

Zukunft der Krankenhäuser Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungs- verbesserungsgesetzes (KHVVG)

(Stand 13.03.2024)

Projektstudie



Inhalt

	Seite
1 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG - Überblick	3
11 Notwendige Auswertungsanalyse	3
12 Notwendige Alternativkonzepte	5
13 Hintergrund	6
14 Lauterbachs Krankenhausreform wird Laumanns Krankenhausreform	10
15 Überraschende Neuerungen	14
16 Analyseverfahren	15
2 Ziele der geplanten Krankenhausreform	16
3 Säulen der geplanten Krankenhausreform	17
4 Kritik an der geplanten Krankenhausreform	18
41 Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)	18
42 System von Leistungsgruppen	26
43 Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung	32
44 Transformationsfonds	36
45 Ambulante Versorgungsangebote	38
46 Erreichbarkeiten	39
5 Unbeachtete Aspekte	42
51 Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe	42
52 Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen	44
53 Zwang der Bundesländer zur Limitierung	46
54 Schwierige Realisierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung	48
6 Validierung an den Zielen der Krankenhausreform	50
7 Beurteilung	52
8 Organisiertes Kliniksterben	56
9 Das bessere Konzept: Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser	58
10 Fazit	62
11 Literatur	63

1 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG - 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 zu beachten. **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 auf zukünftige 428 reduziert worden, in Bayern von 138 auf nur noch 52.³ Diese erste – verkürzte – Auswirkungenanalyse kam bereits im Februar 2023 heraus, wesentlich früher, als die offiziell von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beauftragte Studie der hcb Institute for Health Care Business GmbH.⁴ Die Auswirkungenanalyse der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern 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. Petitionen richteten sich an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und an den ehemaligen bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek:

In Abstimmung:

STOPPEN SIE LAUTERBACHS KATASTROPHALE REFORMPLÄNE – FÜR EINE ECHTE KRANKENHAUSREVOLUTION

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

Dem Bayerischen Landtag eingereicht:

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>⁵

Bemerkenswert ist die Begriffsänderung, die der Referentenentwurf des Krankenhausverbesserungsgesetzes jetzt formuliert: Level 1i heißen jetzt „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“.

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, Auswirkungenanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungenanalyse_Basisszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf

⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Übergabe der Petition im Bayerischen Landtag, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktionen/%C3%BCbergabe-der-petition-iin-bayerischen-landtag/>

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"**.⁶

Zur alternativen Krankenhausstrukturen erstellte sie das Konzept **„Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln“**.⁷

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 161.300 Beschäftigten bzw. 123.000 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.⁸

⁶ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

⁷ 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/>

⁸ 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%9F+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.⁹

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

Basis sind nun ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und das daraus abgeleitete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG im Rahmen des hier bewerteten Referentenentwurfs.¹⁰ Die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 das nun geänderte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 attestierte 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

⁹ 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

¹⁰ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

Grundgesetz nicht vereinbar, das die Kompetenzzuordnung von Krankenhausstrukturen bei den Bundesländern vorsieht.¹¹

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 65 gekürzten Leistungsgruppen
- die Forderung nach Geburtshilfe nur in Großkliniken (Level 2 und Level 3)
- ein geringerer Anteil der leistungsabhängigen DRG-Fallpauschalen und ein 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:

Das jetzt per Referentenentwurf vom 13.03.2024 in Aussicht gestellte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wird ebenfalls weitreichende Konsequenzen für die Krankenhäuser in Deutschland und Bayern haben. Es wird das Kliniksterben in Deutschland und Bayern verschärfen und die Leistungen – insbesondere in ländlichen Regionen - signifikant bescheiden. Und es scheint auch nicht sicher, dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz in seinem aktuellen Entwurf von den Bundesländern angenommen wird – dazu war das vorher formulierte Eckpunktepapier zu ungenau.

¹¹ 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, Verstoß gegen die Verfassung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/versto%C3%9F-gegen-die-verfassung/>

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern hat deshalb beschlossen, den Referentenentwurf des Krankenhausverbesserungsgesetzes kritisch zu bewerten und dessen Folgen in dieser Auswertungsanalyse offen zu legen. Der breiten Öffentlichkeit soll bewusst werden:

- 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. Hier hat der Referentenentwurf teilweise eingelenkt und Regelungen zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern eingeführt.
- Es wird ersatzweise sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung Level 1i anstelle regulärer Krankenhäuser geben, die über keine Notfallversorgung und keine durchgehende ärztliche Anwesenheit verfügen. **Das sind keine Krankenhäuser mehr.**
- Alle geschilderten 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. ¹² Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach und seine Regierungskommission 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 Krankenhäusern, 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Level 1i ohne Notfallversorgung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung. ¹³

¹² Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>

¹³ Regierungskommission, , Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/

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.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz enthält keinen Ansatz für mehr klinisches Personal in Deutschland und deckelt – trotz drohender Insolvenzen - die Einnahmen der Krankenhäuser. ¹⁴ 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. ¹⁵

[3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf](#)

¹⁴ Bundesgesundheitsministerium, Eckpunktepapier, ebenda

¹⁵ 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. Dies wiederholt der Referentenentwurf ausdrücklich in seiner Einleitung. Dem Drängen bzw. der Einflussnahme der Gesundheitsökonominnen 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 und Basisnotfallversorgung nicht als Krankenhäuser der Basisversorgung bzw. Grund- und Regelversorgung an.¹⁶ Jetzt aber soll genau dies geschehen: Es reicht eine der beiden Fachabteilungen, um eine „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“ zu werden [RG, S. 15f., KHVVG: § 115g SGB V].

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.¹⁷

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.¹⁸ Vollmundig bekundet die Bertelsmann-Studie: „Wie die Simulation zeigt, könnte die Region mit 14 statt den aktuell 38 Akutkrankenhäusern eine bessere Versorgung bieten, ...“ Trotzdem:¹⁹ 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,

¹⁶ 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>

¹⁷ 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

¹⁸ Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, ebenda

¹⁹ Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, ebenda

unterstützt von den gleichen Gesundheitsökonom Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. 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.“²⁰

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.“²¹

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 65 statt ursprünglich 128 Leistungsgruppen und ohne Krankenhauslevel – exakt die NRW-Krankenhausreform [EP, S. 7 f. = Eckpunktepapier]. Auf Level als Steuerungskriterium wird im resultierenden Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – mit Ausnahme der sektorenübergreifendem Versorgungseinrichtung, 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 im Referentenentwurf ersatzlos gestrichen.

²⁰ Ärzteblatt.de, Krankenhausreform in NRW wird konkret,
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/136565/Krankenhausreform-in-NRW-wird-konkret>

²¹ 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 2022 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 verschwiegen²²
- bedurfte es deshalb einer ergänzenden Auswirkungenanalyse über den Umfang zu schließender oder im Leistungsumfang umfassend zu kürzender Krankenhäuser²³
- hätte es im Mai 2023 nicht einer deutlichen Korrektur der vorgeschlagenen Krankenhausreform bedurft.²⁴

Bemerkenswert ist, dass die verworfenen Krankenhauslevel analog nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die gestufte Notfallversorgung gegliedert werden sollten:

Level 3, Maximalversorgung:	Umfassende Notfallmedizin
Level 2, Schwerpunktversorgung:	Erweiterte Notfallmedizin
Level 1n, Grund- und Regelversorgung:	Basisnotfallversorgung
Level 1i, ambulant/stationäre Krankenhäuser:	keine Notfallversorgung ²⁵

Das Eckpunktepapier von Bundesgesundheitsminister Lauterbach und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe schließt Notfallbehandlungen in Level 1i ausdrücklich aus:

„Sektorenübergreifende Versorger (Level li-Krankenhäuser) nehmen nicht an der Notfallversorgung im Sinne des G-BA Notfallstufenkonzepts teil und werden damit grundsätzlich nicht vom Rettungsdienst angefahren; ...“²⁶

²² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Lauterbachs Krankenhausreform ohne wissenschaftliche Evidenz?, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/ohne-wissenschaftliche-evidenz/>

²³ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zynische Auswirkungenanalyse, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/zynische-auswirkungsanalyse/>

²⁴ 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

²⁵ Regierungskommission, , Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 15 f.

²⁶ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte, S. 13 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

Es fällt auch auf, dass der Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes mit keinem Wort die Notfallversorgung erwähnt. Dies hat zwei gravierende Konsequenzen:

- Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verwirft damit nicht nur die zentrale bundesweite Gliederung und Steuerung aller Krankenhäuser nach der gestuften Notfallversorgung. Es entkoppelt damit auch eine zweifelhafte Zuordnung der Leistungsgruppen nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, der immerhin die Möglichkeit gehabt hätte, außerparlamentarisch durch verschärfte Richtlinien zur gestuften Notfallversorgung bundesweit aktiv in die Zuordnung der Krankenhäuser in Level und Leistungsgruppen einzugreifen.
- Es lässt damit auch offen, ob und wie der Ausschluss der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Level 1i von einer Notfallversorgung überhaupt vollzogen werden soll. Hierzu steht – trotz der ausdrücklichen Formulierung des Eckpunkteapiers – nichts im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.

15 Überraschende Neuerungen

Der Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes enthält gegenüber der Dritten Stellungnahme der Regierungskommission, dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, dem ersten und dem zweiten Arbeitsentwurf überraschende Neuerungen. Zu nennen sind:

- die Festschreibung von **Mindestreichbarkeiten** für die Leistungsgruppen Innere Medizin und Chirurgie binnen 30 und weiterer Leistungsgruppen binnen 40 Fahrzeitminuten.
- die Erhöhung von Fördergeldern für **Sicherstellungszuschläge**
- der **Transformationsfonds im Umfang von 50 Mrd. Euro zur Umgestaltung von Krankenhäusern**
- die ersatzweise **Übernahme ambulanter medizinischer Aufgaben** im Falle einer festgestellten Unterversorgung

Um die Qualitätskriterien für Leistungsgruppen möglichst rasch umsetzen zu können, setzt der Referentenentwurf eine **Anlage 2 zu § 135e SGB V** fest, die so lange greift, bis eine Arbeitsgruppe die Qualitätskriterien für Leistungsgruppen erarbeitet hat.

16 Analyseverfahren

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist kein abgerundetes Werk. Es setzt eine Abstimmung in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, einem Gremium zwischen Bund und Bundesländern in Gang. Im Anschluss daran ist ein veränderter Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz für das Bundeskabinett und den Bundestag erforderlich.

Bereits jetzt zeichnen sich notwendige Anpassungen aufgrund des Vetos der Landesgesundheitsminister ab.²⁷ Verbände und Bürger fordern die Länder ergänzend zum Widerstand gegen das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz auf.²⁸

Um die Grundpfeiler des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes verstehen und bewerten zu können, muss 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

[KHVVG] Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

[RK] Dritte Stellungnahme der Regierungskommission

[RE] Referentenentwurf

Grau hinterlegt: verworfene Vorschläge von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission [RK].

²⁷ Merkur, Krankenhausreform: Bayerns Ärger über geleakten Lauterbach-Plan,
<https://www.merkur.de/politik/krankenhaus-reform-karl-lauterbach-gesundheitsminister-leak-bayern-csu-92536750.html>

²⁸ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Übergabe der Petition im Bayerischen Landtag,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktionen/%C3%BCbergabe-der-petition-iiin-bayerischen-landtag/>

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.].

Der Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes wird sich an diesen 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 2020.²⁹
- 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?

²⁹ 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 und anschließenden Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes verworfen bzw. nicht mehr behandelt
- System von Leistungsgruppen, dieses wurde im Eckpunktepapier und dem hier vorliegenden Referentenentwurf 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 im Eckpunktepapier und im Referentenentwurf 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 ein bundesweites Krankenhaustransparenzregister, d.h. eine bundesweite Qualitätsdatenbank, verwenden. Das dazu formulierte Krankenhaustransparenzgesetz soll dazu führen, dass sich PatientInnen vielfach vorrangig für Behandlungen in Großkliniken entscheiden.

Das Krankenhaustransparenzgesetz wird in einer eigenen Broschüre kritisch bewertet.³⁰

- Es formuliert als Ziel die Offenlegung von Qualität, damit PatientInnen das für sie geeignete Krankenhaus aussuchen.
- Es begrenzt stattdessen Qualitätskriterien primär auf **Strukturqualität** und stellt den PatientInnen selektiv diese zur Verfügung.
- Der erzielte Effekt ist: Die PatientInnen informieren sich im Transparenzregister
- vorrangig danach, was das Krankenhaus behandelt
 - und welche Strukturen (z.B. Personalressourcen) vorliegen
 - nicht aber, in welcher **Ergebnisqualität**.
- Es belastet die Krankenhäuser mit immensen Verwaltungsaufgaben und kosten viel Geld.

³⁰ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankhausreform/krankhaustransparenzgesetz/>

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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, Level 1i. [EP, S. 11 ff., KHVVG: § 115g SGB V] 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] Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz werden sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen neu definiert. [KHVVG, § 115g SGB V] Genau die **Ausschlusskriterien** des Eckpunktepapiers für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, Level 1i sind aber im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz **nicht explizit formuliert**. Vielmehr zählt § 115g folgende Leistungen auf:

- „1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c,

Zudem können auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches erbracht werden. ...“

Hinsichtlich der Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestehen entsprechende Öffnungsklauseln, d.h. eine Unter- und eine Obergrenze des Leistungsumfangs.

Einschneidend und wualitativ anzuzweifeln ist, dass die obigen Leistungen „*unter pflegerischer Leitung erbracht werden, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind.*“

Die Bundesländer entscheiden im Einvernehmen mit der Deutsche Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ...

- „1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,*
- 2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,*
- 3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird.*
- 4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.“ [KHVVG, § 115g SGB V]*

Im Weiteren unterstreicht der Referentenentwurf den niedrigen Level der ggf. stationären Behandlung mit Vertrags- anstelle von Krankenhausärzten:

- „(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.*
- (2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.“ [KHVVG, § 115h SGB V]*

Bewertung: Aufgrund des Zugriffs auf Vertragsärzte ist im Referentenentwurf folgerichtig auch **keine ärztliche Verfügbarkeit an 7 Tagen und 24 Stunden** geregelt. Das ist bei stationären lebensbedrohenden Notfällen völlig unzureichend, **Level 1i sind deshalb auch keine wirklichen Krankenhäuser mehr!**

Allerdings stehen der bewusste Ausschluss der Notfallversorgung und auch die Fragestellung, in welchem zeitlichen Rahmen Belegärzte oder niedergelassene Ärzte in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Verfügung stehen, nicht mehr explizit im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. [KHVVG, § 115g SGB V] Damit sind die Vorgaben für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen unklar.

- Ist das, was nicht im Gesetz steht, erlaubt?
- Sollen die Bundesländer darüber im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entscheiden?

Bewertung: Die Regeln zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sind unvollständig. Durch das erforderliche Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gestalten die Bundesländer ihre Krankenhausplanung nicht autonom. Es wäre zu prüfen, ob dies ggf. gegen das Grundgesetz verstößt (vgl. Kap. 52).

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 den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Level 1i als "bessere Kurzzeitpflege" ohne Notfallversorgung mit gelegentlicher ambulant-ärztlicher Anwesenheit zugeordnet zu werden.³¹ 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, Mainburg, Dinkelsbühl und Rothenburg ob der Tauber diskutiert.³² In Ebern und Bad Brückenau wurde der Verzicht auf stationäre Notfallversorgung bereits vollzogen.³³ In Tirschenreuth und Kemnath wurde die Abschaffung beschlossen.³⁴

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

³¹ 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/>

³² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen (einschließlich Unterreiter), <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>

³³ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>

³⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ebenda

Krankenhaus mit Notfallversorgung

sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Level 1i ihre Grenzen, die jedoch im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nicht berücksichtigt 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 essenziell und ein entscheidender Qualitätsvorteil.³⁵

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 bis zu **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 „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung Level 1i“ wird diese Tatsache vorenthalten.

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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Level 1i umgewandelt zu werden.

³⁵ 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: Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und der Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz revidieren 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] Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz formuliert: *„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.“* [KHVVG: § 6b KHG]

Damit ist offen:

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

Bewertung: Damit sind eine unbekannte Anzahl, maximal jedoch 657 Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung von einer Schließung und Umwandlung potenziell gefährdet, je nachdem, welches und wie viele Bundesländer sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung verpflichtend anordnen..

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]

Die Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbachs geplante Krankenhausreform schafft die Krankenhauslevel nicht wirklich ab. Seine Krankenhausreform manifestiert sich also in zwei Gesetzentwürfen, das bereits im Bundestag verabschiedete Krankenhaustransparenzgesetz mit Leveln für ein bundeseinheitlich gegliedertes Krankenhaustransparenzregister und den Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.

Das Krankenhaustransparenzgesetz wird an anderer Stelle kritisch gewürdigt.³⁶ Hier sein nur kurz erwähnt:

- Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vorgenommene Einteilung der Krankenhäuser im Krankenhaustransparenzregister sind nahezu identisch mit der Einteilung der Krankenhäuser nach Notfallstufen.
- Das geplante Krankenhaustransparenzregister belastet die Krankenhäuser mit immenser Bürokratie, erhöht die Beitragszahlung der gesetzlich Krankenversicherten, und liefert den Patientinnen keine substanzialen neuen Informationen.
- Ein Krankenhausatlas „Kliniken in Gefahr“ nach Notfallstufen existiert bereits, deshalb sind Level auch zu Informationszwecken überflüssig.³⁷

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.“³⁸

Wir zitieren Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach:

„Nach einer Übergangsphase bezahlen wir nicht mehr, wo die Qualität schlecht ist.“³⁹

³⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz - Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz, (Entwurf 11.08.2023), <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14751408932/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=1693985072>

³⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Manuel Jokiel, <https://www.initiative-klinik-erhalt.de/index.php>

³⁸ Vgl. Zeit online, ebenda

³⁹ ZDF, Debatte bei "Markus Lanz" - :Lauterbach: Pranger für schlechte Kliniken, <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/lanz-lauterbach-krankenhaus-reform-100.html>

Hierzu regelt das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz eine **limitierte und leistungsorientierte Vergabe von Vorhaltepauschalen** für die Leistungsgruppen. [KHVVG: § 37 KHG, § 6b Abs. 4b KHEntgG]:

„Die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, mit Ausnahme der Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind.“ [§ 37 KHG]

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 Verunsicherung der Bevölkerung im Rahmen eines **diffamierenden Krankenhausstransparenzregisters**, das nur Strukturen der Krankenhäuser beschreibt, nicht aber die Ergebnisqualität konkret guter oder schlecht ausgeführter Behandlungen. PatientInnen sollen sich aufgrund umfassender Strukturen vorrangig für große Krankenhäuser entscheiden.

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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 über das Krankenhaustransparenzregister zu bewerten [EP, S. 1].

Jetzt entscheiden die Bundesländer autonom über die Vergabe von Leistungsgruppen: *„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuweisen“* [KHVVG: § 6a KHG]. Allerdings ist die Entscheidung der Bundesländer durch Qualitätsvorgaben begrenzt, die nicht sie sondern ein Ausschuss unter der Bundesministerium für Gesundheit mit den Ländern, aber besetzt auch mit *„Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe“*. [KHVVG: § 135e Abs, 3 SGB V] Weiter heißt es in § 6a KHG: *„Ein Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht.“* Damit kann ein Bundesland – falls aus planerischen Gründen beabsichtigt – auch qualitativ befähigte Krankenhäuser von Leistungsgruppen ausschließen.

Die Leistungsgruppen erhöhen 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. [KHVVG: § 135e SGB V] Krankenhäuser werden durch gezielte Definition von Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen von Leistungen bestimmter Leistungsgruppen zwingend ausgeschlossen. [KHVVG: § 275a SGB V] Klinisches Personal wird auch hier durch zusätzliche Verwaltungsaufgaben signifikant belastet. Bei den *„Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung“* müssen durch einen Ausschuss, der vom Bund und den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet wird, festgelegt werden: *„1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen, 2. sachliche Ausstattung, 3. personelle Ausstattung sowie 4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.“* [KHVVG: § 135e SGB V]

Zu Mindestmengen für bestimmte Leistungsgruppen ist ein Einvernehmen der Bundesländer mit der Deutsche Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgesehen [KHVVG: § 135f Abs. 3 SGB V]

Bewertung: Die Bundesländer gestalten dadurch ihre Krankenhausplanung nicht autonom. Leistungsgruppen könnten an Standorten ggf. aufgrund streng ausgehandelter Struktur- bzw. Qualitätsvorgaben und festgelegter Mindestmengen nicht angeboten werden, auch wenn einzelne Bundesländer das Angebot in der betreffenden Region als unverzichtbar einstufen. Die Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen erarbeiten die Bundesländer gemeinsam mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe unter Einbezug einer Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften. Es wäre zu prüfen, ob dies ggf. gegen das Grundgesetz verstößt (vgl. Kap. 52).

Die gravierendere geplante Begrenzung der Leistungen der Krankenhäuser des Level 1n mit Basisnotfallversorgung entfällt. [RK] Nur wenige der immerhin 65 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 [RK, S. 19].

Im überarbeiteten Basisvorschlag der Regierungskommission reduzierte 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 ⁴⁰

Viele Krankenhäuser des Level 1 entwickelten in den letzten Jahren mit Verweis auf hohe Qualität ein gutes interdisziplinäres Leistungsangebot. Mit hohem Aufwand implementierten sie Subspezialisierungen 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.

⁴⁰ BibliomedManager, https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/23_05_09_Basismodell_Anlage_1_Zuordnung_NRW_Leistungsgruppen_zu_Level.pdf

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:

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) ⁴¹

Jetzt weisen die Bundesländer die Leistungsgruppen den Krankenhäusern zu, allerdings ...

... im Vernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen
... unter Einhaltung der Qualitätskriterien
... einschließlich der Gutachten des Medizinischen Dienstes. [KHVVG: § 6a KHG]

Bewertung: Die radikale Beschneidung von Krankenhäusern Level 1 hätte den Planungsrahmen der Bundesländer für die Krankenhausplanung signifikant eingeschränkt, wesentlich deutlicher als im aktuellen Entwurf des Krankenhausverbesserungsgesetzes. Qualitäts- bzw. Strukturmerkmale, kein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und ablehnende Gutachten des Medizinischen Dienstes können auch nach dem Referentenentwurf verhindern, dass in bestimmten Regionen für notwendig erachtete Leistungen aus bestimmten Leistungsgruppen noch angeboten werden.

⁴¹ BibliomedManager, https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/23_05_09_Basismodell_Anlage_1_Zuordnung_NRW_Leistungsgruppen_zu_Level.pdf

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.⁴²

Jetzt richtet sich die Vergütung der Vorhaltepauschalen ausschließlich nach Leistungsgruppen – Level spielen keine Rolle mehr: „Ein Krankenhaus erhält für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn die Mindestvorhaltezah nach §135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah vorliegt. Der Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes weist die Höhe der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aus, die der Berechnung des dem Krankenhaus zustehenden jährlichen Vorhaltebudgets zu Grunde liegen. Das Gesamtvorhaltebudget des Krankenhauses ergibt sich aus der Summe der im Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Multiplikation der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen nach Satz 2 mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert.“ [KHVVG: § 6b KHEntgG]

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, KHVVG: § 6a KHG] Voraussetzung ist jedoch, dass das betreffende Krankenhaus die Struktur- bzw. Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe grundsätzlich erfüllt. [EP, S. 8, KHVVG: § 6a KHG] Auch hier wäre zu prüfen, ob dies ggf. gegen das Grundgesetz bzw. die Planungshoheit der Länder verstößt (vgl. Kap. 52).

⁴² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Folgen von Lauterbachs Krankenhausreform in Bayern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform-folgen-in-bayern/>

Offen bleibt, wie bereits erwähnt:

- 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 vorrangig die 649 Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung ...

- nicht,
- begrenzt oder
- umfangreich ...

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

Bewertung: Es kommt entscheidend auf die härteren oder weicheren Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe an, wie viele Krankenhäuser die Rahmenbedingungen überhaupt erfüllen können, und in welchem Umfang ein klinischer Konzentrationsprozess für Leistungsgruppen stattfinden wird. Diese Qualitätskriterien entscheiden jedoch nicht die Bundesländer alleine sondern der Ausschuss unter der Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit mit den Ländern, aber besetzt auch mit „*Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe*“. [KHVVG: § 135e Abs, 3 SGB V]

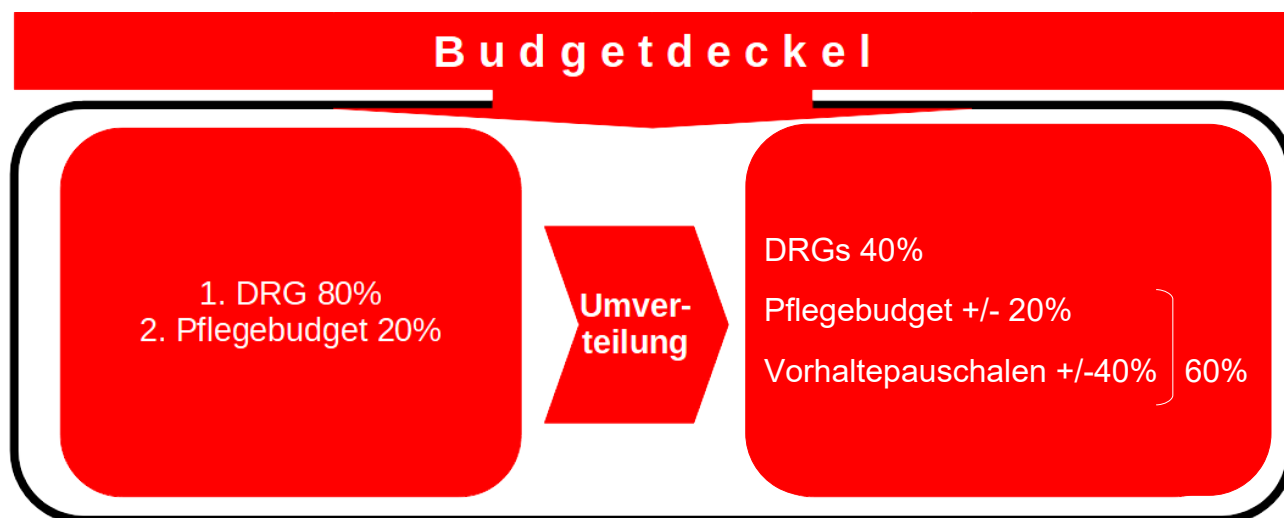
Abweichend hiervon werden den Ländern begrenzte Ausnahmetatbestände eingeräumt, teilweise jedoch im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen [KHVVG: § 6b KHG] Auch hier wäre zu prüfen, ob dies ggf. gegen das Grundgesetz verstößt (vgl. Kap. 52).

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.⁴³

Das Entscheidende aber ist:

- Der **Budgetdeckel** für Krankenhäuser bleibt [KHVVG: 6b, Abs. 4b, 5 KHG].
- Alle **Einnahmen** der Krankenhäuser werden lediglich **umverteilt**.
- Krankenhäuser sollen lt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ökonomisch durch Ambulantisierung und Verzicht auf angeblich „überflüssige Operationen“ gesunden.



Bewertung: Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlen den Krankenhäusern aktuell knapp 590.000 Euro pro Stunde bzw. insgesamt 9,5 Mrd. Euro an operativen Vergütungsmitteln insgesamt⁴⁴, 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.

⁴³ Bündnis Klinikrettung, Beratung im Bundestag: Lauterbachs Reform führt zu weiteren Schließungen, <https://www.gemeingut.org/beratung-im-bundestag-lauterbachs-reform-fuehrt-zu-weiteren-schliessungen/>

⁴⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/defizituhr/>

Die Finanzmittel werden lediglich innerhalb der verschiedenen Finanztöpfe (verschiedene Kategorien der DRGs, Vorhaltepauschalen) umverteilt. „Die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, mit Ausnahme der Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind.“ [§37 KHG], vgl. auch [KHVVG: 6b, Abs. 4b, 5 KHG] 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 Insolvenzwelle.⁴⁵

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.“⁴⁶

Bewertung: Der Referentenentwurf deckelt – trotz drohender Insolvenzen - die Einnahmen der Krankenhäuser. Die finanziellen Mittel für Krankenhäuser (bisher überwiegend DRG-Fallpauschalen) werden in unveränderter Höhe lediglich neu aufgliedert und umverteilt. **Damit sind auch Vorhaltepauschalen leistungsorientiert**, nämlich orientiert an den Leistungen vergangener Wirtschaftsjahre. Unzureichendes klinisches Personal soll ebenfalls nur umverteilt werden, von kleinen zu großen Krankenhäusern. Das Überleben großer Krankenhäuser wird durch das Sterben systemrelevanter kleiner Krankenhäuser oder durch die Streichung ganzer Leistungsbereiche in kleinen Krankenhäusern gesichert. Bayern ist mit finanziell angeschlagenen Krankenhäusern im Umfang von 89% und einem hohen Anteil kleiner ländlicher Krankenhäuser besonders betroffen.⁴⁷

⁴⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhäuser sind gefährdet wie nie zuvor,

<https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-sind-gefaehrdet-wie-nie-zuvor/>

⁴⁶ Tageschau.de, Haushaltsverlierer Lauterbach, <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/haushalt-gesundheit-100.html>

⁴⁷ 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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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.“⁴⁸ 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 knapp 590.000 € und bayernweit stündliche Defizite im Umfang von -143.000 €. ⁴⁹ Wer jetzt im Bundeshaushalt die Mittel um 33 Prozent kürzt und kein Geld für Soforthilfeprogramme für Krankenhäuser zur Verfügung stellt, ...

- der braucht kein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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.*“⁵⁰

⁴⁸ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>

⁴⁹ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, <https://www.dkgev.de/>, Bayerische Krankenhausgesellschaft, tickende Defizit-Uhr, <https://www.bkg-online.de/>

⁵⁰ TAZ, Einigung bei Krankenhausreform, <https://taz.de/Plaene-von-Karl-Lauterbach/!5943399/>

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.⁵¹

Exakt diese Ambulantisierung aber wird 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 gut 9,5 Mrd. Euro nicht.⁵²

⁵¹ 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/>

⁵² 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/>

44 Transformationsfonds

Ein gegenüber dem Eckpunktepapier neuer Aspekt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes ist die deutliche Erweiterung des Transformationsfonds um bis zu 5 Milliarden Euro jährlich, hälftig zu finanzieren aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und den Bundesländern.

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Finanzmittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro, ... zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe des § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“ [§271 SGB V]

„(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. ...“

Aus den Mitteln nach den Sätzen 1 und 2 können gefördert werden

- 1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist,*
- 2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,*
- 3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,*
- 4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,*
- 5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und*
- 6. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses.“ [§ 12b KHG]*

Bewertung: Es ist legitim, dass Umstrukturierungen von Krankenhäusern im Interesse des Bundes auch finanziell unterstützt werden. Die Fixierung des Transformationsfonds über 10 Jahr im Umfang von maximal 50 Milliarden Euro besagt aber umgekehrt:

Es geht ausschließlich um Konzentration, Krankenhausschließung, Umwandlung von Krankenhäusern in Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, Förderung von Zentren und ähnliche Förderungen insbesondere größerer Krankenhäuser.

Statt Krankenhäuser operativ umfangreicher zu fördern und Insolvenzen abzuwenden, werden Gelder verwendet, um die flächendeckende klinische Versorgung signifikant auszudünnen. Es geht um **Mangelverwaltung** und Umgliederung von kleinen Krankenhäusern zu großen, nicht um eine umfassende Stärkung aller Krankenhäuser. Kleinen Krankenhäusern fehlen nach wie vor kostendeckende Einnahmen, **der kalte Strukturwandel wird sich fortsetzen**. Zusätzlich werden **im Rahmen des organisierten Strukturwandels bewusst Krankenhäuser komplett geschlossen** oder geschlossen und in Sektorenübergreifende Versorgungszentren umgewandelt.

45 Ambulante Versorgungsangebote

Ein gegenüber dem Eckpunktepapier neuer Aspekt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes ist die ersatzweise Übernahme ambulanter Versorgungsangebote zur Beseitigung einer regionalen ambulanten Unterversorgung.

„(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“ [§ 116a KHVVG]

Die gleiche Regelung gilt im nächsten Absatz des Referentenentwurfs für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1.

Bewertung: Den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung kommen tendenziell niederschwellige und zusätzliche ambulante Aufgaben zu.

46 Erreichbarkeiten

Überraschende neue Regelungen gibt es, um eine wohnortnahe klinische Versorgung für bestimmte Leistungen sicher zu stellen.

„Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist. Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:

1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,

2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen ist im Fall des Satzes 1 mit der Auflage der Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb einer Frist von höchstens drei Jahren zu verbinden.“ [KHVVG: 6a, Abs. 2 KHG].

Bewertung: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat in seinem Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz erstmalig das Recht jedes Bürgers auf wohnortnahe erreichbare klinische Versorgungsangebote anerkannt.

Bisher von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission vorgesehene Qualitäts- und Strukturvorgaben zielten stets und ausschließlich auf Ausdünnung und Konzentration der Leistungsgruppen ab, das entsprechende Qualitäts- und Strukturvorgaben insbesondere bei kleinen Krankenhäusern in ländlichen dünn besiedelten Regionen unerfüllbar erschienen und zu Schließung von Abteilungen oder des ganzen Krankenhauses geführt hätten. Speziell in diesen Regionen wäre die klinischer Erreichbarkeit und Versorgung signifikant schlechter, nicht besser, geworden.

Die neue Regelung im neuen Referentenentwurf ist deshalb ausdrücklich zu begrüßen. Sie deckt das Grundrecht des Bürgers auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz.

Das Bündnis Klinikrettung fordert schon lange bundesweit maximal 30 Fahrzeitminuten für ein Allgemeinkrankenhaus mit den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Intensivmedizin und Basisnotfallversorgung.⁵³ Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern ist erst kürzlich im bayerischen Gesundheitsausschuss mit einer Petition "Flächendeckende klinische Versorgung in Bayern mit maximalen 30 Fahrzeitminuten zu einem Allgemeinkrankenhaus einschließlich klinischer Notfallversorgung" gescheitert.⁵⁴ Bereits 2024 sind in Bayern 131 Postleitzahlregionen aufgrund höherer Fahrzeiten zum nächstgelegenen Krankenhaus medizinisch unterversorgt.⁵⁵ Ein neuer Krankenhausatlas "Kliniken in Gefahr" belegt sichtbar, dass bereits heute etliche Regionen von einer entsprechenden klinischen Versorgung binnen 30 Fahrzeitminuten abgeschnitten sind.⁵⁶

Allerdings ist die Regelung im Referentenentwurf nicht ausreichend:

1. Für lebensbedrohende Erkrankungen und traumatische Verletzungen sind die maximal 30 Fahrzeitminuten auch auf eine stationäre Notfallversorgung und Intensivmedizin auszuweiten.
2. Die Geburtshilfe ist einzubeziehen.
3. Die Begrenzung von Ausnahmetatbeständen für Leistungsgruppen auf drei Jahre ist aufzuheben, um die flächendeckende klinische Versorgung auch danach noch sicher zu stellen. Anderenfalls benötigen kleine Krankenhäuser kostendeckende Zusatzförderungen, um ihre hohen Vorhaltekosten, verteilt auf nur wenige Patienten, abdecken zu können.

Ebenfalls nicht ausreichend ist die Erhöhung des Sicherstellungszuschlags nach § 5 Abs. 2a KHEntgG von bisher maximal jährlich 800.000 Euro auf nun maximal jährlich 1.000.000 Euro, sofern das Krankenhaus in die Liste der bedarfsnotwendigen Sicherstellungskrankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde. Bedarfsnotwendige Krankenhäuser, bei denen ggf. nach Schließung mehr als 5.000 Einwohnern kein alternatives Krankenhaus binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen, erwirtschaften oft hohe einstellige und teilweise sogar zweistellige Verluste, die auszugleichen wären, um eine Insolvenz abzuwenden. Dagegen sind Zuwendungen im Umfang von 1 Mio. Euro zu unzureichend.

⁵³ Bündnis Klinikrettung, Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

⁵⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Flächendeckende klinische Versorgung in Bayern mit maximalen 30 Fahrzeitminuten zu einem Allgemeinkrankenhaus einschließlich klinischer Notfallversorgung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/petition/>

⁵⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Klinische Unterversorgung in Bayern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

⁵⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Die Bayernkarte wurde zur Bundeskarte aller deutschen Krankenhäuser, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/bayernkarte/>

Auch fehlt noch immer eine Regelung, die die Schließung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser grundsätzlich verhindert. So wurde in Bayern beispielsweise das Sicherstellungskrankenhaus in Roding ohne jeglichen politischen Einwand geschlossen. Finanzielle Bedrängnisse dürfen nicht darüber entscheiden, welchem Einwohner ein wohnortnahes Krankenhaus zur Verfügung steht und welchem nicht.⁵⁷

Nachrichtlich verhindert der Sicherstellungszuschlag beispielsweise nicht ...

- die Schließung bedarfsnotwendiger Sicherstellungskrankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen mit mehr als 5.000 Einwohnern, die danach mehr als 30 Fahrzeitminuten zum nächstgelegenen Krankenhaus benötigen (Beispiel Roding, knapp 10.000 EinwohnerInnen)⁵⁸
- die Schließung anderer bedarfsnotwendiger Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen mit signifikant mehr als 5.000 Einwohnern, die danach mehr als 30 Fahrzeitminuten zum nächstgelegenen Krankenhaus benötigen (Beispiel Schongau, gut 28.200 EinwohnerInnen)⁵⁹

⁵⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, SANA Klinik Roding ab zum 31.03.2022 geschlossen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/klinikschie%C3%9Fungen-ab-2021/krankenhaus-rodin/>

⁵⁸ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ebenda

⁵⁹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhaus Schongau, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/klinikschie%C3%9Fungen-ab-2021/krankenhaus-schongau/>

5 Unbeachtete Aspekte

51 Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe

Es gibt Aspekte, die der Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes und 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.⁶⁰

All dies kann eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung 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.

⁶⁰ 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 sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Level 1i fehlen wichtige Erfahrungen und Tätigkeitsfelder eines typischen Krankenhauses mit vollumfänglichen stationären Fachabteilungen, klinischer Notfallversorgung, Intensivmedizin und komplexen stationären Behandlungen. Den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen eine größere Bedeutung für die Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften zuzuordnen, wird zu einer Vernachlässigung bzw. Verkürzung hochwertiger klinischer Ausbildungsinhalte führen. Insgesamt gilt: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und der Regierungskommission muss der Vorwurf gemacht werden: Der Gesichtspunkt des Krankenhauses als Gesundheitsdrehscheibe 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 eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung Level 1i umgewandelt, kollabiert ein Großteil der medizinischen Versorgung in ländlichen Region.

52 Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Die Ärzte können offenbar in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen angestellt werden oder per Kooperationsvertrag im Auftrag der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung tätig werden.

„Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.“ [KHVVG: § 115h SGB V]

Kooperierende ambulante Ärzte und Belegärzte, so wie im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorgesehen, stehen 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 im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nicht behandelten Fragestellungen im Detail:

- Kooperierende ambulante Ärzte arbeiten dort 40 Stunden pro Woche. Den Rest der Woche, das sind 128 Stunden, sind die Praxen nicht besetzt. **Die Pflegekräfte der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Level 1i sind bei eskalierenden Krankheitsverläufen in ihren Entscheidungen überwiegend auf sich selber gestellt.**
- Kooperierende ambulante Ärzte, die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen des Level 1i arbeiten, sind parallel durch ihre **Arztpraxis, Notfalldienste und Bereitschaftsdienste** 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Level 1i zurückgestuft werden, und wenn reguläre Krankenhäuser aufgrund nicht erfüllbarer Kriterien für Leistungsgruppen Subspezialitäten vollständig aufgeben müssen?

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.**⁶¹

⁶¹ 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/>

53 Zwang der Bundesländer zur Limitierung

Wie erwartet, ist Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach inhaltlich weit von der im Dezember 2022 vorgestellten Krankenhausreform abgerückt. Er konnte wegen der Zustimmungspflichtigkeit der Länder nicht anders. Sein Ziel aber, deutliche Klinikkonzentrationen, lässt er nicht fallen. Prof. Dr. Boris Augurzkys liefert dafür das "Berechnungsmodell der Vorhaltepauschalen".⁶²

Die Bemessung der Vorhaltepauschalen eines Krankenhauses zu einer Leistungsgruppe ist abhängig von den bisherigen Leistungen des Krankenhauses aber wegen des Budgetdeckels auch abhängig von den bisherigen Leistungen benachbarter Krankenhäuser.

Das bedeutet nach Augurzkys Berechnungsmodell konkret:

- Je weniger Krankenhäuser eines Bundeslandes die Leistungsgruppe zugesprochen bekommen, desto wirtschaftlicher wird die Behandlung in dieser Leistungsgruppe durch höhere Verteilungsschlüssel der Vorhaltepauschalen.
- Auf andere Weise als die Level wird für die Bundesländer jetzt ein Anreiz geschaffen, Leistungen zu konzentrieren, indem sie höherwertige Leistungsgruppen an möglichst wenige Krankenhäuser vergeben.
- Das Ziel der Berechnungsmethode ist das gleiche: Konzentration von Klinikleistungen auf weniger Klinikstandorte, und Klinikschließungen.

Erfüllte Strukturmerkmale alleine entscheiden nach Augurzkys Vorstellungen also nicht, sondern **zusätzlich die Entscheidung der Länder, ob sie allen befähigten oder nur ausgewählten befähigten Krankenhäusern die Leistungsgruppe zuordnen**. Das ähnelt der regional abgestimmten selektiven Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen:
Zitat:

*"Ob ein Standort eine Leistungsgruppe behalten kann, hängt daran, ob er die dafür nötigen Mindestvoraussetzungen erfüllt, ob das Bundesland im Rahmen seiner Krankenhausplanung eine Auswahlentscheidung zugunsten des Standorts fällt oder ob Standorte untereinander Leistungsgruppen tauschen. Sowohl die Länder als auch die Krankenhäuser haben einen Anreiz, die Leistungsgruppen an wenigen Standorten zu bündeln. Denn je weniger Standorte es je Leistungsgruppe gibt, desto mehr Vorhaltepauschale erhält jeder Standort."*⁶³

Dem folgt auch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz mit der Umverteilung der DRG-Fallpauschalen hin zu limitiert finanzierten Vorhaltevergütungen. [KHVVG: § 6b KHEntgG]

⁶² BibliomedManager, Wie Boris Augurzkys Vorhaltekosten berechnen will, <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/48490-fallzahlunabhaengiger-vorschlag-zur-berechnung>

⁶³ BibliomedManager, ebenda

Bewertung: Unter diesen Voraussetzungen steckt jedes ländliche Bundesland mit kleinen Krankenhäusern aufgrund der limitierten Vorhaltepauschalen vor dem Dilemma:

- Behält das Bundesland wohnortnahe Leistungsgruppen mit der Gefahr "unrentabler" Vorhaltungen und drohender Insolvenzen (der kalte Strukturwandel geht weiter),
- oder verzichtet es auf wohnortnahe klinische Leistungen zu Gunsten der Wirtschaftlichkeit (verordneter Strukturwandel mit stark selektierten Leistungsgruppen)?

Wenn sich also die Bundesländer im Einklang mit dem Eckpunktepapier auf einen Referentenentwurf mit einem Berechnungsmodell des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (im Sinne von Prof. Dr. Boris Augurzky) einlassen, hat das mehrere Konsequenzen:

- Dann steuern die Bundesländer bei limitierten Vergütungen nicht ob, sondern wie (!) ihre Krankenhäuser sterben, verordnet und gesteuert oder per Insolvenz im freien Fall.
- Lauterbach erreicht trotz Aufgabe der Level 1n, 2 und 3 sein unausgesprochenes Ziel einer Kostenbegrenzung durch Kliniksterben.
- Die drohende Verfassungswidrigkeit der Krankenhauslevel als Eingriff in die Krankenhausplanung der Bundesländer wird jetzt zum Bumerang! **Die Krankenhausplanung der Länder bleibt gewahrt, sie ist jedoch immer eine finanzielle Mangelplanung!** Also sterben jetzt geplant Krankenhäuser, und damit gibt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Verantwortung für Klinikschließungen komplett an die Bundesländer ab. Er kann in der Öffentlichkeit bekunden, den Bundesländern in ihrer Planungskompetenz weitgehend entgegen gekommen zu sein.

54 Schwierige Realisierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

In der dritten Empfehlung der Regierungskommission wurden Level 1i als integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser definiert, die mit Tagessätzen abzurechnen sind, ergänzt um ambulant-ärztliche Leistung:

„Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege. Leitung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, z. B. Advanced Nursing Practitioners mit entsprechender gesetzlicher Regelung. Innere Medizin und/oder Chirurgie, daneben je nach lokalem Umfeld allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich. Mindestvoraussetzung: Labor, Ultraschall, Röntgen. Tagdienst: ärztliche Anwesenheit, Nacht- und Wochenenddienst: fachärztlicher Rufdienst ...

Vergütung erfolgt im Gegensatz zu den nachfolgenden Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Abrechnung der ärztlichen Leistungen: a) nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung und b) um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung.“
[RG, S. 16.].

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz hat den Katalog der Leistungen für Level 1i, jetzt sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, deutlich erweitert:

„Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:
„1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c,
Zudem können auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches erbracht werden. ...“
[KHVVG: § 115g SGB V]

Völlig ungeklärt ist der in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission und im Eckpunktepapiers ausdrücklich beabsichtigte Ausschluss der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen von der Notfallbehandlung. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz schweigt sich hierzu aus.

Möglicherweise ist es beabsichtigt, diese Fragestellung an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in § 115 g Abs. 3 Nr. 3 zu delegieren:

„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

- 1. die Gruppe der Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,*
- 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und*
- 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten.“*

Damit aber würde der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eine Krankenhaussteuerung zugesprochen, die eigentlich den Bundesländern zusteht.

Bewertung: Die Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollen budgetneutral implementiert werden. Konkret hat dies mehrere Konsequenzen:

- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nehmen anderen Einrichtungen Budget weg, das wird zu Widerständen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, der niedergelassenen Ärzte, der Reha-Einrichtungen und anderer sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen führen.
- Die Anzahl potenzieller sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und deren betreuter Patienten muss zwecks Budgettransfer valide geschätzt werden, dies birgt die Gefahr großer Schätzfehler.

Es dürfte spannend werden, wie der Gesetzgeber diese (nicht triviale) Aufgabenstellung unter Zeitdruck lösen wird.

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 sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen unter pflegerischer Leitung ohne durchgehende ärztliche Verfügbarkeit um. Die flächendeckende klinische Versorgung in ländlichen Regionen ist nicht gesichert sondern massiv gefährdet. Dies hat Folgen für die nicht klinische ärztliche Versorgung. **Dies schränkt auch die Klinikkapazitäten für pandemie- und katastrophengebundene Krisenfälle massiv ein.**

Das im Eckpunktepapier definierte limitierte Erlösvolumen wird die Situation defizitärer 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 161.600 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen 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 verringert **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].

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. 9,5 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 9,5 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 65 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen 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.

Der um jährlich 5 Mrd. Euro erweiterte Transformationsfonds verbessert die finanzielle Situation von Krankenhäusern – er fördert zweckgebunden die Teilschließung oder Komplettschließung von Krankenhäusern.

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 dem Bundesland 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 sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 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.

Gesundheitsdrehscheibe:

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%, Stand 2021 [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 %

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Zukunft der Krankenhäuser - Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des – KHVVG

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:

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 %	

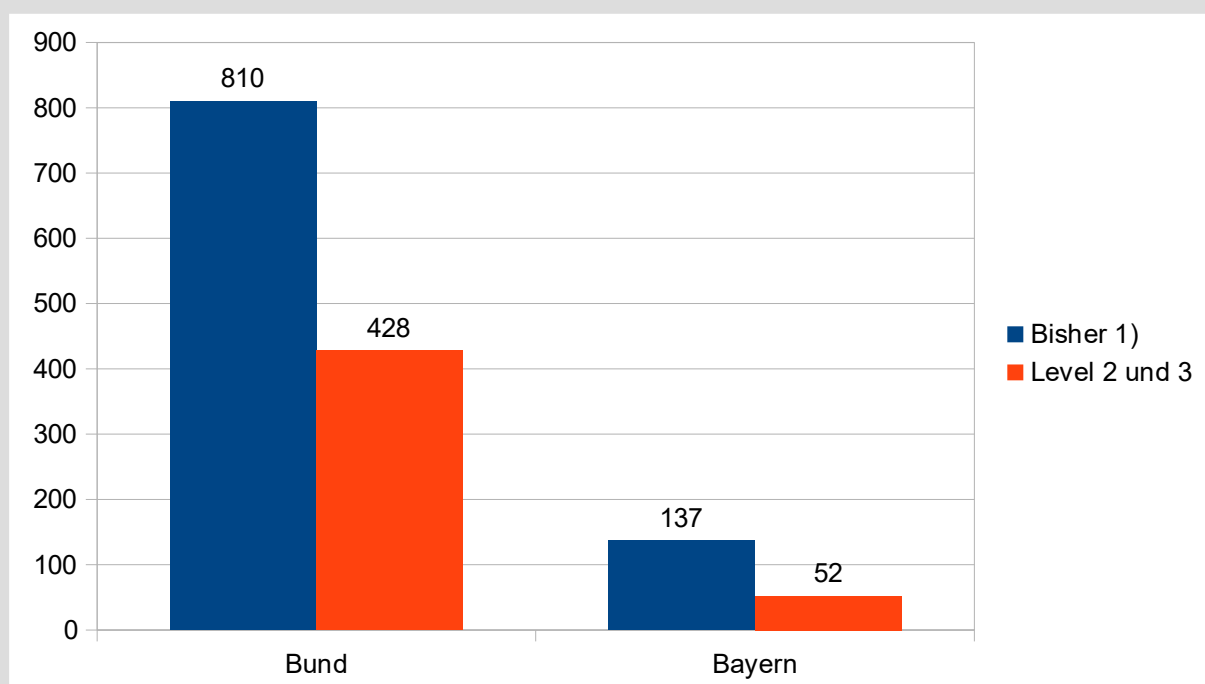
Kürzungsvolumen bis zu:	83,48 %
-------------------------	---------

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

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Zukunft der Krankenhäuser - Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des – KHVVG

Zu begrüßen ist, dass der Referentenentwurf – anders als der Basisvorschlag der Regierungskommission im Dezember 2022 – die Geburtshilfe 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.].⁶⁴

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



⁶⁴ 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

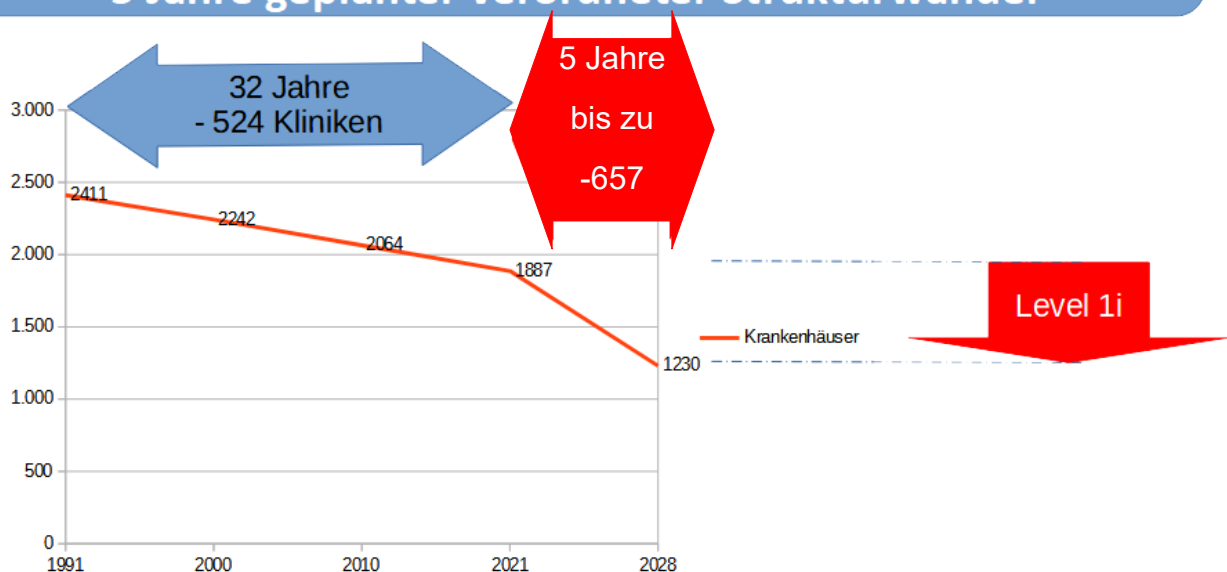
8 Organisiertes Kliniksterben

Aus der Beurteilung der geplanten Krankenhausreform leitet sich für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Level 1i – dies sind keine wirklichen 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Leveln 1i an allen deutschen (bayerischen) Krankenhäuser leiten sich Krankenhausschließungen in bisher unvorstellbarem Umfang ab.

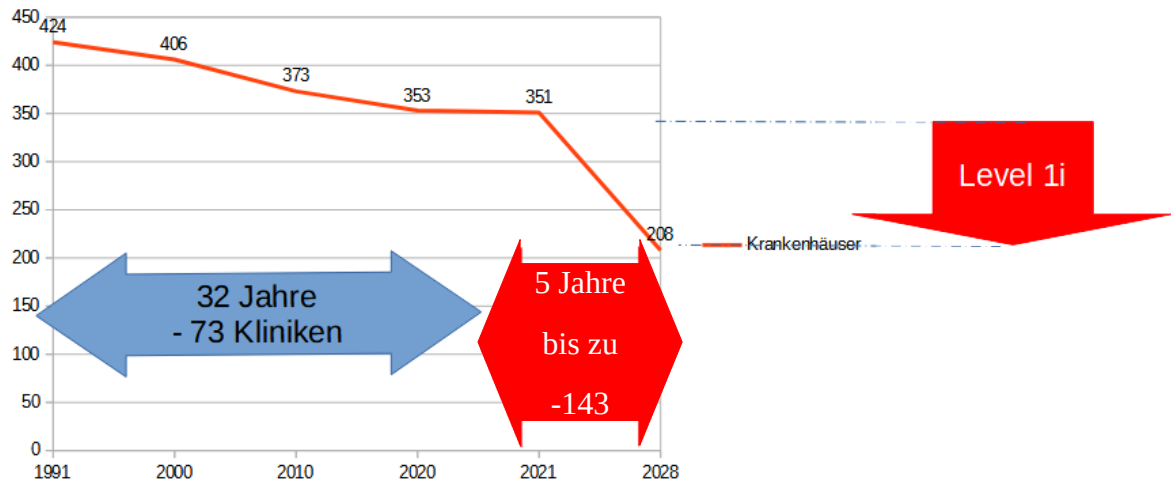
32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Deutschland

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel



32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Bayern

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel

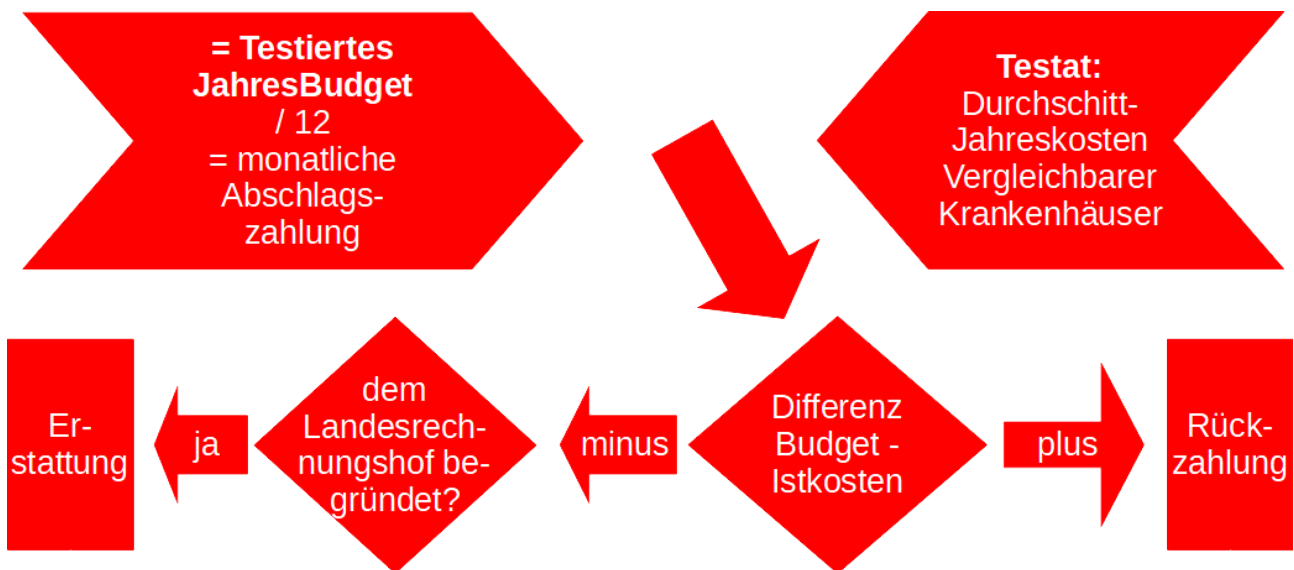


9 Das bessere Konzept: Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser

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.⁶⁵

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 **161.600 klinische Arbeitskräfte bzw. 123.000 Vollkräfte** für die Patientenbehandlung zur Verfügung (Stand 2022)⁶⁶
- 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.

⁶⁵ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,
https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

⁶⁶ 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.

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Zukunft der Krankenhäuser - Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des – KHVG

Zur Ermittlung der zusätzlichen 161.600 bereits beschäftigten klinischen MitarbeiterInnen, sei verkürzt nachfolgende Berechnung dargestellt. Klinische MitarbeiterInnen würden anstelle von Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die DRG-Fallpauschalen ohne Mehrkosten **der unmittelbaren Patientenbehandlung** zur Verfügung stehen. Angenommen wird ein durchschnittlicher Anteil von 15% der klinischen Arbeitszeit am Computer für Dokumentation und Kodierung der DRG-Fallpauschalen: ⁶⁷

Klinische Arbeitskräfte 2022 (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 %	207	509	361	1077	24,4	25,2	17,9	67,5
davon Dokumentation	-30,00 %	-62,1	-152,7	-108,3	-323,1	-7,3	-7,6	-5,4	-20,3
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-31,1	-76,4	-54,2	-161,6	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-31,1	-76,4	-54,2	-161,6	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	144,9	356,3	252,7	753,9	17,1	17,6	12,5	47,3

Das entspricht 123.000 klinischen Vollzeitkräften:

Klinische Vollzeitkräfte 2022

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	376	271	820	24,4	25,2	17,9	67,5
davon Dokumentation	-30,00 %	-51,9	-112,8	-81,3	-246	-7,3	-7,6	-5,4	-20,3
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-26,0	-56,4	-40,7	-123	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-26,0	-56,4	-40,7	-123	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	121,1	263,2	189,7	574	17,1	17,6	12,5	47,3

Näheres zu dem Berechnungsschema entnehmen Sie bitte dem Konzept „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“. ⁶⁸

⁶⁷ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2022,
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.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

⁶⁸ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,
<https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10-Studie-Selbstkostendeckung-Buendnis-Klinikrettung.pdf>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern Zukunft der Krankenhäuser - Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des – KHVG

Allein im Flächenland Bayern würden 26.400 bereits beschäftigte klinische MitarbeiterInnen anstelle von Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die DRG-Fallpauschalen ohne Mehrkosten **der unmittelbaren Patientenbehandlung** zur Verfügung stehen: ⁶⁹

Klinische Arbeitskräfte 2022 (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 %	33,1	81,8	60,8	175,7	3,7	4,0	2,9	10,6
davon Dokumentation	-30,00 %	-9,9	-24,5	-18,2	-52,7	-1,1	-1,2	-0,9	-3,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-5,0	-12,3	-9,1	-26,4	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-5,0	-12,3	-9,1	-26,4	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	23,2	57,3	42,6	123,0	2,6	2,8	2,0	7,4

Das entspricht 19.600 klinischen Vollzeitkräften:

Klinische Vollzeitkräfte 2022

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 %	27,4	59,3	44,2	130,9	3,7	4,0	2,9	10,6
davon Dokumentation	-30,00 %	-8,2	-17,8	-13,3	-39,3	-1,1	-1,2	-0,9	-3,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-4,1	-8,9	-6,6	-19,6	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-4,1	-8,9	-6,6	-19,6	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	19,2	41,5	30,9	91,6	2,6	2,8	2,0	7,4

⁶⁹ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2022,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.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

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 **161.600 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 123.000 zusätzliche Vollkräfte** in Deutschland sowie um **26.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 19.600 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 ⁷⁰

Das Strukturkonzept des Bündnis Klinikrettung:

Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ⁷¹

⁷⁰ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

⁷¹ 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, Projektstudie 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14769859632/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1709287533>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz (Entwurf 11.08.2023)

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14751272132/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=1694690764>

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%9F+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+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/>