

Sabrina Krause und Jan Eilrich

# Flächendeckende Versorgung in Gefahr?

## Über fehlende Perspektiven in der aktuellen Krankenhausreformdebatte

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen im Krankenhausbereich nahmen in den letzten Jahren Diskussionen um zwingend notwendige Reformen deutlich an Fahrt auf. Zuletzt haben die Folgen der Coronapandemie und der stark steigenden Inflation den Handlungsdruck nochmal erhöht. So wurde die Krankenhausreform zum zentralen gesundheitspolitischen Vorhaben in der aktuellen Legislaturperiode.

Nach langen und intensiven Beratungen mit Experten der Regierungskommission und zwischen Bund und Landesgesundheitsministern legte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach einen eigenen Referentenentwurf vor. Dabei kündigte er die zu Beginn vereinbarte Zusammenarbeit mit den Ländern auf und setzte eigene inhaltliche Vorstellungen um. Mittlerweile liegt der vom Bundeskabinett beschlossene, zustimmungsfreie Regierungsentwurf eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vor, der inhaltlich weitgehend auf dem Referentenentwurf beruht. Die Bundesländer fühlen sich übergangen, beklagen einen Wortbruch und üben umfassende inhaltliche Kritik. Bedenken äußern die Gesundheitsminister der Länder parteiübergreifend insbesondere hinsichtlich der Rechtskonformität, zentraler Qualitätsvorgaben und des Fehlens eines tragfähigen Finanzierungsmodells zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Insgesamt betrachtet, sehen die Ländervertreter die flächendeckende Versorgung in Gefahr – insbesondere auch deshalb, da bislang keine ausreichende Analyse der Auswirkungen und Folgen der Reform vorliegt.

Worüber sich alle Experten, Beteiligte, politische Akteure sowie Verbände einig sind, ist die Notwendigkeit einer Reform im Krankenhausesektor. Aktuell legen das BMG und die Bundesregierung den Fokus jedoch vor allem auf vermeintliche Qualitätsprobleme in der stationären Gesundheitsversorgung, fordern Kapazitätsreduktionen und die umfangreiche Zentralisierung von Leistungen an Universitätsklinika und Maximalversorgern. Auch die erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Krankenhäuser werden als Anlässe herangezogen.

Sowohl in den öffentlichen Debatten als auch im KHVVG-Entwurf kommen jedoch die zentralen Herausforderungen der Zukunft zu kurz. Bereits heute hat der Mangel an Fachkräften in den Krankenhäusern erhebliche Folgen. Kurzfristige Verschiebungen von planbaren Eingriffen, Betten- oder Stationssperren und die Überlastung der Beschäftigten gehören inzwischen zum Alltag. Es ist absehbar, dass sich diese Entwicklung noch verschärft und der Fachkräftemangel in naher Zukunft der zentrale, die Gesundheitsversorgung bestimmende Faktor sein wird. Gerade deshalb ist eine umfassende Reform mit intensiven Strukturdebatten unverzichtbar. Dabei muss der Fokus

darauf gelegt werden, welche Versorgung mit welchem Personal möglich, finanzierbar und sinnvoll ist – und das mit sektorenübergreifender Perspektive.

### Ausgangslage: heterogene Strukturen

Die Fragen nach der Ausgestaltung der zukünftigen Versorgungsstrukturen dürfen dabei nicht isoliert für die Krankenhäuser beantwortet werden. Vielmehr bedarf es einer breiten, über gesundheitspolitische Expertenkreise hinausgehende Diskussion darüber, welche Versorgung von der Bevölkerung gewollt ist und welche Strukturen hierfür notwendig sind. Der Fachkräftemangel als limitierender Faktor ist dabei die zentrale Variable für die Bewertung, welches Angebot grundsätzlich möglich ist. Ein weiterer limitierender Faktor ist die Frage der Bezahlbarkeit. Welche Gesundheitsversorgung können und wollen wir uns als Gesellschaft zukünftig leisten?

Als Zielbild für das deutsche Krankenhauswesen dient häufig Dänemark. Zweifellos wird die Bevölkerung in den dortigen Zentralkliniken qualitativ hochwertig versorgt, in ländlichen Gebieten werden weite Wege in das nächste Krankenhaus in Kauf genommen. Nicht betrachtet wird dabei, dass Dänemark mit dieser Zentralisierung das Rettungswesen erheblich aus- und umgebaut hat. Die weiten Wege in ländlichen Regionen werden mithilfe eines durchdachten Systems der Luftrettung und digital angebundener Rettungswagen ergänzt. Zugleich sind auch die Praxen von Allgemeinmediziner\*innen für Notfälle sehr gut ausgestattet und somit auch auf eine Erstversorgung im medizinischen Notfall ausgerichtet. Mit diesen ganzheitlichen, über die Sektorengrenzen gedachten Instrumenten werden für die breite Bevölkerung Anpassungen verständlich und Befürchtungen über eine fehlende Gesundheitsversorgung abgeräumt. Die Strukturveränderungen in Dänemark zeigen aber auch Schattenseiten. Zunehmend beklagt das Personal die zu hohe Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern. Insbesondere für Schwerkranken sind die hohen Fahrzeiten schwer zumutbar. Auch hat die Zentralisierung nicht die gewünschten Sparziele erreicht.

Das aktuelle Reformvorhaben in Deutschland fokussiert sich isoliert auf den Krankenhausesektor, sieht keine ergänzenden Elemente vor und lässt so zahlreiche Folgen dieser Entscheidungen außer Acht. Schon heute ist die Krankenhausstruktur in Deutschland sehr heterogen. Sie unterscheidet sich erheblich zwischen den Bundesländern, teilweise sogar zwischen benachbarten Regionen, hinsichtlich vorhandener Kapazitäten, der Versorgungsstrukturen und des Leistungsspektrums. Dieses heterogene System mit einem Schlag zu vereinheitlichen, wird aller Voraussicht nach zu unabsehbaren und vor allem nicht

intendierten Folgen für die flächendeckende Versorgung führen.

Die Heterogenität der deutschen Krankenhausstruktur kann dagegen auch als Stärke angesehen werden. Da sich einzelne Regionen und Landkreise in den Sozialfaktoren erheblich unterscheiden, beispielsweise in der Demografie, der Sozialstruktur, der Bevölkerungsdichte und dem vorhandenen sozialen Angebot, sind auch die Versorgungsstrukturen entsprechend unterschiedlich. Diese grundlegenden Parameter gilt es bei einer Krankenhausreform zu berücksichtigen. Durch die Analyse demografischer und sozialer Faktoren ist es möglich, den lokalen Bedarf für die Gesundheitsversorgung zu ermitteln. Ergänzt man diese Analyse durch eine umfassende Auswertung von Gesundheitsdaten dahingehend, wo welche Krankheiten verstärkt auftreten und welche Versorgungsstrukturen zur Behandlung benötigt werden, ist eine zielgenaue, unabhängige Planung der Gesundheitsversorgung möglich.

Unstrittig dürfte sein, dass ein Ziel aller gesundheitspolitischen Reformen die Verbesserung der Versorgung ist. Dabei ist aber eine isolierte Betrachtung der Krankenhäuser nicht sachgerecht. Vielmehr braucht es eine umfassende, sektorenunabhängige und -übergreifende Planung der Gesundheitsversorgung. Die regionalen Besonderheiten sind dabei zu beachten. Entsprechende Kenntnisse sind am besten in den Bundesländern, Städten und Landkreisen vorhanden. Es gilt, diese Kompetenzen zu nutzen sowie die Planungen verbindlicher auszugestalten.

### Einseitiger Fallzahlbezug als zentrales Qualitätskriterium

Vor diesem Hintergrund ist auch die mittlerweile hitzig geführte Qualitätsdebatte einzuordnen. Es ist richtig, hochspezialisierte Versorgung, insbesondere hochkomplexe oder seltene Behandlungen, stärker zu zentralisieren. Zugleich gilt es jedoch, die Versorgung in der Fläche bedarfsgerecht sicherzustellen. In diesem Spannungsfeld ist eine klare, fachlich abgestimmte und von allen Seiten anerkannte Definition von Leistungen und Leistungsgruppen sinnvoll. Der Entwicklungsprozess zur reformierten Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen hat in intensiven Abstimmungsprozessen eine solche Systematik ergeben. Gerade aufgrund dieses breiten Konsenses ist sie geeignet, die Versorgung auch bundesweit zu strukturieren.

Zugleich sollte eine Qualitätsdebatte immer fair, offen und mit Augenmaß geführt werden. Es existieren 390 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die über die datengestützte einrichtungübergreifende Qualitätssicherung ausgewertet werden. Ergänzend dazu gibt es zahlreiche spezifische Qualitätssicherungsrichtlinien, die bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche betreffen. Ihre Aussagekraft ist unterschiedlich. Grundsätzlich gibt es nicht den einen perfekten Indikator, um die Qualität eines Krankenhauses zu messen. Das gilt ebenfalls für die isolierten Fallzahlen, die nicht per se als Qualitätsindikator herangezogen werden dürfen. Grundsätzlich ist der Zusammenhang zwischen der Anzahl der erbrachten Leistungen und

der Komplikationsrate bei einigen Eingriffen belegt. Krankenhäuser, die eine Leistung häufiger durchführen, sind in der Regel routinierter, haben geringere Komplikationsraten und erzielen bessere Behandlungsergebnisse. Deshalb ist es wichtig, Gelegenheitsversorgung und geringe Fallzahlen, gerade bei besonders relevanten Eingriffen, zu vermeiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daher seinerzeit Mindestmengen eingeführt, die das Gremium evidenzbasiert aufgestellt hat. Allerdings sagt die Fallzahl nicht immer etwas über die tatsächliche Qualität aus und darf daher nicht als Allzweckwaffe zur Qualitätsdarstellung genutzt werden. Die im KHVVG vorgesehenen Mindestfallzahlen führen in die Irre, da diese normativ anhand einer Perzentilberechnung aufgestellt werden. Eine evidenzbasierte Herleitung gibt es nicht.

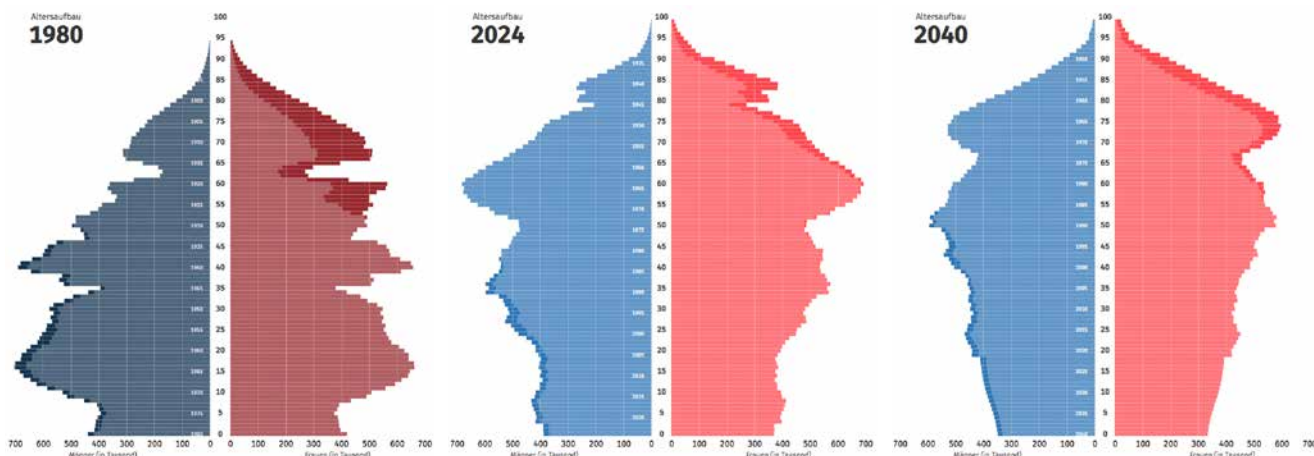
Gerade in ländlichen Gebieten kann dies zu einer erheblichen Reduktion von angebotenen Gesundheitsleistungen führen. Hier gibt es wichtige Zusammenhänge mit anderen Leistungsbereichen bestehen. Beispielsweise arbeiten im Bereich der Geriatrie bereits heute die hausärztliche und stationäre Versorgung mit professionellen bzw. der häuslichen Pflege engmaschig zusammen. Speziell auf dem Land nehmen Krankenhäuser damit eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein. Müssen Krankenhäuser ihr Versorgungsangebot aufgrund nicht erreichter Fallzahlen einschränken oder ganz schließen, wirkt sich dies auch auf die ambulante und pflegerische Versorgung in der Region aus. Insbesondere in ländlichen Regionen bestehen bereits jetzt zum Teil erhebliche Probleme. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten und die Organisation des weiteren Behandlungsverlaufes können dort nicht einfach von anderen Leistungserbringern übernommen werden. Es drohen erhebliche Einschränkungen in der flächendeckenden Versorgung.

Grundsätzlich greift eine rein qualitätsorientierte Perspektive zu kurz: Sie muss im Einklang mit der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung abgewogen werden. Wo Versorgungsangebote zurückgefahren werden, kann Qualität schließlich nicht mehr gemessen werden. Dort, wo Versorgungslücken oder -engpässe entstehen, braucht es Alternativangebote. Außerdem müssen die angrenzenden Strukturen auch in der Qualitätsfrage mitgedacht werden. Eine isolierte Betrachtung der Krankenhäuser missachtet die Versorgungsrealität. Behandlungsqualität ist immer auch ein Ergebnis der Zusammenarbeit aller Beteiligten. Ambulante ärztliche und pflegerische Strukturen, die Rettungs- und Notfalldienste, aber auch eine angemessene Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und therapeutischen Leistungen müssen mitgedacht werden.

### Herausforderungen aufgrund der demografischen Entwicklung: Beispiele

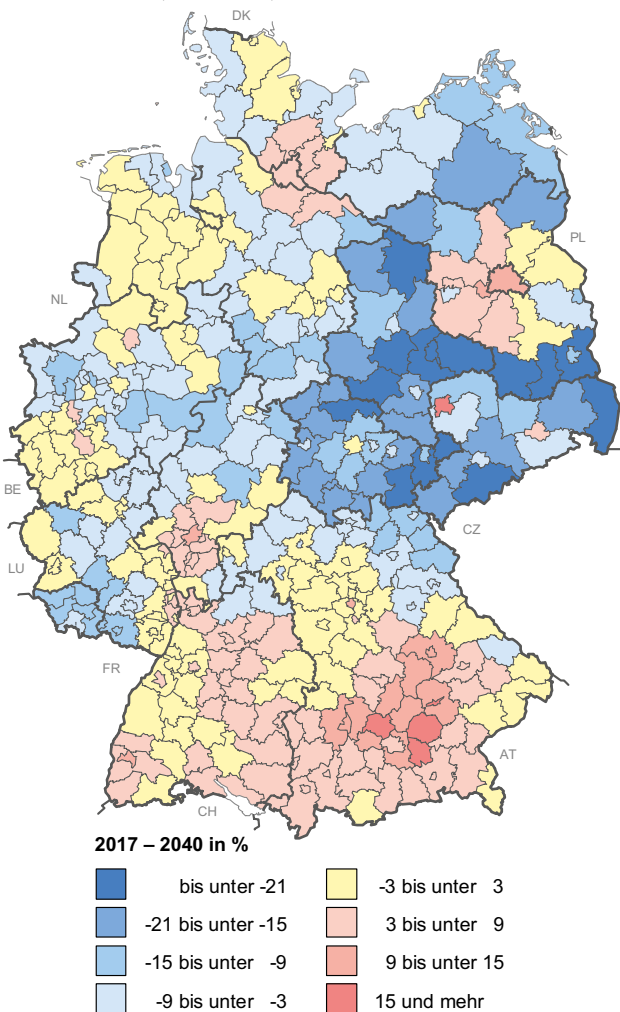
Besondere Relevanz bekommt diese umfassende Betrachtung bei einem Blick auf die demografische Entwicklung. Dass Deutschland im Durchschnitt älter wird, ist hinlänglich bekannt. Auch die daraus resultierenden Folgen für den Arbeitsmarkt, die Wirtschaft und insbesondere die Sozialversiche-

**Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für Deutschland 1980, 2024 und 2040**



Altersaufbau der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1980 sowie prognostiziert für die Jahre 2024 und 2040. *Quelle: Statistisches Bundesamt(Destatis), 2024.*

**Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung nach Kreisen (2017-2040)**



Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung der Kreise im Zeitraum 2017 bis 2040. *Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2021.*

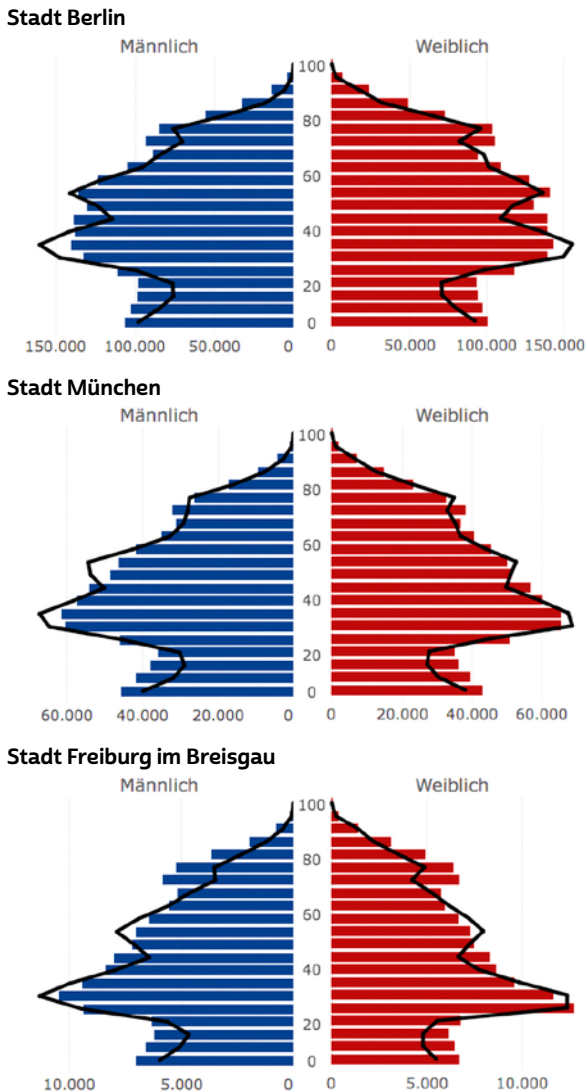
rungssysteme werden verstärkt öffentlich und medial diskutiert. Es bleibt jedoch der Eindruck, dass die Auswirkungen dieser Entwicklung aktuell noch unterschätzt werden.

Besonders gut veranschaulicht ► **Abbildung 1** die demografische Entwicklung. Mit der vergleichenden Darstellung der Bevölkerungspyramiden von 1980, 2024 und 2040 des Statistischen Bundesamtes (Prognose für 2040 mit moderaten Annahmen für Geburtenanzahl und Lebenserwartung) zeigt sich eine deutliche Verschiebung großer Bevölkerungsgruppen in höhere Altersklassen.

Im Jahr 1980 waren 20 % der Bevölkerung jünger als 20 Jahre, 60 % im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 66 Jahren und nur 14 % älter als 66 Jahre. Schon heute haben sich dabei die Werte von Jungen und Alten angeglichen (19 % bzw. 20 %). Diese Entwicklung wird weiter an Dynamik gewinnen und das Verhältnis verändern. Für das Jahr 2040 prognostiziert das Statistische Bundesamt, dass ein Viertel der Bevölkerung älter als 66 Jahre und damit im Rentenalter sein wird. Zu diesem Zeitpunkt wird die sog. Babyboomer-Generation vollständig das Rentenalter erreicht haben. Demgegenüber steht ein Bevölkerungsanteil von 18 % im Alter von unter 20 Jahren und 56 % im erwerbsfähigen Alter.

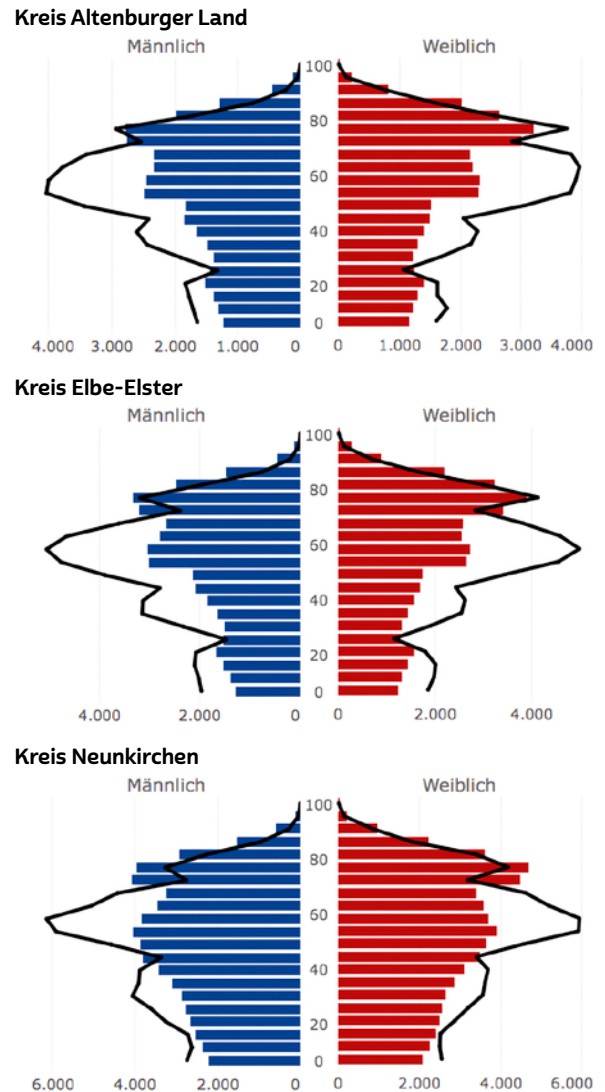
Besonders erwähnenswert ist, dass die Folgen dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklung regional sehr stark unterschiedlich ausfallen werden, wie die in ► **Abbildung 2** enthaltene Darstellung aus der Raumordnungsprognose 2040 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) verdeutlicht. Die urban geprägten Kreise in und um Berlin, Hamburg, Frankfurt am Main, Köln, München und Stuttgart weisen ebenso eine positive Bevölkerungsentwicklung auf wie die wirtschaftlich starken Regionen in Bayern und Baden-Württemberg sowie in Hessen. Dagegen prognostiziert das BBSR für ländliche Regionen im Nordosten und Osten Deutschlands einen teilweise erheblichen Bevölkerungsrückgang. Diese Entwicklung wird auch für den Südwesten, insbesondere das Saarland und Rhein-

**Abbildung 3: Bevölkerungspyramide in ausgewählten Städten 2040**



Prognostizierte Bevölkerungspyramide in ausgewählten Städten 2040. Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2024.

**Abbildung 4: Bevölkerungspyramide in ausgewählten Landkreisen 2040**



Prognostizierte Bevölkerungspyramide in ausgewählten Landkreisen 2040. Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2024.

land-Pfalz, sowie den Norden Niedersachsens und Teile des Ruhrgebiets prognostiziert. Hier werden sich die Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft als Erstes zeigen. Aufgrund der starken regionalen Unterschiede lohnt sich ein Blick auf einzelne Beispiele. Berlin, München oder Freiburg werden von der Attraktivität der Städte und einem konstanten Wachstum profitieren. Das positive Image, zahlreiche Freizeit- und Kulturangebote, Universitäten und Arbeitsplätze in modernen Unternehmen werden in Zukunft junge Menschen weiter in die Städte ziehen. Dadurch wird dort auch 2040 das Durchschnittsalter jung und das Verhältnis von Jung und Alt konstant bleiben (vergleiche ► **Abbildung 3**). Ganz anders wirken sich diese Entwicklungen in den o. g. ländlichen Regionen aus, die weit entfernt von attraktiven urbanen Zentren liegen. Das Ergebnis dieses Prozesses ist besonders

deutlich in den Bevölkerungspyramiden der Landkreise Altenburger Land, Elbe-Elster sowie Neunkirchen (► **Abbildung 4**) zu erkennen, die sich von denen in den zuvor betrachteten Städten erheblich unterscheiden. Damit entkoppelt sich die Bevölkerungsentwicklung in den Städten immer mehr von der in ländlichen Gebieten. Wie überall, verschiebt sich mit steigendem Alter der „Bevölkerungsbauch“, der von den Babyboomern gebildet wird. In diesen exemplarisch gewählten ländlichen Regionen, deren Veränderungsdynamik besonders hoch ist, kann diese Lücke infolge der aktuellen und künftigen Abwanderung junger Menschen nicht durch Nachwuchs und Zuwanderung kompensiert werden. Einerseits reduziert sich damit die Bevölkerung insgesamt erheblich. Für das Altenburger Land und den Landkreis Elbe-Elster wird von 2017 bis 2040 ein Rückgang der Bevölkerung

um 24,7 % bzw. 24,5 % vorhergesagt. Das bedeutet, dass in 2040 nur noch drei Viertel der heutigen Bevölkerung leben wird. Für den Kreis Neunkirchen im Saarland prognostiziert das BBSR einen Bevölkerungsrückgang um 1/8. Andererseits geht parallel zum Bevölkerungsschwund auch ein erheblich steigendes Durchschnittsalter einher. Im Altenburger Land steigt dieses von einem schon vergleichbar hohen Wert von 50 Jahren im Jahr 2017 auf 52,2 Jahren im Jahr 2040. Zu diesem Zeitpunkt werden knapp 38 % der dort ansässigen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein, während lediglich knapp 47 % im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 64 Jahre alt sein werden. Für den Landkreis Elbe-Elster werden ähnliche Werte berechnet. Hier steigt das Durchschnittsalter aber noch stärker (von 49,3 auf 53,3 Jahren) und der Anteil an Personen, die das Rentenalter erreicht haben, wird 38,6 % betragen. Das führt dazu, dass hier etwa doppelt so viele Menschen im Alter zwischen 80 und 84 Jahre alt sein werden (insgesamt 5 700) wie im Alter zwischen 20 und 24 (insgesamt 2 800).

### Analyse vorhandener medizinischer Versorgungsstrukturen

Die Folgen derartiger Veränderungen werden erheblich sein. Gerade dort, wo der Anteil Älterer an der Bevölkerung so groß ist, wird

besonders medizinische und pflegerische Hilfe benötigt, da deren Bedarf in einer alternden Gesellschaft steigt. Gerade hier ist ein umfassendes und abgestimmtes Angebot zwingend notwendig.

Eine nähere Betrachtung zeigt ein differenziertes Bild. Die Erreichbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten ist überwiegend gut (siehe Deutschlandatlas – Erreichbarkeit von Hausärzten: 99 % brauchen mit dem Pkw längstens zehn Minuten (siehe deutschlandatlas.bund.de)). Dies gilt auch für die Hausarzttdichte, die im Bundesvergleich auf die Einwohnerzahl bezogen relativ hoch und durchaus vergleichbar mit der in städtischen Regionen ist.

Wesentlich größer fallen die Unterschiede schon heute bei der Krankenhausversorgung aus. Bereits ein deutschlandweiter Vergleich aus dem Deutschlandatlas der Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Fachabteilungen der Basisversorgung zeigt schon im Jahr 2016 große Unterschiede. In den Städten ist die Versorgung durchweg gesichert, auf dem Land offenbaren sich teilweise erhebliche Lücken.

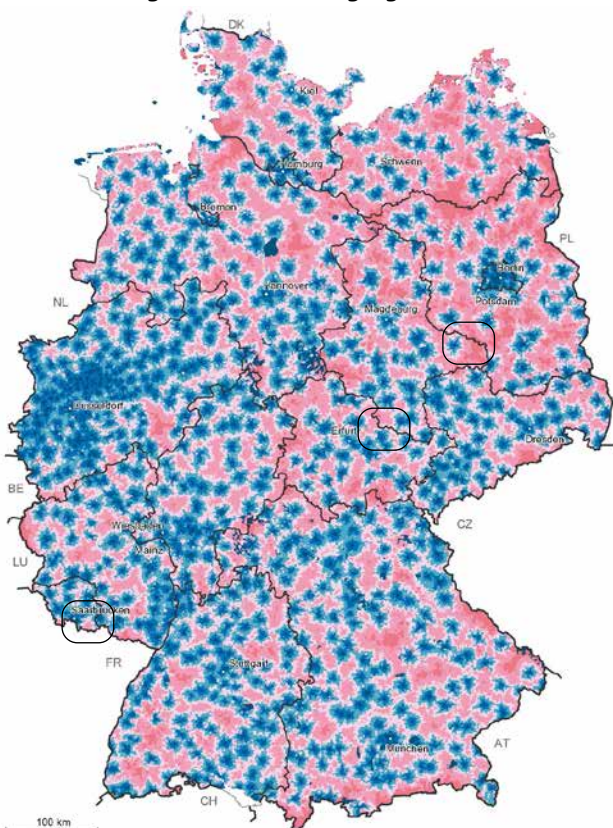
In den oben genannten ländlichen Beispielregionen zeigt sich, dass bereits im Jahr 2016 teilweise erhebliche Fahrzeiten zum nächstgelegenen Krankenhaus mit Fachabteilungen der Basisversorgung in Kauf genommen werden mussten. Angesichts der Konzentrierungen in den letzten Jahren, die Anzahl der Krankenhäuser nahm im Zeitraum von 2016 bis 2022 von 1 951 auf 1 893 ab, wird sich dieser Trend bundesweit eher noch verschärft haben. Eine genauere Betrachtung legt dar, dass die Versorgung vor Ort häufig von einem (öffentlichen) Träger abhängig ist. Im Altenburger Land ist dies das Klinikum Altenburger Land und im Landkreis Elbe-Elster das Elbe-Elster Klinikum mit den Standorten Elsterwerda, Finsterwalde und Herzberg. In Neunkirchen stellt sich die Lage etwas besser dar. Hier übernehmen verschiedene öffentliche und freigemeinnützige Kliniken die Krankenhausgrundversorgung. An allen drei genannten Beispielen zeigt sich eindrücklich, dass ein Aus- oder Wegfall eines Krankenhauses bzw. eines ganzen Trägers erhebliche und unmittelbare Folgen für die Versorgung vor Ort hätte.

### Erhebliche Folgen bei fehlender Auswirkungsanalyse

Wie aufgezeigt, existiert neben einer auseinanderdriftenden demografischen Entwicklung zwischen Stadt und Land auch eine sehr heterogene Gesundheitsversorgungsstruktur. Diese vielfältigen Veränderungsprozesse gehen dabei in einem Flächenland auch immer mit Strukturdebatten einher.

Es ist offensichtlich, dass Krankenhausschließungen in ländlichen Gebieten erhebliche Auswirkungen haben. Mit einem hohen Durchschnittsalter gehen lokal auch immer erhöhte Versorgungsbedarfe einher. Gerade deshalb ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung dort von besonderer Relevanz. Eine isolierte Betrachtung von Krankenhausstrukturen reicht dabei nicht aus. Auch Veränderungsprozesse in der ambulanten, pflegerischen, therapeutischen sowie in der Arzneimittelversorgung müssen mitgedacht werden. Das Krankenhaus spielt dabei als verbindendes Element eine herausragende Rolle.

**Abbildung 5: Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Fachabteilungen der Basisversorgung 2016**



PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus mit Grundversorgung im Jahr 2016 in Minuten aufsteigend von blau nach rot.  
Quelle: Deutschlandatlas 2019

Für Patientinnen und Patienten – unabhängig davon, ob sie sich in einer subjektiven medizinischen Notfallsituation befinden – verlängern sich mit der Reduktion von Krankenhausstandorten die Fahrzeiten. In der gesundheitspolitischen Debatte wird eine Fahrzeit von 30-40 Minuten als vertretbar angesehen. Diese Fahrzeit wird jedoch an der durchschnittlichen Dauer einer Fahrt mit einem PKW gemessen. Insbesondere ältere oder morbidere Personen besitzen möglicherweise kein eigenes Auto (mehr) und sind deshalb auf den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) angewiesen, um mobil zu sein. Der ÖPNV ist aber vor allem in ländlichen Gebieten teilweise spärlich vorhanden oder nur mit großen Umwegen bzw. Umsteigezeiten zu nutzen. Für eine realistische Bemessung der Fahrzeit sollten deshalb eigentlich Modelle entwickelt werden, die die ÖPNV-Fahrzeiten berücksichtigen. Nicht vergessen werden sollten dabei aber auch soziale Folgen, wenn ältere Personen ihre Ehepartnerinnen und -partner oder Angehörigen nur noch mit erheblichem Aufwand im Krankenhaus besuchen können.

Vor diesem Hintergrund sollte die Stärkung der lokalen Versorgung auch im Interesse der Kostenträger sein. Krankenkassen sollten ihre Rolle als Anwältin der Beitragszahlenden viel stärker betonen. In diesem Sinne sind sie nicht nur zu einer wirtschaftlichen Verwendung der Beiträge verpflichtet, sondern auch für die Sicherstellung der Versorgung. Lange Fahrzeiten, fehlende Besuche, womöglich auch verschobene Eingriffe sind langfristig weder sozial noch wirtschaftlich sinnvoll und können sich nachteilig auf den Behandlungserfolg auswirken.

Die demografische Entwicklung und die Strukturveränderungen stellen auch das Personal vor große Herausforderungen. Mit dem steigenden Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft geht auch eine erhöhte Nachfrage und infolge dessen eine erhöhte Arbeitsbelastung einher. Zugleich steht in ländlichen Regionen insgesamt vermutlich weniger Personal zur Verfügung, da sich junge Menschen größtenteils vor allem in Richtung urbaner Regionen orientieren. Hier setzt sich ein Teufelskreis in Gang, der infolge eines steigenden Durchschnittsalters in Kombination mit einer hohen Belastung und Verantwortung noch ansässiger junger Menschen im Ergebnis zur Vergrößerung von ländlichen, von Städten weit entfernten Landkreisen führt. Daraus folgt auch ein hoher Bedarf an professioneller Pflege, da familiäre Strukturen nicht mehr vor Ort verfügbar sind. Steigende Ausgaben für die Pflegeversicherung und ein stetig wachsender Bedarf an Pflegekräften ist die Folge. Diese Effekte sind unbedingt mit in den Blick zu nehmen.

Neben allgemeinen Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität von Gesundheitsfachberufen muss das vorhandene Personal effizient eingesetzt und bedarfsnotwendige Strukturen müssen gestärkt werden. Eine Debatte, die sich einseitig auf Schließungen vorhandener Krankenhausstrukturen fokussiert, um vermeintliche Effizienzgewinne zu erreichen, vernachlässigt eine ausführliche sachliche Identifikation und Analyse der Parameter, mit denen vorhandenes Personal die Gesundheitsversorgung eventuell noch effizienter und zielgerichteter erbringen kann. Aktuell wird einseitig angenommen und öffentlich kommuni-

ziert, dass nur die Reduktion von Krankenhausstandorten und die damit verbundene Konzentration der Versorgung ein wirksames Instrument zur Bekämpfung des Fachkräftemangels sei. Dies setzt aber voraus, dass sich das Personal eines geschlossenen Krankenhauses entsprechend dem Bedarf optimal auf andere Standorte, an denen die Versorgung konzentriert wird, verteilt. Auch das Personal muss bei Schließung des lokalen Krankenhauses weitere Anfahrtswege in Kauf nehmen. Wie wahrscheinlich ist es, dass Beschäftigte sich absehbar nach anderen Berufen und Möglichkeiten vor Ort umschauen und der Branche verlorengehen. Damit wird sich der ohnehin schon bestehende Fachkräftemangel im Krankenhaus weiter verschärfen. Gerade hier wäre es sinnvoll gewesen, Krankenhäuser in die Beratungen einzubeziehen. Praktische Erfahrungen mit Personalwanderungen infolge bereits vollzogener Krankenhaus-schließungen und -konzentrationen könnten analysiert und daraus wichtige Schlüsse für künftige Prozesse und Planungen gezogen werden. Darüber hinaus sollten auch die Beschäftigten selbst mit einbezogen werden, um Maßnahmen zu identifizieren, mit denen sie im Beruf gehalten werden können.

Ohnehin ist ein partizipativer Ansatz dringend erforderlich. Viele sozialwissenschaftliche Studien zeigen, dass der Abbau sozialer Infrastruktur und Einrichtungen zu Unmut, Unverständnis und Politikverdrossenheit führt. Gerade in ländlichen Regionen haben u. a. die Reduzierung von Einkaufsmöglichkeiten, Kinderbetreuungseinrichtungen, des ÖPNV-Angebots und Sozialeinrichtungen, wie Bürgerzentren oder Bibliotheken, zu einem Gefühl des Abgehängtseins geführt. Dieses Gefühl muss bei der Neustrukturierung der Gesundheitsversorgung unbedingt vermieden werden. Deshalb sind Konzentrationsprozesse immer durch die konkrete Beteiligung von Betroffenen und der Bevölkerung vor Ort durchzuführen. Es ist dabei vor allem miteinander statt übereinander zu reden, um gemeinsam Kompromisse und Lösungen zu finden, die für alle Beteiligten bindend und nachvollziehbar sind. Digitale Versorgungsangebote könnten dabei eine Schlüsselrolle spielen und wegfallende Strukturen teilweise kompensieren. Dieser Ansatz kann auch dazu führen, dass Regionen wieder attraktiver werden und dort Abwanderungsprozesse aufgehalten werden.

### Level II-Kliniken als Retter der flächendeckenden Versorgung?

Bei der Vorstellung des KHVVGs hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach einen kommunikativen Spagat geboten. Einerseits verweist er auf die mangelnde Qualität in kleinen Krankenhäusern, um die Zentralisierung von Leistungen zu begründen. Andererseits sichert er im gleichen Atemzug kleinen Versorgern auf dem Land eine Art Existenzgarantie zu: „Die kleinen Häuser auf dem Land werden zuerst durch die Reform gerettet“ (heute journal vom 14. März 2024). Gerade kleine Krankenhäuser sollen von der geplanten Vorhaltefinanzierung profitieren, also 60 % des aktuellen Budgets leistungsunabhängig zu erhalten. Dieses Angebot erscheint auf den ersten Blick attraktiv. Doch der Teufel steckt wie immer im Detail: Es bleibt weiterhin bei einer Fall-

zahlabhängigkeit. Die Krankenhäuser sind aufgrund des Landesbudgets auch von externen Faktoren abhängig. Werden Leistungsgruppen entzogen, gibt es keine dämpfenden Effekte. In der Gesamtbetrachtung hat die vebeto-Analyse gezeigt, dass im Mittel die Erlöse konstant zum jetzigen Finanzierungssystem bleiben. Es zeigen sich keine positiven Effekte für die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit kleinerer Krankenhäuser (siehe das Krankenhaus 2/2024: Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern?). Im Gegenteil: Das System wird nur komplizierter und mit einem längeren Planungshorizont versehen. Zudem führt Gesundheitsminister Lauterbach im Zuge des KHVVG zur Sicherstellung der ländlichen Krankenhausversorgung die sog. Level-II-Kliniken an. Dieses neue Krankenhauskonstrukt soll über ein vielfältiges Leistungsspektrum verfügen. Dort ist zunächst eine Basis- sowie eine sektorenübergreifende Versorgung vorgesehen. Eine regelhafte Notfallversorgung sowie das Angebot komplexerer Leistungen ist untersagt. Ergänzt wird das Leistungsangebot dieser Krankenhäuser unter anderem durch die Möglichkeit zum ambulanten Operieren, über Hybrid-DRG abrechenbare Leistungen, (kurzzeit-)pflegerische Versorgung sowie unter bestimmten Voraussetzungen auch hausärztliche Tätigkeiten. Dieses Leistungsspektrum ist interessant, da es bestehende Behandlungsmöglichkeiten sinnvoll ergänzt. Diese Planungen sind wegweisend und zukunftsorientiert, da mit den Level-II-Kliniken erstmals wirksam die Sektorengrenzen überwunden werden sollen. Den Willen gilt es anzuerkennen und ausdrücklich zu würdigen. Allerdings fehlte es an Mut. Aus der Versorgungsperspektive heraus ist das geplante Leistungsangebot immer noch zu eng gefasst und das stationäre Leistungsangebot zu stark eingeschränkt. Viele weitere sinnvolle Leistungsbereiche sind nicht berücksichtigt worden. Beispielsweise wurde auch die medizinische pflegerische Versorgung, die explizit für die Level-II Kliniken vorgesehen war und einen innovativen Impuls in Richtung sektorenübergreifender Versorgung gegeben hätte, im Regierungsentwurf gestrichen. Das Potenzial für ein ambulantes Angebot oder Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist aber weiterhin groß. Aktuell ist offen, ob und in welchem Umfang dieser Krankhaustyp vor Ort die Sicherstellung der Versorgung übernehmen kann. Deutlich angezweifelt werden muss, ob eine wirtschaftliche Betriebsführung unter den aktuell geplanten Rahmenbedingungen überhaupt möglich ist. Die stationären Leistungen sollen über degressive Tagessätze, die ambulanten Leistungen über die bestehenden Finanzierungswege finanziert werden, die bereits jetzt absolut unzureichend sind. Wenn diese Versorger zukünftig die flächendeckende, sektorenübergreifende Versorgung sicherstellen sollen, sollten Anreize zur Umwandlung sowie eine nachhaltige, wirtschaftliche Finanzierungsbasis selbstverständliche Grundvoraussetzung sein.

### Sektorenübergreifender Ansatz für die flächendeckende Versorgung notwendig

Die Komplexität der Gesundheitsversorgung, die Interdependenzen und Verbindungen zu anderen Gesellschaftsbereichen

und gesellschaftlichen Entwicklungen sowie die wechselseitige Beeinflussung verschiedener Faktoren machen eine isolierte Betrachtung oder Reform nur der Krankenhausstrukturen unmöglich. Im Idealfall stünde am Ende eines breit angelegten Reformdialogs ein gesamtgesellschaftlicher Konsens, wie infolge der demografischen und einer sich wandelnden wirtschaftlichen Entwicklung die vorhandenen, knappen Ressourcen wirksam eingesetzt werden. So sinnvoll diese Vorstellung ist, so gleichsam utopisch erscheint sie. Nichtsdestotrotz sollte dieser Anspruch mitgedacht und auf Reformen im Gesundheitswesen übertragen werden. Frei nach dem Motto: Wenn schon nicht gesamtgesellschaftlich, dann sollte der Reformprozess zumindest das gesamte Gesundheitswesen und damit verbundene Gesellschaftsbereiche betrachten. Das eigentliche Reformziel sollte keine angepasste Krankenhausplanung sein, vielmehr bedarf es einer ganzheitlichen, abgestimmten und zielgerichteten regionalen Versorgungsplanung. Krankenhäuser stehen dabei als zentrale Einrichtungen im Mittelpunkt. Sie bilden das Auffangnetz, falls Leistungserbringer nicht zur Verfügung stehen. Zudem besteht erhebliches Potenzial, am oder im Krankenhaus verschiedene Leistungsbereiche zu konzentrieren. Wie aufgezeigt, sind dabei die Herausforderungen in Deutschland sehr unterschiedlich. Deshalb bedarf es eines flexiblen Gerüsts, das vor Ort in Abstimmung mit allen Beteiligten ausgefüllt wird. Somit können lokal attraktive Rahmenbedingungen für das Gesundheitspersonal geschaffen und damit kann dem Fachkräftemangel begegnet werden. Auf steigende Versorgungsbedarfe wiederum kann kurzfristig vor Ort reagiert und vorhandene Reserven können genutzt werden. In Zeiten der fortschreitenden demografischen Entwicklung stellt dies einen wirksamen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität ländlicher Regionen dar.

### Konzentration in urbanen Gebieten voranbringen

Im Gegenzug besteht erhebliches Potenzial zur Konzentration von Leistungen und Reduktion von Krankenhausstandorten in urbanen Regionen. Auf Städte und ihre „Speckgürtel“ treffen die analysierten Parameter, wie eine alternde Gesellschaft, Wegzug der Bevölkerung und schlechte ÖPNV-Anbindung, in der Regel nicht zu. Gerade in urbanen Gebieten ist die Krankenhausdichte sehr hoch, beispielsweise im Ruhrgebiet. Hier ist eine beherrzte Krankenhausplanung und eine enge Abstimmung auf kommunaler Ebene gefragt, um Konzentrationsprozesse zielgerichtet zu initiieren. Auch hier sollte unter Beteiligung der betroffenen Akteure und Stakeholder ein allgemein getragener Kompromiss gefunden werden, der auch die zentralen Kriterien der Versorgungssicherheit und Erreichbarkeit berücksichtigt.

Unstrittig ist, dass hochkomplexe Leistungen an hierfür ausgestatteten Kliniken konzentriert werden. Deshalb ist grundsätzlich zwischen hochkomplexen und allen weiteren Leistungen zu unterscheiden. Für hochkomplexe Leistungen spielt eine

hohe Behandlungsqualität aufgrund vielfach lebensbedrohlicher Umstände eine besondere Bedeutung. Deshalb sind weitere Anfahrtswege und ein größerer organisatorischer Aufwand zumutbar.

### Breiter Konsens benötigt

Welche Leistungen als hochkomplexe Leistungen gewertet werden und welche flächendeckend erbracht werden, sollte in einem ersten Schritt evidenzbasiert durch ein unabhängiges Expertengremium bewertet werden, das darauf aufbauend auch die künftige Struktur der Versorgung entwickeln kann. Dabei sollte auf eine vielfältige Expertise gesetzt werden. Die Erfahrungen mit der Regierungskommission haben gezeigt, dass eine breite Beteiligung notwendig ist, da sonst isolierte Empfehlungen entstehen, die einen breiten Widerspruch hervorrufen. So könnten beispielsweise unabhängige Gesundheitswissenschaftler beteiligt werden, genauso wie Sozialwissenschaftler, Demografie-, Mobilitäts- und Altersforscher, Volkswirtschaftler und Juristen. Diese wissenschaftlichen Fachkenntnisse sollten ergänzt werden um Vertreter von Bund und Ländern, der Zivilgesellschaft und insbesondere der beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger.

Die Vorteile dieser vielfältigen Kompetenz liegen auf der Hand: Dadurch, dass alle Perspektiven eingebracht würden, könnte eine umfassende Betrachtung der Folgen gesundheitspolitischer Reformen erreicht und ein abgestimmtes Zielbild definiert werden. Durch ihre Mitarbeit würden Beteiligte die Ergebnisse begründen und für sie einstehen. Damit könnte gegenüber der Öffentlichkeit ein einheitliches Bild vermittelt werden. Zudem fungierten die Mitglieder als fachliche Ansprechpartner und könnten Betroffenen die anstehenden Veränderungen erläutern. Es erscheint daher sinnvoll, dass parallel zu diesem Gremium auch in den Bundesländern Expertenräte mit entsprechend besetzten Mitgliedern gebildet werden.

### Fazit

Deutschland steht vor gewaltigen gesamtgesellschaftlichen Veränderungsprozessen, die auch erhebliche Auswirkungen auf die Strukturen der staatlichen Daseinsvorsorge haben wer-

den. Die verschiedenen Entwicklungsprozesse der Demografie zwischen Stadt und Land sowie deren Auswirkungen auf die Versorgung müssen mitbeachtet werden. Der bereits heute vorhandene und sich weiter verstärkende Fachkräftemangel erschwert Anpassungsprozesse weiter. Seine Auswirkungen und die Wechselwirkungen mit der demografischen Entwicklung kommen in den aktuellen Debatten viel zu kurz. Im Sinne der Versorgung der Bevölkerung müssen diese Entwicklungen mit betrachtet und analysiert werden. Der gerade beschlossene Entwurf der Bundesregierung eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes fokussiert sich jedoch vor allem auf die vorhandenen stationären Strukturen und vernachlässigt die Folgen für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung. Zudem greift eine isolierte Betrachtung des Krankenhausesektors in diesem Kontext viel zu kurz.

Es bedarf eines flexiblen Konzeptes für eine umfassende Versorgungsplanung, die alle Leistungserbringer umfasst und damit zu einer wirksamen und effizienten Patientensteuerung über alle Sektorengrenzen hinweg führen kann. Dieses Konzept gilt es, in einem breit aufgestellten Expertengremium zu entwickeln, um für nachhaltige Akzeptanz zu sorgen. Dadurch kann es gelingen, Effizienzreserven zu heben und vorhandene Potenziale, zum Beispiel im Bereich der Ambulantisierung, Prävention und Telemedizin, zu integrieren. Notwendig ist ein gesamtgesellschaftlicher Konsens entwickelt in einem transparenten und von Respekt gegenüber unterschiedlichen Positionen geprägten Verfahren, mit dem gemeinsamen Ziel der Versorgungssicherheit. Bei aktuellen Vorhaben fehlen gänzlich eine Folgenabschätzung und eine Analyse der mit der Reform vorgenommenen Maßnahmen. Deshalb ist zu befürchten, dass insbesondere in ländlichen Regionen nicht intendierte Folgen eintreten und die flächendeckende Versorgung durch längere Fahrzeiten, knappe Behandlungsressourcen und einem sich verstärkenden Fachkräftemangel gefährdet ist.

### Anschrift der Verfasser

Sabrina Krause/Jan Eilrich, Abteilung Politik, DKG e. V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

**Redaktionstelefon:  
030 20847294-1/-2**

**Fax: 030 20847294-9**