zur Krankenhausplanung der Bundesländer.**⁵¹

Unklar ist bei Gesundheitseinrichtungen des Level 1i die Beschreibung: „*Akutupflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege ...*“ [RG, S. 16].

Angehörige in die ambulant-stationäre Pflege Level 1i einbinden zu wollen, wirft Fragen auf.

- Wie stellt sich die Regierungskommission die Einbindung Erwerbstätiger in die Pflege vor?
- Was geschieht, wenn pflegerische Ressourcen der Angehörigen unzureichend oder nicht zur Verfügung stehen?
- Wie wird – falls erforderlich – die durchgehende stationäre Pflege sichergestellt?
- Wer haftet bei pflegerischer Fehlbehandlung der Angehörigen?

In jedem Fall haben hier Angehörige in ländlichen Regionen nahe einer Gesundheitseinrichtung Level 1i anderes bzw. mehr zu leisten als Angehörige in Ballungsregionen. Auch unter diesem Aspekt droht eine Medizin 2. Klasse.

51 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Pressemitteilung, Gutachten: Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform nicht verfassungsgemäß – Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein fordern Wahrung der Krankenhausplanungskompetenzen der Länder, <https://www.stmgp.bayern.de/presse/gutachten-vorschlaege-der-regierungskommission-zur-krankenhausreform-nicht/>, Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstrukturen gehören zur Krankenhausplanung der Bundesländer, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/versto%C3%9F-gegen-die-verfassung/>

6) Validierung an den Zielen der Krankenhausreform

Gemessen an den eigenen Zielen, werden die Vorschläge der Regierungskommission, abgewandelt durch das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, validiert.

Leistungsanreize müssen erhalten bleiben [RG, S. 2].

Das Ziel ist fragwürdig, aber es wird voraussichtlich erfüllt. Leistungs- als Gewinnanreize führen dazu, dass klinische Leistungen nicht bedarfsorientiert sondern nach ökonomischen Aspekten angeboten werden. Auch wird die Gefahr „unnötiger“ Operationen nicht beseitigt. Mit einem 40%-Gewicht bleibt der Leistungsanreiz gewichtig.

Die stationäre Überversorgung ist zu reduzieren [RG, S. 5].

Unklar ist die Beurteilung einer Überversorgung in Deutschland. **Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Klinikbetten und Personal aktuell bereits fehlen.** Im Sinne einer definierten „Überversorgung“, des verordneten Budgetdeckels und der angestrebten Ambulantisierung der Krankenhäuser wird es trotzdem zum Abbau von Klinikstandorten, Klinikbetten und Personal kommen. **Die Klinikkapazitäten werden für Pandemien und andere Katastrophenfälle nicht mehr ausreichen.**

Der regionalen Unterversorgung ist entgegenzuwirken [RG, S. 5].

Die neuen Level 1i ohne Notfallversorgung wandeln – je nach Verwendung in den Bundesländern - bis zu 657 Krankenhäuser zu Gesundheitseinrichtungen unter pflegerischer Leitung ohne durchgehende ärztliche Verfügbarkeit um. **Damit werden bis zu 657 Krankenhäuser geschlossen** und „**Kurzzeitpflege mit gelegentlicher ambulant-ärztlicher Betreuung ohne Notfallversorgung**“ umgewandelt. Die flächendeckende klinische Versorgung in ländlichen Regionen ist nicht gesichert sondern massiv gefährdet. Dies hat Folgen für die nichtklinische ärztliche Versorgung. **Dies schränkt auch die Klinikkapazitäten für pandemie- und katastrophengebundene Krisenfälle massiv ein.**

Das im Eckpunktepapier definierte limitierte Erlösvolumen wird die Situation defizitären Krankenhäuser nicht signifikant verbessern. Die Umverteilung der klinischen Erlöse von kleinen zu großen Krankenhäusern könnte den Schließungsprozess kleiner ländlicher Krankenhäuser sogar beschleunigen und forciert somit die regionale Unterversorgung.

Die Effizienz der Gesundheitsversorgung ist zu steigern [RG, S. 5].

Nicht effizient ist die Bindung klinischen Fachpersonals für massiv steigende Bürokratie. Das Personal wird der klinischen Behandlung entzogen und ist in hohem Maße unproduktiv. **Bereits heute sind 158.900 klinische Arbeitskräfte durch DRG-Kodierung und Dokumentation gebunden.** Die Bürokratie wird massiv gesteigert durch zwei weitere DRG-Fallpauschalensysteme, durch Antrag und Begründung von Leistungsgruppen sowie durch deren Überprüfung mittels des Medizinischen Dienstes.

Fachkräfte sind ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen [RG, S. 5].

Dieser Anspruch ist eine Selbstverständlichkeit. Insbesondere in Gesundheitseinrichtungen des Level 1i droht jedoch aufgrund fehlender Interdisziplinarität ein **unterqualifizierter Einsatz der Pflegekräfte und Ärzte. Es drohen Abwanderungen bzw. Kündigungen** klinischen Personals in andere Berufe, weil nicht alle Pflegekräfte bereit sind, in teure Ballungsregionen umzuziehen.

Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen sind zu schaffen [RG, S. 5].

Unklar ist, ob sich kleine ländliche Krankenhäuser auf eine massive Ambulantisierung einlassen. Da sich mit der Ambulantisierung auch die Einnahmen mittels tagesstationärer DRG-Fallpauschalen und ambulanter Hybrid-DRG verringern, könnte dies zu **Personalentlassungen oder gar Schließungen klinischer Standorte** führen.

Leistungen sollen dann beschränkt werden, wenn Fachabteilungen technisch, personell und qualitativ nicht adäquat ausgestattet sind [RG, S. 6].

Die angestrebte Aufteilung nach Leistungsgruppen **entzieht wesentliche Leistungsangebote, die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bisher erbracht haben**, sofern sie bestimmte Strukturmerkmale nicht aufweisen können. So wird der ländlichen Bevölkerung eine hohe Anzahl an Leistungsgruppen bzw. Behandlungen bewusst entzogen. Ländliche Regionen bluten aus. Eine technische Unterausstattung vieler Häuser ist den Investitionskürzungen aller Bundesländer geschuldet. Wie dieses Problem zu lösen ist, wird nirgends geklärt.

Das klinische Personal soll von erheblicher Überbürokratisierung entlastet werden [RG, S. 6].

Drei statt ein DRG-Fallpauschalensystem, Beantragung von Leistungsgruppen, Belegung der Strukturmerkmale, zusätzliche Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst und vieles mehr wird die Bürokratie erheblich vergrößern. **Wichtige Personalressourcen werden der klinischen Behandlung entzogen**, der Personalmangel am Patienten wird sich signifikant erhöhen.

Es soll gelöst werden, dass es im Gesundheitswesen immer weniger Menschen gibt, die in die Sozialversicherungen einzahlen, und immer mehr Menschen Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen [RG, S. 6 f.]

Es ist vorstellbar, dass durch den Budgetdeckel die Einnahmen der Krankenhäuser begrenzt werden können. Damit wären die Ausgaben der Krankenkassen gedeckelt. **Die Kehrseite des Budgetdeckels wird sein: Krankenhäusern fehlen auch zukünftig jährlich ca. 15 Mrd. €. Weiteres signifikantes Kliniksterben ist zu erwarten.**

7) Beurteilung

Die Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission löst die Probleme der Krankenhäuser nicht. Die Kernkritik an der Krankenhausreform lautet zusammengefasst.

Finanzierung:

Der Budgetdeckel löst die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser nicht. Bei jährlich fehlenden 15 Mrd. drohen weitere Klinikschließungen.

Bürokratie:

Drei statt bisher ein Fallpauschalensystem schaffen massive zusätzlich Bürokratie. Weitere Bürokratie wird durch Beantragung, Dokumentation und Überprüfung der bis zu 64 Leistungsgruppen entstehen. Das Personal wird belastet, nicht entlastet.

Das System ist durch massive und steigende Personalbindung für unproduktive Tätigkeiten in höchstem Maße ineffizient.

Klinikschließungen:

Bis zu 657 Krankenhäuser ohne Notfallversorgung werden geschlossen und in ambulante Gesundheitseinrichtungen Level 1i ohne durchgehende ärztliche Betreuung und unter pflegerischer Leitung umgewandelt. Das sind keine Krankenhäuser mehr. Bei Pandemien und Katastrophenfällen können bis zu 657 geschlossene Krankenhäuser den Behandlungsbedarf nicht mehr auffangen. Den Krankenhäusern droht ein Kollaps.

Massive Qualitätseinbußen:

Weitere gut 649 Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung verfügen zukünftig über ein signifikant reduziertes Leistungsangebot. Den Umfang bestimmen die bundesweit festzulegenden Strukturmerkmale. Jedes Bundesland hat darüber hinaus die Möglichkeit, analog Nordrhein-Westfalen weitere (ggf. auch geeignete) Krankenhäuser in Regionalkonferenzen von Leistungsgruppen auszuschließen. Das führt zu signifikant schlechterer klinischer Behandlungsqualität insbesondere in ländlichen Regionen mit kleinen Krankenhäusern.

Personalengpässe:

Es drohen Abwanderung und Kündigungen von Pflegekräften aus unattraktiven Gesundheitseinrichtungen Level 1i wegen fehlender Interdisziplinarität und Spezialisierung, mangelnden Karrierechancen sowie geringen Weiterbildungsmöglichkeiten. Außerdem drohen Personalkündigungen, wenn ohnehin defizitären Krankenhäusern aufgrund erhöhter Ambulantisierung die Einnahmen wegbrechen.

Gesundheitsdrehseibe:

Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission bezeugt ein erschreckendes Maß an Unkenntnis über die interdisziplinäre medizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Krankenhäuser füllen dort vielfach die Lücken ambulanter ärztlicher Versorgung aufgrund unbesetzter oder fehlender Kassensitze.

Schließt ein Krankenhaus, und wird es in Level 1i umgewandelt, kollabiert vielfach die medizinische Versorgung der ländlichen Region. Notfallversorgung, Bereitschaftsdienst, ambulante fachärztliche Versorgung, u.a. entfallen.

Pandemie und Katastrophen:

Während der Corona-Pandemie mussten Patienten z.T. wegen unzureichender Krankenhausbetten und unzureichendem klinischen Personal in andere Bundesländer verlegt werden. Mit dem Verzicht auf bis zu 657 Krankenhäusern ohne Notfallversorgung und Umwandlung in Level 1i entfallen weitere Behandlungskapazitäten für pandemie- und katastrophenbedingte klinische Notfallbehandlungen.

Dimension:

Insgesamt wird die Qualität der medizinischen Versorgung überwiegend verringert. Betroffen sind bundesweit **bis zu 1.306 der 1.887 bundesdeutschen Krankenhäuser** bzw. 69,21% [RG, S. 7]. Hohe Qualität würde gerade auf 22,68% der bundesdeutschen Krankenhäuser (Level 2 und 3) konzentriert.

Kategorie	Anzahl	Prozent	Anmerkung
Level 3	164	8,69 %	verworfen
Level 2	264	13,99 %	verworfen
Level 1n	649	34,39 %	verworfen, ggf. Beschränkungen durch Leistungsgruppen
Level 1i	657	34,82 %	ggfs Schließungen
Sonstige	153	8,11 %	psychosomatische u.a.
gesamt	1887	100,00 %	

Kürzungsvolumen bis zu: **69,21 %**

Dramatischer sieht die Entwicklung in Bundesländern mit großem Anteil ländlicher Regionen aus. Als Beispiel sei das Bundesland Bayern dargestellt. Unklar ist in Bayern jedoch die Einordnung von Fachkliniken. Für die Berechnung betroffener Krankenhäuser in Bayern wurde eine mittlerweile nicht mehr im Internet verfügbare Liste aller Krankenhäuser nach Notfallstufen 1 bis 3 getrennt nach Bundesländern verwendet:

Zukunft der Krankenhäuser
Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
•Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

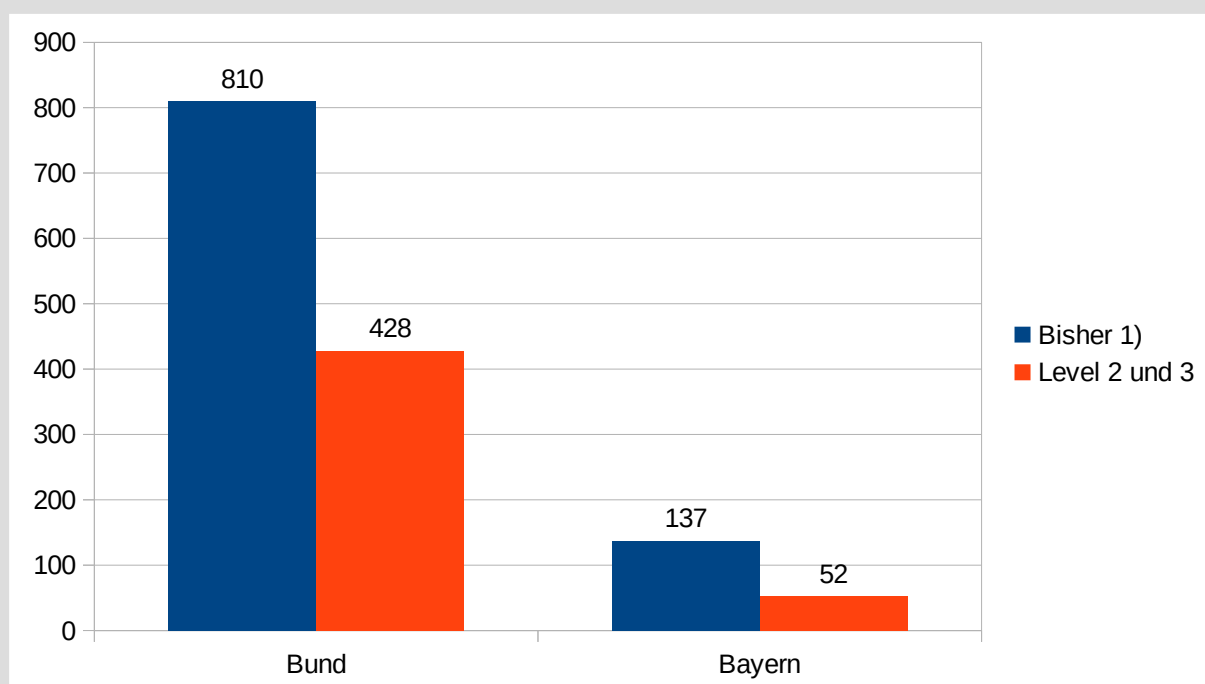
Kategorie	Anzahl	Prozent	Anmerkung
Level 3	30	8,55 %	verworfen
Level 2	28	7,98 %	verworfen
Level 1n	150	42,74 %	verworfen, ggf. Beschränkungen durch Leistungsgruppen
Level 1i	143	40,74 %	ggfs Schließungen
gesamt	351	100,00 %	

Kürzungsvolumen bis zu: **83,48 %**

Hohe Qualität würde gerade noch auf 16,52% der bayerischen Krankenhäuser konzentriert.

Zu begrüßen ist, dass der überarbeitete Basisvorschlag der Regierungskommission die Geburtshilfe – anders als im Dezember 2022 – nicht mehr ausschließlich Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe zuordnet. Im Ursprungsentwurf war vorgesehen, dass lediglich Krankenhäuser des Level 2 und Level 3 Geburtshilfeabteilungen anbieten. Dies hätte die aktuelle Anzahl von 810 Geburtshilfeabteilungen in Deutschland auf zukünftige 428 bzw. 53% verringert [RG, S. 34 ff.].⁵²

Entsprechend dem Eckpunktepapier bestimmen jetzt die Qualitätsstandards der Leistungsgruppe, welches Krankenhaus zukünftig die Geburtshilfe anbieten kann.



⁵² DeStatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2021, Fach 2.3.3., aktuell 810 Geburtshilfen in Deutschland, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217005.xlsx?__blob=publicationFile, für Bayern: in der Krankenhausplanung sind lediglich 46 Versorgungsstufen/Level 2-3 zzgl. 6 Unikliniken vorgesehen, https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2023/03/2023_bayerischer-krankenhausplan.pdf

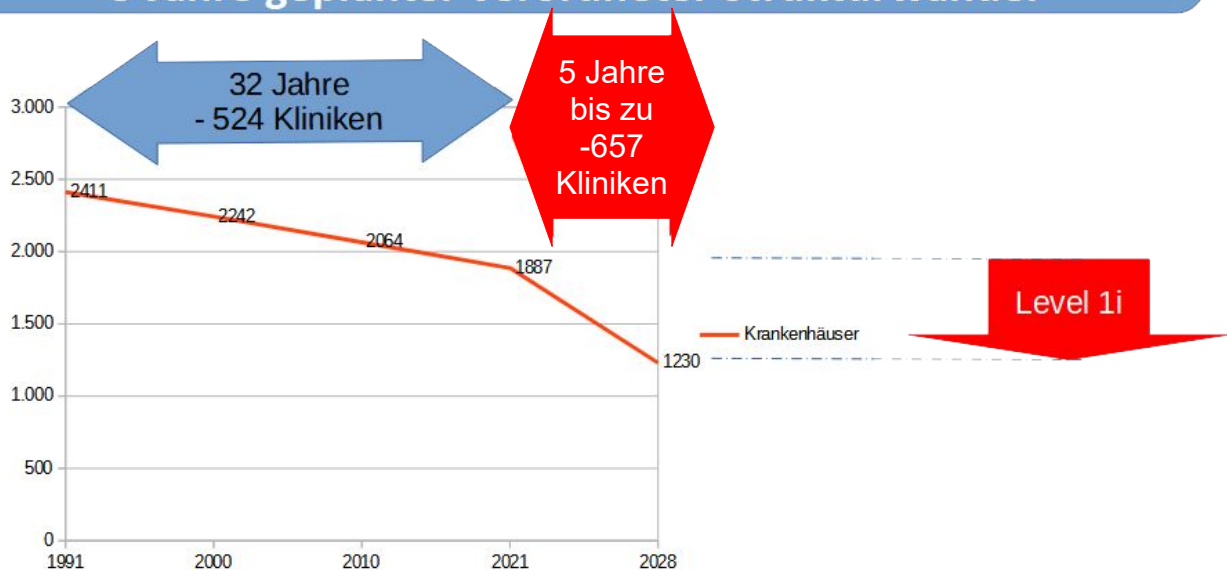
8) Organisiertes Kliniksterben

Aus der Beurteilung der geplanten Krankenhausreform leitet sich für Gesundheitseinrichtungen Level 1i – sie sind keine Krankenhäuser - ein neuer Aspekt ab:

- Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission sprechen davon, dass sie den kalten Strukturwandel mit Klinikschließungen aus überwiegend ökonomischen Gründen beenden wollen.
- Sie beenden damit keine Klinikschließungen: Sie lösen Klinikschließungen aus ökonomischen Gründen durch organisiertes Kliniksterben in viel größeren Dimensionen aus.
- Aus den Leveln 1i an allen deutschen (bayerischen) Krankenhäuser leiten sich Krankenhausschließungen in bisher unvorstellbarem Umfang ab.

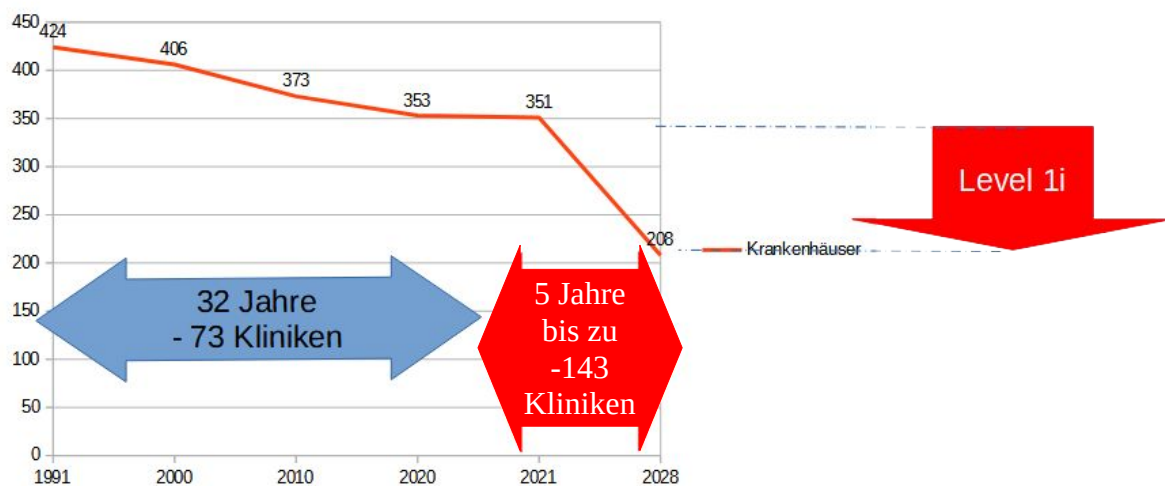
32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Deutschland

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel



32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Bayern

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel



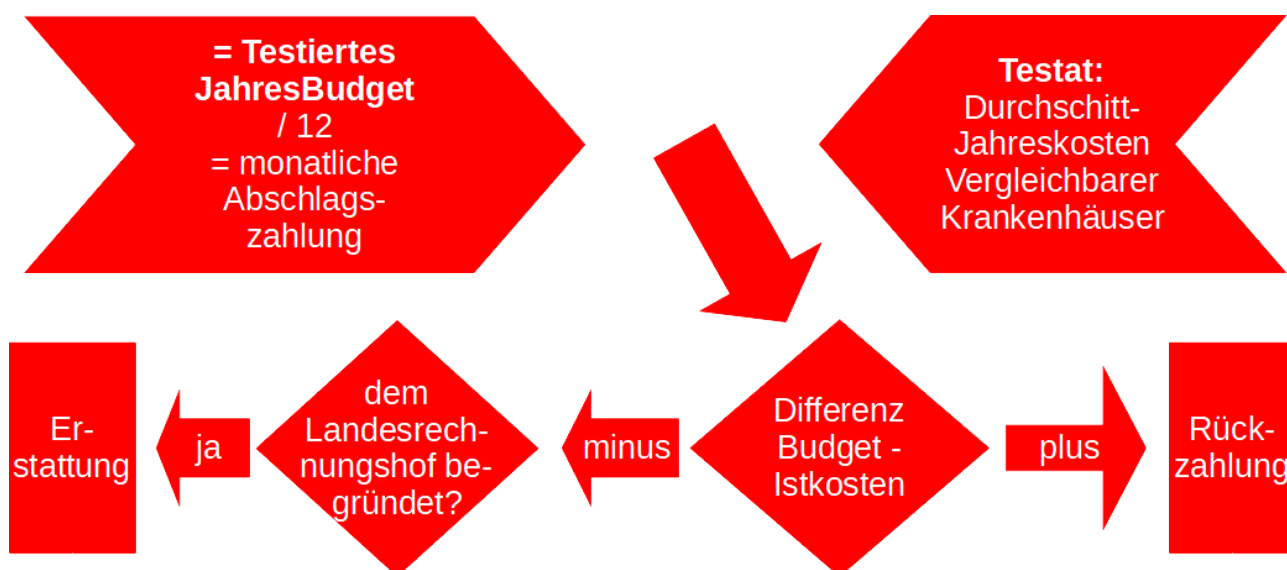
9) Das bessere Konzept

91) Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser

Es ist unverständlich, dass die Personalnot der Krankenhäuser nicht durch einen einfachen Kunstgriff gelöst wird – die vollständige Abschaffung der DRG-Fallpauschalen. Es ist auch unverständlich, dass Gesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission das Risiko eingehen, Strukturen für ländliche Regionen zu zerschlagen und Vorsorgekapazitäten für Pandemien sowie Katastrophen abzubauen.

Anlässlich der 95 GesundheitsministerInnenkonferenz forderte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das Bündnis Klinikrettung auf, das ihm vorgestellte **Konzept Selbstkostendeckung der Krankenhäuser** dem Bundesgesundheitsministerium detailliert zu erläutern.

Krankenhäuser erhalten eine monatliche Abschlagszahlung, die sich an den Vorjahreskosten orientieren, erhöht um eine jährliche Steigerungsrate. Die Auszahlung erfolgt über monatliche Abschlagszahlungen.



Am Jahresende werden die tatsächlichen Jahreskosten gegen die monatlichen Abschlagszahlungen ausgeglichen. Alle Krankenhäuser erwirtschaften keinen Gewinn und keinen Verlust sondern eine „schwarze Null“.

Das Bündnis Klinikrettung hat seine Vorstellungen präzisiert, eine Studie erarbeitet und diese dem Bundesgesundheitsministerium sowie der Regierungskommission übergeben. Leider haben sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission im Anschluss nicht mit den Vorschlägen befasst. Die Regierungskommission lehnte auf schriftliche Anfrage des Bündnis Klinikrettung eine Auseinandersetzung mit dem Konzept ab.

Im Gegensatz zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe löst die **Selbstkostendeckung der Krankenhäuser** die grundlegenden Probleme der deutschen Krankenhäuser.⁵³

Statt das Kliniksystem ökonomisch begründet schrumpfen zu lassen, setzt das Bündnis Klinikrettung auf:

- **Erhalt klinischer Standorte**
- **signifikant mehr klinisches Personal**, das für die Patientenbetreuung zur Verfügung steht.

Es löst die Probleme, die ein ökonomisch orientiertes DRG-Fallpauschalensystem bisher verursacht hat. Denn mit der **Selbstkostendeckung**

- gibt es **kein Kliniksterben** mehr, weil die Krankenhäuser ihre Selbstkosten exakt zu 100% erstattet bekommen
- verschwindet die Personalnot, denn durch Verzicht der DRG-Kodierung und Dokumentation stehen zusätzlich **158.900 klinische Arbeitskräfte bzw. 122.100 Vollkräfte** für die Patientenbehandlung zur Verfügung (Stand 2021)⁵⁴
- wird die flächendeckende klinische Versorgung gesichert, weil **nicht mehr die Ökonomie entscheidet, welche Region ein Krankenhaus in unmittelbarer Nähe vorfindet**
- entstehen **keine pandemie- oder krisenbedingte Erlösausfälle oder ungedeckte krisenbedingte Kostensteigerungen** (z.B. Energiekosten), denn zum Jahresende werden die Jahreskosten der Krankenhäuser exakt durch Einnahmen ausgeglichen.

Der Anlass für wirtschaftlich begründete Klinikschließungen – vorbei am Bedarf der Bevölkerung – scheidet endgültig aus.

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, seiner Regierungskommission und den 14 zustimmenden Landesgesundheitsministern (Bund-Länder-Arbeitsgruppe) fehlen der Mut zu einem grundlegenden Systemwechsel.

53 Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

54 Das Konzept Selbstkostendeckung der Krankenhäuser ermittelt 143 Tsd. Mitarbeiter und basierte auf den Krankenhausstatistiken des Jahres 2020, die 145 Tsd. Mitarbeiter wurden auf Basis der Krankenhausstatistik 2021 errechnet.

Zukunft der Krankenhäuser
Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
•Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Zur Ermittlung der zusätzlichen 158.900 bereits beschäftigten klinischen MitarbeiterInnen, sei verkürzt nachfolgende Berechnung dargestellt. Klinische MitarbeiterInnen würden anstelle von Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die DRG-Fallpauschalen ohne Mehrkosten **der unmittelbare Patientenbehandlung** zur Verfügung stehen. Angenommen wird ein durchschnittlicher Anteil von 15% der klinischen Arbeitszeit am Computer für Dokumentation und Kodierung der DRG-Fallpauschalen: ⁵⁵

Klinische Arbeitskräfte 2021 (Voll-/Teilzeit)

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	203	498	358	1059	24,4	25,2	17,9	67,5
davon Dokumentation	-30,00 %	-60,9	-149,4	-107,4	-317,7	-7,3	-7,6	-5,4	-20,3
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-30,5	-74,7	-53,7	-158,9	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-30,5	-74,7	-53,7	-158,9	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	142,1	348,6	250,6	741,3	17,1	17,6	12,5	47,3

Das entspricht 122.100 klinischen Vollzeitkräften:

Klinische Vollzeitkräfte 2021

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	173	371	270	814	24,4	25,2	17,9	67,5
davon Dokumentation	-30,00 %	-51,9	-111,3	-81,0	-244,2	-7,3	-7,6	-5,4	-20,3
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-26,0	-55,7	-40,5	-122,1	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-26,0	-55,7	-40,5	-122,1	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	121,1	259,7	189,0	569,8	17,1	17,6	12,5	47,3

Näheres zu dem Berechnungsschema entnehmen Sie bitte dem Konzept „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“. ⁵⁶

⁵⁵ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2021, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217005.xlsx?__blob=publicationFile,

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2021, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630217005.xlsx?__blob=publicationFile

⁵⁶ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

Zukunft der Krankenhäuser
Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
•Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Allein im Flächenland Bayern würden 25.800 bereits beschäftigte klinische MitarbeiterInnen anstelle von Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die DRG-Fallpauschalen ohne Mehrkosten **der unmittelbare Patientenbehandlung** zur Verfügung stehen: ⁵⁷

Klinische Arbeitskräfte 2021 (Voll-/Teilzeit)

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	32,2	80,1	60,0	172,3	3,7	4,0	2,9	10,6
davon Dokumentation	-30,00 %	-9,7	-24,0	-18,0	-51,7	-1,1	-1,2	-0,9	-3,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-4,8	-12,0	-9,0	-25,8	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-4,8	-12,0	-9,0	-25,8	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	22,5	56,1	42,0	120,6	2,6	2,8	2,0	7,4

Das entspricht 19.400 klinischen Vollzeitkräften:

Klinische Vollzeitkräfte 2021

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	27,1	58,2	43,7	129,0	3,7	4,0	2,9	10,6
davon Dokumentation	-30,00 %	-8,1	-17,5	-13,1	-38,7	-1,1	-1,2	-0,9	-3,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-4,1	-8,7	-6,6	-19,4	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-4,1	-8,7	-6,6	-19,4	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	19,0	40,7	30,6	90,3	2,6	2,8	2,0	7,4

⁵⁷ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2021,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217005.xlsx?__blob=publicationFile,

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2021,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630217005.xlsx?__blob=publicationFile

92) Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln

„Die Einführung bundeseinheitlicher „Versorgungsstufen“ oder „Level“ , kann grundsätzlich sinnvoll sein, um eine bundesländerübergreifende einheitliche Systematik für die Krankenhausstruktur einzuführen und die Mindeststandards in Ausstattung und Behandlungsspektrum zu gewährleisten. Lauterbachs verworfener Vorschlag für Krankenhaus-Level schlägt allerdings den falschen Weg ein: Das Level-Modell definiert nicht etwa Untergrenzen für eine Minimalversorgung, sondern schränkt auf der Grundlage der Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level rigide ein, welche Behandlungen es überhaupt noch durchführen darf. Die Ausgestaltung der Level 1i und Level 1n zusammen mit der strikten Erfüllung von Leistungsgruppen hätten eine qualitative Herabstufung bestehender Krankenhäuser bedeutet. Krankenhäuser des Level 1n hätten ihr Behandlungsspektrum reduzieren müssen.“⁵⁸

Das Bündnis Klinikrettung schlägt deshalb mit Unterstützung der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern folgende Grundsätze für eine alternative bundesdeutsche oder landesweite Krankenhausstruktur vor:

Erreichbarkeit

Das nächste Krankenhaus muss für alle EinwohnerInnen innerhalb von maximal 30 Fahrzeitminuten erreichbar sein. An Orten, wo diese Maximalfahrzeit überschritten wird, müssen **Krankenhäuser neu errichtet oder wiedereröffnet** werden.

Mindeststandard

Allgemeinkrankenhäuser sollten mindestens mit den **Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Intensivmedizin und Notfallversorgung, Notfallstufe 1**⁵⁹ ausgestattet werden.

Spezialisierung

Hoch spezialisierte Fachabteilungen sollten überwiegend in den Maximalversorgungs- und Schwerpunktkrankenhäusern angesiedelt werden.

58 Bündnis Klinikrettung, Bündnis Klinikrettung stellt Vorschlag für eine bedarfsgerechte Krankenhausstruktur vor, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-stellt-vorschlag-fuer-eine-bedarfsgerechte-krankenhausstruktur-vor/>

59 Zu der Ausstattung der Kliniken der Notfallstufe 1 in: Gemeinsamer Bundesausschuss „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“, https://www.g#ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf. Wobei nicht sinnvoll ist die mengenmäßige Vorschrift sechs Intensivbetten und entsprechendes ärztliches und pflegerisches Personal vorzuhalten. Ein kleines ländliches Krankenhaus mit ausreichenden 2 Intensivbetten ist durch die jetzige Regelung von der Vergütung der Notfallpauschale ausgeschlossen und ist gezwungen, Notfallpatienten abzuweisen.

Ambulantisierung

Ambulante Gesundheitseinrichtungen dürfen die Krankenhäuser nicht ersetzen, sondern sollten zur Ergänzung der Krankenhauslandschaft bereitgestellt werden. Gesundheitseinrichtungen Level 1i mit minimaler stationärer Behandlung ersetzen kein Krankenhaus. Sie sind grundsätzlich abzulehnen.

Ambulante Gesundheitseinrichtungen sind insbesondere dort sinnvoll, wo die ambulante ärztliche Versorgung unzureichend ist.

Erweiterung des Versorgungsangebots für Krankenhäuser Level 1n

Die Regierungskommission schlug vor, das Behandlungsangebot der Krankenhäuser der niedrigsten Stufe stark einzuschränken. So wurde im überarbeiteten Basisvorschlag der Regierungskommission vorgeschlagen, dass die Kliniken des Levels 1n lediglich 13 der 64 Leistungsgruppen anbieten dürfen. Mit Verweis auf gravierende Folgen in der ländlichen stationären sowie ambulanten Versorgung (vgl. Kapitel 42), wären weitere Leistungsgruppen für Krankenhäuser des Level 1n dringend notwendig gewesen:

Vorschlag der Regierungskommission für Ergänzungsvorschlag für das Level 1n das Level 1n

1.1 Allgemeine Innere Medizin

einfache Gastroenterologie und Diabetologie
8.2 Interventionelle Kardiologie

9.1 Allgemeine Chirurgie

incl. einfache Viszeralchirurgie
14.1 Endoprothetik Hüfte
14.2 Endoprothetik Knie
14.3 Revision Hüftendoprothese
14.4 Revision Knieendoprothese
14.5 / 25.2 Wirbelsäuleneingriffe

17.1 Augenheilkunde

18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten

20.1 Urologie

21.1 Allgemeine Frauenheilkunde

21.4 Geburten

23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

24.1 HNO

26.1 Allgemeine Neurologie

26.2 Stroke Unit

27.1 Geriatrie

28.1 Intensivmedizin

29.1 Palliativmedizin

Nachdem die Level durch das Eckpunktepapier verworfen wurden, obliegt es jetzt den Bundesländern, über geeignete, bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen zu entscheiden.

Anmerkungen: Unter den überarbeiteten 64 neuen Leistungsgruppen gibt es:

- 2.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
- 3.1 Komplexe Gastroenterologie
- 16 Viszeralchirurgie

Aus diesem Grund wird auf die Notwendigkeit einfacher gastroenterologischer, diabetologischer in der Leistungsgruppe 1.1 Allgemeine Innere Medizin hingewiesen. Einfache viszeralchirurgische Behandlungen müssen in der Leistungsgruppe 9.1 Allgemeine Chirurgie berücksichtigt werden.

10. Fazit

Lauterbach und seine Regierungskommission haben mit ihrer Krankenhausreform das falsche Konzept - **sie verwalten nur den Mangel!**

1. Sie geben kein neues Geld für finanziell angeschlagenen Krankenhäuser aus.
2. Sie verteilen den Geldmangel nur um: von kleinen Krankenhäusern zu Großkliniken.
3. Sie konzentrieren Klinikstandorte und limitiertes Klinikpersonal in Ballungszentren.
4. Sie machen den ländlichen Raum zur Gesundheitsregion 2. Klasse mit großen Entfernungen zum nächsten Krankenhaus und zur stationären Notfallversorgung.
5. Sie gefährden die Gesundheit.

Das Bündnis Klinikrettung hat das bessere Konzept - es schafft flächendeckend mehr Qualität!

1. Es garantiert Krankenhäusern exakt die Geldmittel, die sie für ihren Klinikbetrieb brauchen, kleine und große.
2. Es garantiert ohne Mehrkosten zusätzliches qualifiziertes Personal für die Behandlung der Patienten. Es geht um **159.800 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 122.100 zusätzliche Vollkräfte** in Deutschland sowie um **25.800 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 19.400 zusätzliche Vollkräfte** in Bayern am Patienten.
3. **Es stoppt das Kliniksterben.**
4. **Es sichert in allen Regionen ein Allgemeinkrankenhaus binnen 30 Fahrzeitminuten**, in Ballungszentren und im ländlichen Raum.
5. **Mit mehr Personal schafft es bessere Qualität.**

Das Finanzierungskonzept des Bündnis Klinikrettung:

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser ⁶⁰

Das Strukturkonzept des Bündnis Klinikrettung:

Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ⁶¹

60 Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

61 Bündnis Klinikrettung, Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-stellt-vorschlag-fuer-eine-bedarfsgerechte-krankenhausstruktur-vor/>

11. Literatur

Mit der Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission befassen sich unter anderem:

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommissison+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,

https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

Bündnis Klinikrettung, Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln. Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung,

https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

Klaus Emmerich, Krankenhausreform 2023, Lauterbachs organisiertes Kliniksterben,

<https://www.epubli.com/shop/krankenhausreform-2023-9783757514273>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Broschüre Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken,

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1678715287>

© 2023

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>