

Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission

Prognose über die Zukunft deutscher
Krankenhäuser

Projektstudie zum Stand Mai 2023



Inhalt

	Seite
1) Dritte Empfehlung der Regierungskommission	3
2) Ziele der geplanten Krankenhausreform	6
3) Säulen der geplanten Krankenhausreform	7
4) Kritik an der geplanten Krankenhausreform	8
41) Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)	8
42) System von Leistungsgruppen	11
43) Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung	13
5) Unbeachtete Aspekte	17
51) Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe	17
52) Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen	17
6) Validierung an den Zielen der Krankenhausreform	19
7) Beurteilung	21
8) Organisiertes Kliniksterben	24
9) Das bessere Konzept	26
91) Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser	26
92) Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln	29
10) Literatur	32

1) Dritte Empfehlung der Regierungskommission

Die Würfel der zukünftigen Krankenhausfinanzierung und Krankenhausstrukturierung scheinen gefallen. Sie wurden - wie erwartet - in Bundesgesundheitsminister Lauterbachs **Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** exakt von denjenigen Gesundheitsökonomen geprägt, die seit langem die Beibehaltung des DRG-Fallpauschalensystems, eine Deckelung der Krankenhauskosten auf Bundesebene, eine strenge Regulierung der Krankenhauslandschaft und eine zunehmende Ambulantisierung der Krankenhäuser befürworten. ¹

Am 6. Dezember 2022 wurde im Rahmen der 3. Stellungnahme der Regierungskommission die **Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung** vorgestellt. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach und seine Regierungskommission setzen 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**, nach Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen Level 1 bis 3 und **Leistungsgruppen** steht detailliert fest, welcher Klinikstandort welche Leistung erbringen bzw. DRG-Fallpauschalen abrechnen darf und welcher nicht
- zunehmende **Ambulantisierung** der Krankenhäuser, sie wird zementiert durch abgesenkte DRGs für tagesklinische Behandlungen, Hybrid-DRGs für sektorengleiche ambulante Behandlungen und Gesundheitseinrichtungen Level 1i ohne Notfallversorgung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung. ²

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 welche nicht.

¹ Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>

² Regierungskommission, 3. Stellungnahme, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

Unter dem Deckmantel, die flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland sicherzustellen, **untergliedert die Regierungskommission die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Level 1n mit Notfallversorgung und Level 1i ohne Notfallversorgung.** Level 1i ohne Notfallversorgung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung sind jedoch keine Krankenhäuser nach strengen Qualitätskriterien mehr. Man könnte es als eine strukturierte Kurzzeitpflege mit Anwesenheit ambulanter Ärzte tagsüber sowie ausschließlicher Rufbereitschaft nachts und am Wochenende bezeichnen.

**Das sind keine Krankenhäuser mehr!
Und Bayern ist als Flächenland mit vielen ländlichen Krankenhäusern massiv betroffen.**

Es darf bereits an dieser Stelle auf die Widersprüchlichkeit der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung hingewiesen werden. Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission wurde federführend von Prof. Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Reinhard Busse, Prof. Dr. Tom Bschor und Christian Karagiannidis erarbeitet. [RG, S. 32, RG = Dritte Stellungnahme der Regierungskommission]. Die Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse forderten seit langem aus Qualitätsgründen eine Konzentration der Klinikleistungen und bemängelten die bis heute empirisch nicht nachweisbare „geringe Qualität“ vieler Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Ihrem Drängen bzw. ihrer Einflussnahme entsprechend, führte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gesetzlich die „Gestufte Notfallversorgung“ ein. Ein GKV-Kliniksimulator erkennt parallel alle Krankenhäuser unterhalb des kombinierten Angebots der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie nicht als Krankenhäuser der Basisversorgung bzw. Grund- und Regelversorgung an.³ Jetzt aber soll genau dies geschehen: Es reicht eine der beiden Fachabteilungen, um ein „Krankenhaus“ des Level 1i zu werden [RG, S. 15f.].

Dass zwei der vier federführenden Ersteller der dritten Stellungnahme Gesundheitsökonominnen sind, die seit Jahren eine deutliche Verringerung der Krankenhäuser empfehlen, namentlich Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Reinhard Busse, widerlegt auch die von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vielfach bekundete „ausgewogene Besetzung der Regierungskommission“ mit Experten, unabhängig von Partikularinteressen und Lobbyismus.⁴

³ 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>

⁴ 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

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

- war sich, die Regierungskommission offenbar nicht in vollem Umfang über die Konsequenzen ihrer vorgeschlagenen Krankenhausstrukturen bewusst, oder sie hat diese zu Beginn bewusst verschwiegen ⁵
- bedurfte es deshalb einer ergänzenden Auswirkungsanalyse über den Umfang zu schließender oder im Leistungsumfang umfassend zu kürzender Krankenhäuser ⁶
- hätte es im Mai 2023 nicht einer deutlichen Korrektur der vorgeschlagenen Krankenhausreform bedurft. ⁷

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern hatte die Auswirkungen der geplanten großen Krankenhausreform in Bayern analysiert und ihre Einschätzung bereits im Februar 2023 umfassend beschrieben. Der neue Basisvorschlag der Regierungskommission, Stand Mai 2023, macht jedoch eine überarbeitete Bewertung erforderlich.

Die überarbeitete Bewertung des Basisvorschlags der Regierungskommission befasst sich ausschließlich mit der inhaltlichen Umsetzbarkeit und steht unter einem großen juristischen Vorbehalt: Ein Gutachten der Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein attestiert die Verfassungswidrigkeit einer bundeseinheitlichen Krankenhausreform, die die Bundesländer in ihrer autonomen Krankenhausplanung beschneidet. Eine Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission durch den Bund, insbesondere die Einteilung der Krankenhäuser in bundeseinheitliche Level, d.h. bundeseinheitliche Versorgungsstufen, ist in der gegenwärtigen Fassung mit dem Grundgesetz nicht vereinbar, das die Kompetenzzuordnung von Krankenhausstrukturen bei den Bundesländern vorsieht. ⁸

⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Lauterbachs Krankenhausreform ohne wissenschaftliche Evidenz?, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/ohne-wissenschaftliche-evidenz/>

⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zynische Auswirkungsanalyse, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/zynische-auswirkungsanalyse/>

⁷ 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

⁸ 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/>

2) Ziele der geplanten Krankenhausreform

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

Indirekt lassen sich jedoch die Ziele der geplanten Krankenhaus ableiten:

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

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

Vorab sei jedoch die Berechtigung einzelner Ziele in Frage gestellt:

- Wozu bedarf es Leistungsanreize bzw. Gewinnaussichten für die Krankenhäuser [RG, S. 2]? Haben nicht gerade Leistungsanreize zu den vielfach bemängelten „unnötigen Operationen und stationären klinischen Aufenthalten“ geführt?
- Worin begründet sich die Behauptung einer stationären Überversorgung [RG, S. 5]? Mussten während der Corona-Pandemie nicht Patienten in andere Bundesländer verlegt werden, weil die klinischen Betten und das klinische Personal für eine adäquate Behandlung fehlten? Dies bestätigt auch das vom Bundesinnen- und Bundesforschungsministerium beauftragte Grünbuch 2020.⁹
- Schafft eine Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung [RG, S. 5] wirklich mehr Qualität in der klinischen Patientenbehandlung? Die vermeintliche Effizienzsteigerung wird seit Einführung des DRG-Systems vorangetrieben. Hat sie nicht zu Leistungsdruck mit immer mehr Patienten bei unveränderter Personalausstattung und zu den Engpässen in deutschen Krankenhäusern geführt?

⁹ 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)
- System von Leistungsgruppen, dieses wurde im neuen Basisvorschlag überarbeitet
- Reduktion (nicht Abschaffung) der mengenbezogenen Komponente (DRG-Fallpauschalen) zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung [RG, S. 9].

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

Geplant ist 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.].

4) Kritik an der geplanten Krankenhausreform

41) Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)

Der regionale Unterversorgung will die Regierungskommission entgegenwirken. Regionale Unterversorgung betrifft heutzutage überwiegend ländliche Regionen mit unzureichender Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus.

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

Gravierend ist 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)**. Level 1i wird von Pflegekräften geleitet, verfügt über stationäre Pflegebetten und nimmt geplante ambulante ärztliche Behandlung mit ärztlicher Rufbereitschaft außerhalb der Kernarbeitszeiten durch niedergelassene Ärzte in Anspruch.

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

Aktuell verfügen geschätzte **657 der knapp 1.900 Krankenhäuser** über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) [RG, S. 7]. All diese Krankenhäuser einschließlich bisheriger Sicherstellungs-Krankenhäuser müssen damit rechnen, zukünftig dem Level 1i als "bessere Kurzzeitpflege" zugeordnet zu werden.¹⁰ Besonders betroffen sind Bundesländer mit vielen dünn besiedelten ländlichen Regionen. Bayern verfügt über 143 der 351 Krankenhäuser (= 41%) ohne strukturierte Notfallversorgung, die um ihre Zukunft als akutstationäre Krankenhäuser bangen müssen.

Bewertung: Aktuell erwägen viele Krankenhäuser, ihre einfache Notfallversorgung (unterhalb der Vorgaben des G-BA) aus ökonomischen Gründen ganz einzustellen. Unter der Perspektive zukünftiger Level 1i könnte dies zu einem Bumerang führen. Der Bestand als akutstationäres Krankenhaus mit ärztlicher Betreuung rund um die Uhr wäre gefährdet. In Bayern wird diese Entscheidung aktuell an den Standorten Wegscheid, Berchtesgaden, Neuendettelsau, und Schongau diskutiert bzw. wurde in Ebern und Bad Brückenau bereits vollzogen.¹¹

¹⁰ 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/>

¹¹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>

**Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission
Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern**

Mit der Empfehlung der Regierungskommission würden 657 bisherigen Krankenhausstandorten bzw. Regionen wohnortnah elementare klinische Behandlungsmöglichkeiten verwehrt:

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

Das sind keine Krankenhäuser!

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

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

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

- b) stationäre Überwachung rund um die Uhr
- Jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
 - Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
 - Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
 - Entbindungen
- c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**
- Ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten

Für **RisikopatientInnen** ist aufgrund der Komplikationsgefahr die klinische Behandlung mit durchgängiger ärztlicher Verfügbarkeit rund um die Uhr ein entscheidender Qualitätsvorteil.¹²

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

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

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

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

12 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>

42) System von Leistungsgruppen

Welches Krankenhaus welchem Level zugeordnet wird, und was die Krankenhäuser innerhalb ihres Levels behandeln sowie abrechnen dürfen, entscheiden Leistungsgruppen mit strengen Strukturvorgaben, die zu erfüllen sind. Die Leistungsgruppen sind auch maßgeblich für die Höhe der Vorhaltepauschalen. [RG, S. 20 ff.]

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

Gravierender ist jedoch die künftige Begrenzung der Leistungen der Krankenhäuser des Level 1n mit Notfallversorgung. Nur wenige der immerhin 64 überarbeiteten Leistungsgruppen sind dem Level 1 zugeordnet. In der Dritten Empfehlung der Regierungskommission vom Dezember 2022 waren es noch 128 Leistungsgruppen. Abbildung 4 der Dritten Empfehlung weist darauf hin: Krankenhäuser des Level 1 können lediglich Leistungsgruppen mit Level 1 anbieten und abrechnen [RG, S. 19].

Im überarbeiteten Basisvorschlag der Regierungskommission reduziert sich das Leistungsangebot der Krankenhäuser Level 1n (mit Notfallversorgung) 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 ¹³

¹³ BibliomedManager, https://www.bibliomedmanager.de/fileadmin/user_upload/BibMan/Dokumente/Oeffentlich/23_05_09_Basismodell_Anlage_1_Zuordnung_NRW_Leistungsgruppen_zu_Level.pdf

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

**Hohe Qualitätssteigerung in der Grund- und Regelversorgung soll
ohne Not zerschlagen werden.**

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 könnten im Level 1n zukünftig wohnortnah nicht mehr zur Verfügung gestellt werden:

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) ¹⁴

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 nun auch dem Level 1 zugeordnet. Dies ist unter anderem dem Protest vieler Gesundheitspartner zu verdanken, die auf gravierende Gefahren einer ausgedünnten Geburtshilfe in Deutschland und in Bayern aufmerksam machten.¹⁵

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

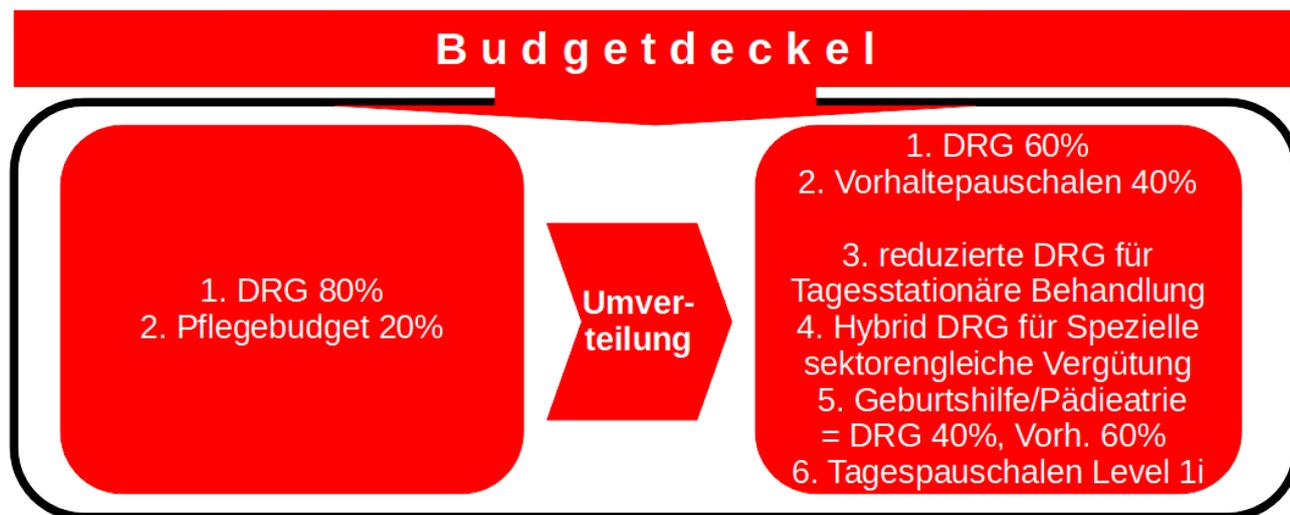
15 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Folgen von Lauterbachs Krankenhausreform in Bayern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform-folgen-in-bayern/>

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. 60% 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.¹⁶

Das Entscheidende aber ist:

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



Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlen den Krankenhäusern aktuell jährlich 15 Mrd. Euro an operativen Finanzmitteln¹⁷, 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.

¹⁶ Bündnis Klinikrettung, Beratung im Bundestag: Lauterbachs Reform führt zu weiteren Schließungen, <https://www.gemeingut.org/beratung-im-bundestag-lauterbachs-reform-fuehrt-zu-weiteren-schliessungen/>

¹⁷ 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/>

Die Finanzmittel werden lediglich innerhalb der verschiedenen Finanztöpfe (verschiedene Kategorien der DRGs, Vorhaltepauschalen) umverteilt. [RG, S. 22 f.] Eine Lösung für die seit 2021 aufgebauten gravierenden Finanzprobleme (Covid; Inflation) wird überhaupt nicht in Betracht gezogen. Kritiker befürchten eine enorme Insolvenzwellen.¹⁸ Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission setzen stattdessen auf weniger "unnötige" Operationen und verstärkte Ambulantisierung der Krankenhäuser ohne Übernachtungskosten.¹⁹

Exakt dies aber wird nicht geschehen. 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 Einnahmen im Umfang von jährlichen 15 Mrd. Euro nicht.²⁰

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

19 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/>

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

5) Unbeachtete Aspekte

51) Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe

Es gibt Aspekte, die die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission bei der Empfehlung der neuen Krankenhausreform überhaupt nicht berücksichtigt. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind regional ein Stück **Lebensqualität**. Sie machen 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.²¹

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

An Standortorten mit Gesundheitseinrichtungen Level 1i entfallen wohnortnah all diese Merkmale: stationäre Notfallversorgung, geordnete Bereitschaftspraxis am Krankenhaus, praktische klinische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften usw., so wie oben beschrieben.

21 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>

Der Regierungskommission muss der Vorwurf gemacht werden: Der Gesichtspunkt des Krankenhauses als Gesundheitsdrehzscheibe wird bei den Reformvorschlägen schlicht und einfach nicht beachtet. Die Dritte Empfehlung der Regierungskommission bezeugt ein erschreckendes Maß an Unkenntnis über die interdisziplinäre sektorenübergreifende medizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Krankenhäuser füllen dort vielfach die Lücken ambulanter ärztlicher Versorgung aufgrund unbesetzter oder fehlender Kassensitze.

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

52) Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

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

Die in der Stellungnahme nicht behandelten Fragestellungen:

- Für die fachärztliche Behandlung in Gesundheitseinrichtungen Level 1i sind die entsprechenden Kassenarztsitze notwendig. Die Ärzte, die entsprechende Kassenarzt-Sitze besetzen, müssen für den ländlichen Raum erst gefunden werden. Vorhandene Praxen einfach einzugliedern, verbessert die ambulante Versorgung der Menschen nicht. Ggf. müsste auch ein **neuer gesetzlicher Rahmen für Regionen** geschaffen werden, **in denen kein komplementärer fachärztlicher Kessensitz zur bisherigen Fachabteilung des aufgegebenen Krankenhaus existiert.**
- Die Ärzte arbeiten dort 40 Stunden pro Woche. Den Rest der Woche, das sind 128 Stunden, sind die Praxen nicht besetzt. **Die Pflegekräfte des Level 1i sind bei eskalierenden Krankheitsverläufen in ihren Entscheidungen überwiegend auf sich selber gestellt.**
- Ambulante Ärzte, die für Gesundheitseinrichtungen des Level 1i arbeiten, sind durch ihre **Arztpraxis, Notfalldienste, Bereitschaftsdienste und Gesundheitseinrichtungen des Level 1i** extrem belastet. Sie können mittelschwere ambulante Notfallpatienten nur begrenzt „einschieben“. Somit ist keine Verbesserung gegenüber der bisherigen Versorgung in Arztpraxen möglich.
- Wie werden regionale Notfallversorgung, regionaler Bereitschaftsdienst und regionale ambulante fachärztliche Versorgung sichergestellt, wenn bisherige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Level 1i zurückgestuft werden, oder als Level 1n Subspezialitäten vollständig aufgeben?
- Wie wird zukünftig die zwingende praktische Ausbildung aller Pflegekräfte in Krankenhäusern sichergestellt, wenn 657 Standorte des Level 1i wegfallen. Wird der Anspruch der generalistisch auszubildenden Pflegefachfrau wieder aufgegeben?

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

Das Gutachten „Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform nicht verfassungsgemäß – Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein fordern Wahrung der Krankenhausplanungskompetenzen der Länder“ schafft nun Klarheit: Vergütungsregelungen dürfen an Strukturen der Länder anknüpfen aber keine neuen schaffen. Eine Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission durch den Bund, insbesondere die Einteilung der Krankenhäuser in bundeseinheitliche Level, d.h. bundeseinheitliche Versorgungsstufen, ist in der gegenwärtigen Fassung mit der Kompetenzordnung des Grundgesetzes nicht vereinbar. Krankenhausstrukturen gehören zur Krankenhausplanung der Bundesländer²²

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

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

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

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

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

6) Validierung an den Zielen der Krankenhausreform

Gemessen an den eigenen Zielen, wird die Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Stand Mai 2023, 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 60%-Gewicht bleibt dieser Faktor dominant.

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

Unklar ist die Beurteilung einer Überversorgung in Deutschland. **Die Corona-Pandemie hat eher gezeigt, dass Klinikbetten und Personal fehlen.** Im Sinne der definierten „Überversorgung“ wird es jedoch aufgrund des Budgetdeckels und der zunehmenden Ambulantisierung der Krankenhäuser 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 Aufgliederung der Grund- und Regelversorgung in Level 1n mit Notfallversorgung und Level 1i ohne Notfallversorgung wandelt bis zu 657 Krankenhäuser zu Gesundheitseinrichtungen unter gegebenenfalls pflegerischer Leitung ohne durchgehende ärztliche Verfügbarkeit um. **Damit werden 657 Krankenhäuser geschlossen** und in ärztlich betreute Erstversorgungs- und Übergangspflegeeinrichtungen umgewandelt. Die flächendeckende klinische Versorgung in ländlichen Regionen ist nicht gesichert sondern massiv gefährdet. Dies hat Folgen für die nichtklinische ärztliche Versorgung. **Dies schränkt auch die Klinikkapazitäten für pandemie- und katastrophengebundene Krisenfälle massiv ein.**

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 145 Tsd. klinische Arbeitskräfte durch DRG-Kodierung und Dokumentation gebunden.** Die Bürokratie wird massiv gesteigert durch zwei weitere DRG-Fallpauschalensysteme, durch Antrag und Begründung von Leistungsgruppen sowie durch deren Überprüfung mittels des Medizinischen Dienstes.

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

Dieser Anspruch ist eine Selbstverständlichkeit. Insbesondere in Gesundheitseinrichtungen des Level 1i droht jedoch aufgrund fehlender Interdisziplinarität ein **unterqualifizierter Einsatz der Pflegekräfte und Ärzte.** Es drohen **Abwanderungen bzw. Kündigungen** klinischen Personals. Es drohen weitere Abwanderungen klinischen Fachpersonals 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 die Krankenhäuser des Level 1 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 aktuelle Aufteilung nach Leistungsgruppen **entzieht wesentliche Leistungsangebote, die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bisher erbracht haben**, und deren Qualität oft durch zertifizierte Zentren belegt ist. So wird der ländlichen Bevölkerung eine hohe Anzahl an Leistungsgruppen bzw. Behandlungen bewusst entzogen. Ländliche Regionen bluten aus. Eine technische Unterausstattung vieler Häuser ist den Investitionskürzungen aller Bundesländer geschuldet. Wie dieses Problem zu lösen ist, wird nirgends geklärt.

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

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

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

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

7) Beurteilung

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

Finanzierung:

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

Bürokratie:

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

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

Klinikschließungen:

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

Massive Qualitätseinbußen:

Weitere gut 649 Krankenhäuser Level 1n mit Notfallversorgung verfügen zukünftig über ein signifikant reduziertes Leistungsangebot. Das führt zu signifikant schlechterer klinischer Behandlungsqualität insbesondere in ländlichen Regionen mit kleinen Krankenhäusern.

Personalengpässe:

Es drohen Abwanderung und Kündigungen von Pflegekräften aus unattraktiven Gesundheitseinrichtungen Level 1 wegen fehlender Interdisziplinarität und Spezialisierung, mangelnden Karrierechancen sowie geringen Weiterbildungsmöglichkeiten. Außerdem drohen Personalkündigungen, wenn ohnehin defizitären Krankenhäusern des Level 1 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, praktische klinische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften 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 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 1.306 der 1.887 bundesdeutschen Krankenhäuser bzw. 69,21% [RG, S. 7]. Hohe Qualität würde gerade auf 22,68% der bundesdeutschen Krankenhäuser (Level 2 und 3) konzentriert.

Kategorie	Anzahl	Prozent	Anmerkung
Level 3	164	8,69 %	Konzentration
Level 2	264	13,99 %	Konzentration
Level 1n	649	34,39 %	Verlust med. Leistungen
Level 1i	657	34,82 %	kein Krankenhaus
Sonstige	153	8,11 %	psychosomatisch u.a.
Gesamt	1887	100,00 %	

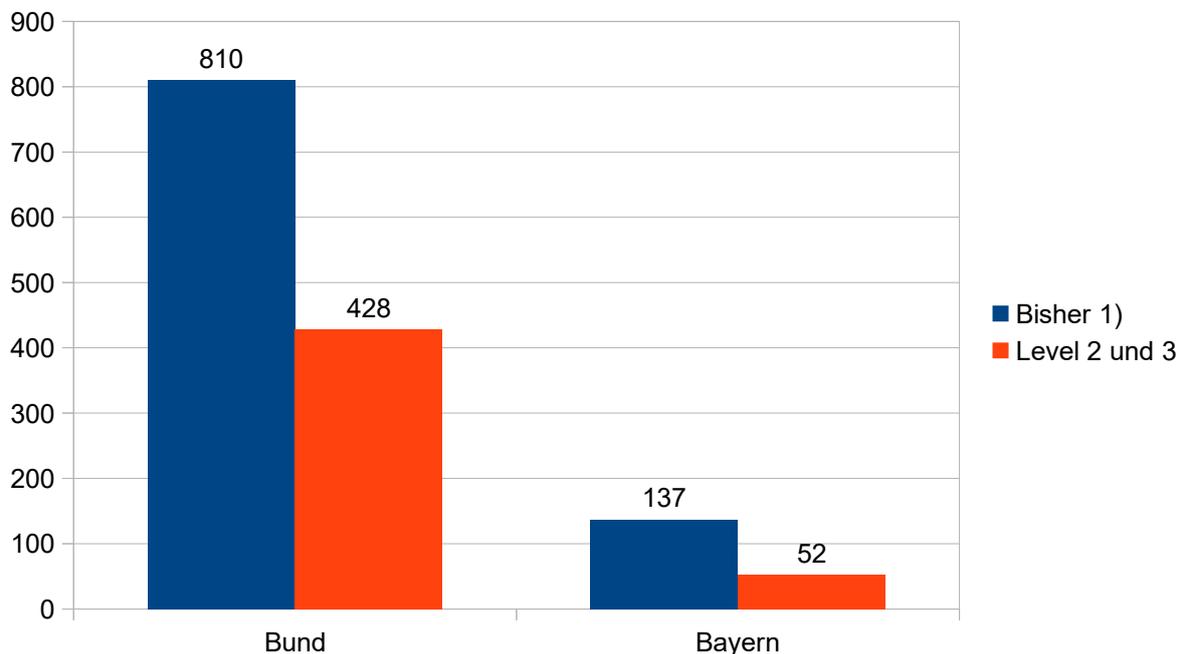
Dramatischer sieht die Entwicklung in Bundesländern mit großem Anteil ländlicher Regionen aus. Als Beispiel sei das Bundesland Bayern dargestellt. Unklar ist in Bayern jedoch die Einordnung von Fachkliniken. Für die Berechnung betroffener Krankenhäuser in Bayern wurde eine mittlerweile nicht mehr im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

**Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission
Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern**

Kategorie	Anzahl	Prozent	Anmerkung
Level 3	30	8,55%	Konzentration
Level 2	28	7,98%	Konzentration
Level 1n	150	42,74%	Verlust med. Leistungen
Level 1i	143	40,74%	kein Krankenhaus
Gesamt	351	100,00%	

Hohe Qualität würde gerade auf 16,52% der bundesdeutschen Krankenhäuser (Level 2 und 3) konzentriert.

Zu begrüßen ist, dass der überarbeitete Basisvorschlag der Regierungskommission die Geburtshilfe – anders als im Dezember 2022 – jetzt auch dem Level 1 zuordnet. Im Ursprungsentwurf war vorgesehen, dass lediglich Krankenhäuser des Level 2 und Level 3 Geburtshilfeabteilungen anbieten. Die hätte die aktuelle Anzahl von 810 Geburtshilfeabteilungen in Deutschland auf zukünftige 428 bzw. 53% verringert [RG, S. 34 ff.].²³



²³ 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: die Geburtshilfen in Bayern errechnen sich aus der Bayerischen Krankenhausstatistik 2021 (S. 16), Krankenhausplanung 2022, sind https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/a4200c_202100.pdf in der Krankenhausplanung sind lediglich 46 Versorgungsstufen/Level 2-3 zzgl. 6 Unikliniken vorgesehen, https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/06/20220101_bayerischer-krankenhausplan.pdf

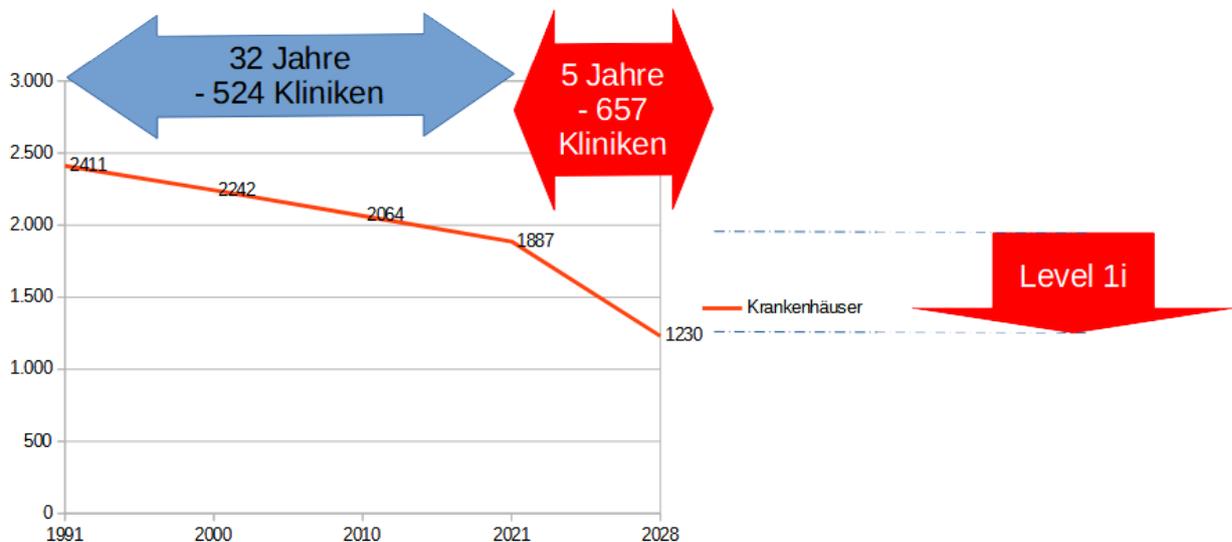
8) Organisiertes Kliniksterben

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

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

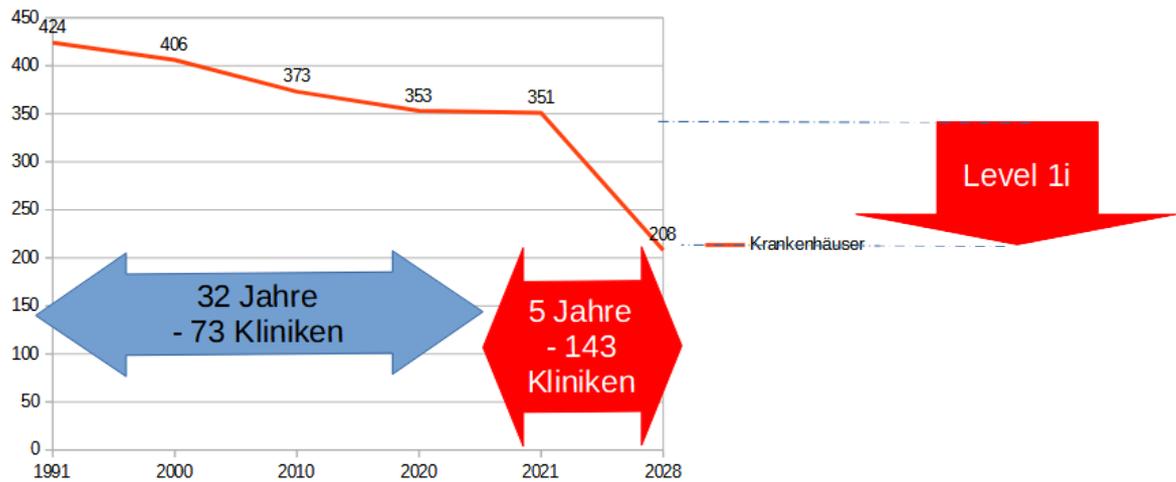
32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Deutschland

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel



32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Bayern

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel



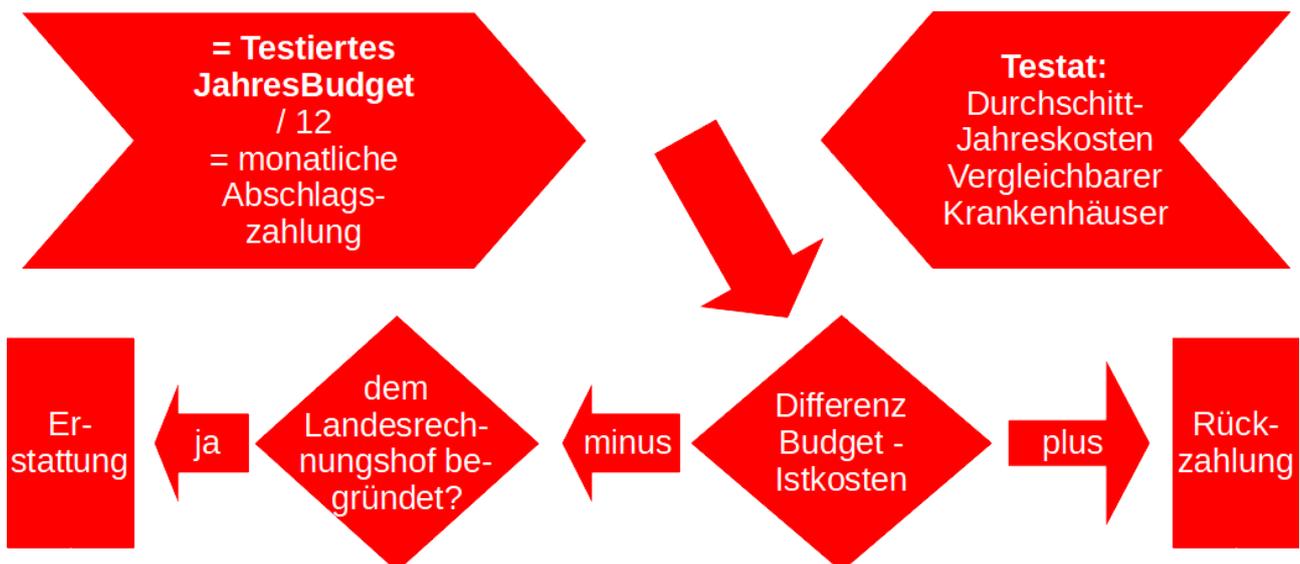
9) Das bessere Konzept

91) Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser

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

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

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



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

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

Im Gegensatz zur bewerteten Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission löst die **Selbstkostendeckung der Krankenhäuser** die grundlegenden Probleme der deutschen Krankenhäuser. ²⁴

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 **143 Tsd. (Stand 2020) bzw. 145 Tsd. (Stand 2021) klinische Arbeitskräfte** für die Patientenbehandlung zur Verfügung ²⁵
- 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 und seiner Regierungskommission fehlen der Mut zu einer grundlegenden Systemwechsel.

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

25 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.

**Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission
Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern**

Zur Ermittlung der zusätzlichen 145 Tsd. bereits beschäftigten klinischen MitarbeiterInnen, sei verkürzt nachfolgende Berechnung dargestellt. Klinische MitarbeiterInnen würden anstelle von Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die DRG-Fallpauschalen ohne Mehrkosten **der unmittelbare Patientenbehandlung** zur Verfügung stehen. Angenommen wird ein durchschnittlicher Anteil von 15% der klinischen Arbeitszeit am Computer für Dokumentation und Kodierung der DRG-Fallpauschalen: ²⁶

**Klinische Arbeitszeit 2021
gebunden durch DRG-Kodierung und Dokumentation**

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient
	100,00 %	203	498	356	1058	24,4	25,2	17,9	
Anteil Dokumentation	-30,00 %	-60,9	-149,4	-80,4	-290,7	-7,3	-7,6	-5,4	-20,3
davon klinisch notwendig	-15,00 %	-30,5	-74,7	-40,2	-145,4	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
davon Vergütung, Qualität verzichtbar	-15,00 %	-30,5	-74,7	-40,2	-145,4	-3,7	-3,8	-2,7	-10,1
Für die Behandlung	70,00 %	142,1	348,6	275,6	767,0				

Näheres zu dem Berechnungsschema entnehmen Sie bitte dem Konzept „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“. ²⁷

²⁶ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2021, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217005.xlsx?__blob=publicationFile,

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

²⁷ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

92) Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln

„Die Einführung bundeseinheitlicher „Versorgungsstufen“ oder „Level“ , kann grundsätzlich sinnvoll sein, um eine bundesländerübergreifende einheitliche Systematik für die Krankenhausstruktur einzuführen und die Mindeststandards in Ausstattung und Behandlungsspektrum zu gewährleisten. Lauterbachs Vorschlag für Krankenhaus-Level schlägt allerdings den falschen Weg ein: Das Level-Modell definiert nicht etwa Untergrenzen für eine Minimalversorgung, sondern schränkt auf der Grundlage der Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level rigide ein, welche Behandlungen es durchführen darf. Die Ausgestaltung der Level 1i und Level 1n zusammen mit der strikten Erfüllung von Leistungsgruppen bedeuten eine qualitative Herabstufung bestehender Krankenhäuser. Krankenhäuser des Level 1n werden ihr Behandlungsspektrum reduzieren müssen.“²⁸

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

Erreichbarkeit

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

Mindeststandard

Allgemeinkrankenhäuser sollten mindestens mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Intensivmedizin und Notfallversorgung, Notfallstufe 1²⁹ ausgestattet werden.

Spezialisierung

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

28 Bündnis Klinikrettung, Bündnis Klinikrettung stellt Vorschlag für eine bedarfsgerechte Krankenhausstruktur vor, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-stellt-vorschlag-fuer-eine-bedarfsgerechte-krankenhausstruktur-vor/>
29 Zu der Ausstattung der Kliniken der Notfallstufe 1 in: Gemeinsamer Bundesausschuss „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“, https://www.g#ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf. Wobei nicht sinnvoll ist die mengenmäßige Vorschrift sechs Intensivbetten und entsprechendes ärztliches und pflegerisches Personal vorzuhalten. Ein kleines ländliches Krankenhaus mit ausreichenden 2 Intensivbetten ist durch die jetzige Regelung von der Vergütung der Notfallpauschale ausgeschlossen und ist gezwungen, Notfallpatienten abzuweisen.

Ambulantisierung

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

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

Erweiterung des Versorgungsangebots für Krankenhäuser Level 1n

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

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

1.1 Allgemeine Innere Medizin

einfache Gastroenterologie und Diabetologie

8.2 Interventionelle Kardiologie

9.1 Allgemeine Chirurgie

incl. einfache Viszeralchirurgie

14.1 Endoprothetik Hüfte

14.2 Endoprothetik Knie

14.3 Revision Hüftendoprothese

14.4 Revision Knieendoprothese

14.5 / 25.2 Wirbelsäuleneingriffe

17.1 Augenheilkunde

18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten

20.1 Urologie

21.1 Allgemeine Frauenheilkunde

21.4 Geburten

23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

24.1 HNO

26.1 Allgemeine Neurologie

26.2 Stroke Unit

27.1 Geriatrie

28.1 Intensivmedizin

29.1 Palliativmedizin

Anmerkungen: Unter den überarbeiteten 64 neuen Leistungsgruppen gibt es:

2.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

3.1 Komplexe Gastroenterologie

16 Viszeralchirurgie

Aus diesem Grund wird auf die Notwendigkeit einfacher gastroenterologischer, diabetologischer und viszeralchirurgischer Behandlungen im Level 1n gesondert hingewiesen.

Öffnungsklauseln

Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen der Bundesländer, z.B. ausgeprägte städtische oder starke ländliche Strukturen, muss der obige Vorschlag für erweiterte zulässige Leistungsgruppen im Level 1n durch eine **Öffnungsklausel der Bundesländer** erweitert werden, d.h. jedes Bundesland sollte die Möglichkeit haben, weitere Leistungsgruppen den Krankenhäusern Level 1n zuzuordnen.

10. Literatur

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

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/>