

Auswirkungsanalyse

zum
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
[KHVVG] - Drucksache 20/11854

Projektstudie



Inhalt

Seite

1 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG - Überblick	
11 Notwendige Auswertungsanalyse	3
12 Notwendige Alternativkonzepte	3
13 Hintergrund	5
14 Lauterbachs Krankenhausreform wird Laumanns Krankenhausreform	6
15 Überraschende Neuerungen	10
16 Analyseverfahren	14
	15
2 Ziele der geplanten Krankenhausreform	16
3 Säulen der geplanten Krankenhausreform	17
4 Kritik an der geplanten Krankenhausreform	
41 Einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)	18
42 System von Leistungsgruppen	18
43 Level 1i – sektorenübergreifend – durch die Hintertür	26
44 Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung	32
45 Transformationsfonds	33
46 Ambulante Versorgungsangebote	38
47 Erreichbarkeiten	41
5 Unbeachtete Aspekte	44
51 Krankenhaus als Gesundheitsdrehscheibe	44
52 Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen	46
53 Zwang der Bundesländer zur Limitierung	48
54 Schwierige Realisierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung	50
6 Validierung an den Zielen der Krankenhausreform	52
7 Beurteilung	54
8 Organisiertes Kliniksterben	58
9 Das bessere Konzept: Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser	60
10 Fazit	64
11 Mahnung	65
12 Literatur	66

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 Levels 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.²

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

² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie „Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser“, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299284099/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1718970949>

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.³

Auf Bundesebene wären die Geburtshilfeabteilungen von 810 auf zukünftige 428 reduziert worden, in Bayern von 138 auf nur noch 52.⁴ Diese erste – verkürzte – Auswirkungsanalyse 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.⁵ Die Auswirkungsanalyse 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:

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>⁶

Bemerkenswert ist die Begriffsänderung, die das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz jetzt formuliert: Level 1i heißen jetzt „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“. Bemerkenswert ist auch, dass sich spätestens mit dieser sehr frühzeitigen Auswirkungsanalyse viele Partner im Gesundheitswesen auf den Weg machten und ebenfalls detaillierte Stellungnahmen auf den Weg brachten, zum Schluss im Rahmen der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags.

³ 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>

⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ebenda

⁵ hcb Institute for Health Care Business GmbH, Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf

⁶ 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"**.⁷

Zur alternativen Krankenhausstrukturen erstellte sie das Konzept **„Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln“**.⁸

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 166.400 Beschäftigten bzw. 126.150 Vollkräften für die Behandlung der Patientinnen, die bisher unproduktiv für Kodierung und Dokumentation der DRG-Fallpauschalen gebunden werden.⁹ Dass diese Personalressourcen im Gegenwert von 10,6 Mrd. Euro in Zeiten akuten Personalmangels nicht genutzt werden, ist der größte Skandal der geplanten Krankenhausreform.¹⁰

Trotz aller Kritik – das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde am 17. Oktober 2024 im Deutschen Bundestag beschlossen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach gibt gleichzeitig seine Absicht zu: „Gleichzeitig werden nicht notwendige Krankenhäuser abgebaut oder umgewandelt.“¹¹ Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz kann allenfalls noch im Bundesrat blockiert werden.

⁷ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

⁸ 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/>

⁹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Personal gebunden durch DRG-Fallpauschalenabrechnung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>

¹⁰ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

¹¹ Bundesgesundheitsministerium, Bundestag beschließt Krankenhausreform, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhausreform-pm-17-10-2024.html>

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, ist sie nicht zustande gekommen.¹²

Trotzdem: Das deutlich veränderte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde im Bundestag verabschiedet. Die Veränderungen werden tiefgreifend sein!

Basis ist ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, an das sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach jedoch mehrfach nicht gehalten hat.¹³ 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

¹² 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

¹³ 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.¹⁴

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 verabschiedete Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz 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 im Bundesrat angenommen wird – dazu war das vorher formulierte Eckpunktepapier zu ungenau. Dazu weicht auch das verabschiedete KHVVG zu weit vom vorab verabschiedeten Eckpunktepapier ab.

¹⁴ 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, das verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, Drucksache 20/11854 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 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 also gefallen.¹⁵ 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.¹⁶

¹⁵ Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>

¹⁶ Regierungskommission, , Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung,

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. ¹⁷ 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. ¹⁸

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

¹⁷ Bundesgesundheitsministerium, Eckpunktepapier, ebenda

¹⁸ 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 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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.¹⁹ 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]. Umgekehrt erfordern die beiden Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie zwingend die weitere Leistungsgruppe Notfallversorgung – dies wird zwangsweise zu Schließungen vieler Allgemeinkrankenhäuser und Umwandlung in „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ führen.

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.²⁰

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.²¹ Vollmundig bekundet die Bertelsmann-Studie: „Wie die Simulation zeigt, könnte die Region

¹⁹ 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>

²⁰ 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?](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)

[tx_rsmbstpress_pi1%5Bdate_from%5D=05.01.2009&tx_rsmbstpress_pi1%5Bpage%5D=12,](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

²¹ Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, ebenda

mit 14 statt den aktuell 38 Akutkrankenhäusern eine bessere Versorgung bieten, ...“
Trotzdem:²² NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, der diese Bertelsmann Studie in Auftrag gab, nutzte sie für seine NRW-Krankenhausreform mit landeseinheitlichen Leistungsgruppen ohne Level bzw. ohne landeseinheitliche Krankenhausstrukturen, unterstützt von den gleichen 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.“²³

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.“²⁴

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 sektorenübergreifenden 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]

²² Bertelsmann-Stiftung 5.07.2019, ebenda

²³ Ärzteblatt.de, Krankenhausreform in NRW wird konkret,

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

²⁴ WAZ, Krankenhausreform kommt - Kliniksterben geht vorerst weiter, <https://www.waz.de/politik/landespolitik/bund-und-laender-einigen-sich-auf-krankenhausreform-id238913075.html>

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

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 verschwiegen ²⁵
- bedurfte es deshalb einer ergänzenden Auswirkungsanalyse über den Umfang zu schließender oder im Leistungsumfang umfassend zu kürzender Krankenhäuser ²⁶
- hätte es im Mai 2023 nicht einer deutlichen Korrektur der vorgeschlagenen Krankenhausreform bedurft. ²⁷

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 ²⁸

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

„Sektorenübergreifende Versorger (Level 1i-Krankenhäuser) nehmen nicht an der Notfallversorgung im Sinne des G-BA Notfallstufenkonzepts teil und werden damit grundsätzlich nicht vom Rettungsdienst angefahren; ...“ ²⁹

²⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Lauterbachs Krankenhausreform ohne wissenschaftliche Evidenz?, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/ohne-wissenschaftliche-evidenz/>

²⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zynische Auswirkungsanalyse, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/zynische-auswirkungsanalyse/>

²⁷ 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

²⁸ Regierungskommission, , Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 15 f.

²⁹ 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 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz enthält gegenüber der Dritten Stellungnahme der Regierungskommission, dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, dem ersten und dem zweiten Arbeitsentwurf überraschende Neuerungen.

³⁰ 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
- Strukturmerkmale der 65 Leistungsgruppen

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

³⁰ Bundesgesundheitsministerium, Bundeskabinett beschließt Krankenhausreform,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinett.pdf

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.³¹ Verbände und Bürger fordern die Länder ergänzend zum Widerstand gegen das verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz im Bundesrat auf.³²

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

[KHVVG] Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

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

³¹ Merkur, Krankenhausreform: Bayerns Ärger über geleakten Lauterbach-Plan,
<https://www.merkur.de/politik/krankenhaus-reform-karl-lauterbach-gesundheitsminister-leak-bayern-csu-92536750.html>

³² 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.].

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 2020.³³
- 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?

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

3 Säulen der geplanten Krankenhausreform

Die Säulen des KHVVG 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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 im Eckpunktepapier und im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 hat sie jedoch – ohne Auswirkung auf die Krankenhausplanung der Bundesländer – für ein bundesweites Krankenhaustransparenzregister, d.h. eine bundesweite Qualitätsdatenbank, verwendet. Das dazu verabschiedete Krankenhaustransparenzgesetz soll dazu führen, dass sich PatientInnen vielfach vorrangig für Behandlungen in Großkliniken entscheiden.

Das Krankenhaustransparenzgesetz wurde in einer eigenen Broschüre kritisch bewertet.

³⁴

- 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.

³⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/krankenhaustransparenzgesetz/>

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. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,
4. Übergangspflege nach § 39e,
5. Kurzzeitpflege nach § 39c. ...

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen. ...

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

Leistungsumfangs. Einschneidend und qualitativ 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 Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ...

„(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.“
[KHVVG, § 115g SGB V]

Im Weiteren unterstreicht das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz den niedrigen Level der ggf. stationären Behandlung:

„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind.“ [KHVVG, § 115g SGB V]

Bewertung: Aufgrund des Zugriffs auf Vertragsärzte ist im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz folgerichtig auch **keine ärztliche Verfügbarkeit an 7 Tagen und 24 Stunden** geregelt. Das ist bei 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 1.874 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.³⁵ Besonders betroffen sind Bundesländer mit vielen dünn besiedelten ländlichen Regionen. Bayern verfügt über 143 der 352 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 Berchtesgaden, Dinkelsbühl und Rothenburg ob der Tauber diskutiert.³⁶ In Ebern und Bad Brückenau, Wegscheid und Tirschenreuth wurde der Verzicht auf stationäre Notfallversorgung bereits vollzogen.³⁷ In Mainburg und Kösching wurde die Abschaffung beschlossen.³⁸

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

³⁵ 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/>

³⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen (einschließlich Unterreiter), <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>

³⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, geplante Klinikschließungen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/>

³⁸ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ebenda

Level 1N lokal Notfallversorgung	sektorenübergreifende 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 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.³⁹

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.

³⁹ 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 das 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: *„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.“* [KHVVG: § 6c 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?
- Können die Landesverbände der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen die Landesplanung der Länder, hier die Absichten zu Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen durch mangelndes Einvernehmen beeinflussen oder gar verhindern?

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 gestaltete Krankenhausreform schafft die Krankenhauslevel nicht wirklich ab. Seine Krankenhausreform manifestiert sich also in zwei Gesetzentwürfen, das bereits in Kraft getretene Krankenhaustransparenzgesetz mit Leveln für ein bundeseinheitlich gegliedertes Krankenhaustransparenzregister und das vom Bundestag verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.

Das Krankenhaustransparenzgesetz wird an anderer Stelle kritisch gewürdigt.⁴⁰ 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 substanziellen neuen Informationen.
- Ein Krankenhausatlas „Kliniken in Gefahr“ nach Notfallstufen existiert bereits, deshalb sind Level auch zu Informationszwecken überflüssig.⁴¹

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.“⁴²

Wir zitieren Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach:

„Nach einer Übergangsphase bezahlen wir nicht mehr, wo die Qualität schlecht ist.“⁴³

⁴⁰ 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>

⁴¹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Manuel Jokiel, <https://www.initiative-klinik-erhalt.de/index.php>

⁴² Vgl. Zeit online, ebenda

⁴³ 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]:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen. Für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für das jeweils folgende Kalenderjahr und ein Land, die bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres zu erfolgen hat, sind die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und die Krankenhausfälle mit den Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweils folgende Kalenderjahr zu bewerten“ [§ 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 anscheinend autonom über die Vergabe von Leistungsgruppen: *„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt.“* [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, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits.“* [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 Deutschen 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 einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin 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 ⁴⁴

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.**

⁴⁴ 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) ⁴⁵

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 Krankenhausverbesserungsgesetz verhindern, dass in bestimmten Regionen für notwendig erachtete Leistungen aus bestimmten Leistungsgruppen noch angeboten werden.

⁴⁵ 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.⁴⁶

Jetzt richtet sich die Vergütung der Vorhaltepauschalen ausschließlich nach Leistungsgruppen – Level spielen keine Rolle mehr: „(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige standortbezogene Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts.“ [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).

⁴⁶ 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 restriktiv 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.

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, der Hochschulmedizin 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 Level 1i – sektorenübergreifend – durch die Hintertür

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbachs Krankenhausreform, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird kommen, mit großen oder kleinen Änderungen im Bundesrat zu Leistungsgruppen, Vorhaltevergütung wahlweiser Einführung Sektorenübergreifender Versorgungszentren in den Bundesländern. Die erste Lesung hat bereits stattgefunden, im Herbst wird ein Kompromiss mit den Bundesländern zu strittigen Fragestellungen angestrebt.

Sehr schnell haben die Bundesländer den radikalen Eingriff in ihre Krankenhausplanung erkannt. **657 der aktuell 1.893 Krankenhäuser wären aufgrund fehlender Basisnotfallversorgung zwangsweise zu Level 1i unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung ohne Notaufnahme und ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit degradiert worden.**⁴⁷

Durch die Hintertür könnte über die Definition der allgemeinklinischen Leistungsgruppen das gleiche zwangsweise Kliniksterben ausgelöst werden könnte, wie es über Level 1i vorgesehen war.

Hierzu enthält das KHVVG erstmals die konkreten Leistungsgruppen. **Die allgemeinklinischen Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ benötigen beide zwingend auch die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“** mit Notfall-Labor, 1 Facharzt mit Weiterbildung Intensivmedizin, 3 intensivmedizinisch erfahrenen Fachärzten in Rufbereitschaft rund um die Uhr. Weitere Strukturmerkmale werden folgen. **Diesen Standard werden die meisten Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung nicht erreichen.** Sie werden keinen Versorgungsauftrag für die „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ erhalten und müssen dann zwangsweise schließen.

Viele der 657 Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung sind also akut und wohl auch gewollt gefährdet.

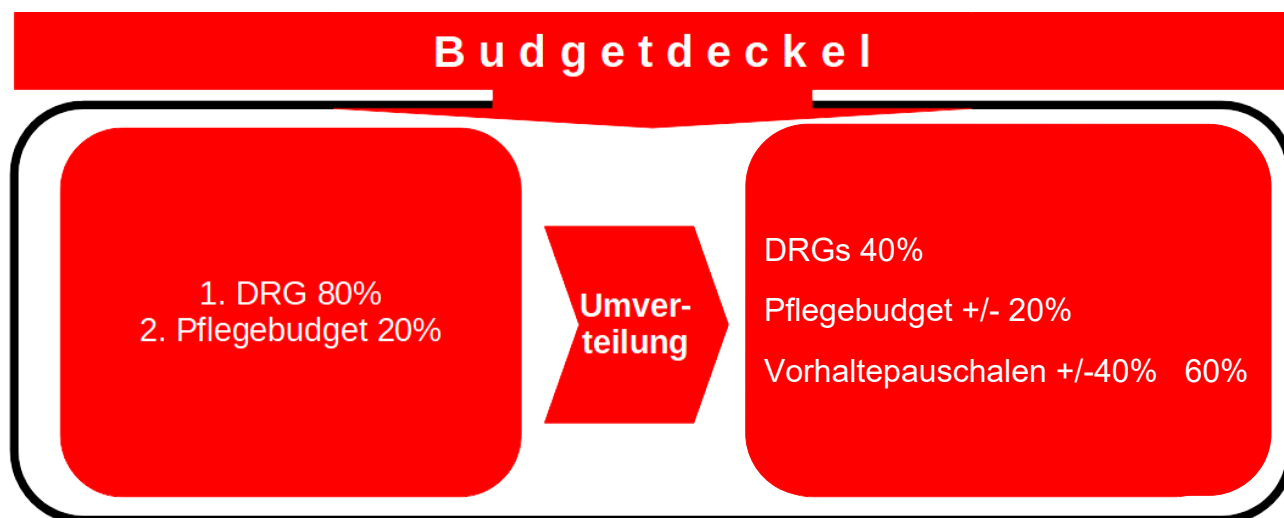
⁴⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern: Projektstudie „Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser aktualisierte Ausgabe Juli 2023), <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299284099/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1710843641>

44 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. ⁴⁸

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 589.000 Euro pro Stunde bzw. insgesamt 12,6 Mrd. Euro an operativen Vergütungsmitteln insgesamt ⁴⁹, 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.

⁴⁸ Bündnis Klinikrettung, Beratung im Bundestag: Lauterbachs Reform führt zu weiteren Schließungen, <https://www.gemeingut.org/beratung-im-bundestag-lauterbachs-reform-fuehrt-zu-weiteren-schliessungen/>

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

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.⁵⁰

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“.*⁵¹

Bewertung: Das KHVVG deckelt – trotz drohender Insolvenzen - die Einnahmen der Krankenhäuser. Die finanziellen Mittel für Krankenhäuser (bisher überwiegend DRG-Fallpauschalen) werden in unveränderter Höhe lediglich neu aufgegliedert 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.⁵²

⁵⁰ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhäuser sind gefährdet wie nie zuvor,

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

⁵¹ Tageschau.de, Haushaltsverlierer Lauterbach, <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/haushalt-gesundheit-100.html>

⁵² 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.“⁵³ 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 -589.000 € und bayernweit stündliche Defizite im Umfang von -143.000 €. ⁵⁴ 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.*“⁵⁵

⁵³ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>

⁵⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, <https://www.dkgev.de/>, Bayerische Krankenhausgesellschaft, tickende Defizit-Uhr, <https://www.bkg-online.de/>

⁵⁵ TAZ, Einigung bei Krankenhausreform, <https://taz.de/Plaene-von-Karl-Lauterbach/!5943399/>

„Werden Kliniken schließen? Ja, das wird passieren. Für die aktuell 1.719 Krankenhäuser gebe es bereits jetzt nicht genug Personal, viele Kliniken schrieben rote Zahlen und seien von Insolvenz bedroht, sagt Lauterbach. Mit seiner Reform will er das erwartete Kliniksterben begrenzen: "Wenn es am Ende 20 Prozent Krankenhäuser weniger gibt, diese aber bessere Versorgung bieten, dann ist das aus meiner Sicht richtig." ⁵⁶

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission setzen statt auf einer Erhöhung der Finanzmittel für Krankenhäuser auf weniger Krankenhäuser, vermeintlich "unnötige" Operationen und verstärkte Ambulantisierung der Krankenhäuser ohne Übernachtungskosten. ⁵⁷

Exakt die angestrebte 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 12,6 Mrd. Euro nicht. ⁵⁸

⁵⁶ Tagesschau.de, <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/krankenhausreform-bundestag-faq-100.html>

⁵⁷ 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/>

⁵⁸ 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 abschließende Fragestellung:

Wie viele Krankenhäuser sind gefährdet, solange es – wie im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorgesehen – keine zusätzlichen Finanzmittel für deutsche bzw. bayerische Krankenhäuser gibt? Hier hilft eine Curacon-Erhebung: 55 Prozent der deutschen Krankenhäuser schreiben lt. einer Curacon-Umfrage negative Jahresergebnisse.⁵⁹ Ihnen fehlen jährlich 12,6 Milliarden Euro.⁶⁰ 55 Prozent von aktuell 1.854 deutschen Krankenhäusern bedeutet: **Bei unveränderter Finanzlage müssten mittelfristig bis zu 1.030 Krankenhäuser schließen** – ein unvorstellbarer Krankenhauskahlschlag mit fatalen Folgen für die wohnortnahe klinische Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen.

Noch kritischer ist die Gefährdung in überwiegend ländlichen Bundesländern aus:

Den bayerischen Krankenhäusern fehlen aktuell lt. Bayerischer Krankenhausgesellschaft knapp 2 Mrd. Euro.⁶¹ Dies wird so bleiben. Sollten 2024 – wie im Rahmen einer BKG-Umfrage geschätzt - 79% aller bayerischen Krankenhäuser Defizite erwirtschaften, **dann sind von 352 bayerischen Krankenhäusern langfristig 278 potentiell gefährdet!**

⁵⁹ BibliomedManager, Zahl der Kliniken mit Fehlbetrag wächst deutlich, <https://www.bibliomedmanager.de/news/zahl-der-kliniken-mit-fehlbetrag-waechst-deutlich>

⁶⁰ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, Wie entsteht das Defizit? <https://www.dkgev.de/dkg/presse/defizituhr/>

⁶¹ BKG, Defizit-Uhr, <https://www.bkg-online.de/>

45 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 in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro.“ [§135f SGB V]

„(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ... [Einsetzen: Datum und Fundstelle des Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. ...

Aus dem Transformationsfonds können gefördert werden

- 1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf die an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser erforderlich ist,*
- 2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, das nach § 6c Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,*
- 3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einschließlich der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, 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 Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,*
- 5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden,*
- 6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und*
- 7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten.“ [§ 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.

46 Ambulante Versorgungsangebote

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

„Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine 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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1.

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

47 Erreichbarkeiten

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

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 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 zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt

- 1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,*
- 2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.“ [KHVVG: § 6a, Abs. 4 KHG].*

Bewertung: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat in seinem 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. Entsprechende Qualitäts- und Strukturvorgaben insbesondere bei kleinen Krankenhäusern in ländlichen dünn besiedelten Regionen erschienen oft unerfüllbar und hätten zur Schließung von Abteilungen oder des ganzen Krankenhauses geführt. Speziell in diesen Regionen wäre die klinische Erreichbarkeit und Versorgung signifikant schlechter, nicht besser, geworden.

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

Auch ist die Begrenzung der Ausnahme auf maximal 3 Jahre zu beanstanden. Was ist danach? Gilt das Recht des Bürgers etwa nicht unbegrenzt?

Das Bündnis Klinikrettung fordert schon lange bundesweit maximal 30 Fahrzeitminuten für ein Allgemeinkrankenhaus mit den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Intensivmedizin und Basisnotfallversorgung.⁶² 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.⁶³ Bereits 2024 sind in Bayern 162 Postleitzahlregionen aufgrund höherer Fahrzeiten zum nächstgelegenen Krankenhaus medizinisch unterversorgt.⁶⁴ Ein neuer Krankenhausatlas "Kliniken in Gefahr" belegt sichtbar, dass aktuell etliche Regionen von einer entsprechenden klinischen Versorgung binnen 30 Fahrzeitminuten abgeschnitten sind.⁶⁵

Allerdings ist die Regelung im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nicht ausreichend:

1. Die Geburtshilfe ist einzubeziehen.
2. 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 Allgemeinkrankenhaus binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen, erwirtschaften oft hohe einstellige und teilweise sogar zweistellige Verluste, die auszugleichen sind, um eine Insolvenz abzuwenden. Dagegen sind Zuwendungen im Umfang von 1 Mio. Euro zu unzureichend.

⁶² 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

⁶³ 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/>

⁶⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Klinische Unterversorgung in Bayern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

⁶⁵ 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.⁶⁶

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)⁶⁷
- 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)⁶⁸

⁶⁶ 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-rodung/>

⁶⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ebenda

⁶⁸ 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 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz überhaupt nicht berücksichtigt. 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 praktische Ausbildung der Pflegekräfte insgesamt 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.⁶⁹

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.

⁶⁹ 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 seiner 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 und das KHVVG bezeugen 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

Kooperierende ambulante Ärzte und Belegärzte, so wie im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorgesehen, stehen im **ständigen Konflikt zwischen der ambulanten Behandlung 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 ca. 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, oder wenn reguläre Krankenhäuser aufgrund nicht erfüllbarer Kriterien für Leistungsgruppen viele Leistungsangeboten 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 Leistungsgruppen, ist in der gegenwärtigen Fassung mit der Kompetenzordnung des Grundgesetzes nicht vereinbar. **Krankenhausstrukturen gehören zur Krankenhausplanung der Bundesländer.**⁷⁰

⁷⁰ 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/>,

Verfassungswidrig könnte auch der Transformationsfonds sein, hälftig zu finanzieren aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und den Bundesländern. Insbesondere investive Anpassungen der Krankenhäuser an die benötigten Strukturen der Leistungsgruppen oder gar durch Teil- oder Gesamtschließungen sind nicht zentrale Aufgabe der Krankenkassen. Der VdeK schreibt hierzu: „*Ein gesetzlicher Zugriff auf die Beiträge der GKV sei, so Felix, nach unserer Verfassung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) nur möglich, wenn damit ein hinreichend spezifischer Bezug zum Binnensystem der GKV verbunden ist (BSG, Urt. v. 18. März 2021 – B 1 A 2/20 R), insbesondere wenn dadurch die gesetzlich festgelegten Aufgaben der GKV umgesetzt werden sollen. Bei der erforderlichen Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung handle es sich jedoch im Sinne der Daseinsvorsorge um die Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Dies bedeutet umgekehrt nicht, dass eine Förderung des erforderlichen Strukturwandels über einen Transformationsfonds unmöglich ist. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind jedoch aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu finanzieren.*“⁷¹

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstrukturen gehören zur Krankenhausplanung der Bundesländer, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/versto%C3%9F-gegen-die-verfassung/>

⁷¹ Vdek, Auf dem verfassungsrechtlichen Irrweg,

<https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-03/transaktionsfonds-khvvg-verfassungsrecht.html>

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 Augurzky liefert dafür das "Berechnungsmodell der Vorhaltepauschalen".⁷²

Die Bemessung der Vorhaltepauschalen eines Krankenhauses zu einer Leistungsgruppe ist abhängig von den bisherigen Leistungen des Krankenhauses. Gleichzeitig ist sie 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 an die verbleibenden Krankenhäuser.
- 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."*⁷³

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

⁷² BibliomedManager, Wie Boris Augurzky Vorhaltekosten berechnen will, <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/48490-fallzahlunabhaengiger-vorschlag-zur-berechnung>

⁷³ 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 und Konzentration in Ballungszentren)?

Wenn sich also die Bundesländer im Einklang mit dem Verteilerschlüssel 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 oder per Insolvenz im freien Fall.
- Lauterbach erreicht trotz Aufgabe der Level 1n, 2 und 3 sein unausgesprochenes Ziel einer Kostenbegrenzung mittels 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 per Krankenhausplanung Krankenhäuser. 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 Budgetdeckung.“
[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. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,*
 - 4. Übergangspflege nach § 39e,*
 - 5. Kurzzeitpflege nach § 39c. ...*
- [KHVVG: § 115g SGB V]

Völlig ungeklärt ist der in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission und im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.“

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, jetzt realisiert im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, 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 Sektorenübergreifenden Versorgungszentren ohne Notfallversorgung wandeln – je nach Verwendung in den Bundesländern - bis zu 657 Krankenhäuser in Gesundheitseinrichtungen 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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz definierte limitierte Erlösvolumen wird die Situation defizitärer Krankenhäuser nicht 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 166.4600 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 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. 12,6 Mrd. €. Weiteres signifikantes Kliniksterben ist zu erwarten.**

7 Beurteilung

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 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 12,6 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 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 nicht 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 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 Sektorenübergreifende Versorgungszentren 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
Auswirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache 20/11854

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:

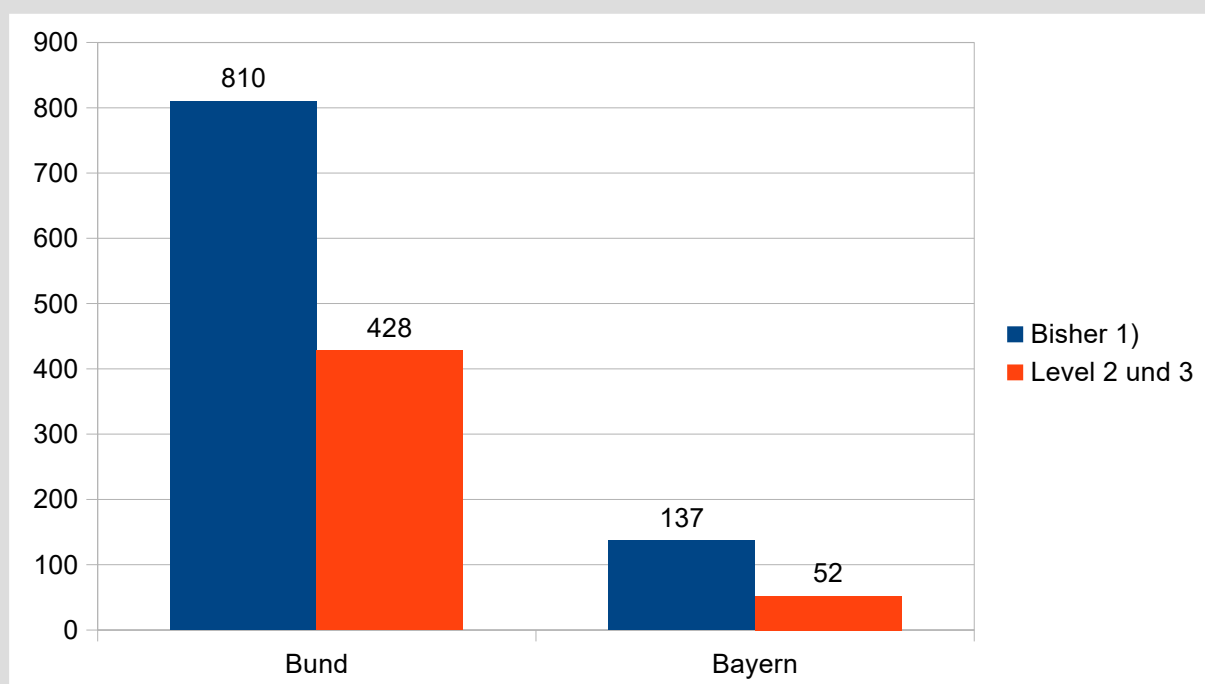
Kategorie	Anzahl	Prozent	Anmerkung
Level 3	30	8,55 %	verworfen
Level 2	28	7,98 %	verworfen
Level 1n	150	42,74 %	verworfen, ggf. Beschränkungen durch Leistungsgruppen
Level 1i	143	40,74 %	ggfs Schließungen
gesamt	351	100,00 %	

Kürzungsvolumen bis zu: **83,48 %**

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

Zu begrüßen ist, dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – 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.].⁷⁴

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



⁷⁴ 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

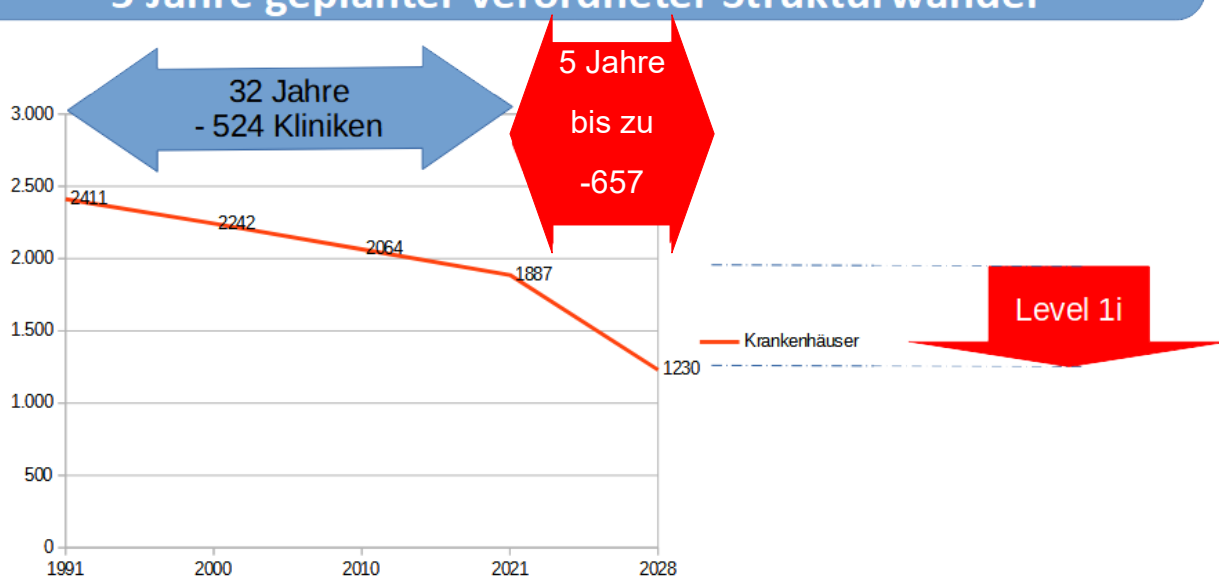
8 Organisiertes Kliniksterben

Aus der Beurteilung der geplanten Krankenhausreform leitet sich für Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – 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 ergänzen Klinikschließungen aus ökonomischen Gründen durch organisiertes Kliniksterben in viel größeren Dimensionen.
- Aus den Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen an allen deutschen (bayerischen) Krankenhäuser leiten sich Krankenhausschließungen in bisher unvorstellbarem Umfang ab.

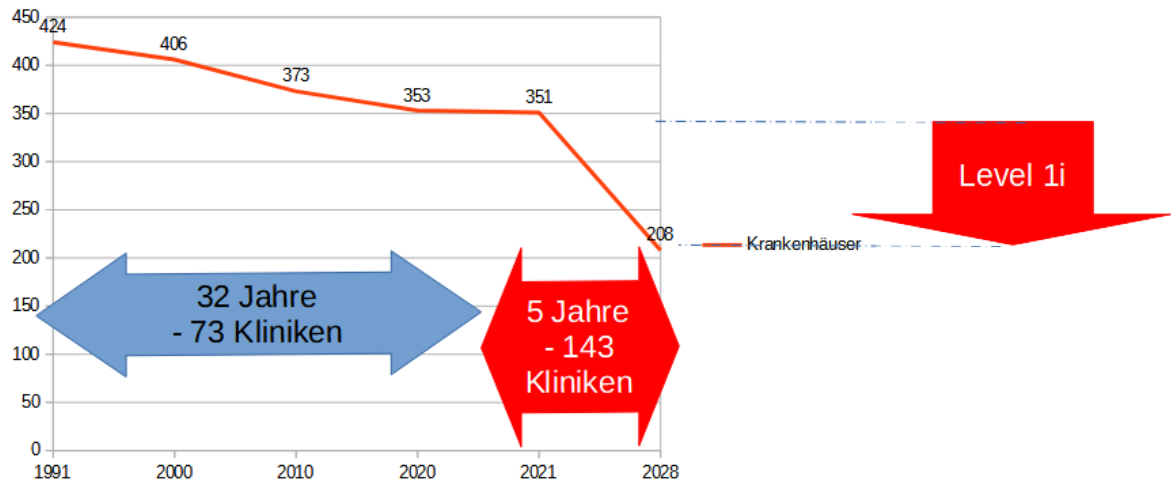
32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Deutschland

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel



32 Jahre kalter Strukturwandel aus finanziellen Gründen in Bayern

5 Jahre geplanter verordneter Strukturwandel

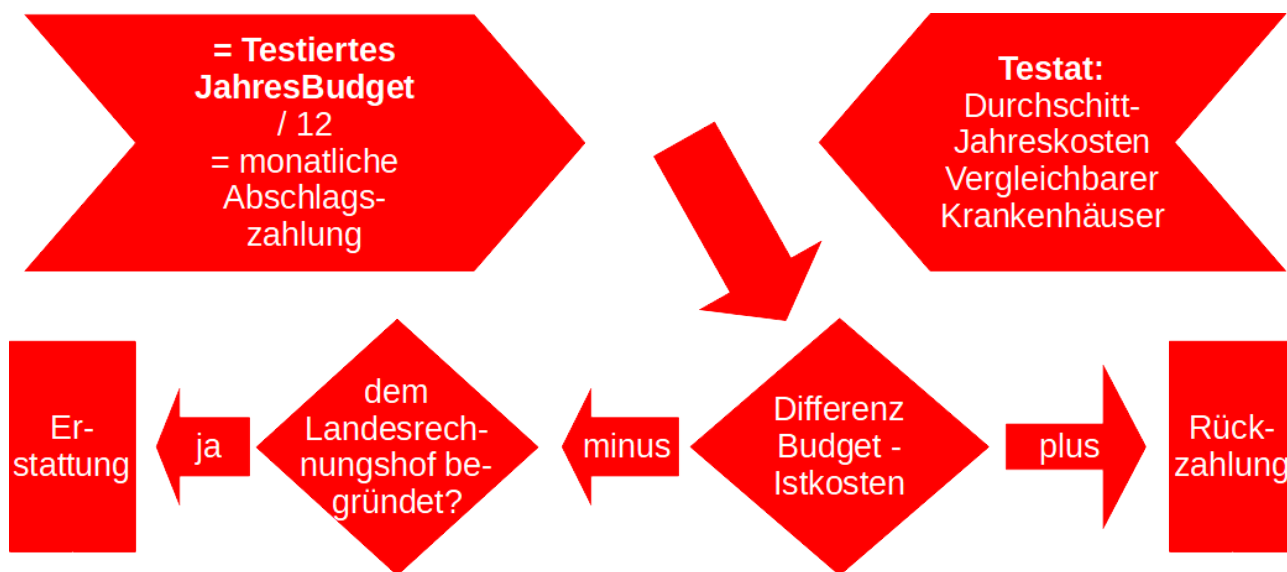


9 Das bessere Konzept: Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser

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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz löst die **Selbstkostendeckung der Krankenhäuser** die grundlegenden Probleme der deutschen Krankenhäuser.⁷⁵

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 **166.400 klinische Arbeitskräfte bzw. 126.150 Vollkräfte** für die Patientenbehandlung zur Verfügung (Stand 2023)⁷⁶
- 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.

⁷⁵ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,
https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

⁷⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Personal gebunden durch DRG-Fallpauschalenabrechnung,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Auswirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache
20/11854

Zur Ermittlung der zusätzlichen 166.400 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: ⁷⁷

Das entspricht 126.150 klinischen Vollzeitkräften:

Klinische Arbeitskräfte 2023 (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 %	212	528	369	1109	25,5	26,6	18,3	70,4
davon Dokumentation	-30,00 %	-63,6	-158,4	-110,7	-332,7	-7,7	-8,0	-5,5	-21,1
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-31,8	-79,2	-55,4	-166,4	-3,8	-4,0	-2,7	-10,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-31,8	-79,2	-55,4	-166,4	-3,8	-4,0	-2,7	-10,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	148,4	369,6	258,3	776,3	17,9	18,6	12,8	49,3

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-18, Fach 23111-21

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2022, Fach 23121-03

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630227005.xlsx?__blob=publicationFile

Klinische Vollzeitkräfte 2023

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 %	176	391	274	841	25,5	26,6	18,3	70,4
davon Dokumentation	-30,00 %	-52,8	-117,3	-82,2	-252,3	-7,7	-8,0	-5,5	-21,1
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-26,4	-58,7	-41,1	-126,15	-3,8	-4,0	-2,7	-10,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-26,4	-58,7	-41,1	-126,15	-3,8	-4,0	-2,7	-10,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	123,2	273,7	191,8	588,7	17,9	18,6	12,8	49,3

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-12

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2022, Fach 23121-03

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630227005.xlsx?__blob=publicationFile

Näheres zu dem Berechnungsschema entnehmen Sie bitte dem Konzept „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“. ⁷⁸

⁷⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Personal gebunden durch DRG-Fallpauschalenabrechnung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>

⁷⁸ 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
Auswirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache 20/11854

Allein im Flächenland Bayern würden 27.400 bereits beschäftigte klinische MitarbeiterInnen anstelle von Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die DRG-Fallpauschalen ohne Mehrkosten **der unmittelbaren Patientenbehandlung** zur Verfügung stehen:⁷⁹

Das entspricht 20.300 klinischen Vollzeitkräften:

Klinische Arbeitskräfte 2023 (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 %	34,1	85,7	62,7	182,5	3,9	4,1	2,9	10,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-10,2	-25,7	-18,8	-54,8	-1,2	-1,2	-0,9	-3,3
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-5,1	-12,9	-9,4	-27,4	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-5,1	-12,9	-9,4	-27,4	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	23,9	60,0	43,9	127,8	2,7	2,9	2,0	7,6

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-19, Fach 23111-20

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2022, Fach 23121-04

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630227005.xlsx?__blob=publicationFile

Klinische Vollzeitkräfte 2023

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 %	28,1	61,8	45,1	135,0	3,9	4,1	2,9	10,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-8,4	-18,5	-13,5	-40,5	-1,2	-1,2	-0,9	-3,3
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-4,2	-9,3	-6,8	-20,3	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-4,2	-9,3	-6,8	-20,3	-0,6	-0,6	-0,4	-1,6
Behandlung des Patienten	70,00 %	19,7	43,3	31,6	94,5	2,7	2,9	2,0	7,6

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-19, Fach 23111-20

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2022, Fach 23121-04

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630227005.xlsx?__blob=publicationFile

⁷⁹ [Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Personal gebunden durch DRG-Fallpauschalenabrechnung, https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/](https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/)

10 Fazit

Lauterbachs Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz impliziert das falsche Konzept - **es verwaltet nur den Mangel!**

1. Es gibt kein neues Geld für finanziell angeschlagenen Krankenhäuser aus.
2. Es verteilt den Geldmangel nur um: von kleinen Krankenhäusern zu Großkliniken.
3. Es konzentriert Klinikstandorte und limitiertes Klinikpersonal in Ballungszentren.
4. Es macht den ländlichen Raum zur Gesundheitsregion 2. Klasse mit großen Entfernungen zum nächsten Krankenhaus und zur stationären Notfallversorgung.
5. Es gefährdet 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 **166.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 126.150 zusätzliche Vollkräfte** in Deutschland sowie um **27.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 20.300 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 ⁸⁰

Das Strukturkonzept des Bündnis Klinikrettung:

Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ⁸¹

⁸⁰ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

⁸¹ 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 Mahnung

Wir zitieren aus dem Fachbuch

Als Corona kam, da habt Ihr uns gebraucht.
Da haben wir Leben gerettet – mit hohem
eigenem Risiko und ohne
ausreichende Schutzkleidung.
Wir haben es getan, und Ihr ward dankbar,
dass wir an Euer
Krankenbett kamen.
Heute sagen die Gesundheitspolitiker:
Wir haben zu viele Krankenhäuser!



Braucht Ihr uns wirklich nicht mehr?
Habt Ihr Pandemien und Notlagen ganz
vergessen?
Und warum lasst Ihr, liebe Patienten, den
Kahlschlag der
Krankenhäuser unwidersprochen zu?



Morgen schon könnte Eure Frage lauten:
Wo finde ich jetzt noch ein Krankenhaus?
Aber dann ist es zu spät!⁸²

⁸² Klaus Emmerich, Bayerns Krankenhäuser im Absturz - Lauterbachs explosives Kliniksterben 2024 in ländlichen Regionen, <https://www.epubli.com/shop/bayerns-krankenhaeuser-im-absturz-9783759803351>

12 Literatur

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

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Fachexpertise: Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13320995799/Stellungnahme+zum+Referentenentwurf+des+Gesetzes+zur+Reform+der+Notfallversorgung+%E2%80%93+%28NotfallG%29.pdf?t=1718970997>

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+bayerisc+he+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%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommissison+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

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

Bündnis Klinikrettung, Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln. Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung,
https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

Klaus Emmerich, Krankenhausreform 2023, Lauterbachs organisiertes Kliniksterben,
<https://www.epubli.com/shop/krankenhausreform-2023-9783757514273>

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

© 2024

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/>