

Prinzip Hoffnung

Sommerempfang der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Kerstin von der Decken wirbt um Vertrauen und mahnt: „Nichts überstürzen!“

„Man muss ins Gelingen verliebt sein, nicht ins Scheitern“, mit diesem Zitat Ernsts Blochs begrüßte **Dr. Gerald Gaß** die Gäste des diesjährigen Sommerempfangs der DKG im „Spreespeicher“ unweit der Oberbaumbrücke, ein Berliner Wahrzeichen zwischen Kreuzberg und Friedrichshain. Der DKG-Vorstandsvorsitzende wollte Zuversicht wecken in Bezug auf die große Krankenhausreform, die derzeit das parlamentarische Verfahren durchläuft. Denn vielen Gästen fällt es inzwischen sicher schwer, Optimismus aufzubringen, ist doch die Stimmung in Bezug auf die Umsetzung der Reform vor allem bei den Kliniken eher düster.

Die Lebensweisheit des Philosophen ist eine Grundvoraussetzung für „das Prinzip Hoffnung“. Und ohne diese Grundhaltung, ohne dieses positive „Mindset“, ist eine Veränderung zum Besseren kaum möglich. Ursprünglich sollte das prägende Hauptwerk Ernst Blochs, das zwischen 1938 und 1947 im amerikanischen Exil entstand, „The Dreams of a Better Life“ heißen.

Sowohl die Hoffnung als Prinzip als auch die Träume von einer besseren Welt schwingen mit in dem druckfrisch an die Gäste verteilten Buch „das Krankenhaus der Zukunft“, in dem die Autoren aus allen Bereichen des Gesundheitswesens eine nahe Zukunft der weitgehenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung, der individualisierten Medizin und der effizienten Patientenpfade in weitgehend sektorenübergreifender und durch Telemedizin bereicherten Versorgung beschreiben.

Die rund 300 Gäste – Abgeordnete des Deutschen Bundestages, Staatssekretäre, Vertreter der Länder und Gäste aus den Gremien der Selbstverwaltung, des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Verbände des Gesundheitswesens – nutzten kurz vor Beginn der Sommerpause im Deutschen Bundestag die Gelegenheit zum Austausch und zu Diskussionen über die Zukunft der Krankenhäuser, vor allem aber über die gegenwärtige Krankenhauspolitik und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG), das nun im parlamentarischen Verfahren steht. Auch der Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach (SPD)** hatte noch kurz vor der Veranstaltung sein Kommen angekündigt.

Kerstin von der Decken (CDU): „Auswirkungsanalyse abwarten“

Anknüpfungsmöglichkeiten für die Gespräche gab die pointierte Rede der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz und Gesundheitsministerin Schleswig-Holsteins, **Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU)**. Sie bat den Bundesgesundheitsminister, vor allem aber die anwesenden Bundestagsabgeordneten, um Vertrauen gegenüber den Krankenhäusern und den



„Die Krankenhausreform darf nicht durch ein inhaltlich unzureichendes, handwerklich schlecht gemachtes, überstürztes und verfassungswidriges Gesetz geregelt werden“, sagt die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU). Foto: Lopata

Ländern. Die zweite Bitte, mit der sich die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz vor allem an die anwesenden Bundestagsabgeordneten wandte, lautete: „Bitte nichts überstürzen. Warten Sie die Auswirkungsanalyse ab, bevor sie das Gesetz beschließen!“ Schließlich seien bei jedem größeren Bauvorhaben umfassende Verträglichkeitsanalysen üblich: „Und bei der großen Klinikreform wollen wir nicht vorher wissen, welche Auswirkungen diese hat?“, fragte von der Decken und warnte: „Wozu überhastet gemachte Gesetze führen, erleben wir gerade anschaulich beim Krankenhaustransparenzgesetz.“ Von der Decken spielte damit auf den gründlich misslungenen Bundes-Klinik-Atlas an. Das Vergleichsportal, das im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes geschaffen wurde, sollte den Patienten je nach Region und Erkrankung bei der Wahl des besten Krankenhauses helfen. Doch bereits kurz nach dem Start des Klinik-Atlas im Mai wurde deutlich, dass das Portal mit zahlreichen Fehlern und veralteten bzw. falschen Daten die Patientinnen und Patienten erheblich in die Irre führen würde. Die Vorsitzende des Ländergremiums betonte, Forderungen und Kritik der Länder in Bezug auf das KHVVVG seien rein fachlich begründet und keine Frage der Parteizugehörigkeit. Die Länderminister und -ministerinnen seien sich einig über die verschiedenen Parteien hinweg. Von der Deckens Fazit: „Die Kranken-

hausreform darf nicht durch ein inhaltlich unzureichendes, handwerklich schlecht gemachtes, überstürztes und verfassungswidriges Gesetz geregelt werden. Ich appelliere an die Bundestagsfraktionen, den Entwurf grundlegend zu ändern. Nehmen Sie die Warnungen der Länder und der gesamten deutschen Fachwelt ernst!“

Von der Decken bittet um Vertrauen und um mehr Zeit – die aber hat Karl Lauterbach nicht: Ohne die geplante Reform würde bis 2030 ein Viertel der Krankenhäuser nicht mehr existieren, sagte der Bundesgesundheitsminister. Bereits im Oktober soll das KHVVG im Bundestag verabschiedet werden.

Lauterbach: „Keine Reform ohne Konflikt“

Das KHVVG sei nun im parlamentarischen Verfahren angekommen, eine dichte inhaltliche Diskussion sei angelaufen. Auch mit einigen Bundesländern, insbesondere den neuen Bundesländern, sei man im Austausch.

„Große Reformen werden aus dem Konflikt geboren“, so Karl Lauterbach. „Es ist ein Zeichen funktionierender Demokratie, dass man in der Sache streitet, ohne die andere Seite zu diskreditieren.“

Die Grundsätze der Reform seien aber weitestgehend unumstritten. „Ich werde die Reform heute nicht erneut verteidigen“, sagte der Bundesgesundheitsminister, nachdem er die steigenden Ausgaben im Krankenhaussektor vorgerechnet hatte. Einen Aspekt seiner Reform und die Kritik daran hob er jedoch hervor: „Was wird aus den kleinen Häusern im ländlichen Raum?“ Viele seien von Insolvenz bedroht. Durch die geplante Reform würden die Kliniken im ländlichen Raum, so Lauterbach, besser abgesichert: „Es wird Zuschläge geben für die Notfallversorgung, für Intensivversorgung und für die Traumatologie, für Schlaganfallversorgung, die Geburtshilfe und die Kinderheilkunde.“ Es werde Sicherstellungszuschläge geben, um kleine, versorgungsnotwendige Häuser auf dem Land abzusichern – „einschließlich der Level 1i-Systematik“.

Es gebe zu viele Krankenhäuser, so der Minister, „aber nicht auf dem Land. Dort müssen wir die Häuser unterstützen.“ Kurzfristig geschehe dies etwa durch die nachträgliche Anpassung der Tarife bei den Landesbasisfallwerten, diese würden im nächsten Jahr neu berechnet, sodass der volle Orientierungswert ausgeglichen werde. „Das schafft den Häusern Luft zum Atmen“, so Lauterbach. Danach werde der Transformationsfond bereits zur Wirkung kommen.

Die von den Krankenhäusern geforderte Planbarkeit werde kommen, wenn im Herbst der Grouper da sei und mit der Zuweisung der Leistungsgruppen für die Häuser berechenbar werde, was für die einzelnen Häuser zu erwarten sei.

Das sah von der Decken anders. Die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz betonte, alle Bundesländer seien einig in ihren Forderungen, die sie seit eineinhalb Jahren immer wieder vorgetragen hätten. Die Enttäuschung sei entsprechend groß, dass diese nicht in den aktuellen Gesetzesentwurf eingeflossen seien. „Deutschland braucht eine Krankenhausreform – darüber besteht zwischen allen Beteiligten Einigkeit“, so von

der Decken. Umso unverständlicher sei es, dass das Bundesgesundheitsministerium nicht, wie vereinbart, einen gemeinsam erarbeiteten Gesetzesentwurf in das parlamentarische Verfahren eingebracht hat. Stattdessen liege nun ein als Einspruchs-gesetz deklariertes Gesetzesentwurf vor, der auf massiven Widerstand aller 16 Länder stößt. Ein Eckpunktepapier, BMK-Beschlüsse, Schreiben und Forderungen der Länder blieben weitgehend unberücksichtigt. Stattdessen verkündete der Bundesgesundheitsminister im Januar 2024, dass das Gesetz angeblich zustimmungsfrei sei. Und die gemeinsame Stellungnahme aller 16 Länder zum Referentenentwurf – verfasst innerhalb der sehr kurzen Frist von zwei Wochen und fristgerecht am 30. April 2024 eingereicht – blieb unberücksichtigt.

„Wir brauchen kreative Lösungsvorschläge“, so von der Decken weiter. Die Krankenhäuser wollten die Reform und hätten sich auf den Weg gemacht. „Sie brauchen aber Instrumente, mit denen man flexibel arbeiten kann.“

Auch die in Aussicht gestellte Planungssicherheit durch den Grouper, der die DRG in die Leistungsgruppen einpassen soll, sieht von der Decken skeptisch: „Wenn es den Grouper im September gibt, dann müssen die Länder die Leistungsgruppen zuweisen, um zu sehen, ob das funktioniert. Das schaffen wir nicht innerhalb von zwei Wochen. Wir brauchen länger!“, so die Ministerin Schleswig-Holsteins. Aber: „Wir haben uns als Länder ja längst auf den Weg gemacht und haben eine Versorgungsbedarfsanalyse in Auftrag gegeben für unser Bundesland. Wir wissen dann genau, wo es Überversorgung herrscht und wo die Versorgung nicht so dicht ist, wo Kooperationen gibt und ob sie funktionieren.“ Auf dieser Basis würden die Länder dann planen, wie die Versorgungssicherheit gewährleistet werden könne.



Der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß stellte den Gästen einen Drei-Punkte-Plan der Krankenhäuser für einen Kompromiss zum Gelingen der Krankenhausreform vor.

Der Drei-Punkte-Plan der DKG

„Langjährige Investitionsschwäche, mangelnde Ambulantisierung, zu viele stationäre Fälle, unzureichende Digitalisierung, wahnsinnige Überregulierung und Bürokratisierung: Die Probleme sind nicht über Nacht entstanden“, so Dr. Gerald Gaß

„Lassen Sie den Ländern die Chance, ihre Krankenhausplanung bis Ende 2026 umzustellen“, appellierte auch der DKG-Vorstandsvorsitzende an den Bundesminister. Dann könne man 2027 schauen, was die Länder geschafft haben, welche Konzentration möglich ist und wo Kooperationen entstanden seien.

„Wir brauchen keine Mindestfallzahlen, Verschärfung bei Personalvorgaben, keine Einschränkungen bei den Kooperationen. Das macht es extrem schwer“, so Gaß

Soll die große Transformation der Krankenhausstruktur gelingen, brauche es zuvor eine Auswirkungsanalyse und faire Finanzierungsbedingungen.

Kliniken und auch Bundesländer seien bereit, sich dem schwierigen Prozess der Transformation zu stellen. Krankenhausstandorte werden sich verändern müssen, betonte auch der DKG-Vorstandsvorsitzende. Es werde Fusionen, Umwandlungen, auch Klinikschließungen geben. Aber dazu bräuchten die Kliniken verlässliche Perspektiven, die die Versorgung in allen Regionen dauerhaft sicherten. „Wir brauchen für die erfolgreiche Umsetzung der Krankenhausreform den Konsens zwischen Bund und Ländern und den betroffenen Akteuren.“

Gaß stellte den Gästen einen Drei-Punkte-Plan der Krankenhäuser für einen Kompromiss zum Gelingen der Krankenhausreform vor.

Transformation bis Ende 2026 nach NRW-Modell

In einer ersten Phase der Transformation bis Ende 2026 soll demnach die Landeskrankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen als Grundlage für alle Bundesländer genommen werden. „Lassen Sie den Ländern die Chance, ihre Krankenhausplanung bis Ende 2026 umzustellen“, appellierte Gaß an den Bundesgesundheitsminister. NRW habe die Krankenhausplanung mutig und erfolgreich auf den Weg gebracht. „Das Konzept zur neuen Krankenhausplanung in NRW wurde gemeinsam mit allen Akteuren erarbeitet“, so Gaß

Mindestfallzahlen, verschärfte Personalvorgaben oder Einschränkungen bei der Kooperation von Krankenhausstandorten, für die es heute weder Auswirkungsanalysen noch Erfahrungswerte gebe, bräuchte es nicht: Diese Themen sollten in einer weiteren Phase der Reform ab dem Jahr 2027 besprochen und entschieden werden.

Vorhaltefinanzierung mit bewährten Zuschlägen

Das System der Vorhaltefinanzierung, wie es aktuell im Gesetzentwurf vorgesehen ist, werde den politischen Zielen nicht gerecht. „Wir brauchen andere Lösungen zur Existenzsicherung von Grundversorgungskrankenhäusern und zur Konzentration komplexer Leistungen“, so Gaß. Der DKG-Vorstandsvorsitzende warnte eindringlich vor der Einführung der Vorhaltefinanzie-

rung in der jetzt geplanten Form: „Wir werden sonst Wartelisten und Rationierung bekommen.“

So forderte Gaß, für eine Vorhaltefinanzierung auf bewährte Finanzierungsinstrumente zurückzugreifen und diejenigen auszubauen, die tatsächlich fallzahlunabhängig sind und weniger komplex und bürokratisch als das im KHVVG geplante Konzept. „Deshalb unsere Bitte: Nehmen Sie doch die Strukturinstrumente, die wir haben: Notfallstufen- und Zentrumszuschläge, Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe, Sicherstellungszuschläge, und entwickeln wir sie weiter. Das sind alles Dinge, die man jetzt kurzfristig auf den Weg bringen kann.“

Entbürokratisierung und Deregulierung

Drittens brauche es eine echte Entbürokratisierungsoffensive.

„Eine wirkliche Entbürokratisierung mit konkreten und sofort umsetzbaren Schritten wäre ein maßgeblicher Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilisierung und eine tatsächliche Chance zur Kostensenkung in den Krankenhäusern. Auch hier legen wir etwas vor, was Bund und Länder für ihre Verhandlungen nutzen können. Ohne eine Änderung würde das KHVVG dagegen zu noch mehr Bürokratie führen“, so Gaß

Eine Lösung im Hinblick auf die immer weiter zunehmende Bürokratielast in den Kliniken ist den Vertretern der Krankenhäuser besonders wichtig. So forderte Gaß eine schnelle Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen „zumindest für die Krankenhäuser, die bis zum heutigen Tag keine Sanktionen bezahlen mussten, weil sie korrekt geplant und Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten haben“. Zudem erwarteten die Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen insgesamt eine Weiterentwicklung zu einem Ganzhausansatz. Auch bat der DKG-Chef, die Gültigkeit der OPS-Strukturprüfungen zu verlängern, wenn sie bestanden wurden: „Der MD kommt alle zwei Jahre bei den Strukturprüfungen mit einem Leitfaden von 497 Seiten in die Krankenhäuser. Das ist Wahnsinn.“ Auch forderte Gerald Gaß, die zusätzlichen Melde- und Dokumentationspflichten aus dem Krankenhaustransparenzgesetz und aus dem Medizinforschungsgesetz zu streichen: „Wir werden hier zu zusätzlichen Dokumentationen gezwungen, die, wenn überhaupt, nur händisch und mit viel zusätzlichem Aufwand zu bewältigen sind.“ Gaß erinnerte in diesem Zusammenhang an die Proteste der Landwirte im vergangenen Jahr, die bewirkten, dass den Bauern eine große Deregulierung zugesagt wurde – mit der Zielsetzung, dadurch auch Kosten einsparen zu können.

„Wir stehen alle in der Verantwortung für das Gelingen der Krankenhausreform. Alle sehen, dass etwas ins Rutschen gerät in Deutschland. Wir sehen das bei den Wahlen und bei den Rückmeldungen aus der Bevölkerung. Wir dürfen nicht zulassen, dass die Menschen das Gefühl haben, dass das Gesundheitswesen, dieser Bereich der sozialen Daseinsvorsorge, nicht mehr gut funktioniert. Wir müssen gemeinsam alles daransetzen, den Bürgern zu zeigen, dass die Politik es in der Hand hat und es zum Guten bringen wird.“

Katrin Rüter



Dietrich Monstadt (MdB, CDU/CSU) mit Erwin Rüdell (MdB, CDU/CSU)



DKG-Chef Dr. Gerald Gaß appellierte an die Zuversicht der rund 300 Gäste aus der Gesundheitspolitik und aus den Krankenhäusern und ihren Verbänden.



DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß, Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG, Prof. Henriette Neumeyer, und die Vizepräsidenten der DKG, Dr. Gundula Werner und Thomas Lemke.



Dr. Gerald Gaß, Kerstin von der Decken, Kristine Lütke (MdB, FDP), Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Andrew Ullmann (MdB, FDP) und Johannes Wagner (MdB, Bündnis 90/Die Grünen).



Michael Jakob, Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, und Prof. Henriette Neumeyer

Dr. Janosch Dahmen (MdB, Bündnis 90/Die Grünen) im Gespräch mit Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)



Die Terrasse des „Spreespeichers“ bietet den Gästen einen Blick auf die Spree und auf die Oberbaumbrücke.



Prof. Henriette Neumeyer, Sabine Dittmar (MdB, SPD) und Dr. Gerald Gaß. Fotos: DKG/Lopata



Einige der Autoren des im Rahmen des DKG-Empfangs vorgestellten Buches „Das Krankenhaus der Zukunft“ waren unter den Gästen.

Forderungen der Länder zur Anpassung der Krankenhausreform Bundesratsbeschluss vom 5. Juli 2024

Die Bundesländer haben kurz nach dem DKG-Empfang, am 5. Juli, mit einem Bundesratsbeschluss ihre Forderungen umfangreicher Änderungen zum KHVVG unterstrichen. Die Forderungen zur Anpassung der Krankenhausreform basieren größtenteils auf der bereits gegenüber der Bundesregierung eingebrachten gemeinsamen Stellungnahme aller Länder, die von der Bundesregierung jedoch nicht beachtet wurde. Der Beschluss des Bundesrates ging an die Abgeordneten des Bundestages, die über das KHVVG in den entsprechenden Ausschüssen beraten werden.

- eine Überbrückungsfinanzierung bis zum Wirken der Reform. Wer die Krankenhäuser vor der Insolvenz „retten“ will, muss jetzt handeln. Der Bund ist gemäß Grundgesetz für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“ zuständig. Die vorgesehenen finanziellen Zusagen reichen nicht aus und kommen zu spät.
- eine echte, das heißt fallzahlenunabhängige Vorhaltevergütung. Die vorgesehene, mittelbar fallzahlenabhängige Vorhaltevergütung biete den Krankenhäusern gerade nicht die für die Sicherung der Grund- und Notfallversorgung benötigte finanzielle Stabilität.
- eine praxisnahe und auskömmlich finanzierte Regelung für die sektorenübergreifenden Versorger. Der Entwurf ist zu unkonkret und bedroht darüber hinaus bestehende, erfolgreiche ambulant-stationäre Einrichtungen.
- eine praxisgerechte Definition der Fachkliniken. Diese kommen bislang überhaupt nicht vor. Und sie müssen alle – neben ihren speziellen – die Leistungsgruppen Innere, Chirurgie und Intensiv vorhalten. Die Schließung zahlreicher Fachkliniken wäre die Folge.
- Bürokratieabbau statt Bürokratieaufbau. Der Entwurf bestehe zu einem Drittel aus Prüf- und Meldepflichten.
- Gestaltungsfreiheit für die Krankenhausplanung der Länder. Ohne solche gesetzlichen Möglichkeiten wird das KHVVG zur Zerschlagung bestehender, passgenauer Strukturen vor allem im ländlichen Raum und damit zu Versorgungslücken führen. Bedarfsnotwendige Kliniken auf dem Land rettet man nicht nur durch Sicherstellungszuschläge, sondern vor allem durch dauerhafte Kooperationsmöglichkeiten und Netzwerke. Die Länder unterscheiden sich gewaltig. Die Idee „One size fits all“ ist für die Krankenhausplanung der falsche Ansatz.
- eine Auswirkungsanalyse. Die Verabschiedung einer so weitreichenden Reform ohne eine vorherige Prüfung ihrer Folgen wäre verantwortungslos. ■