

kma Whitepaper

www.kma-online.de
März 2025

KRANKENHAUSREFORM

Der neue Puls der stationären Versorgung.





INHALT

2025

März

- 3 Der Wandel beginnt
- 4 Zukunft der Kliniklandschaft
Erfolgsfaktoren im neuen
Leistungsgruppensystem
- 22 Reformprojekt Niedersachsen
Wir brauchen neue Strukturen –
im Bund und im Land
- 28 Effiziente Mittelsteuerung
Neue Finanzierungslogik für die
stationäre Versorgung
- 40 David Bowie und die
Krankenhausreform
Wie ein Klinikverbund die
Leistungsgruppen einführt
- 48 Krankenhaussteuerung
Leistungsgruppen als Instrument
der Krankenhausplanung
- 55 Transformation im Krankenhausbau
Fit für die Zukunft
- 63 Vorbildreform Nordrhein-
Westfalen
Krankenhauslandschaft neu denken
- 68 Autoren
- 70 Impressum/ Anschrift

The image was composed by Thieme using following images:
Hintergrund © Jakkapan / stock.adobe.com; Grafiken © Thieme





Der Wandel beginnt

Wirtschaftlicher Druck, Personalengpässe und strukturelle Überkapazitäten haben die deutsche Krankenhauslandschaft in den vergangenen Jahren bereits sichtbar verändert. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll dieser Transformationsprozess nun nicht nur geordneter, sondern auch strategisch steuerbar verlaufen. Das Ziel: eine zukunftsfähige Klinikstruktur mit gesicherter Finanzierung, höherer Qualität und besserer Versorgungseffizienz.

Doch die Umsetzung der Reform ist komplex – und in vielen Bereichen noch offen. Die Unsicherheit der Klinikentscheider ist entsprechend groß. Insbesondere das neue System der Leistungsgruppen (LG) verändert die Basis der Krankenhausfinanzierung grundlegend. Wer keine Zuweisung für bestimmte LG erhält, darf die entsprechenden Leistungen künftig nicht mehr erbringen – oder zumindest nicht mehr abrechnen. Damit steht für viele Häuser nicht weniger als der künftige Versorgungsauftrag auf dem Spiel.

Schon jetzt ist der „neue Puls der stationären Versorgung“ spürbar; die Fristen für die Beantragung der Leistungsgruppen laufen in einigen Ländern bereits. Doch auch dort, wo die Antragszeiten noch nicht begonnen haben, steht fest: jetzt ist es an der Zeit, die Klinikstrategie neu aufzustellen. Kooperationen zwischen Häusern, Konzentration von Leistungen, gezielte Schwerpunktbildung, der Aufbau regionaler Klinikverbünde oder auch das Downsizing hin zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV): Wer rechtzeitig handelt, kann seine Chancen auf LG-Zuweisungen aktiv mitgestalten.

Dieses Whitepaper liefert fundierte Analysen, praktische Handlungsimpulse und Erfahrungswerte – etwa aus Nordrhein-Westfalen, wo die Krankenhausplanung nach LG bereits Realität ist. Es zeigt, welche Risiken sich für das individuelle Geschäftsmodell eines Hauses durch die Neuordnung ergeben, aber auch, wo Spielräume und Gestaltungsoptionen liegen.

Zwar liegt die Verantwortung für die konkrete Krankenhausplanung jetzt zunächst bei den Bundesländern – doch wer als Klinikträger seinen Bestand sichern will, muss sich aktiv in den Prozess einbringen. Wir möchten Sie mit diesem Whitepaper dabei unterstützen, diesen Wandel aktiv mitzugestalten.

Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre. —

Anna Herrschelmann
Chefredakteurin



© studioline



ZUKUNFT DER KLINIKLANDSCHAFT

Erfolgsfaktoren im neuen Leistungssystem

Die Krankenhausreform soll Leistungsangebote und Klinikstandorte reduzieren, unterstützt durch eine Finanzierungsreform. Eine bessere Finanzierung gelingt jedoch nur bei Leistungskonzentration. Ohne diese bleibt die wirtschaftliche Lage vieler Häuser unverändert. Dieser Text beleuchtet grundlegende strategische Aspekte zur Positionierung eines Krankenhauses innerhalb der neuen Rahmenbedingungen.

Die bislang genutzte Krankenhausplanungssprache (Fachabteilungen und Betten) wird durch eine Krankenhausplanung nach bundeseinheitlichen Regeln ersetzt, die sich auf Leistungsgruppen (LG) stützt.

Die LG werden in Zukunft die „Lizenz zur Abrechnung“ darstellen. Medizinische Leistungen dürfen dann nur noch in dem Umfang abgerechnet werden, der von den Planungsbehörden in Form von LG dem jeweiligen Krankenhausstandort im Feststellungsbescheid zugewiesen wurde. Das bundesweite LG-System, das nominell auf dem in Nordrhein-Westfalen (NRW) entwickelten LG-System basiert, wurde durch die Entwicklung eines zertifizierten LG-Groupers vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weiter und differenzierter ausgestaltet – womit es vom NRW-System abweicht. Außerdem wurden fünf weitere LG im Zusammenhang mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) zu den 60 somatischen NRW-LG festgelegt, von denen aber zunächst nur die LG „Spezielle Traumatologie“ Relevanz in Bezug auf Fallzahlzuweisungen haben wird. Während über die Namen und Qualitätskriterien der 65 LG politisch entschieden wurde, wird die für die Auswirkungen der Krankenhausreform maßgebliche Definition und Hierarchie der LG durch das InEK festgelegt. Das im SGB V verankerte LG-System (§ 135e Abs. 4 SGB V) soll nur übergangsweise bis zum Inkrafttreten einer gesonderten Rechtsverordnung gelten. Wesentliche Änderungen sind jedoch aufgrund des engen Zeitplans der Krankenhausreform nicht mehr zu erwarten. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das temporäre LG-System des § 135e Abs. 4 SGB V bzw. die Anlage 1 zum SGB V.

Es ist politisch weitgehend unumstritten, dass zukünftig LG zur Krankenhausplanung eingesetzt werden sollen. Die weiteren Instrumente des KHVVVG, wie beispielsweise die Vergütungsreform, die die LG mit einer temporär von der Leistungsmengenentwicklung abgekoppelten Sockelfinanzierung („Vorhaltefinanzierung“) verbinden will, sind jedoch noch nicht praxistauglich ausgereift und stehen weiterhin erheblich in der Kritik. Es erscheint nicht unwahrscheinlich, dass wesentliche Anteile der Reform durch die neue Regierung wieder aufgehoben oder erheblich umgestaltet werden könnten. Bereits jetzt ist davon auszugehen, dass der Zeitplan des KHVVVG nicht eingehalten werden kann.



Eine strategische Zukunftsausrichtung ist aufgrund der Planungsunsicherheit nicht trivial. Es sollte daher vorrangig eine Orientierung an allgemeinen Tendenzen und Herausforderungen erfolgen und weniger an den noch fraglichen Detailregelungen des KHVVG.

- > **Ziel des Krankenhauses muss es sein, unter intensiver Berücksichtigung der vielfältigen neuen Rahmenbedingungen für seine Standorte ein nachhaltiges medizinisches Konzept für das zukünftige Versorgungsangebot zu entwickeln. Dieses Konzept muss eine qualitativ hochwertige wie wirtschaftlich tragfähige Versorgung sicherstellen. Dabei sollte die aktuelle Marktsituation in der Region ebenso berücksichtigt werden, wie mögliche Veränderungen durch das Ausscheiden von Leistungsangeboten oder ganzer Krankenhausstandorte.**

Nachfolgend werden die dabei wesentlich zu berücksichtigenden Einflussfaktoren dargestellt. Relevant in Bezug auf die krankenhausplanerischen Maßnahmen sind auch die Akzente, die die jeweilige Landesregierung setzen möchte.

Strategische Ansätze für Krankenhäuser

Für die Umsetzung der neuen Krankenhausplanung durch ein Krankenhaus ergeben sich unterschiedliche strategische Ansätze. Am Anfang eines Zukunftsstrategieprozesses steht idealerweise die Analyse der aktuellen Positionierung der eigenen Versorgungsangebote und deren Entwicklungsperspektiven. Wichtig ist in diesem Kontext eine Analyse der Versorgungsanteile und der Potenziale des eigenen Krankenhauses. Zusätzlich sollte eine qualifizierte Abschätzung der stationären Fallzahlentwicklung nach LG in der Region unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung (u.a. Zu- und Abwanderung, Demographie) und der Ambulantisierung erfolgen. Das KHVVG zielt mit seinen Regelungen darauf ab, bis 2030 ca. 2 Millionen der in 2023 noch vollstationär behandelten Fälle (ca. 12 %) in den Hybrid-DRG-Bereich zu überführen, was einen erheblichen Einfluss auf die stationären Fallzahlen haben kann.

Basierend auf der Positionsanalyse sollte die Prognose über die zukünftigen Erfolgsaussichten der verschiedenen Leistungsangebote realistisch sein, um darauf aufbauend eine strategische Ausrichtung im medizinischen Bereich zu entwickeln. Dazu müssen auch die erwarteten Veränderungen der stationären Fallzahlen in den verschiedenen LG im Krankenhausplanungskontext unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren analysiert werden. Die Anzahl der Fälle kann die Zuweisung zur LG durch das Bundesland beeinflussen und wird auch von den Vorschriften zu Mindestvorhaltezahlen und onkochirurgischen Eingriffen nach der Zuweisung einer LG noch beeinflusst (siehe unten). Das erklärte Ziel: die Zukunftsfähigkeit jedes einzelnen Leistungsangebots kritisch zu bewerten, auch in Hinblick auf ähnliche Leistungsangebote (Synergien), hinsichtlich der Nachfrage, wirtschaftlichen Darstellbarkeit und weiterer Aspekte. Im Ergebnis entsteht ein mit LG hinterlegtes Medizinkonzept, das im Krankenhausplanungsverfahren für den Krankenhausstandort möglichst durchgesetzt werden sollte.

Zusammen mit den weiteren Marktteilnehmern in einer Region sollte möglichst optimal die Versorgungsnachfrage gedeckt werden, ohne wesentlich darüber hinauszugehen. Weiter bestehende Überkapazitäten würden den Wettbewerb perpetuieren mit dem Risiko einer suboptimalen Auslastung von für die Versorgung notwendigen Vorhaltungen (insbesondere Personal) mit negativen Aus-



wirkungen auf die Betriebskostenrefinanzierung der Krankenhäuser bzw. ihrer einzelnen Leistungsangebote. Ein in der Region mit den anderen Krankenhäusern abgestimmtes Leistungsangebot kann dagegen zur Spezialisierung einzelner Krankenhausstandorte führen – bei gleichzeitig komplementärer Vorhaltung der für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Leistungen und Vermeidung von redundanten Leistungsangeboten sowie Überkapazitäten.

- > **Die Kooperationen von Leistungserbringern untereinander mit einer gezielten Patientensteuerung in die jeweils adäquaten Leistungsangebote werden zukünftig immer mehr Bedeutung bekommen.**

In diesem Kontext sind bestehende oder geplante regionale Krankenhausunternehmen mit mehreren Standorten deutlich im Vorteil, weil sie ein Medizinkonzept unter Einbeziehung aller ihrer Standorte entwickeln können. Im Rahmen der Positionsanalyse ist auch die Systemrelevanz der Leistungsangebote zu prüfen.

Systemrelevanz

Jedes Krankenhaus ist dazu angehalten, für sich den Grad seiner Systemrelevanz zu ermitteln. Dieser wird sehr stark vom Leistungsangebot, von Erreichbarkeitskriterien und von der Wettbewerbssituation sowie insbesondere vom Umfang der Notfallversorgungsmöglichkeiten beeinflusst, wobei sich tendenziell größere Krankenhäuser besser als systemrelevante Krankenhäuser qualifizieren als kleinere Krankenhäuser mit einem eingeschränkten Leistungsangebot. Eine Ausnahme stellen hochspezialisierte Fachkliniken dar. Diese Aussage gilt insbesondere für städtische Regionen, in denen mehrere Krankenhäuser wettbewerblich ihre Leistungen anbieten. Hier wirken die Erreichbarkeitskriterien weniger als im ländlichen Bereich, in dem zum Teil längere Strecken durch die Patienten überwunden werden müssen, um eine adäquate Krankenhausversorgung und insbesondere eine Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen.

Die Systemrelevanz kann an der Grund- und Regelversorgung sowie der Notfall-, Herzinfarkt-, Schlaganfall-, unfallchirurgischen Versorgung sowie besonderen Alleinstellungsmerkmalen festgemacht werden. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nennt Erreichbarkeitskriterien für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ („Grundversorgung“) mit 30 Pkw-Fahrzeitminuten und für alle anderen LG mit 40 Pkw-Fahrzeitminuten (§ 6a Abs. 4 KHG). Diese Erreichbarkeitskriterien sind, auch weil sie nur im Kontext der Möglichkeit der Nutzung von Ausnahmeregelungen genannt werden, mehr im Sinne von Richtwerten und weniger im Sinne von verbindlichen Fahrzeitgrenzen zu verstehen. Gerade im ländlichen Bereich müssen hier Abstriche gemacht werden, wenn es sich um dünn besiedelte Gebiete handelt. Auch kann für einige LG eine deutlich höhere Fahrzeitgrenze akzeptiert werden (z. B. Transplantationen, komplexe elektive Eingriffe). Letztlich ist es Aufgabe der einzelnen Bundesländer eigene Erreichbarkeitskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung aufzustellen.

Für Niedersachsen als Flächenland – mit sehr dünn besiedelten Anteilen, Nordseeinseln und angrenzenden Stadtstaaten – wird dies kaum algorithmisch gelingen. Kein anderes Bundesland hat mehr Grenzen mit anderen Bundesländern als Niedersachsen, sodass es sinnvoll wäre, die angrenzende Versorgungslage und deren Entwicklung mit einzubeziehen.



Wenn jedoch ein Krankenhaus unter Berücksichtigung aller Kriterien auch von den Landesbehörden als systemrelevant eingestuft wird, muss es auf jeden Fall erhalten werden – unabhängig von der Trägerschaft. Kann zum Beispiel ein gemeinnütziger Träger dieses Krankenhaus nicht mehr tragen oder finanzieren, geht die Versorgungsverpflichtung auf die Gemeinde, Stadt oder den Landkreis über, falls sich keine alternativen Träger finden.

Für eine Umsetzung der nicht nur durch das KHVVG, sondern auch durch die aufgrund von Fachkräftemangel notwendige Konzentration der Krankenhausangebote, werden die Länder Zielbilder zur zukünftigen Krankenhausstruktur entwickeln müssen. In diesen sollte beschrieben sein, welche Krankenhäuser zukünftig für die Versorgung aufrechterhalten werden müssen. Auf Basis dieser Zielbilder sollte dann auch die Investitionsförderung der Länder beruhen, die einerseits aus den Landesmitteln selbst und andererseits aus dem mit dem KHVVG eingeführten Transformationsfonds zu bestreiten wäre. Daher ist die Selbstprüfung auf Systemrelevanz und die Verifizierung des Ergebnisses durch die Planungsbehörden von großer Bedeutung.

Abhängigkeiten im Leistungsgruppensystem

Häufig werden die LG isoliert voneinander betrachtet, als wenn sie voneinander unabhängig wären. Dabei sind sie untereinander verknüpft und bedingen sich teilweise gegenseitig. Die Basis-LG „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ sind zum Beispiel zusammen mit der LG „Intensivmedizin“ Grundvoraussetzung für die meisten anderen LG. Ein Teil der Abhängigkeiten der LG untereinander muss am Standort dargestellt werden; ein Teil kann über Kooperationen abgebildet werden. Das Vorhandensein der zusätzlich benötigten LG am Standort qualifiziert diesen dann jedoch häufig besser für eine Auswahlentscheidung als eine Vorhaltung in Kooperation.

Da die LG „Intensivmedizin“ in drei verschiedene Qualitätsanforderungen (Basis, komplex, hochkomplex) differenziert ist, sollten diese bei der Ausrichtung eines Standortes beachtet werden. Wird für fast alle LG eines Standortes nur die Qualitätsanforderung „Basis“ benötigt, wäre es wirtschaftlich schwer darstellbar, wenn auch eine einzelne LG vorgehalten werden soll, sofern nur für diese die kostenintensiveren Vorhaltungen der intensivmedizinischen Qualitätsanforderungen „komplex“ oder „hochkomplex“ finanziert werden müssen. Die Erfüllung dieser Kriterien ist mit Anforderungen verbunden, die hohe Kosten verursachen, und wahrscheinlich nicht durch die Leistungen der diese hochkomplexe Intensivmedizin benötigenden LG gegenfinanziert werden können. Auch weitere zu erfüllende Abhängigkeiten der LG untereinander, sind bei der Standortausrichtung zu berücksichtigen.

- **Es empfiehlt sich, möglichst mehrere LG mit gleichen intensivmedizinischen Anforderungen an einem Standort zu bündeln.**

Unabhängig von den konkreten Abhängigkeiten im LG-System, die sich auch noch durch die zur Festsetzung der endgültigen LG-Systems und der Qualitätskriterien notwendige Rechtsverordnung des BMG ändern können, ist es selbstverständlich sinnvoll, bei der Standortausrichtung auch weitere Synergien in der Vorhaltung zu beachten. LGs sollten so gebündelt werden, dass Vorhaltungen möglichst ausgelastet werden können. Eine Vorhaltung, die einer besondere Betrachtung bedarf, ist die Notfallaufnahme.



Notfallversorgung

Bei der strategischen Zukunftsausrichtung muss auch die bereits in erster Lesung vom Bundestag verabschiedete Reform des Rettungswesens und der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) mitgedacht werden.¹ Auch wenn dieses Gesetz dem Diskontinuitätsprinzip zum Opfer fiel, ist die dringliche Notwendigkeit der Reform unter allen Akteuren unbestritten. Es ist davon auszugehen, dass auch die neue Regierung aufbauend auf dem vorliegenden Gesetzentwurf zügig eine Umsetzung anstreben wird.

Es war geplant, sogenannte integrierte Versorgungszentren (INZ) einzurichten, in denen die Notfallversorgung des Krankenhauses und die ambulante Notfallversorgung des vertragsärztlichen Bereichs gemeinsam stattfinden. Der Gesetzentwurf beabsichtigte auch eine Reform der Steuerung von Notfallpatienten, indem bundesweit einheitliche integrierte Leitstellen (ILS) eingerichtet werden, die für die Koordination von Notfällen zuständig sind. Einige Notfälle sollten zukünftig nicht mehr ausschließlich über den Rettungsdienst in Krankenhäuser gebracht, sondern teilweise bereits am Ort des Geschehens abschließend versorgt werden.

Für die Anzahl der benötigten INZ in Deutschland wurden in den vergangenen Jahren von verschiedenen Akteuren unterschiedliche Zahlen genannt. Diese gehen von 200 bis 730 (Simulation des GKV-Spitzenverbands) aus.² Der Gesetzentwurf spricht von 700, was halbwegs realistisch den Bedarf widerspiegeln dürfte. Deutschland verfügt über 294 Landkreise und 107 kreisfreie Städte. Wenn unterstellt wird, dass in den meisten Kreisen nur ein INZ etabliert wird, bleiben für die kreisfreien Städte je nach Größe im Durchschnitt rechnerisch zwei bis drei INZ über. Mit großer Wahrscheinlichkeit kann daher nicht jedes Haus, was aktuell eine G-BA-Notfallstufe hat (ca. 1 000), ein INZ bekommen – zumal hierfür bei Weitem nicht genügend Kassenärzte zur Verfügung stehen. Es gibt in deutschen Krankenhäusern bereits etwa 550 Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die bei ausreichendem Personal zu INZ weiterentwickelt werden könnten. Für Krankenhausstandorte ohne KV-Notdienstpraxen dürfte es hingegen schwerer werden, diese Strukturen noch aufzubauen.

Auch die KV spürt den wachsenden Personalmangel und es wird zunehmend schwieriger, in ländlichen Gebieten freiwerdende Vertragsarztsitze zu besetzen. Dies betrifft vor allem den Bereich der Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung. Dadurch gibt es nicht genügend Ärzte, um die KV-Notfalldienste angemessen zu besetzen und die KV-Optionen für eine Mitwirkung an INZ werden eingeschränkt. Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass insgesamt weniger Notfälle – und diese selektiver – bei den Krankenhäusern mit INZ eintreffen werden. Aus den INZ werden zudem weniger Notfälle stationär aufgenommen. Alle Krankenhäuser sind aber weiterhin verpflichtet, auch Notfälle zu behandeln.

In der Konsequenz ist es notwendig, strategisch den eigenen Krankenhausstandort auch von der Notfallversorgung her zu denken und folgende Fragen zu beantworten: Ist mein Krankenhausstandort ein Kandidat für ein INZ? Darf ich damit rechnen, zukünftig genauso häufig oder noch häufiger als aktuell mit Notfällen frequentiert zu werden? Für die Notfallversorgung sind andere Vorhaltungen notwendig als bei einem planbaren elektiven Leistungsangebot zu Regelarbeitszeiten. Bei einer Zunahme der Notfälle können diese eine Herausforderung für den wirtschaftlichen Ablauf einer bisher überwiegend elektiven Versorgung darstellen.



Krankenhäuser sind zukünftig voraussichtlich in INZ- und Nicht-INZ-Standorte zu differenzieren, wobei die Nicht-INZ-Standorte ein Leistungsspektrum anbieten müssen, welches nicht so stark von der Notfallversorgung abhängig ist. INZ-Standorte hingegen müssen die Kernbereiche der Notfallversorgung wie die Herzinfarkt-, die Schlaganfall- und die traumatologische Versorgung anbieten, damit eine Absicherung der Notfallversorgung realistisch erfolgen kann.

Die Krankenhäuser in einer Region konkurrieren miteinander um die Auswahl der INZ. Bei der Auswahl des am besten geeigneten Standorts können auch die jeweilige G-BA-Notfallstufe und das Vorhandensein notfallmedizinisch relevanter Fachabteilungen eine Rolle spielen. Die Bedeutung, die Fachkrankenhäuser in der Notfallversorgung haben werden, wird individuell und regional zu bestimmen sein.

- **Wenn ein Krankenhausträger mehrere Krankenhausstandorte in einer Region betreibt, ist es ratsam zu bestimmen, welche Standorte in Zukunft für INZ geeignet sind, um ihre Leistungen auf die Notfallversorgung auszurichten. Es könnte erforderlich sein, Fachabteilungen wie Kardiologie, Stroke-Unit oder höherwertige Unfallchirurgie von anderen Standorten an diese Standorte zu verlagern, die künftig die höherwertige Notfallversorgung in Kombination mit dem INZ gewährleisten sollen.**

Fallmengen

Ungeachtet der grundsätzlichen Korrelation zwischen Fallmenge und Wirtschaftlichkeit, die es bei der strategischen Ausrichtung zu beachten gilt, werden durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen immer konkretere Vorgaben zu erfüllenden Mindestfallzahlen gemacht. Diese und deren potenzielle Weiterentwicklungen sollten in die Überlegungen zu nachhaltigen Standortkonzepten mit einfließen.

G-BA Mindestmengen

Falls die Mindestmengen in einzelnen Leistungsbereichen heute nicht erreicht werden, ist es unwahrscheinlich, dass diese Leistungen langfristig und zukunftsfähig aufrechterhalten werden können. Eine Ausnahme bildet die Leistungskonzentration von mehreren Krankenhäusern aus dem Umfeld auf das eigene Krankenhaus mit dem Ergebnis einer erhöhten und damit sicheren Leistungsmenge. Es müssen nicht nur die bereits festgelegten Mindestmengen überprüft werden, sondern auch diejenigen, die derzeit in der Diskussion des G-BA für eine neue Festlegung stehen. Im November 2024 erfolgte die Festlegung neuer Mindestmengen für die Kolonkarzinomchirurgie und Rektumkarzinomchirurgie. Diese werden in den nächsten Jahren schrittweise umgesetzt und sollen spätestens bis 2029 Krankenhäuser ausschließen, die diese Mindestmengen nicht erfüllen.

Mindestvorhaltezahlen

Das Gesetz schreibt vor, dass für jede LG sogenannte Mindestvorhaltezahlen (MVHZ) festgelegt werden sollen (§ 135f SGB V). Krankenhäuser erhalten demnach keine Vorhaltefinanzierung für diese LG, wenn sie die noch festzulegenden MVHZ unterschreiten – auch wenn ihnen diese LG zugewiesen wird (§ 8 Abs. 4 Satz 5 KHEntgG). Es würde damit deutlich schwieriger, diese Leistungen wirtschaftlich zu erbringen, womit die MVHZ einen starken, additiv strukturverändernden Einfluss entwickeln können.



Für die erste Festlegung und Weiterentwicklung von MVHZ soll das IQWiG (Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen) eine allgemeine Methodik zur Erstellung solcher Empfehlungen entwickeln und dann „wissenschaftliche Empfehlungen“ abgeben. Dabei sollen die vom IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) veröffentlichten Bewertungen aus dem Bundes-Klinik-Atlas vom IQWiG berücksichtigt werden. Angedacht ist weiter, dass das InEK auf diesen Empfehlungen aufbauend eine Auswirkungsanalyse anfertigt. Die endgültige Festlegung der MVHZ soll durch eine im Bundesrat zustimmungspflichtige Rechtsverordnung des BMG auf Grundlage der Empfehlungen des IQWiG, der Auswirkungsanalyse des InEK und weiterer Faktoren erfolgen.

Geplant ist, die Rechtsverordnung erstmals bis zum 12. Dezember 2025 mit Wirkung zum 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Instrument der MVHZ besitzt für viele LG weder eine qualitative noch eine wirtschaftliche Rationale und erscheint verfassungsrechtlich zumindest fragwürdig. Es ist daher zu Recht sehr umstritten und könnte durch die neue Regierung wieder aufgegeben werden. Aus diesem Grund ist die Einbeziehung der MVHZ derzeit nur eingeschränkt in die strategische Zukunftsplanung möglich. Es lässt sich bereits jetzt feststellen, dass insbesondere LG, die derzeit schon eine niedrige Fallzahl aufweisen, in dieser Hinsicht gefährdet wären.

Onkochirurgische Eingriffe

Der im Gesetz vorgesehene Ausschluss von Krankenhäusern mit wenigen onkochirurgischen Eingriffen in noch zu bestimmenden Indikationen soll durch die Nichtfinanzierung dieser Leistungen an Standorten mit den geringsten Fallzahlen in Deutschland erfolgen (§ 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG). Es ist am InEK, die Fallzahlen nach Vorarbeiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu onkochirurgischen Indikationen aus den Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2023 zu ermitteln und die Standorte absteigend nach Fallzahl zu sortieren. Im Anschluss daran soll festgestellt werden, welche Krankenhausstandorte mit der geringsten Fallzahl zusammen 15 % der gesamten Leistungen im betreffenden Indikationsbereich erbringen. Einige onkochirurgische Leistungen sind nicht in separaten LG abgebildet, sondern Bestandteil von LG, die zahlreiche weitere Leistungen umfassen, wie etwa die LG „Allgemeine Chirurgie“, „Neurochirurgie“ oder „Urologie“. Das hätte zur Folge, dass Krankenhausstandorte, obwohl sie den Versorgungsauftrag für eine LG vom Land und eine Vorhaltefinanzierung erhalten, innerhalb der LG bestimmte onkochirurgische Eingriffe nicht mehr vergütet bekämen.

- **Es sollte trotz noch bestehender praktischer Umsetzungsprobleme davon ausgegangen werden, dass eine Umsetzung mit Wirkung auf die Krankenhäuser erfolgen könnte. Daher ist dieser Einflussfaktor idealerweise bei den medizinstrategischen Zukunftsausrichtungen zu berücksichtigen.**

Downsizing zu Sektorübergreifender Versorgungseinrichtung (SüV)

Ergibt die Prüfung eine nicht vorhandene Systemrelevanz oder muss ein Krankenhausstandort mit einer deutlichen Einschränkung des Leistungsspektrums aufgrund einer Nichterfüllung der Qualitätsvorgaben für die LG oder als Folge von Auswahlentscheidungen der Planungsbehörden rechnen, sind Alternativen für den Fortbetrieb zu prüfen. Das gilt insbesondere dann, wenn eine Schließung des Standorts aus Trägersicht nicht erfolgen soll.



Eine Alternative könnte die Umwandlung des Standorts in eine sogenannte sektorübergreifende Versorgungseinrichtung (SüV) werden. Diese Möglichkeit wird realistisch betrachtet eher im ländlichen Raum und weniger in städtischen Umgebungen umsetzbar sein, in denen die weiteren Krankenhäuser das nicht mehr vorhandene Leistungsangebot eines kleinen Krankenhauses häufig problemlos auffangen können. Theoretisch kann eine SüV aber auch in einer städtischen Umgebung etabliert werden. Die Umwandlung kann nur mit Zustimmung der Planungsbehörden erfolgen, die auch ein Votum der Kostenträger einholen müssen. In diesem Kontext müssen die Chancen realistisch bewertet werden.

Die SüV sollen ausgewählte stationäre, ambulante und pflegerische Leistungen anbieten dürfen. Sie sind rechtlich als Krankenhausstandorte definiert. Die Festlegung der Details wurde den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene übertragen, die bis zum 31. Dezember 2025 dazu angehalten sind, eine erste Vereinbarung zu treffen, in der festgelegt wird, welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und Geriatrie eine SüV erbringen muss, welche zusätzlichen Leistungen eine SüV erbringen darf (mit/ohne telemedizinische Unterstützung) und welche Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation gelten sollen. Im ambulanten Bereich sollen SüV grundsätzlich für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ermächtigt werden, sofern keine Zulassungsbeschränkungen vorliegen. Bei der Neuordnung einer Zulassungsbeschränkung kann einer SüV jedoch jederzeit die Ermächtigung zur fachärztlichen Versorgung wieder entzogen werden, was die Planungssicherheit für den Krankenhausträger einschränkt.

Das Gesetz sieht eine separate Finanzierung für die stationären Leistungen der SüV vor. DRGs, Zusatzentgelte, NUB, Pflegebudget und Vorhaltepauschalen sollen nicht angewendet werden. Für alle voll- und teilstationären Leistungen der SüV ist angedacht, auf Ortsebene ein sachgerecht berechnetes Gesamtvolumen (Budget) zu vereinbaren, das über einen oder mehrere unterschiedliche degressive Tagessätze tagesbezogen abgerechnet wird. Es ist jedoch kaum zu erwarten, dass in den nächsten zwei Jahren SüV entstehen. Noch fehlen die erforderlichen Vereinbarungen zwischen den Partnern der Selbstverwaltung über den Umfang der Leistungen und die Finanzierung sowie die Festlegungen von SüV durch die Planungsbehörden.

Niedersachsen hat bereits die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Regionale Gesundheitszentren (RGZ) als neue Angebotsform geschaffen, die im Wesentlichen den SüV entsprechen. Dies sind regionale Einrichtungen für eine sektorenübergreifende, wohnortnahe medizinische Versorgung von Patienten, in denen verschiedene Dienstleister interdisziplinär und interprofessionell zusammenarbeiten können. Ein Allgemeinkrankenhaus kann gemäß dem Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) als RGZ zur kurzstationären Versorgung in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn es als Nachfolgeeinrichtung eines Krankenhauses betrieben wird, das am 1. Januar 2023 im Krankenhausplan verzeichnet war. Abhängig vom Konzept des RGZ können sowohl Hausarztpraxen als auch fachärztliche Praxen in ein RGZ integriert werden. Im April 2023 wurde das erste RGZ im Landkreis Osnabrück ins Leben gerufen.³



Verbesserung der Wirtschaftlichkeit

Für viele Leistungen ist es sinnvoll, größere Einheiten für die Leistungserbringung zu schaffen, in denen die Kosten für die Bereitstellung – insbesondere durch die Vorhaltung von Personal – in einem angemessenen Verhältnis zu den Einnahmen aus den Behandlungen stehen, um die Wirtschaftlichkeit zu verbessern bzw. zu sichern. Durch die zunehmende Diversifizierung der Leistungsangebote in Krankenhäusern in den letzten Jahren entstanden oft kleine Leistungseinheiten mit eigenen Leitungsstrukturen, Vertretungen und Oberärzten, die heute eine ungünstige Kosten-Erlös-Relation aufweisen.

Jede Leistungseinheit, gerade in spezialisierten Bereichen, sollte unter dem Aspekt der wirtschaftlichen Aussichten selbstkritisch hinterfragt werden. Eventuell können Leistungsangebote trägerintern oder -übergreifend konzentriert werden, um aus zwei oder vielleicht sogar drei kleineren Einheiten eine größere Einheit zu formieren und damit eine wirtschaftliche Leistungserbringung auch zukünftig sicherzustellen.

Mögliche strategische Optionen

Für die strategischen Zukunftsüberlegungen eines Krankenhauses ergeben sich grundsätzlich drei verschiedene Varianten, die jedoch noch in weiteren Mischformen resultieren können:

Option 1: Weiter so wie bisher.

Dieser strategische Ansatz beinhaltet die Beantragung aller LG, die sich aus dem bisherigen Leistungsangebot und den bisher erbrachten Leistungen der Krankenhausstandorte ergeben. Dazu muss für jede einzelne LG geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine Beantragung erfüllt sind, zum Beispiel die Erfüllung der Qualitätskriterien oder insbesondere bei Fachkrankenhäusern die Hoffnung auf die Nutzung einer Ausnahmeregelung durch die Planungsbehörde besteht.

Option 2: Anpassung des Leistungsspektrums an den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und die Rahmenbedingungen für die zukünftige Versorgung wie zum Beispiel der Erreichbarkeitskriterien unter Einbeziehung des wettbewerblichen Umfeldes in den jeweiligen vergleichbaren LG.

Die Betrachtung des Leistungsspektrums der weiteren Häuser in der Region hilft bei der Einschätzung, inwieweit diese bzw. ihre Leistungsangebote erfolgreich in die Zukunft geführt werden können. Diese Analyse kann unter Zugriff auf die öffentlich verfügbaren medizinischen Qualitätsberichte erfolgen, die jedoch mit erheblichem Zeitverzug veröffentlicht werden.

Option 3: Intensive Abstimmung des Leistungsspektrums mit dem wettbewerblichen Umfeld, um zukünftig gemeinsam die Versorgung in einer Region unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung zu sichern.

Dazu sollte entweder eine trägerübergreifende Abstimmung erfolgen oder alternativ auch die Bildung eines regionalen Gesundheitsunternehmens mit mehreren Standorten durch Zusammenschluss der einzelnen Träger.

Prüfung der wirtschaftlichen Aussichten

- Steht die Inanspruchnahme des Leistungsangebots in einer guten Relation zu den Personalkosten, insbesondere im ärztlichen Bereich und einer wirtschaftlichen Effizienz?
- Lässt sich dieser Leistungsbereich ausweiten und somit die Kosten-Erlös-Relation verbessern?
- Wird es gelingen, für diesen Leistungsbereich dauerhaft die vorgegebenen Personalanforderungen zu erfüllen?
- Ist dieses spezifische Leistungsangebot auch für andere Leistungsbereiche am Standort oder als Kooperation mit anderen Standorten im Sinne einer Synergie sinnvoll und deshalb dauerhaft weiter vorzuhalten?
- Können durch eine Verlagerung des Leistungsbereichs an einen anderen Standort, Vorhaltungen besser ausgenutzt werden und medizinisch inhaltliche sowie wirtschaftliche Synergieeffekte entstehen?



Option 1 wird nur in den wenigsten Fällen von Erfolg gekrönt sein und ist wahrscheinlich vorrangig Maximalversorgern wie Universitätskliniken oder Fachkrankenhäusern vorbehalten, wobei diese sich ebenfalls an der Neustrukturierung der Versorgung für eine Region gemeinsam mit den anderen Krankenhausträgern beteiligen könnten und sollten. In NRW wurde auch das Leistungsportfolio von Universitätskliniken teilweise beschnitten. Es sollte nicht davon ausgegangen werden, dass alle LG, für die ein Krankenhaus die Qualitätskriterien erfüllt, auch erfolgreich im Planungsverfahren durchgesetzt werden können. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Zuweisung einer LG. Bei einem Überangebot von Leistungen werden die Länder mit großer Wahrscheinlichkeit von der Möglichkeit der Auswahlentscheidung Gebrauch machen. Was ein Überangebot an Leistungen charakterisiert, wird jedes Land unter Berücksichtigung seiner Versorgungsstruktur, der Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen, der Bevölkerungsdichte und eines ermittelten Bedarfs selbst festlegen.

Option 2 beinhaltet ein enges Monitoring der parallel stattfindenden Ausrichtung anderer Träger und weist damit nach bisherigen Erfahrungen einen hohen Komplexitätsgrad auf: Wenn verschiedene Träger die im Versorgungsangebot enthaltenen Leistungen untereinander aufteilen sollen, haben die beteiligten Akteure oftmals das Ziel, einen möglichst großen Teil des Leistungsangebots entsprechend ihrer Möglichkeiten an ihren jeweils eigenen Krankenhausstandorten zu konzentrieren. Es ist häufig schwierig, einen gemeinsamen Ansatz für einen Leistungsaustausch zu finden, da dieser durch ein ausgewogenes Geben und Nehmen aus der Sicht der Beteiligten unterstützt werden müsste, was oft nicht zu angemessenen Versorgungslösungen führt. Erschwerend kommt hinzu, dass ausgehandelte Kompromisse durch die Geschäftsführungen auch den Mitarbeitern, den betroffenen Kommunen und der Bevölkerung vermittelt werden müssten. Dies kann ein riskantes Unterfangen darstellen.

Option 3 bildet eine ernstzunehmende und zukunftsorientierte Option, auch wenn die Optionen 1 und 2 zunächst für einen Großteil der Krankenhäuser den primären strategischen Ansatz darstellen werden. Obwohl es den Patienten eine Auswahl ermöglicht, ist die Aufrechterhaltung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Krankenhäusern in einem begrenzten Marktumfeld angesichts der insgesamt abnehmenden vollstationären Fälle nur eingeschränkt und allenfalls in Metropolregionen zukunftsfähig. Bei redundanten Angeboten kann es sinnvoll und unabdingbar sein, dass Träger ihre Einrichtungen zusammenlegen, um die Vorhaltung auf den zu ermittelnden Versorgungsbedarf zu beschränken. Besonders gut ist es, wenn die Standorte weniger als 2 000 Meter Luftlinie auseinanderliegen, da sie dann bei Fusion einen Standort mit zwei Betriebsstätten darstellen, an dem über beide Betriebsstätten hinweg die Qualitätsanforderungen für die LG gelten. Damit werden weitere Möglichkeiten für die Ausgestaltung des Versorgungsauftrages eröffnet. Diese ursprünglich von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarte Standortdefinition wurde inzwischen in das Gesetz übernommen. Insbesondere in Gebieten, wo die freigemeinnützige Trägerschaft ausgeprägter ist, müssen teilweise konfessionelle Barrieren sowie die Grenzen zwischen konfessionellen und kommunal geführten Krankenhäusern überwunden werden. Dafür gibt es Beispiele, wie zum Beispiel die Verschmelzung des evangelischen Krankenhauses und des katholischen Dreifaltigkeitskrankenhauses in Lippstadt, einer Stadt mit 69 000 Einwohnern. Erst mit der Verschmelzung gelingt es dort, ein Zukunftskonzept für die Medizin umzusetzen, was die redundante Leistungserbringung weitgehend reduziert, sodass sich beide Krankenhausstandorte bezüglich ihres



Leistungsangebots komplementär ergänzen und dadurch die Wettbewerbssituation deutlich reduziert wird. Solche Fusionen mit der Bildung von regionalen Krankenhausunternehmen werden zunehmen. Durch Fusionen können sich auch weitere positive Auswirkungen für die Zukunft ergeben. So werden ggf. mehr Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien im LG-System erfüllt und/oder eine höhere G-BA-Notfallstufe erreicht. Resultierende Standorte sind eher für die Einrichtung eines INZ prädestiniert. Auch berufsgenossenschaftlicher Vorgaben (VAV, SAV), G-BA-Richtlinien oder Kriterien für Zertifizierungen (Krebszentren, EPZ, CPU, etc.) können häufig einfacher erfüllt werden.

Verbund als Zukunftsoption

Die Zukunft der Krankenhäuser liegt wahrscheinlich in regionalen Krankenhausunternehmen, deren Ziel es ist, den wirtschaftlichen Betrieb durch Balancierung der verschiedenen Leistungsangebote zwischen den einzelnen Standorten nach medizinisch-inhaltlichen und wirtschaftlichen Kriterien zu sichern. Wenn mehrere regionale Träger ihre Krankenhausunternehmen fusionieren, lassen sich aus der Perspektive eines zukünftig gemeinschaftlichen Unternehmens medizinisch und wirtschaftlich viel besser sinnvolle Strukturierungen der Leistungsangebote zwischen den zu erhaltenden Krankenhausstandorten vornehmen als in getrennten Trägerschaften. Redundanzen in den Leistungsangeboten sind besser zu reduzieren und der Personaleinsatz kann standortübergreifend erfolgen. Auch im Sekundär- und Tertiärbereich (z. B. Einkauf, Apotheke, Labor, Facility-Management, Personalmanagement, Verwaltung etc.) ergeben sich Optimierungspotenziale mit positiven wirtschaftlichen Effekten. Innerhalb regionaler Trägergruppen können Leistungen auf einzelne Standorte konzentriert werden, sodass die Leistungserbringung dem Gesamtunternehmen nicht verloren geht. Teilweise führt das auch dazu, dass einzelne Krankenhausstandorte innerhalb der Trägergruppe aufgegeben werden müssen, um im Ergebnis die verbleibenden Standorte zu stärken und zukunftssicher zu machen.

Mit einer geeigneten Patientensteuerung kann es gelingen, möglichst viele Patienten im regionalen Krankenhausverbund zu versorgen, wenn auch nicht immer an jedem Standort. Nicht zu unterschätzen ist auch die Möglichkeit, ärztlichem und nicht-ärztlichem Nachwuchs attraktive Aus-, Fort- und Weiterbildung anzubieten. Durch Rotationen zwischen den Standorten lässt sich die volle Weiterbildung im ärztlichen Bereich einfacher und attraktiver realisieren als bei notwendigen Trägerwechseln mit neuen Arbeitsverträgen und Probezeiten. Obwohl diese Überlegungen nicht neu sind, gewinnen sie im Kontext der geplanten Krankenhausstrukturreform und der ökonomischen Situation von Krankenhäusern an Bedeutung.

Strategie im Kontext der Leistungsgruppen

Die LG stellen neben DRGs und Fachabteilungen eine neue Aggregationsebene zur Leistungsbeschreibung dar. Diese Aggregationsebene wird in den Rahmenbedingungen eine zunehmend wichtigere Rolle spielen. Wir empfehlen daher eine Bewertungen für jede einzelne LG vorzunehmen.

Gerade bei hoch spezialisierten Leistungen mit geringer Leistungsmenge ist die Abstimmung mit Wettbewerbskrankenhäusern sehr wichtig, um zeitnah einen gemeinsamen Plan zur Konzentration in der Region zu entwickeln. Wenn alle Häuser dieselbe LG bei geringer Leistungsmenge beantragen, besteht das große Risiko, dass diese LG der gesamten Region verloren geht.

Leistungsgruppen Bewertungsmaßstab

1. Welche medizinischen Kollektive werden welchen LG zugeordnet? (wie bei den DRGs sollte man sich nicht durch die textliche Benennung der LG in die Irre führen lassen)
2. Wird es gelingen, dauerhaft die Qualitätsvoraussetzungen (Personal und Vorhandensein abhängiger LG) für diese LG zu erfüllen? Welche Kooperationen sind hierfür notwendig?
3. Ist zum Erhalt der LG an meinem Krankenhausstandort ein Personalaufbau notwendig und besteht die realistische Chance, das notwendige Personal über die Leistungsmenge refinanzieren zu können?
4. Können LG mit Nachbarkrankenhäusern getauscht werden mit dem Ziel, größere Leistungsmengen in einzelnen LG und eine optimalere Auslastung der Vorhaltung zu erreichen? Dieses Ziel sollte auch das Partnerkrankenhause durch den Tausch erreichen können.
5. Welche Leistungscluster (zum Beispiel Onkologie) sollen in Zukunft am Krankenhaus vorhalten werden? Besteht die realistische Chance, die dafür notwendigen LG an meinem Krankenhausstandort zu kumulieren?
6. Bestehen realistische Chancen, ein INZ zugewiesen zu bekommen? Welche LG müssen dafür sinnvollerweise erhalten oder aufgebaut werden?



Die LG des Krankenhausstandortes sollten in vier Kategorien gegliedert werden:

- A: LG, die zwingend am Haus gehalten werden müssen und damit in der Krankenhausplanung durchzusetzen sind (notfalls auch unter Beschreitung des Rechtsweges).
- B: LG, die möglichst im Rahmen der Krankenhausplanung durchgesetzt werden sollten, notfalls aber auch verzichtbar sind, wenn durch Aufgabe dieser LG Vorteile im gesamten Planungsverfahren für das eigene Haus generiert werden können (z. B. Gewinnung anderer LG oder auch Investitionszusagen seitens der Behörden).
- C: LG, die eigentlich am Haus nicht mehr gehalten werden müssen, aber strategisch in die Krankenhausplanung eingebracht werden, um entsprechende Verhandlungspositionen aufzubauen.
- D: LG, die bislang noch nicht erbracht wurden, deren Beantragung aber medizinisch-strategisch sinnvoll sein könnten.

Erfahrungen aus NRW bei Strategieentwicklung berücksichtigen

NRW ist das einzige Bundesland, das eine Krankenhausplanung nach LG bereits umgesetzt hat. Dabei wurden spezielle Leistungen teilweise stark konzentriert, aber Krankenhausstandorte selten komplett infrage gestellt. Die Feststellungsbescheide mit den zukünftigen Versorgungsaufträgen gingen noch vor Weihnachten 2024 den Krankenhäusern zu und gelten ab dem 1. April 2025. Für einige LG gilt die Zuweisung erst ab dem 1. Januar 2026, bis dahin dürfen die Leistungen noch unter dem bisherigen Versorgungsauftrag erbracht werden. Wie die Übergangsfristen in anderen Ländern gestaltet werden, bleibt abzuwarten. Durch die Konzentration haben sehr häufig Krankenhausstandorte mit kleineren Leistungsmengen ihren Versorgungsauftrag für spezialisierte Leistungen aus der Viszeralchirurgie, der Orthopädie oder der Kardiologie verloren. Im Ergebnis sind viele Krankenhausstandorte betroffen, die konzentrierte Leistungsmenge ist jedoch außerhalb der genannten Bereiche überschaubar geblieben. Aktuelle Investitionen der Krankenträger in Hardware (z. B. Herzkathetermessplätze etc.) waren kein tragfähiges Argument für eine Zuweisung von LG.

Ein erheblicher Teil der Krankenhäuser klagt gegen die Feststellungsbescheide. Schon frühzeitig im Planungsprozess haben sich Leistungsträger teilweise umorientiert und sich neue Wirkungsstätten gesucht, wenn sie für „ihre“ Standorte keine Zukunft sahen. Der verschärfte Wettbewerb um besondere Fachkräfte war in NRW deutlich zu beobachten.

In Nordrhein-Westfalen wurde versucht, jedem Krankenhausstandort durch Zuweisung von LG eine Fortführungsprognose zu geben. Anders als im Bundessystem angelegt, sollen nicht vorrangig große Krankenhäuser die zukünftige Versorgung gestalten. Vielmehr lag der Fokus auf Kooperationen der Standorte im Sinne einer gestuften Versorgung. Daher wird die Umsetzung der neuen Krankenhausplanung über LG in NRW bei den meisten Häusern nicht dazu führen, dass alleinig als Folge der Nichtzuweisung von bestimmten LG diese Häuser in existenzbedrohende wirtschaftliche Situationen kommen werden. Es erfolgt zwar eine Konzentration von Leistungen, aber kaum eine Verringerung von Standorten und Leistungsmengen. Damit würde in NRW wahrscheinlich auch die Wirkung der Umverteilung von Vorhaltebudgets überschaubar bleiben und könnte kaum zu einer verbesserten Finanzierung in den meisten Krankenhäusern führen. Lediglich die Kosten könnten ggf. durch Skaleneffekte verringert werden.



Die Entscheidungen des NRW-Gesundheitsministeriums resultieren in einer Konzentration der Leistungsangebote in spezialisierten LG mit teilweise schmerzhaften Einschnitten für die Krankenhäuser und ihr Personal. Die Aberkennung bisher erbrachter Leistungen führt zu deutlichen Veränderungen in den betroffenen Krankenhäusern. Teilweise müssen Krankenhäuser in der Folge einzelne Abteilungen schließen (z. B. Gefäßchirurgie) oder auch die Wirtschaftlichkeit einer Abteilung kritisch hinterfragen. Wurden einem Haus mit einer Kardiologie, zum Beispiel die LG „EPU/Ablation“ und „Kardiale Devices“ nicht zuerkannt, muss es trotzdem fünf vollzeitäquivalente Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie vorhalten und mit den Leistungen der LG „Interventionelle Kardiologie“ sowie weiteren in der LG „Allgemeine Innere Medizin“ verorteten kardiologischen bzw. internistischen Leistungen auslasten, um die Wirtschaftlichkeit zu sichern. Wenn das nicht gelingt, ist eventuell ein Verzicht auf den kompletten kardiologischen Leistungsbereich zu erwägen. Die Häuser stehen damit zum Teil vor schwierigen Entscheidungen bis hin zur Schließung von Standorten. Krankenhäuser, die die spezifischen LG zugewiesen bekommen haben, können hingegen in diesen LG mit Leistungssteigerungen rechnen, sofern die eigenen Kapazitäten hierfür ausreichen.

Ein wesentliches Qualitätskriterium der LG ist die geforderte fachärztliche Ausstattung. Geräte lassen sich kaufen und geforderte Prozesse etablieren. Fehlendes Personal ist schwerer zu rekrutieren und kann kurzfristig ausfallen. Da die Angaben des Standortes zur Erfüllung der Qualitätskriterien vom medizinischen Dienst überprüft werden sollen, ist es wichtig, dass die Realität mit den Angaben übereinstimmt. Die Personalverfügbarkeit ist volatil und keinesfalls eine stabile Größe. Der Nachweis der Erfüllung der Qualitätsanforderungen für jede LG inklusive der fachärztlichen Anforderungen sollte sehr ernst genommen werden. Die LG stellen den Versorgungsauftrag dar. Der Verlust einzelner LG kann aufgrund der Verknüpfung der LG untereinander auch zum Verlust weiterer LG führen.

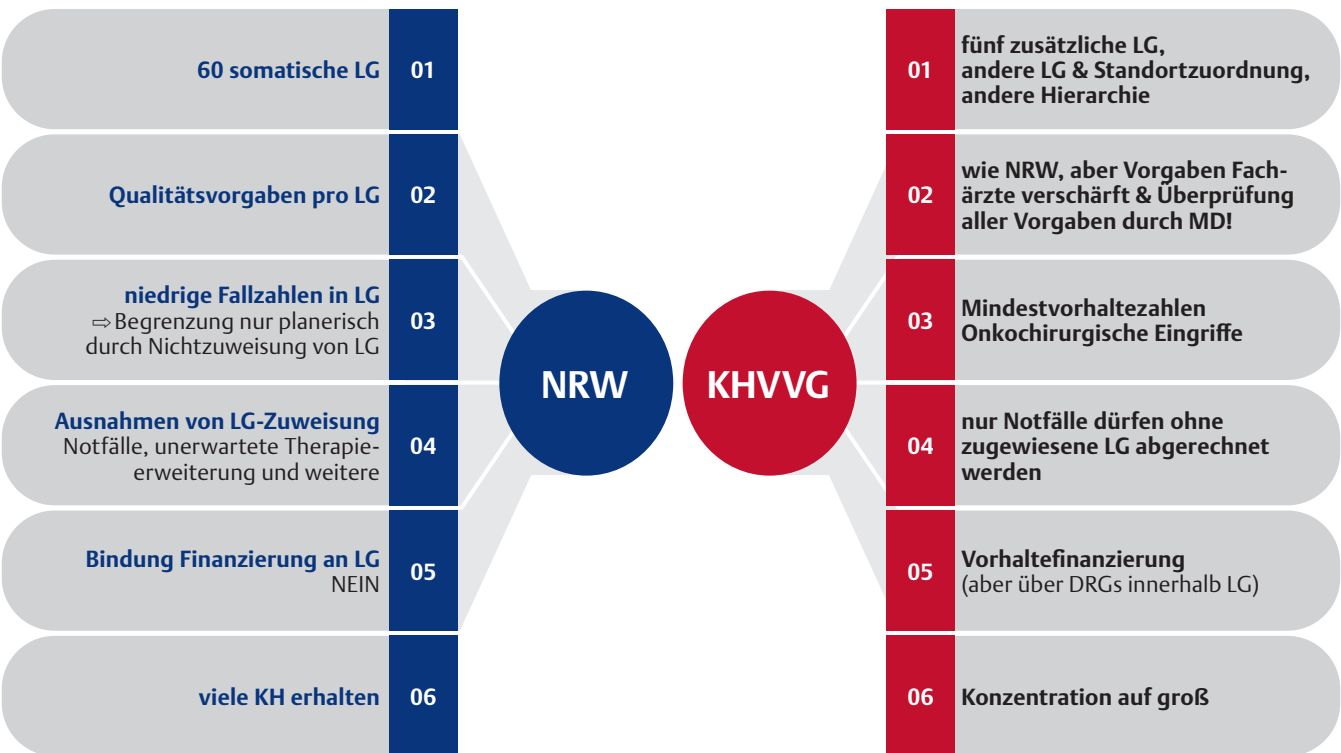
Bei der Umsetzung der neuen Krankenhausplanung gemäß KHVVG kann eine grundsätzliche Orientierung an der bereits abgeschlossenen Umsetzung in NRW erfolgen. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass jedes Bundesland unterschiedliche Strategien der Umsetzung verfolgen kann und sich die Strategien auch unterscheiden müssen, weil die Länder unterschiedliche Strukturen aufweisen. Flächenländer wie zum Beispiel Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern sind mit NRW nicht direkt vergleichbar und werden nach anderen Kriterien die Zukunftsstrukturierung der Krankenhausversorgung vornehmen. Mit den Metropolregionen Hamburg und Bremen, die direkt an das Bundesland angrenzen, sind bundeslandüberschreitende Planungen vorzunehmen. Einige Länder haben Strukturierungen bereits vorgenommen, andere werden hier noch nachziehen müssen. Daher ist es ratsam, sich fortlaufend über die Webseiten der Ministerien und andere Quellen zu informieren, um so zeitnah wie möglich Klarheit über die Strukturierung zu erhalten.

Mit großer Wahrscheinlichkeit wird auch in NRW bald eine weitere Planungsrunde stattfinden müssen, weil sich zwar die Betextungen der LG ähneln, aber sich die Definitionen des bundesweiten LG-System teilweise deutlich von denen in NRW unterscheiden. Sofern in der Rechtsverordnung die verschärften Anforderungen des KHVVG bestehen bleiben, müssen auch diese erfüllt und durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft werden. Das kann ggf. zu einer weiteren Umverteilung von LG zwischen den Krankenhäusern in NRW führen.



Werden darüber hinaus tatsächlich die neue Vergütungsmethodik mit dem Zwang zur deutlichen Standortreduktion in allen LG, sowie die Mindestvorhaltezahlen und Vorgaben zur Begrenzung onkochirurgischer Eingriffe eingeführt, würde dies weitere Strukturveränderungen nach sich ziehen.

Aggregierter Vergleich der NRW-Regelungen mit den KHVVG-Regelungen



Quelle: Roeder / Fiori

Zuordnung der Fälle zu LG und Standorten mit dem Bundes-LG-Grouper

Seit Anfang Februar stehen zertifizierte Grouper zur Ermittlung der KHVVG-LG und der behandelnden Standorte zur Verfügung. Die vom InEK entwickelte Zuteilung der Fälle zu den LG im LG-System Bund weist teilweise deutliche Unterschiede im Vergleich zur Zuordnung im NRW-System auf (siehe Schaubild oben).

Dieser Aspekt muss bei sämtlichen Analysen in den medizinischen Einrichtungen sowie den sich daraus abzuleitenden strategischen Entscheidungen berücksichtigt werden. Insbesondere ist hervorzuheben, dass viele Leistungen, die im NRW-System der LG „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet sind, im bundesweiten LG-System den LG für die Spezialisierungen der Inneren Medizin wie den LG „Komplexe Gastroenterologie“, „Komplexe Nephrologie“, „Komplexe Pneumologie“, „Komplexe Rheumatologie“ und „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ zugeordnet werden. Krankenhausstandorte, die nicht die Qualitätsanforderungen für die LG für die Spezialisierungen der Inneren Medizin erfüllen – meist drei zusätzliche fachärztliche Vollzeitäquivalente (VZÄ), werden kaum den Versorgungsauftrag erhalten und dürfen diese Leistungen gemäß der LG-Definitionen nicht mehr abrechnen.



Eine vergleichbare Situation ergibt sich in der LG „Allgemeine Chirurgie“ für die LG „Plastische Chirurgie“ sowie die LG „Kinder- und Jugendchirurgie“.

Die neue LG „Komplexe Traumatologie“ wird mit Fällen belegt, die zuvor im NRW-System häufig der LG „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet waren. Viele Krankenhausstandorte, insbesondere mit orthopädischer Ausrichtung, werden zumindest Einzelfälle in dieser sehr „sensitiv“ definierten LG aufweisen. Sie stellt besondere Anforderungen an die Vorhaltung, insbesondere in Bezug auf die Facharztausstattung. Es werden wahrscheinlich nur wenige Krankenhausstandorte die Mindestvoraussetzungen für diese LG erfüllen und zukünftig diese Leistungen erbringen dürfen.

Es ist auch zu beachten, dass gemäß der NRW-Regelung sowie der KHVVG-Regelung Notfälle von der Beschränkung des Versorgungsauftrags über die LG-Zuweisungen ausgenommen sind, bislang jedoch noch nicht Fälle mit unerwarteter Therapieerweiterung wie in NRW. Notfälle dürfen und müssen an jedem Krankenhaus behandelt werden. Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist die geänderte Zuteilung der LG zu Standorten bei internen Verlegungen in Krankenhausunternehmen mit mehreren Standorten unter einer Institutskennzeichnung (IK-Nummer). Die Zuordnung zur LG erfolgt im LG-Grouper des InEK bei LG mit Falldefinition über den behandelnden Standort und bei LG, deren Definitionen auf dem Fachabteilungsschlüssel basieren, nach dem längsten Fachabteilungsaufenthalt am Standort mit der längsten Verweildauer. Im NRW-System erfolgte die Zuweisung stets nach dem entlassenden Standort. Dies führt häufig zu sinnvollerer Standortzuweisungen, weil LG- und Standortzuweisung nun kohärenter aufeinander abgestimmt sind.

All diese Änderungen können auch Auswirkungen auf die Zuweisung der geplanten Vorhaltebudgets haben, obwohl daraus nach derzeitiger Bewertung keine erkennbaren Nachteile für das gesamte Krankenhausunternehmen resultieren würden.

Bedeutung des Fachabteilungsschlüssels

Aus der Nutzung des Fachabteilungsschlüssels bei der Zuordnung der Fälle zu den LG resultiert eine krankenhausindividuelle LG-Zuordnung. Identisch behandelte und kodierte Fälle (z. B. in der Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie, Rheumatologie oder in der Schmerzmedizin) werden abhängig vom am individuellen Krankenhausstandort genutzten Fachabteilungsschlüssel in unterschiedliche LG gruppiert. Das wirkt sich auch auf die unterschiedlichen Fallzahlen in den LG aus. So ist beispielsweise die Fallzahl in der LG „Komplexe Gastroenterologie“ an Standorten, die keinen spezifischen Fachabteilungsschlüssel der Gastroenterologie nutzen, deutlich niedriger als an Standorten mit spezifischem Fachabteilungsschlüssel. Den LG „Komplexe Nephrologie“, „Komplexe Rheumatologie“ und „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ werden Fälle bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich über einen spezifischen Fachabteilungsschlüssel zugeordnet. Viele große hoch spezialisierte internistische Fachabteilungen finden bei Auswertungen daher nur wenige oder gar keine Fälle in den erwarteten LG. Will der Krankenhausstandort seine Expertise nach außen hin darstellen oder ist die Zuweisung zu einer LG aus anderen Gründen wichtig (z. B. zur Leveleinteilung), so liegt es nahe, über eine Änderung des genutzten Fachabteilungsschlüssel nachzudenken. Auch die umgekehrte strategische Überlegung drängt sich für viele Krankenhäuser auf. Soll neben der LG „Allgemeine Innere Medizin“ eine weitere internistische LG am Standort vorgehalten werden, sind nach den derzeitigen Regeln des § 135e Abs. 4 Satz 3 Nr. 7 SGB V mindestens drei weitere spezialisierte internistische fachärztliche VZÄ vorzuhalten, die sich zumindest teilweise auch am fachärztlichen Rufbereit-



schaftsdienst beteiligen müssen. Würde auf spezifische Fachabteilungsschlüssel zugunsten eines allgemeininternistischen Fachabteilungsschlüssels verzichtet, so könnten weiter Leistungen mit geringen Anforderungen an die fachärztliche Vorhaltung erbracht werden. Auch Fachkliniken, die durch die Aufspaltung der Inneren Medizin in unterschiedliche LG das derzeitige Kriterium für ein Level F in § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V „reißen“ könnten, werden sich die Frage nach einem Verzicht auf die LG durch strategischen Wechsel des genutzten Fachabteilungsschlüssels stellen.

Das KHVVG erteilt den Partnern der Selbstverwaltung in § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V zwar den Auftrag, eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen zu vereinbaren, eine Frist wurde durch den Gesetzgeber jedoch nicht vorgegeben. Krankenhäuser stellen sich daher die Frage, ob es sinnvoll ist, diese Vereinbarung noch abzuwarten, bevor Entscheidungen getroffen werden sollen. In diesem Kontext sind auch möglich finanzielle Auswirkungen durch die Einführung der geplanten Vorhaltevergütung zu beachten. Kommt es zu rein technisch bedingten Verschiebungen zwischen LG ohne eine tatsächliche Veränderung des Leistungsgeschehens, hat dies nach derzeitiger Gesetzeslage unterschiedliche Effekte in Abhängigkeit vom Zeitpunkt.

Die auf die einzelnen LG-bezogenen landesweiten Vorhaltebudgets sollen sich nach § 37 Abs. 1 Satz 6 und 7 KHG aus den Leistungsdaten der Jahre 2023 und 2024 berechnen. Wenn das Bestand hat, haben jetzt noch erfolgende Veränderungen bei den Fachabteilungsschlüsseln in Krankenhäuser keinen Einfluss mehr auf die Höhe der LG-bezogenen Landesbudgets mehr. Für einen einzelnen Krankenhausstandort würde es aber unter Umständen bedeuten, dass er mit seinen Fällen nun an der Umverteilung eines anderen LG-Budgets teilnehmen würde, zu dem er in den Jahren 2023 und 2024 nicht beigetragen hat. Die auf Basis der Daten 2023 und 2024 berechnete Vorhaltevergütung müsste dann unter mehr Standorten mit mehr Fällen aufgeteilt werden. Für den Anteil des einzelnen Standorts am Vorhaltebudget (im Zielwert) ab dem Jahr 2027 sollen nach § 37 Abs. 2 KHG die Leistungsdaten aus dem Jahr 2025 maßgeblich sein. Würden daher 2025 noch nennenswert Leistungen in LG erbracht, für die kein Versorgungsauftrag beantragt wird, geht deren Vorhalteanteil nicht in die Berechnung der standortindividuellen Anteile am Vorhaltebudget ein. Fallzahlsteigerungen in LG ab dem Jahr 2026 (z. B. durch Anpassung der Fachabteilungsschlüssel) könnten hingegen keinen Einfluss mehr auf den standortindividuellen Anteil am Vorhaltebudget mehr haben. In der Konsequenz müssten Veränderungen im LG-Gerüst so früh wie möglich im Jahr 2025 erfolgen. Es ist allerdings mehr als fraglich, ob der mit dem KHVVG in das Gesetz eingeführte Zeitplan eingehalten werden kann.

Nicht unerwähnt bleiben darf die Problematik, die durch über krankenhaus-individuelle Fachabteilungsschlüssel gesteuerte LG-Zuordnung in Bezug auf die geplanten Mindestvorhaltezahlen entsteht. Würden Standorte mit und ohne Zuordnung über den Fachabteilungsschlüssel nach der Fallzahl gerankt, würden bei identischer Leistungserbringung möglicherweise Standorte ohne spezifischen Fachabteilungsschlüssel früher ausscheiden als Standorte mit einem spezifischen Fachabteilungsschlüssel. Dies dürfte kaum vermittelbar und auch juristisch schwer durchsetzbar sein.

Strategische Fehlanreize kann die LG-Zuordnung nach längster Verweildauer auch auf das krankenhausinterne Verlegungsmanagement auslösen.



Patientensteuerung

Eine Konzentration der Leistungsangebote muss zwangsläufig zu längeren Anfahrtswegen für die Patienten führen und wird eventuell auch Wartezeiten zur Folge haben, da durch eine Konzentration auch das Versorgungsangebot reduziert werden könnte. Wartezeiten sehen wir heute schon aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels und der dadurch eingeschränkten Versorgungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern, gerade für hochspezialisierte Leistungen wie zum Beispiel onkologische Operationen.

- > **Um Engpässe zu vermeiden, wird eine intelligente Patientensteuerung notwendig sein. Dies beginnt zunächst bei den Transport- und Rettungsdiensten, die gezielt die Standorte anfahren müssen, die für die Versorgung den Versorgungsauftrag (LG) und aktuell noch Versorgungskapazitäten besitzen. Das ist nicht trivial, da nicht bei jedem Notfallpatienten von vornherein erkennbar ist, welche Versorgung bzw. LG er im Detail benötigt.**

Zusammenfassung

Krankenhäuser müssen sich ausführlich mit dem LG-System, den Qualitätsanforderungen für die verschiedenen LG und den Rahmenbedingungen, in die das LG-System integriert ist, beschäftigen. Die LG können nicht mit dem DRG-System oder anderen Klassifikationssystemen verglichen werden, da komplexe Verbindungen zwischen den LG bestehen und das Vorhandensein bestimmter LG an einem Krankenhausstandort eine Voraussetzung für die Erfüllung der Qualitätsanforderungen bei anderen LG darstellt.

Es ist nicht sicher, dass ein Krankenhaus seinen aktuellen Leistungsumfang beibehalten kann, wenn die neue Krankenhausplanung umgesetzt wird. Der medizinischen Ausrichtung für die Zukunft wird daher eine besondere Bedeutung zukommen. Insbesondere ist abzuschätzen, wie sich die stationären Fallzahlen unter Berücksichtigung der sich verändernden Nachfrage (z. B. Bevölkerungsentwicklung) und der veränderten Leistungserbringung (Hybrid-DRGs, Ambulantisierung etc.) in den einzelnen LG im Einzugsgebiet entwickeln werden.

Es sollte frühzeitig Kontakt zu den Planungsbehörden und den relevanten Kostenträgern aufgenommen werden, um die eigenen strategischen Überlegungen abzustimmen. Ebenso bedeutend ist es, zeitnah Gespräche mit den benachbarten Krankenhäusern zu führen, um mögliche Abstimmungen bezüglich der Leistungen zu treffen und vor allem verbindliche Vereinbarungen für die erforderlichen Kooperationen verschiedener LG zu treffen und vertraglich festzuhalten.

Der Transformationsfonds, der darauf abzielt, Umstrukturierungen durch Konzentrationen zu unterstützen und auch die Schließung einzelner Krankenhausstandorte zu fördern, eröffnet ein historisches Zeitfenster für Krankenhausunternehmen, bei denen die Notwendigkeit einer Umstrukturierung festgestellt wird. Die schnellsten Krankenhäuser mit den besten Konzepten werden wahrscheinlich auch die erfolgreichsten sein. Natürlich sind 50 Milliarden Euro eine beachtliche Summe. Es ist jedoch anzunehmen, dass die tatsächlichen Anträge diese Summe deutlich überschreiten werden. Eine weitere historische Chance besteht darin, dass die Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt ausgesetzt ist, wenn die Landesplanungsbehörden eine Fusion von Krankenhäusern im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform für sinnvoll und notwendig halten.



Es ist klug, aktiv die Führung bei der Transformation in einer Region zu übernehmen, anstatt passiv abzuwarten und hinterherzulaufen.

Prof. Dr. med. Norbert Roeder,
Dr. med. Wolfgang Fiori
Geschäftsführende Partner bei Roeder & Partner – Ärzte PartG

► Quellen

- 1 <https://dserver.bundestag.de/btd/20/131/2013166.pdf>, abgerufen 25.1.2025
- 2 https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1703296.jsp, abgerufen 25.1.2025
- 3 <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/frueheres-marienhospital-ankum-ist-das-erste-regionale-gesundheitszentrum-49581>, abgerufen 25.1.2025

► Weiterführende Literatur

- <https://www.g-drg.de/content/search?s=Lg-Grouper>, abgerufen am 4.2.2025
- Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2025), Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – Große Reform der Krankenhausstrukturen?, Der Krankenhaus-Justiziar, 1
- Roeder N., Fiori W. (2024), Krankenhausreform: Der Bezug von Vorhaltebudget zu Leistungsgruppen, Deutsches Ärzteblatt, online first
- Roeder N., Fiori W. (2024), NRW nähert sich dem Bedarf der Zukunft an, f&w, 2: 128–131
- Roeder N., Fiori W. (2024), Die große Krankenhausreform – Anspruch und Wirklichkeit, Der Krankenhaus-Justiziar, 1
- Roeder N. (2023) Krankenhausplanung: Welches Leistungsgruppensystem passt?, das Krankenhaus 5: 409–422
- Fiori W., Bunzemeier H., Roeder N. (2023) Die „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“, das Krankenhaus 2: 134–155
- Roeder N., Fiori W. (2023) Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung-Bedeutung für die Herz-Kreislauf-Medizin und die Thoraxchirurgie, Z Herz-, Thorax- Gefäßchir; 38: 74–83
- Roeder N., Bunzemeier H. (2022) Ziele und Methoden einer medizinstrategischen Zukunftsausrichtung, in Ihr Krankenhaus 2030 – sicher und stark für die Zukunft, Kohlhammer, ISBN 978–3-17–041942–1[f1]
- Fiori W., Roeder N. (2022) Krankenhausplanung NRW – das Planungsverfahren, das Krankenhaus 10: 866–884
- Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2021), Bedeutung der Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung für die chirurgischen Fachgebiete, Passion Chirurgie, 12-IV-2021, Seite 41.47
- Roeder N., May P.-J., Kösters R., Fiori W. (2021) Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung, das Krankenhaus; 10: 873–892



REFORMPROJEKT NIEDERSACHSEN

Wir brauchen neue Strukturen – im Bund und im Land

Mit der Krankenhausreform sollen Strukturen effizienter, die Finanzierung nachhaltiger und die Versorgung für Patientinnen und Patienten qualitativ hochwertiger werden. Doch was bedeutet das konkret für Niedersachsen? Welche Kliniken müssen um ihre Zukunft bangen, und wie stellt die Landesregierung eine wohnortnahe medizinische Versorgung sicher? Über diese und weitere Fragen hat kma mit dem niedersächsischen Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi gesprochen.



©Nds. Sozialministerium

Herr Dr. Philippi, das Projekt Krankenhausreform läuft in Niedersachsen schon seit 2019. Wie kam es dazu, dass Sie sich so früh auf den Weg in die Transformation der Krankenhauslandschaft gemacht haben – noch weit vor dem Bund?

Die Unzufriedenheit mit dem DRG-System, das zu befundorientiert – oder besser gesagt: als zu gewinnorientiert – gesehen wird, schwelt bei uns schon seit Jahren. Es gab Kliniken, die sich fokussiert haben auf Operationen und Behandlungen, mit denen sie Geld verdienen konnten. Zwischen 2012 und 2016 kam es in Niedersachsen so zum Beispiel dazu, dass sich Kliniken auf Endoprothetik spezialisiert haben. Das hat seinerzeit zu Überlegungen im niedersächsischen Landtag geführt, eine Enquetekommission zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen zu gründen. 2019 war es dann so weit: Die Kommission wurde gegründet und nahm ihre Arbeit auf.

Der Unterschied zu Karl Lauterbachs Regierungskommission, die Ende 2022 ins Leben gerufen wurde: Während in der Regierungskommission hauptsächlich akademische Experten saßen, waren bei uns im Land neben Abgeordneten auch Verbandsvertreter vertreten, wie zum Beispiel aus der Pflege, der Ärztekammer oder der Krankenhausgesellschaft – es gab also eine breite Einbindung der Praxis. Wir haben die Kommission mit allen Akteuren besetzt, die in irgendeiner Weise damit zu tun haben, wie man die medizinische und pflegerische Versorgung in einem Flächenland wie Niedersachsen neu aufstellen bzw. abbilden kann.

Auch die absehbaren Probleme mit dem Hausärztemangel und überlasteten Notaufnahmen hat die Enquetekommission mitgedacht. In weit über 60 Sitzungen wurde zusammen überlegt, wie das Niedersachsen der Zukunft medizinisch aussehen kann. Uns ist dann recht schnell klargeworden, dass wir eine neue Struktur brauchen. Damals war jedoch von den heute gesetzten Leistungsgruppen noch nichts zu ahnen. Daher haben wir die Krankenhäuser in drei verschiedene Kategorien eingeordnet: Häuser der Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorger und Maximalversorger. Hinzugekommen sind noch die von uns als Regionale Gesundheitszentren benannten kleinen Einheiten von bis zu 20 Betten,

„Wir müssen so ehrlich sein und erkennen, dass wir die letzten 20 Jahre die Refinanzierung der Krankenhäuser – gerade von Länderseite – haben schleifen lassen.“

Dr. Andreas Philippi, Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung in Niedersachsen



die nicht nur durch Ärzte, sondern auch durch fachlich entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen geführt werden können. Das sind die sektorübergreifenden Versorgungszentren in der Bundesreform.

Sie haben fast alle Aspekte, die jetzt im Bund umgesetzt wurden, schon weit vorher für Niedersachsen formuliert. Dennoch hört man immer, dass das KHVVG sich an der Krankenhausreform von NRW orientiert. Wie geht das zusammen?

Lassen Sie mich vorher noch kurz weiter ausführen: Uns ist es am Ende gelungen, einen Kommissionsbericht zu verfassen, in dem jeder beteiligte Verband Raum fand und gehört wurde. Das hat zu einem unheimlichen Zusammenhalt geführt, denn wir haben alle das gleiche Ziel. Wir waren uns zu über 90 Prozent einig, wie die Umstrukturierung aussehen muss. Das ist eben der Unterschied zur Bundesreform. Minister Lauterbach hat sich mit seinem Versuch, uns die Level für die Krankenhäuser vorzugeben, zu sehr in die Landeskrankenhausplanung eingemischt. Für uns in Niedersachsen war dies nicht ganz so schlimm, weil wir die Struktur ja eh schon vorgedacht hatten. Anderen Bundesländern ging das zu weit.

Jetzt zu Ihrer Frage: Wir hätten mit dem niedersächsischen Krankenhausgesetz und der Reform zum 1. Januar 2023 loslegen können; doch da kam der 6. Dezember 2022 dazwischen, an dem Karl Lauterbach seine Regierungskommission vorgestellt hat. In dieser saßen, wie bereits erwähnt, vor allem Spezialisten und Professoren, die alle sehr kluge Ideen hatten und die Fragestellungen sehr wissenschaftlich angegangen sind. Was sie jedoch vergessen haben ist, dass zu einer medizinischen Versorgung nicht nur universitäre Fragestellungen und Denkweisen gehören, sondern vor allem die Menschen gefragt und mitgenommen werden sollten, die es am Ende umsetzen müssen. Die Regierungskommission und ihre Ideen war quasi unser Stock zwischen den Speichen, da wir durch die Vorgaben unsere Refinanzierung neu denken mussten.

Ich kann mich daran erinnern, dass eines meiner ersten Telefonate mit Minister Lauterbach nach meinem Amtsantritt darauf abzielte, dass er mir sagte, dass wir in unserer Reform noch die falsche Abrechnung haben und die Leistungsgruppen fehlen. Diese Umstellung hat uns zeitlich enorm zurückgeworfen.

An der Stelle muss man neidlos anerkennen, dass NRW schon damals weiter war in seiner Krankenhausreform als wir in Niedersachsen. Und man muss auch so ehrlich sein, dass Kollege Karl-Josef Laumann in NRW die Leistungsgruppen in Deutschland erstmals eingeführt und umgesetzt hat, weit bevor der Bund diese aufgegriffen hatte – wir in Niedersachsen waren von Leistungsgruppen noch meilenweit entfernt. Von daher ist es schon richtig, dass diese Systematik immer auf NRW reüssiert wird. Dennoch hatten auch wir die Einteilung der Kliniken bereits in Niedersachsen schon durchexerziert.

Minister Laumann wird hierzulande manchmal als der Erfinder der Leistungsgruppen gehypt. Ist er das?

Ja, er hat die Leistungsgruppen in Deutschland als erster aufs Tableau gebracht. Aber in der Schweiz beispielsweise hatte man die Leistungsgruppen schon längst eingeführt – auch wenn man mit ihnen nicht abgerechnet hat. Dennoch finde ich das Schweizer Modell mit seinen 120 Leistungsgruppen – gerade als Mediziner – besser, weil es flexibler auf einzelne medizinische Leistungen eingeht als die 65 Leistungsgruppen, die wir hierzulande haben.

„ Uns ist es am Ende gelungen, einen Kommissionsbericht zu verfassen, in dem jeder beteiligte Verband Raum fand und gehört wurde. Das hat zu einem unheimlichen Zusammenhalt geführt.“



Und wir merken ja bereits jetzt, wie schwer sich das InEK tut, die Tätigkeiten diesen 65 Leistungsgruppen zuzuordnen und den Grouper dafür zu definieren. Statt im September wurde dieser erst Ende Januar vorgelegt. Ich gehe fest davon aus, dass wir dieses System auch stetig weiterentwickeln müssen.

Apropos Leistungsgruppen: Es gab im Vorfeld der Reform nicht nur Uneinigkeit der Akteure bei den Leistungsgruppen. Die Zusammenarbeit in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum KHVVG war ja von Anfang an – nennen wir es – konfliktbehaftet. Wie kam es, dass der Graben zwischen Bund und Ländern dann immer tiefer wurde?

Es war von Beginn an eine Forderung aus dem Kreis der Landesminister, dass wir bei dem Reformvorhaben eng zusammenarbeiten, weil die Länder für die Organisation und zum Teil ja auch für die Finanzierung zuständig sind. Wir haben die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik als gemeinsamen Prozess betrachtet, den wir auch gemeinsam gestalten müssen. Und genau daran hat sich der Konflikt entsponnen. Denn Minister Lauterbach hat dies leider nicht immer vorgelebt.

Dennoch haben wir es im Sommer 2023 geschafft, ein Eckpunktepapier zu verhandeln, an dem sich der Referentenentwurf des BMG orientieren wollte. Dort hatten wir Dinge festgelegt, die für uns in den Ländern grundlegend waren. Damit sind wir in die politische Sommerpause gegangen und vermuteten, dass wir daran im Herbst weiterarbeiten. Doch dann folgte kein Gesetzentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), sondern zum Transparenzgesetz. Das hat den Zeitplan durcheinandergewirbelt und völlig falsche Prioritäten gesetzt. Das habe ich auch deutlich kritisiert. Letzten Endes hängt uns dieser Fehler noch immer nach. Dieses unabgestimmte Vorgehen hat zu erheblichen Konflikten zwischen Bund und Ländern geführt. Hinzu kam, dass ein Jahr später ein von allen 16 Ländern einstimmig konsentiertes Papier, in dem wir Länder unsere Anforderungen an das KHVVG nochmals dem BMG mitgeteilt haben, nahezu unberücksichtigt blieb.

Und dann kam Lauterbach zu Beginn 2024 mit dem Transformationsfonds um die Ecke. Er schien damit die Länder einmal mehr zu überrumpeln.

Ja und nein. Die Diskussion, wie wir die Transformation unserer Krankenhauslandschaft finanzieren, kam bereits im Sommer 2023 erstmals auf. Wir müssen so ehrlich sein und erkennen, dass wir die letzten 20 Jahre die Refinanzierung der Krankenhäuser – gerade von Länderseite – haben schleifen lassen.

Als ich Gesundheitsminister in Niedersachsen wurde, ist dieses von mir angeprangerte Versäumnis bei Ministerpräsident Stephan Weil glücklicherweise auf offene Ohren gestoßen und wir haben uns – zusammen mit dem Finanzminister – hin- gesetzt und für Niedersachsen drei Milliarden Euro ab dem 1. Januar 2024 für die Förderung der Kliniken zur Verfügung gestellt, die sukzessive in den kommenden zehn Jahren hier verbaut werden können. Hinzu kommen jetzt noch die Gelder aus dem Transformationsfonds.



Wie konnten Sie sich mit dem Bundesgesundheitsminister darauf verständigen, dass Sie für Ihr Engagement in Sachen Fördermittel nicht bestraft werden? Denn Sie sind in Niedersachsen ja mit gutem Beispiel vorangegangen?

Prinzipiell war es so, dass wir Länder den Transformationsfonds mitgetragen haben. Denn wir haben durchaus erkannt, wie wichtig es ist, seiner Investitionskostenverpflichtung als Land nachzukommen.

Aber es gab ja on top – wie Sie richtig beschreiben – bei uns in Niedersachsen das Thema der Anrechnung der Landeshaushaltsmittel. Hier habe ich sehr intensive Gespräche mit dem Bundesgesundheitsminister geführt. Diese gipfelten Anfang August 2024 in einem Besuch von Minister Lauterbach hier in Hannover, bei dem wir nochmals mehrere Aspekte des KHVVG intensiv mit ihm besprochen haben. Wir konnten den Zeitraum der Anrechnung der Landeshaushaltsmittel aber final mit ihm klären. Heraus kam ein Kompromiss, den beide Seiten tragen können und der nun auch für andere Länder zu einem guten Ergebnis beiträgt.

Wie sieht Ihre Planung für Niedersachsen im Detail aus?

Wir haben mit unserer Reform das Land in acht statt vorher vier Versorgungsregionen eingeteilt. Dafür hatten wir im Vorfeld u. a. Patientenströme analysiert und die Grundstruktur in diesen Regionen geschaffen. In Ostfriesland machen wir beispielsweise aus drei Krankenhäusern eines und haben dafür gerade den Grundstein gelegt. Das neue Krankenhaus wird 832 Betten haben und damit – nach den Universitätsklinik – eines der größten Krankenhäuser in Niedersachsen werden. Aber auch in anderen Landkreisen wie zum Beispiel dem Heidekreis oder dem Landkreis Diepholz gibt es ein ähnliches Vorgehen. Zudem sehen wir viel positive Bewegung beim Klinikum Region Hannover (KRH) unter kommunaler Trägerschaft, das eine eigene Strategie verfolgt. Das Ziel des KRH ist auf längere Sicht, 500 Betten abzubauen, aber auch einen Standort in ein regionales Gesundheitszentrum umzuwandeln. Diesen Weg unterstützen wir.

Es gab aber ja auch in Niedersachsen Klinikschließungen und Insolvenzen. Wie haben Sie die Bevölkerung und die Betroffenen mitgenommen?

Ich glaube, dass es zum einen an der Mentalität der Niedersachsen liegt: Wir sind nicht gleich besonders aufgeregt, wenn etwas passiert. Was aber auch enorm wichtig ist, ist die Kommunikation. Als klar war, dass die Krankenhausreform ins Haus steht, habe ich regelmäßig alle Akteure der Enquetekommission, aber auch die Krankenkassen, die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG), die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung, eingeladen und wir standen im regelmäßigen Austausch.

So haben wir eine extrem intensive Diskussion über die Thematik der Fachkrankenhäuser in Niedersachsen geführt. Wir haben hier viele Fachkrankenhäuser, die eine exzellente Therapie und Betreuung, beispielsweise bei der Schlaganfalltherapie und der anschließenden Reha, leisten. Die beteiligten Akteure haben mir deutlich gemacht, welche desaströsen Folgen das KHVVG hätte, wenn jede Reha-Klinik auf einmal eine Anästhesie oder Intensivstation vorhalten müsste – wie es einst im KHVVG vorgesehen war. Für mich war daher schnell klar, dass wir Möglichkeiten zu Kooperationen benötigen. Auch dieses Thema konnten wir im persönlichen Gespräch mit Minister Lauterbach im August vergangenen Jahres verständlich



erklären und somit hier auch für andere Häuser in anderen Bundesländern einen Ausweg verhandeln.

Zudem habe ich in jeder Versorgungsregion mit den Stakeholdern Gespräche vor Ort geführt und transparent über den aktuellen Stand der Gespräche in Berlin informiert. Gemeinsam haben wir dann auch ausgeführt, welche Auswirkungen das KHVVG an dem jeweiligen Punkt für die Versorgung vor Ort bedeutet. Ein Beispiel: Gibt es in der Region 18 Krankenhäuser, von denen 16 Hüft-OPs anbieten, haben wir geschaut, wer dort der Leistungsträger ist. Am Ende hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass 4 % der 16 Häuser 80 % der Operationen vornehmen. Wir haben versucht, allen im Land klarzumachen, wie wichtig diese Reform ist und dass wir nur mit Zusammenlegungen und Schließungen bzw. Spezialisierung die Qualität der Behandlung halten können – bei sinkenden Personalzahlen. Das hat viel zur Beruhigung der Betroffenen beigetragen.

Ich habe mit meinem Ministerium ebenso überlegt, wie wir der Bevölkerung die Angst nehmen können, dass auf einmal auch ihr Krankenhaus weg ist. Der Fokus bei der Argumentation lag darauf, dass die Notfallversorgung weiter funktioniert.

Die NKG hat jüngst verlautbaren lassen, dass 50 % der Kliniken in Niedersachsen, explizit wird von 40 bis 50 Krankenhäusern gesprochen, Angst vor der Insolvenz haben. Ist diese Einschätzung realistisch?

Ich kann diese Aussage aus Sicht des Verbandes nachvollziehen. Ich persönlich sehe es jedoch nicht so, dass in diesem Land die Hälfte aller Häuser von der Insolvenz bedroht sind. Ja, es gibt zweifellos Häuser, denen es nicht gut geht und bei denen eine Insolvenz nicht ausgeschlossen werden kann. Das liegt aber nicht an der aktuellen Politik, sondern daran, dass sie jahrelang nicht in der Lage waren, sich auf etwas Neues einzustellen oder finanziell schlecht gewirtschaftet haben.

Es gibt auch ein paar Kliniken, die Schwierigkeiten aufgrund des KHVVG haben werden, aber einige haben sich auch schon auf den vorhin beschriebenen Weg gemacht und legen sich zusammen oder wandeln sich um. Am Ende wird es vielleicht nicht mehr alle 139 Klinikstandorte geben, aber flächendeckend wird künftig sogar eine bessere Versorgungsqualität gewährleistet – auch wegen der Zentralisierung.

Sie haben aber auch gegen die Facharztquote gewettert. Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat mit Vorstellung der Rechtsverordnung zum Transformationsfonds einmal mehr deutlich gemacht, dass es hier keine Absenkung geben wird. Wie reagieren Sie darauf?

Ich habe von Anfang an klargestellt, dass wir uns bei der Anzahl der Fachärzte bei gewissen Leistungsgruppen einfach der Realität stellen müssen. Ich kann Minister Lauterbach verstehen, er will so die Qualität der Versorgung verbessern. Sollten die Vorgaben aus Berlin jedoch weiter bestehen, fehlen uns 1 400 Ärzte allein in Niedersachsen. Ich habe lange genug selbst als Facharzt an Kliniken gearbeitet und plädiere hier für etwas mehr Praktikabilität. Statt fünf Fachärzten würde es in der ein oder anderen Leistungsgruppe ausreichen, wenn vier Fachärzte am Klinikum beschäftigt sind.



Erlauben Sie uns zum Schluss noch eine letzte Frage: Inwieweit wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll gewesen, die Notfallreform beim KHVVG gleich mitzudenken?

Ich habe von Anfang an dafür plädiert, beides zusammen zu denken. Wenn Sie die Versorgung in ihrer ganzen Komplexität anschauen, gehört eigentlich auch noch die Versorgung mit gut ausgebildeten Allgemeinmedizinerinnen und Generalisten dazu. Wir brauchen 25 bis 30 % mehr Allgemeinmediziner, die die Funktion eines Primärarztes übernehmen. In Niedersachsen haben wir es durch intensive Diskussionen – auch mit dem Wissenschaftsministerium – geschafft, dass die drei Universitätsklinika in Göttingen, Hannover und Oldenburg schon im vorklinischen Stadium die Allgemeinmedizin stärken und den Job als Allgemeinmediziner attraktiver machen. Zudem gibt es in unseren acht Versorgungsregionen Anlaufstellen für ausbildungswillige Allgemeinmediziner.

Ich bin selbst Notarzt und habe als DRK-Kreisverbandsvorsitzender früher den Rettungsdienst geleitet. Ich weiß um die Kompetenz-Fallstricke. Um in das KHVVG den Rettungsdienst noch mit einfließen zu lassen, war zum einen die Zeit viel zu kurz, zum anderen war der Meinungsbildungsprozess viel zu kompliziert. Gerade eine Reform des Rettungsdienstes, die nicht nur das Land, sondern auch die Kommunen tangiert, kann man nicht zentralistisch aus Berlin diktieren. Das Thema muss in Ruhe mit einer neuen Bundesregierung angegangen werden. ■

Das Interview führten Alexandra Heeser und Anna Herrschelmann.



EFFIZIENTE MITTELSTEUERUNG

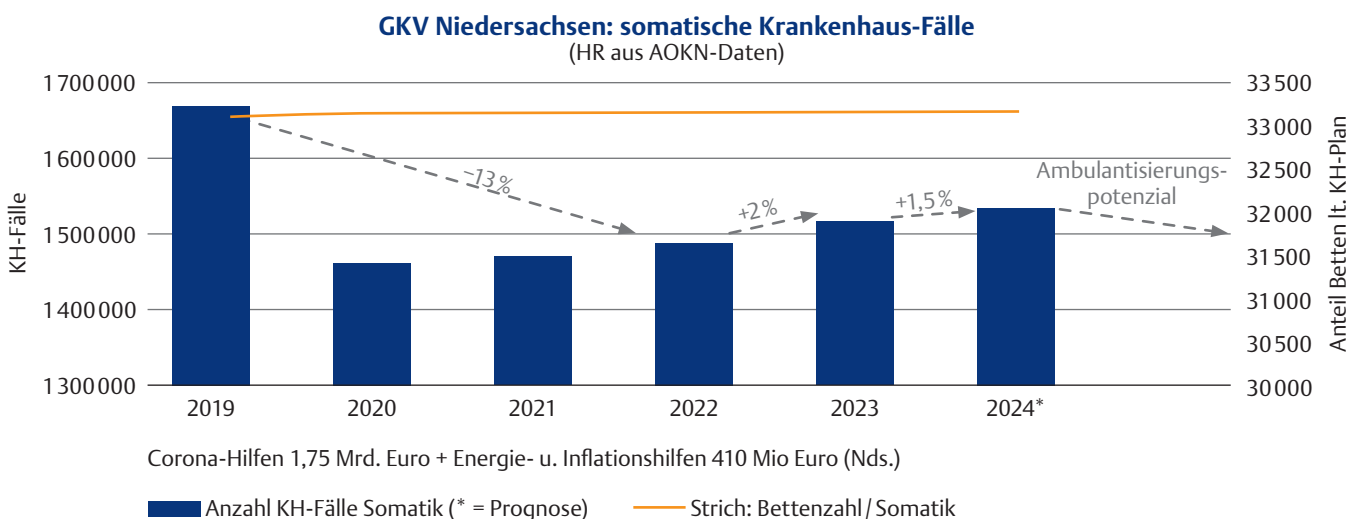
Neue Finanzierungslogik für die stationäre Versorgung

Die Kliniklandschaft steht vor einem tiefgreifenden Wandel. Niedersachsen setzt auf Standortkonzentration, Spezialisierung und gezielte Finanzierungsanpassungen. Die Krankenkassen unterstützen eine Reform, die Versorgungsqualität sichert, Fehlallokationen vermeidet und eine wirtschaftlich tragfähige Krankenhauslandschaft schafft.

Ausgangssituation

Die Corona-Pandemie hat weltweit die Gesundheitssysteme an ihre Belastungsgrenzen gebracht. In Deutschland wurden nach der Pandemie – getrieben durch eine verstärkte Ambulantisierung – vor allem strukturelle Defizite im Krankenhaus-Sektor offensichtlich. Neben den demografischen Herausforderungen und dem dadurch bedingten Fachkräftemangel hat sich der Handlungsdruck in der Folge des Ukraine-Krieges sowie geopolitischer Krisen verschärft. Überdurchschnittliche Tarifierhöhungen sowie hohe Inflation und Energiepreise erhöhen den finanziellen Druck auf die Krankenhäuser deutlich.

In den Jahren 2020 bis 2022 kam es zu starken Fallzahl-Einbrüchen in Höhe von bundesweit durchschnittlich 13 %¹. Das Vor-Pandemie-Niveau wurde in den Folgejahren nicht wieder erreicht. Aktuell liegen die Fallzahlen auf dem Niveau 2002 / 2003 (vor DRG-Einführung).



Quelle: Daten der AOK Niedersachsen (AOKN)

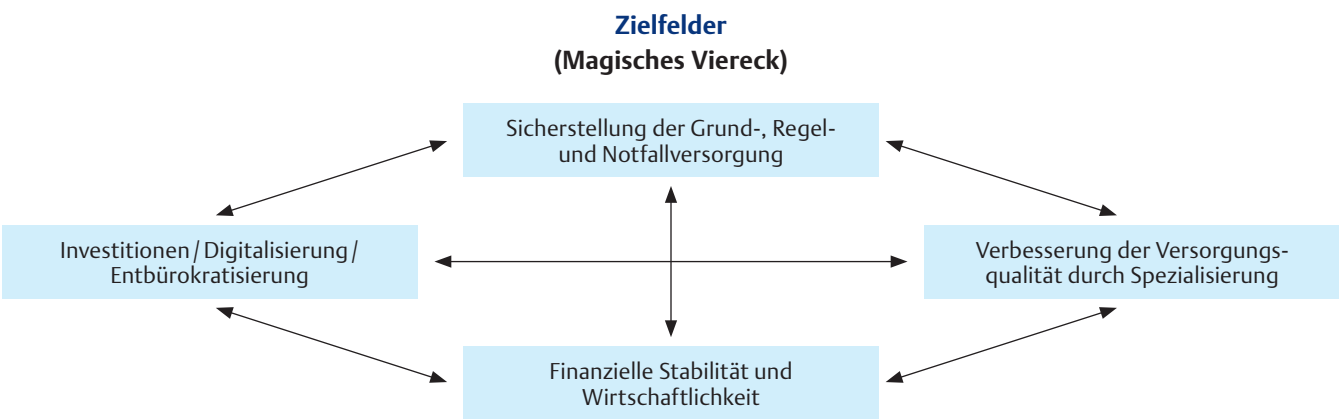


Die durchschnittliche Belegung der Planbetten ging in gleichem Zuge von 77 % (2019) auf durchschnittlich 67 % (2020) zurück. Gleichzeitig haben die Krankenhäuser erhebliche Probleme, Pflegefachkräfte und ärztliches Personal zu finden, obwohl Deutschland im OECD-Vergleich in der Arzt- und Pflegequote auf den vorderen Plätzen liegt.² Eine ausgebliebene Strukturanpassung und eine mangelhafte Spezialisierung führten und führen in der Folge zu Fehlallokationen der knappen Ressourcen und verschärfen die finanzielle Schieflage der Krankenhäuser. Ein “Weiter so“ kann und darf es nach Expertenmeinungen nicht geben.³ Die Strukturen müssen angepasst werden, um die stationäre Versorgung in Deutschland langfristig zu sichern. Eine Krankenhausreform, wie sie die Regierungskommission konzipiert hat, ist alternativlos.

Vorgehen in Niedersachsen

Zur Umsetzung der Krankenhaus-Reform wurden in Niedersachsen frühzeitig (ab Herbst 2023) Dialog-Veranstaltungen in acht Versorgungsregionen durchgeführt. Beteiligte waren das niedersächsische Sozialministerium, Krankenhäuser, Kommunen, Krankenkassen, Gesundheitspartner und politische Vertreter aus den Regionen.

In diesem Rahmen wurden folgende Zielfelder im Sinne eines „magischen Vierecks“⁴ definiert:



Die Sicherstellung der Grund- und Regelversorgung ist in einem Flächenland wie Niedersachsen von besonderer Bedeutung. Des Weiteren soll durch eine gezielte und konsequente Spezialisierung die Versorgungsqualität gesteigert werden. Das dritte Ziel impliziert eine finanzielle Stabilität des niedersächsischen Krankenhaussystems und auch die Möglichkeit, für die einzelnen Krankenhäuser auf unternehmerischer Ebene Überschüsse zu erwirtschaften. Dafür muss allerdings auch der Rahmen für mehr Investitionssicherheit, mehr Digitalisierung und konsequente Entbürokratisierung geschaffen werden.

In den Dialog-Veranstaltungen wurde sehr deutlich, dass viele Krankenhäuser in Niedersachsen die Notwendigkeit zur Konzentration von Standorten und Leistungen erkannt und sich bereits auf den Weg gemacht haben.

Die folgende Karte zeigt beispielhaft einige große, bereits geplante Strukturvorhaben im Land Niedersachsen:



Drei Großprojekte mit einem „Grüne-Wiese-Ansatz“ wurden bereits auf den Weg gebracht: In Ostfriesland entsteht ein neues Zentralklinikum in Uthwerdum, das



© AOK Niedersachsen

die Kliniken in Emden, Norden und Aurich bündelt. Im Landkreis Diepholz werden die Standorte Bassum, Diepholz und Sulingen in einem Neubau in Twistringen zusammengeführt. Und im Heidekreis entsteht in Fallingb. ein neues Klinikum, das die Standorte Walsrode und Soltau vereint.

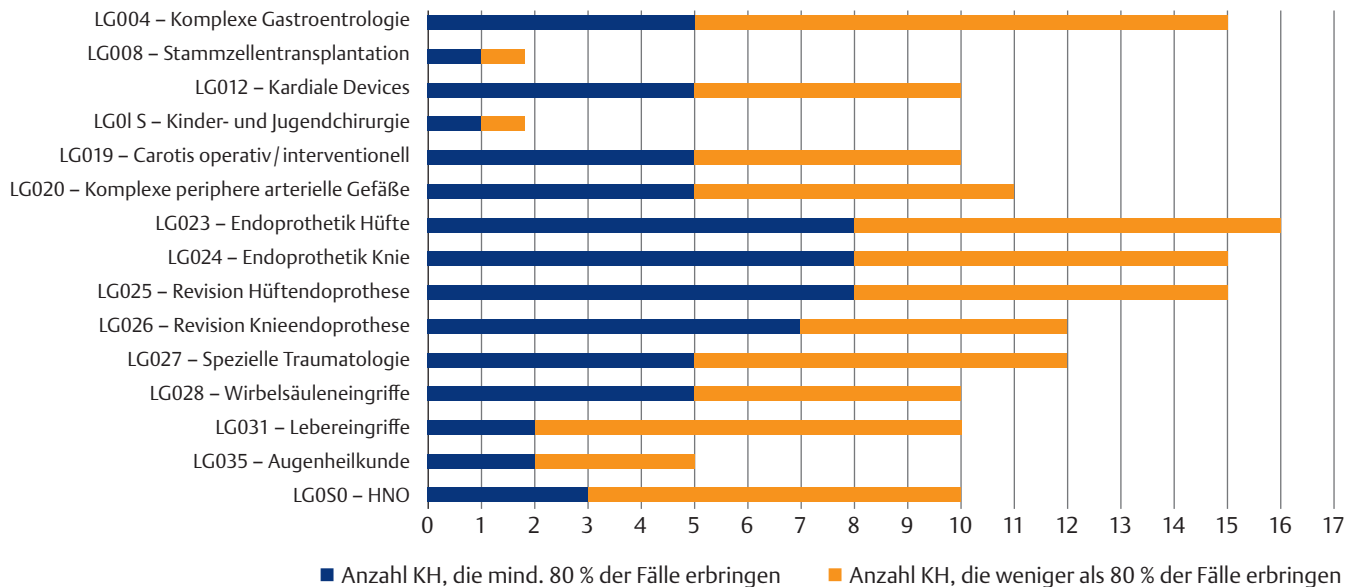
Auch das Klinikum der Region Hannover (KRH) hat im Rahmen seiner Medizinstrategie 2030 eine Bündelung von Leistungen und die Neuausrichtung der Standorte beschlossen.

Weitere Beispiele für dieses vorausschauende Handeln sind die Zusammenführung der Krankenhäuser in Lohne und Vechta am Standort Vechta, die Zusammenlegung der Standorte Neu-Mariahilf und Göttingen-Weende in Göttingen-Weende sowie die Integration der Orthoklinik Lüneburg in das Klinikum Lüneburg. Auch im Landkreis Osnabrück zeichnen sich neue Konzentrations- und Kooperationsentwicklungen der großen regionalen Anbieter ab. Diese Aufzählung ließe sich noch weiter fortsetzen. Allerdings haben die Analysen zur Vorbereitung der Dialogveranstaltungen auch den Handlungsbedarf und das Konzentrationspotenzial, bezogen auf die jeweilige Versorgungsregion, aufgezeigt. Hierzu wurde die Verteilung der Fälle auf die unterschiedlichen Kliniken einer Versorgungsregion betrachtet. Deutlich wird, dass aktuell oft nur wenige Häuser 80 % der Leistungen einer Leistungsgruppe erbringen.⁵

In nahezu allen Versorgungsregionen ist insbesondere ein Konzentrationspotenzial für die Leistungsbereiche Endoprothetik, Gefäßmedizin und Viszeralchirurgie erkennbar. Die nachfolgende Grafik zeigt beispielhaft das Ergebnis für die Versorgungsregion Hannover. Hier sieht man, dass in den endoprothetischen Leistungsgruppen LG023 bis LG025 80 % der Fälle von acht Krankenhäusern erbracht werden, die Fälle insgesamt aber auf 15 bzw. 16 Krankenhäuser verteilt sind. 50 % der Krankenhäuser übernehmen damit die Versorgung 80 % aller Fälle in diesen Gruppen.



Wie viele Krankenhäuser erbringen aktuell 80 % der Leistungen?



Quelle: AOK Niedersachsen

Diese Analysen zeigen zunächst natürlich nur ein abstraktes Konzentrationspotenzial auf. In weiteren Schritten sind diese Auffälligkeiten zu validieren, zu diskutieren und auf Basis dieses Prozesses Planungsentscheidungen abzuleiten. Und selbstverständlich ist die Zahl 80 % keine feste Größe, sondern von den tatsächlichen regionalen Gegebenheiten abhängig zu machen. Das Konzentrationspotenzial kann hier deutlich höher oder niedriger sein. Zur Vorbereitung der Veranstaltungen in den Regionen hat die AOK Niedersachsen (AOKN) bereits frühzeitig auf Basis der Nordrheinwestfälischen (NRW)-Leistungsgruppen eigene Analysen erstellt. In der Folge hat die AOKN das niedersächsische Sozialministerium mit Hilfe des an die Länder im Oktober 2024 ausgelieferten BinDocTools (auf Basis der vorläufigen InEK-Leistungsgruppen) unterstützt und die Ergebnisse bewertet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden im nächsten Abschnitt detaillierter dargestellt.

Auswirkungsanalyse

Das den Bundesländern vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Verfügung gestellte Tool sollte folgende Funktionen erfüllen:

- Ermittlung der Leistungsgruppen je Krankenhaus-Standort (auf Basis der Ist-Daten 2023)
- Darstellung der Versorgungsbedeutung und Erreichbarkeit
- Simulation zur Verteilung der Vorhaltevergütung (je Leistungsgruppe und je Krankenhaus)

Hintergrund

Die fehlende Auswirkungsanalyse war zurecht einer der Kern-Kritikpunkte der Bundesländer in der Anbahnung der Krankenhausreform. Eine vielfach geforderte Auswirkungsanalyse „auf Euro und Cent“ kann es jedoch nicht geben. Niemand kennt heute das DRG-System 2027, welches Grundlage der ersten Vorhaltevergütung sein wird. Auch wird sich die tatsächliche Wirkung der Reform erst durch eine Umverteilung der Leistungsgruppen-Versorgungsaufträge entfalten – auf Basis der heute noch nicht gestellten Anträge der Krankenhäuser.



Umgekehrt hätte jedoch das BMG die Auswirkungsanalyse früher, für einen deutlich größeren Adressatenkreis und professioneller zugänglich machen können. Wer einen solch fundamentalen strukturellen Veränderungsprozess anschiebt, sollte auch für die nötige Transparenz sorgen, um die Akzeptanz und das Verständnis für die Wirkung der Reform zu stärken.

Ermittlung der Leistungsgruppen je Krankenhaus-Standort

Grundsätzlich kann zunächst festgestellt werden, dass es eine hohe Übereinstimmung der Leistungsgruppen-Zuordnung vom NRW- zum bundesweiten Modell gibt. In einigen Leistungsgruppen (zum Beispiel Verschiebung von Fällen der Leistungsgruppe „Frauenheilkunde“ + Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder und Jugendmedizin“ in Leistungsgruppe „Perinataler Schwerpunkt“) gibt es größere Leistungsgruppen-„Wanderungen“, die aber nachvollziehbar sind.

Von den fünf neuen Leistungsgruppen wird lediglich eine Leistungsgruppe („Spezielle Traumatologie“) in landesweit ca. 4000 Fällen ausgelöst – das entspricht einem Anteil von 0,28 % bezogen auf alle Krankenhaus-Fälle in Niedersachsen. Die vier übrigen neuen Leistungsgruppen („Infektiologie“, „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“, „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, „Notfallmedizin“) konnten vom InEK (noch) nicht fallbezogen zugeordnet werden und enthalten somit keine Fälle.

Die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ wird – wie in NRW – ebenfalls durch den InEK-Leistungsgruppen-Grouper nicht fallbezogen vom Grouper ausgelöst.

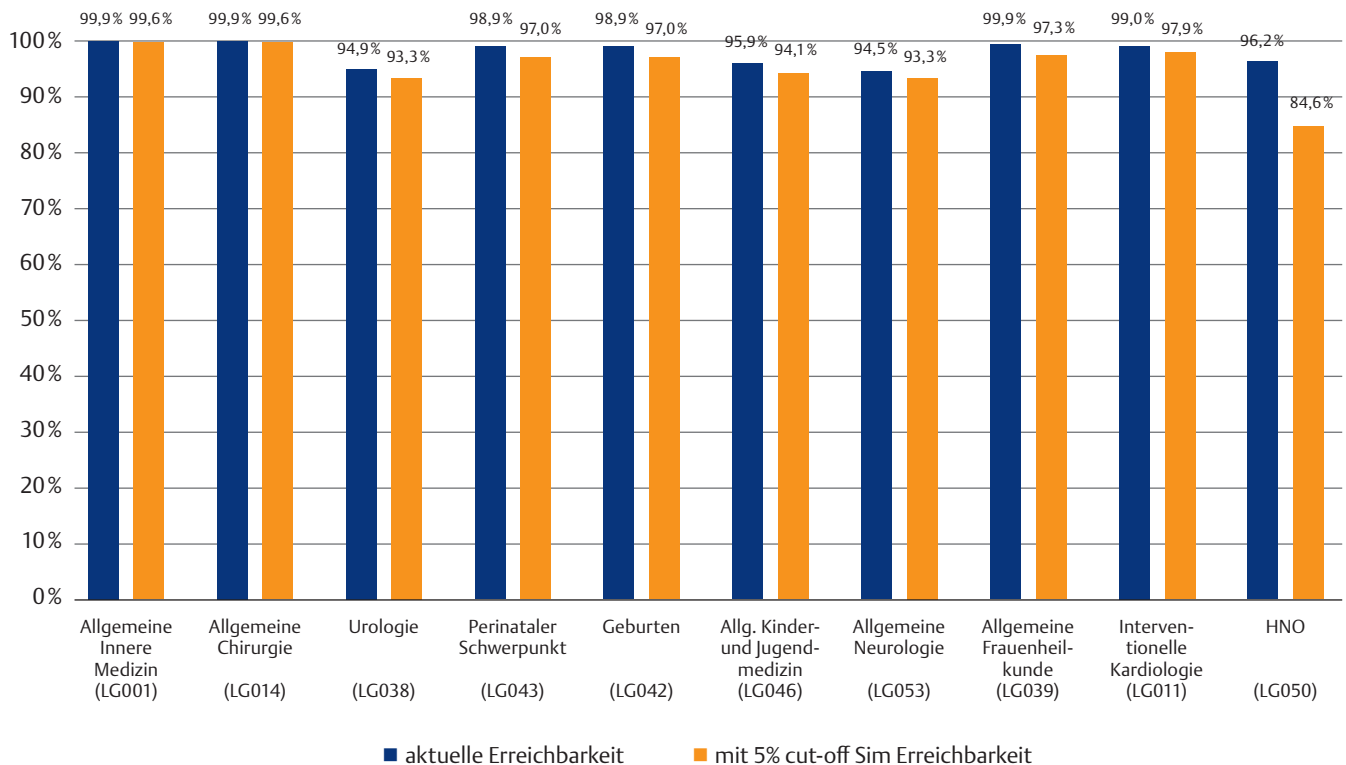
Die Leistungsgruppe „Darmtransplantation“ (LG058) wird in Niedersachsen nicht ausgelöst – weil es in niedersächsischen Krankenhäusern 2023 tatsächlich keinen Fall gab. Die Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ (LG002) wird niedersachsenweit nur in elf Fällen erreicht. Hier liegt die Ursache möglicherweise in einer abweichenden Fachabteilungsverschlüsselung. Das Problem der unterschiedlichen Fachabteilungsverschlüsselungen in den Bundesländern und damit einhergehende unterschiedliche Leistungsgruppen-Zuordnungen für gleiche Fälle wird voraussichtlich durch die Grouper-Logik des InEKs gelöst werden.

Darstellung der Versorgungsbedeutung und Erreichbarkeit

Die bundesweit definierten Erreichbarkeitsniveaus (30 bzw. 40 Minuten, je nach Leistungsgruppe) werden in allen volumenstarken Leistungsgruppen mit sehr hohen Erfüllungsgraden erreicht (Bandbreite 95 bis 100 %). Diese Erreichbarkeit verschlechtert sich bei einer Umverteilung der Fälle, die (bundesweit) 5 % des Gesamtfallzahl-Niveaus ausmachen, nur geringfügig (Ausnahme HNO) in der Bandbreite 93 bis 100 %. Würde man beispielsweise die Fälle der Krankenhäuser mit den 5 % geringsten Fallmengen in der Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ auf die nächsterreichbaren Krankenhäuser mit höheren Fallzahlen dieser Leistungsgruppe verteilen, würden anstatt 99 % immer noch 97,9 % der Bevölkerung in Niedersachsen innerhalb von 30 Minuten ein für diese Leistungsgruppe geeignetes Krankenhaus erreichen.



Erreichbarkeitsniveau vor und nach 5 % cut-off Simulation in Prozentpunkten, Darstellung der zehn fallstärksten Leistungsgruppen



Quelle: AOK Niedersachsen

Eine Versorgungssicherheit ist somit im Flächenland Niedersachsen auch dann in großem Ausmaß gegeben.

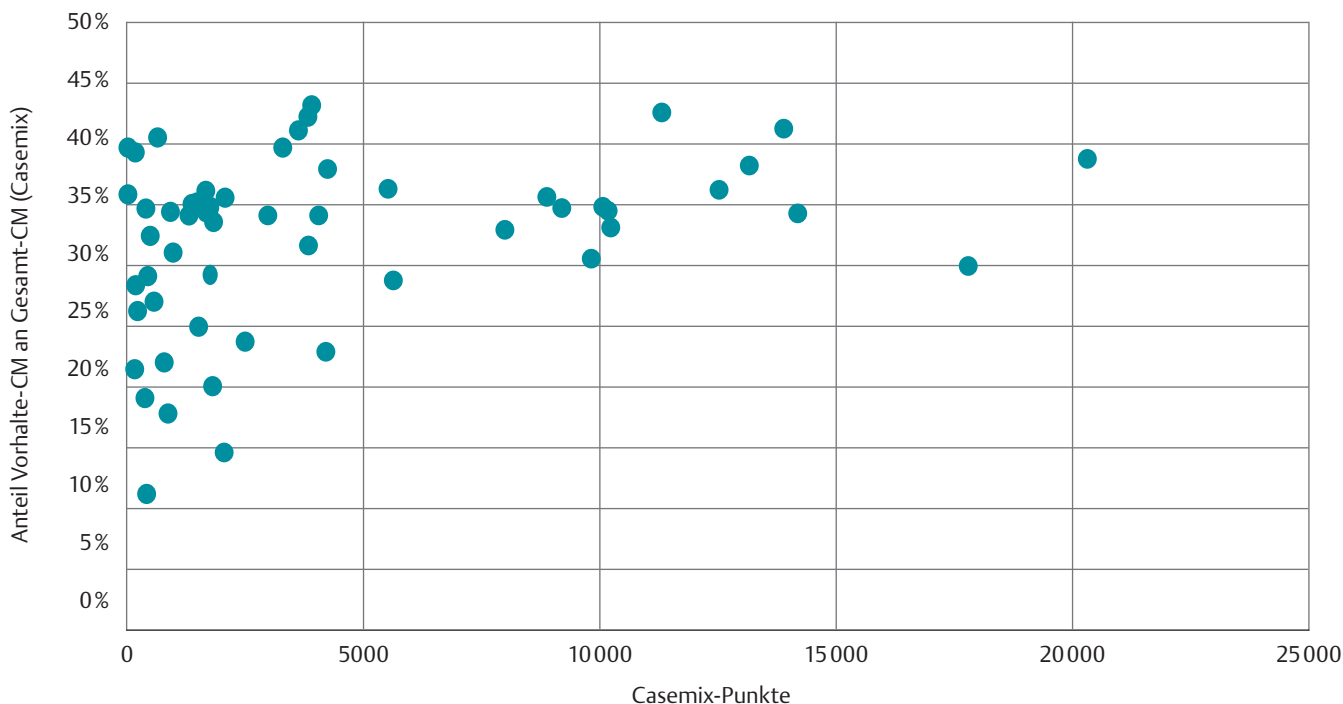
Simulation zur Verteilung der Vorhaltevergütung (je Leistungsgruppe und je Krankenhaus)

Im BMG-Tool werden die vorläufigen vom InEK ermittelten Vorhaltekosten ausgewiesen. Da die Vorhaltekosten-Anteile der DRGs normativ ermittelt werden⁶ (vgl. § 17b Abs. 4b KHG) kann man auf Basis der InEK-Kostenmatrix die Sachkosten-Anteile je DRG ermitteln. Unter Berücksichtigung der Pflegekostenanteile werden die Vorhaltekosten (näherungsweise) je Einzelfall berechnet und – nach Zuordnung der Einzelfälle zu den Leistungsgruppen – die Vorhaltekosten je Leistungsgruppe insgesamt ermittelt.

Bezogen auf das niedersächsische Casemix-Volumen zeigt das folgende Bild, wie hoch der Anteil der Vorhaltevergütung an der Gesamt-Vergütung (ohne Pflege) ist:



Anteil der Vorhaltevergütung an der Gesamt-Vergütung (ohne Pflege)*



*Darstellung ohne Leistungsgruppen „Allgemeine Innere“ (34 %) und „Allgemeine Chirurgie“ (38 %).

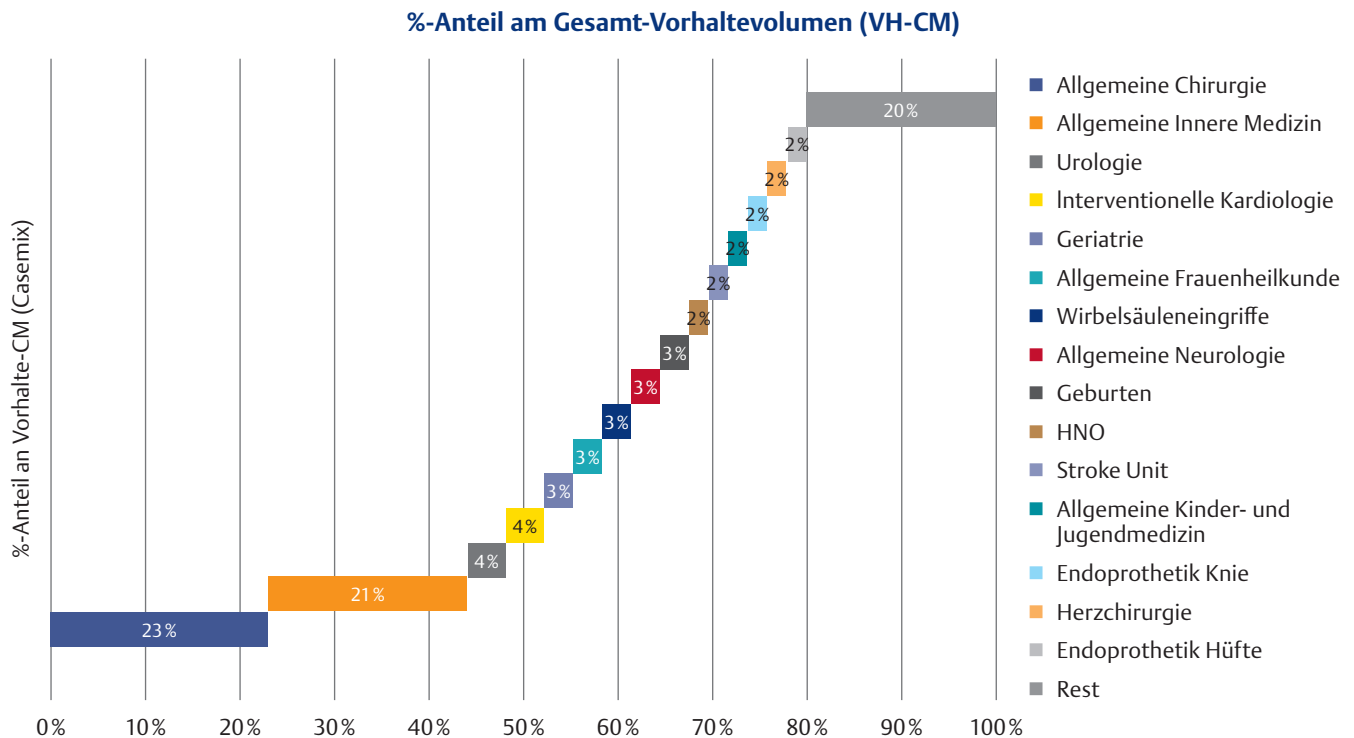
Quelle: AOK Niedersachsen

Die Grafik veranschaulicht die Vorhaltekostenanteile der einzelnen Leistungsgruppen (jeder Punkt repräsentiert eine Leistungsgruppe). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede, die primär auf zwei Faktoren zurückzuführen sind:

1. **Sachkostenanteile:** Die gesetzlich normierten Vorhaltekosten werden auf die Fallkosten ohne Sachkosten berechnet. Da die durchschnittlichen Sachkosten der DRGs innerhalb der Leistungsgruppen variieren, ergeben sich zwangsläufig unterschiedliche Vorhaltekostenanteile.
2. **Pflegekostenanteile:** Die Pflegekosten werden auf die Gesamt-Vorhaltekosten angerechnet. Unterschiedliche Pflegekostenanteile je Leistungsgruppe führen somit zu unterschiedlichen (Rest-)Vorhaltekostenanteilen.

Volumenstarke Leistungsgruppen weisen in der Regel einen Vorhaltekostenanteil von etwa 30 bis 35 % auf (bezogen auf die Gesamtvergütung ohne Pflege). Leistungsgruppen mit geringeren Vorhaltekostenanteilen zeichnen sich entweder durch hohe Pflegekostenanteile (zum Beispiel Perinatalzentrum mit 18 % Vorhaltekostenanteil) oder hohe Sachkosten (zum Beispiel Cochlea mit 11 % Vorhaltekostenanteil) aus. Besonders hohe Vorhaltekostenanteile (41 bis 43 %) finden sich in der Frauenheilkunde, Senologie und plastischen Chirurgie wieder.

Die folgende Grafik zeigt, wie sich das Vorhaltevolumen auf die unterschiedlichen Leistungsgruppen verteilt:



80 % des Vorhaltevolumens verteilen sich auf 15 Leistungsgruppen. 44 % des Vorhaltevolumens entfallen auf die beiden Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“.

Das Vorhalte-Casemix-Volumen verteilt sich – erwartungsgemäß – im Ist-Zustand kongruent zur bisherigen DRG-Casemix-Verteilung. Auf die Top 20 Leistungserbringer entfallen 41 % des Vorhaltevolumens (ohne Abbildung).

In der jüngsten politischen Debatte wurde häufig die Annahme vertreten, dass die Einführung der Vorhaltevergütung automatisch zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses bzw. der Krankenhäuser führen wird.

Die Wirkung der Vorhaltevergütung soll sich in nachfolgenden Ausprägungen entfalten:

- Dämpfung des Mengen-Anreizes:** Bei zugewiesener Leistungsgruppe und Fallmenge erbringt ein Krankenhaus innerhalb des 20 %-Korridors⁷ weniger Leistungen und erhält die volle Vorhaltevergütung für die zugewiesene Planmenge (Dämpfung des Mengen-Anreizes) – und, sofern der Fall ambulant im eigenen Setting erbracht wird, zusätzlich eine ambulante Vergütung.
- Skaleneffekte durch Konzentration:** Durch eine Neuzuteilung der Versorgungsaufträge können Krankenhäuser mit höherer Fallzahl von Skaleneffekten profitieren, indem sie ihre Fixkosten auf eine größere Leistungsmenge verteilen (ohne Fixkostendegressionsabschlag).
- Absicherung von Fixkosten:** Als Erkenntnis aus der Corona-Pandemie sollen Belegungseinbrüche durch eine fallzahlunabhängige Finanzierung der Fixkosten abgesichert werden.



Die Auswirkungsanalyse des BMG ermöglicht zwar Simulationen mit Mindestvorhalte-%-Werten, die auch eine Umverteilung von Vorhalteergütungen simulieren können. Aber sie liefert in Bezug auf eine realistische Größenordnung für die jeweiligen Leistungsgruppen keine Erkenntnisse.

Mindestvorhaltung / Wirtschaftliche Fallzahlen

Um eine fundierte Diskussion über die notwendige Fallzahl pro Leistungsgruppe zu ermöglichen, ist es essenziell, die wirtschaftlichen Aspekte zu berücksichtigen. Unsere Analysen zeigen, dass eine „wirtschaftliche Fallzahl“ – die Anzahl der Fälle, die ein Krankenhaus benötigt, um die strukturellen Voraussetzungen finanzieren zu können – ein entscheidender Faktor für die Qualität und die finanzielle Stabilität der Versorgung ist.

Die Ermittlung dieser Fallzahlen erfordert jedoch detaillierte Informationen über die Strukturanforderungen der einzelnen Leistungsgruppen, die in der BMG-Analyse fehlen. Durch eine Analyse der DRG-Verteilung und mit Hilfe der InEK-Kostenmatrix konnten erste Schätzungen für die ärztlichen Kostenanteile je Leistungsgruppe abgeleitet und daraus eine grobe Schätzung der wirtschaftlichen Fallzahl berechnet werden. Diese Kennzahl ist von großer Bedeutung, da sie den notwendigen Konzentrationsgrad für jede Leistungsgruppe aufzeigt. Der Konzentrationsgrad muss einerseits die Qualitätsanforderungen gewährleisten und andererseits eine wirtschaftlich tragfähige und flächendeckende Versorgung sicherstellen.

Die aktuelle Diskussion um die Mindestvorhaltezahlen wird in den kommenden politischen Beratungen zur Rechtsverordnung erneut an Bedeutung gewinnen. Sowohl die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch die Krankenhausgesellschaften vertreten berechnete Interessen: Die GKV fordert einen adäquaten Qualitätsstandard zur Gewährleistung der Patientensicherheit, während die Krankenhausgesellschaften auf realistisch erfüllbare und finanzierbare Personalvorgaben drängen. Um eine ausgewogene Lösung zu finden, sollten beide Perspektiven bereits bei der Erstellung der Rechtsverordnung berücksichtigt werden. Ziel muss es sein, einen Kompromiss zu finden, der sowohl die Patientensicherheit gewährleistet als auch die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser sichert.

Um das Fachärztkriterium zu erfüllen, wurde eine Klausel im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingefügt, die die Anrechnung von Fachärzten auf maximal drei Leistungsgruppen limitiert. Diese Regelung ist noch nicht endgültig durchdacht. So müsste ein Krankenhaus, das zum Beispiel vier endoprothetische Leistungsgruppen erbringt, aufgrund der aktuellen Regelung vier Fachärzte vorhalten, auch wenn es weniger Fälle behandelt als ein Krankenhaus mit drei entsprechenden Leistungsgruppen. Ein Kompromiss könnte darin bestehen, die Anrechnung der Fachärzte je Leistungsbereich (die es im KHVVG jedoch noch nicht gibt) und / oder in Abhängigkeit der Fallzahl / des Casemixes vorzunehmen.

Für Niedersachsen beträgt das Umverteilungsvolumen der Vorhaltvergütung bezogen auf einen pauschalen 5 %-Cutoff⁸ (Simulation einer pauschalen Mindestvorhaltung von 5 % über alle Leistungsgruppen aller Krankenhäuser bundesweit) ca. 130 bis 140 Millionen Euro.

Eine größere Wirkung der Vorhaltvergütung entfaltet sich erst durch Wahrnehmung der Gestaltungsmaßnahmen des Landes bei der Leistungsgruppenzutei-



lung. Durch diese Maßnahmen kann die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser positiv beeinflusst werden. Das Land kann bei eigenen Planungsentscheidungen zur Leistungsgruppenkonzentration (im Gegensatz zu Mindestvorhaltezahlen) selbst bestimmen, in welcher Größenordnung Strukturveränderungen realisiert werden sollen – und damit mittelbar auch, wie die Vorhaltevergütung umverteilt wird – und behält somit die Planungshoheit.

Unter Anwendung des Pareto-Prinzips je Versorgungsregion (siehe oben) ergibt sich allein für Niedersachsen ein Potenzial zur Umverteilung von ca. 245 Millionen Euro. Dies entspricht einer Größenordnung von etwa 4 % des Landesbasisfallwerts. Da die variablen Kosten weiterhin über die DRG-Vergütung abgedeckt werden und die Pflegekosten unabhängig von der Leistungserbringung vergütet werden, kann man hier (unter Berücksichtigung von Abschlägen für sprungfixe Kostensteigerungen bei Leistungsausweitung) von Wirtschaftlichkeitspotenzialen sprechen, die durch die Umverteilung entstehen.

Die Krankenhausträger haben, ebenso wie das Land als Planungsbehörde, die Möglichkeit, die Leistungsportfolios in den Versorgungsregionen bereits im Vorfeld der Planungsentscheidungen aufeinander abzustimmen. Dadurch können sie die Wirtschaftlichkeit schon vor 2027 verbessern und sich eine vorteilhafte Ausgangsposition für die Zuteilung der Leistungsgruppenversorgungsaufträge sichern. Diese Abstimmungen finden bereits in großem Umfang statt, insbesondere in Klinikverbünden und -ketten, in denen eine Einigung in der Regel leichter zu erzielen ist.

Nach Inkrafttreten des KHVVGs hat das Land weiterhin die volle Planungshoheit, aber daraus erwächst auch eine Planungsverpflichtung, um die Qualität zu steigern und die wirtschaftliche Leistungserbringung sicherzustellen.

(Mutige) Planungsentscheidungen der Länder können die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser direkt verbessern und die Qualität für die Patientinnen und Patienten stärken.

„Beinfreiheit“ der Länder zur Sicherstellung der Versorgung

Zusätzlich zur Zuweisung von Leistungsgruppenversorgungsaufträgen eröffnet das KHVVG den Ländern weitere Gestaltungsspielräume. Kliniken, die von den Ländern als Fachkrankenhäuser definiert werden, können die Qualitätskriterien für verwandte Leistungsgruppen auch in Kooperationen mit anderen Einrichtungen erfüllen, sofern eine schriftliche Vereinbarung vorliegt.

Die Definition „Fachkrankenhaus“ ist durch das Krankenhaus-Transparenz-Gesetz⁹ auf den ersten Blick relativ weit gefasst worden (80 % der Fälle in maximal vier Leistungsgruppen, ohne „Allgemeine Innere“ und „Allgemeine Chirurgie“). Neben diesem „harten“ 80 %-Kriterium bietet die gesetzliche Regelung über die ebenfalls geforderte „Spezialisierung“ und die Abdeckung eines „relevanten Versorgungsanteils“ den Ländern aber weitere Kriterien, um die Fachkliniken bezogen auf die Versorgungsrealität zu definieren. Für das Spezialisierungskriterium wird in Niedersachsen beispielsweise der schon durch die Regierungskommission genutzte Herfindahl-Hirschmann-Index¹⁰ zur rechtssicheren Operationalisierung des Spezialisierungs-Kriteriums diskutiert.

Dem Land Niedersachsen bietet dies die Möglichkeit, bewährte und notwendige Fachkliniken – zum Beispiel für die Leistungsgruppe „neurologische Frühreha“ –

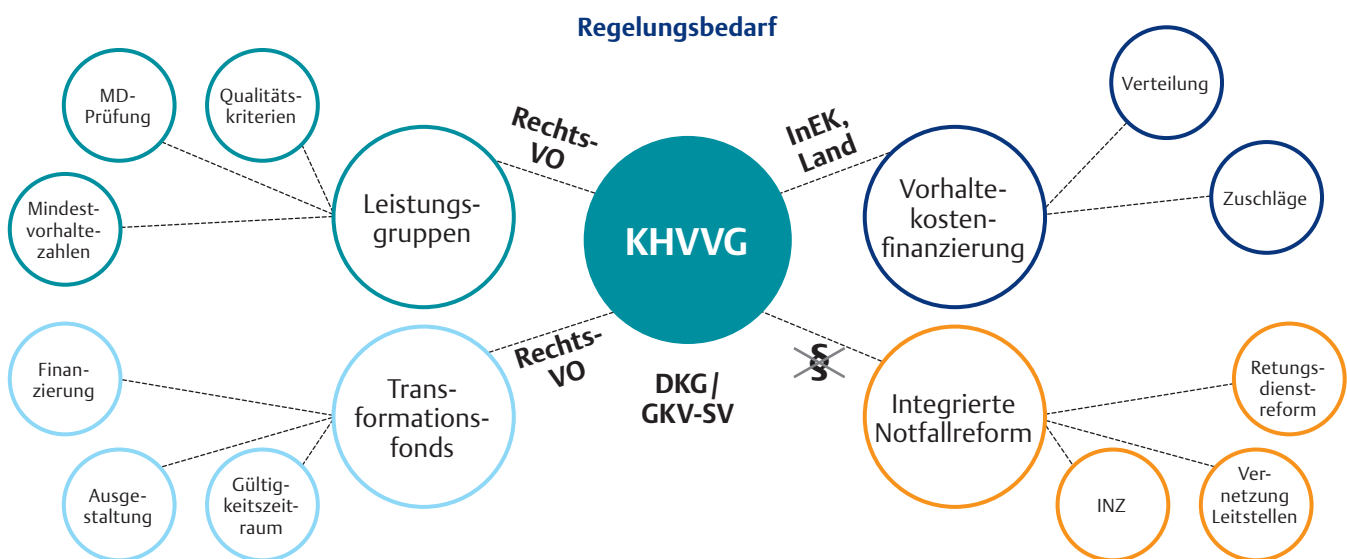


weiterhin zu etablieren. Auch wenn ein Krankenhaus die Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen nicht erfüllt, kann zukünftig ein Versorgungsauftrag zugewiesen werden, sofern dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist (und gesetzlich nicht ausgeschlossen ist).

Und zu guter Letzt gelten auch weiterhin die bisherigen Regelungen zu den Sicherstellungskrankenhäusern fort. In Kombination mit den neuen Regelungen zur Zuweisung der Leistungsgruppen ergibt sich hier allerdings auch ein neues Spannungsfeld. Denn wenn Sicherstellungskrankenhäusern „lukrative“ Leistungsgruppen wegen Nicht-Erfüllung der Qualitätskriterien entzogen werden, erhöhen sich möglicherweise die Sicherstellungszuschläge und die Leistungen müssen im „aufnehmenden“ Krankenhaus trotzdem zu Vollkosten finanziert werden. Umgekehrt können Leistungen möglicherweise genau dann besonders wirtschaftlich erbracht werden, wenn die Qualitätsanforderungen nicht vollständig erfüllt werden, weil die Vorhaltung nicht vollständig durch das Krankenhaus zu finanzieren ist – aber die vollen Vorhalteeerlöse fließen.

Ausblick

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über den weiteren Regelungsbedarf des KHVVG inklusive einer Integration der längst überfälligen Notfallreform:



Quelle: Peter / Wagenaar

In Kürze wird ein Bedarfsgutachten des Landes Niedersachsen erwartet. Dies wird der Ausgangspunkt für ein von Land, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen gemeinsam zu entwickelndes Zielbild der Leistungsgruppenplanung sein. Daran schließt sich ein koordinierter und moderierender Prozess zur Abstimmung des Zielbildes mit den Vorstellungen der Einzelkrankenhäuser in den einzelnen Versorgungsregionen an. Selbstverständlich kann auch das Zielbild mit guten Argumenten im Laufe des Prozesses weiterentwickelt werden. Jede vorab erzielte Einigung erspart langwierige juristische Auseinandersetzungen.



Auch bei der Zuweisung der Leistungsgruppen und der Vorhaltefinanzierung ist der Prozess als lernendes System (wie beim DRG-System) zu betrachten. In diesem Zusammenhang wird es beim KHVVG noch Nachjustierungen geben müssen – teilweise über die Rechtsverordnungen, teilweise mit Änderungen am KHVVG selbst.

Fazit

Die Reform bietet alle Möglichkeiten, die gesteckten Ziele zu erreichen. Das Land Niedersachsen hat entscheidende Vorarbeiten geleistet, sich aktiv in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht und in den Versorgungsregionen alle regionalen Akteure mit eingebunden.

Die Voraussetzungen für eine Umsetzung der Reform sind gegeben. Alle Beteiligten müssen jetzt gemeinsam Verantwortung übernehmen, um die längst überfällige Reform zum Wohle der Patientinnen und Patienten umzusetzen. ■

Dr. Jürgen Peter

Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen.

Jan Wagenaar

Geschäftsführer Gesundheitsmanagement stationär, AOK Niedersachsen.

► Quellen

1 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html> (abgerufen am 06.02.2025)

2 https://www.oecd.org/content/dam/oecd/de/publications/reports/2023/12/germany-country-health-profile-2023_2e55ab0e/7fd88e75-de.pdf (abgerufen am 06.02.2025)

3 Ein im Reformprozess mehrfach geäußertes Zitat des Gesundheitsministers von Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann.

4 Die Idee des „magischen Vierecks“ ist in Deutschland im Stabilitäts- und Wachstumsgesetz von 1967 verankert und zielt darauf ab, eine ausgewogene Wirtschaftspolitik zu fördern und bezeichnet die vier zentralen Ziele der Wirtschaftspolitik, die häufig in einem Spannungsverhältnis zueinanderstehen. Diese Darstellung wurde auf die Zielfelder der aktuellen Krankenhausreform adaptiert.

5 Ein Anteil von 80 % wurde für die Betrachtung in Anlehnung an das Pareto-Prinzip gewählt. In seiner Reinform besagt das Pareto-Prinzip, dass 80 % der Ergebnisse mit 20 % des Gesamtaufwandes erreicht werden. Es wurde im Rahmen dieser Analyse daher analysiert, wie nah man der 80–20-Regel kommt: Wie viele Krankenhäuser erbringen 80 % der Leistungen innerhalb einer Versorgungsregion?

6 Für die Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung kann das InEK zukünftig auch Empfehlungen geben, ob und inwieweit perspektivisch anstelle der normativen Festlegung der Vorhaltevergütung eine Kalkulation von Vorhaltekosten vorgenommen werden sollte – vgl. § 17b Abs. 4c Satz 2 KHG.

7 Gemäß § 37 Abs. 2 Satz 7 KHG bleibt das Vorhaltekostenbudget bei Leistungsschwankungen innerhalb einer Bandbreite + / – 20 % unverändert.

8 In der dazu veröffentlichten Literatur wird häufig von einem „Perzentil-Cutoff“ gesprochen. Statistisch gesehen ist das Perzentil ein Lagemaß, welches in der dazu entwickelten Vorgehensweise aber nicht zur Anwendung kommt. Vielmehr werden alle Fälle einer Leistungsgruppe aller Krankenhäuser bundesweit der Größe nach sortiert und die Krankenhäuser mit den niedrigsten Fallzahlen „abgeschnitten“. 5 % Cutoff bedeutet demnach, dass in der Simulation die Fälle der Krankenhäuser mit den bundesweit niedrigsten Fallzahlen, die 5 % des Gesamtvolumens dieser Leistungsgruppe repräsentieren, „abgeschnitten“ und auf die nächsterreichbaren Krankenhäuser, die diese Leistungsgruppe erbringen, umverteilt werden. Diese Simulation entspricht damit einer 5 %-Mindestvorhaltezahl.

9 Vgl. § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V

10 Der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) ist eine oft benutzte Kennzahl zur Konzentrationsmessung, zum Beispiel in der Ökonomie zur Messung einer Unternehmenskonzentration. Der (normalisierte) HHI liegt zwischen 0 und 1. Dabei zeigt 0 den geringsten und 1 einen vollständigen Konzentrationsgrad an. Im Rahmen der Regierungskommission wurde ein HHI von $\geq 0,3$ für die Erfüllung des Fachkliniken-Kriteriums angesetzt.



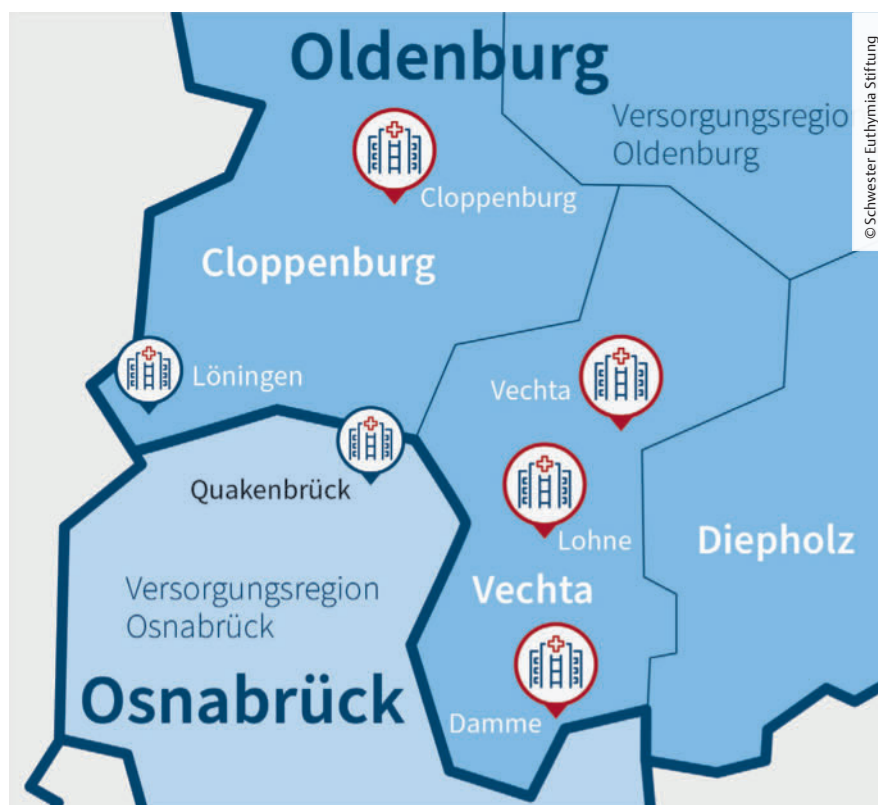
DAVID BOWIE UND DIE KRANKENHAUSREFORM

Wie ein Klinikverbund die Leistungsgruppen einführt

Auf den ersten Blick haben David Bowie und die Krankenhausreform nicht viel miteinander zu tun. Mit vier seiner bekanntesten, vielleicht auch besten Songs – „Absolute Beginners“, „Changes“, „Under Pressure“ und „Heroes“ – lassen sich die Phasen der Vorbereitung auf die Leistungsgruppen jedoch schlüssig gliedern. Aber lesen Sie selbst.

Absolute Beginners

Die Schwester Euthymia Stiftung (SES) ist Mehrheitsgesellschafterin vier katholischer Krankenhäuser im Nordwesten Niedersachsens. Diese vier Krankenhäuser führen insgesamt rund 1 000 Planbetten, haben bei einem Umsatz von ca. 330 Millionen Euro 3 300 Mitarbeiter und versorgen den südlichen Teil der Versorgungsregion Oldenburg – insbesondere die Landkreise Vechta und Cloppenburg. Die Eigenversorgungsquote in diesen Landkreisen, namentlich im Landkreis Vechta, ist sehr hoch.



Einzugsgebiet der Schwester Euthymia Stiftung.

© Schwester Euthymia Stiftung



© GSP – G.A.F. – jes

Architektenentwurf Zentralklinikum Vechta: Mit dem Teilneubau werden die Kliniken Vechta und Lohe zusammengelegt. Die baufachliche Prüfung ist abgeschlossen. Der Förderantrag wird im Sommer 2025 in Hannover beraten. Mit der Zusammenlegung verfügt das Klinikum über 450 Planbetten. © GSP – G.A.F. – jes

Anfang 2023 haben wir uns mit dem künftigen ordnungspolitischen Rahmen für die stationäre Versorgung beschäftigt. Es gab durchgängig – auch bei uns – die Einschätzung, dass Veränderungen erforderlich waren und sind. Wir haben folgende Arbeitshypothese gebildet:

- Es wird eine Krankenhausreform geben, die die Ziele Kapazitätsreduktion und Leistungskonzentration verfolgen wird.
- Das Vehikel dafür wird eine Leistungsgruppenplanung sein, die sich in unserem Nachbarland NRW zu diesem Zeitpunkt bereits in der Einführungsphase befand.

An diesen Annahmen haben wir unsere Aktivitäten ausgerichtet.

Waren wir „Absolute Beginners“ wie David Bowie sang? Zum Glück nicht.

Schon in der (momentan noch existenten) Zeit der Krankenhausplanung auf Abteilungsebene wurden in dieser Region viele vernünftige Elemente vorweggenommen. Der Grad an Parallelvorhaltungen über die Grundversorgung hinaus ist relativ niedrig. Für Teile mindestmengenbelegter Leistungen wurden bereits Leistungskonzentrationen erfolgreich durchgeführt. Für alle Hauptabteilungen haben wir uns zum Ziel gesetzt: Die Abteilungsgröße sollte die Beschäftigung von fünf Fachärzten ökonomisch ermöglichen. Für zwei benachbarte Krankenhäuser wurde die bauliche Zusammenlegung geplant und beantragt, die gesellschaftsrechtliche und, ebenso wichtig, kulturelle Zusammenführung hat bereits stattgefunden. Ebenso wurde die Nachnutzung des aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Hospitals vorbereitet.

Vor diesem Hintergrund haben wir die Krankenhausreform sicherlich als Notwendigkeit gesehen – gleichzeitig aber auch als Chance, diese bereits eingeleiteten Entwicklungen weiter voranzutreiben.



Changes

Analyse

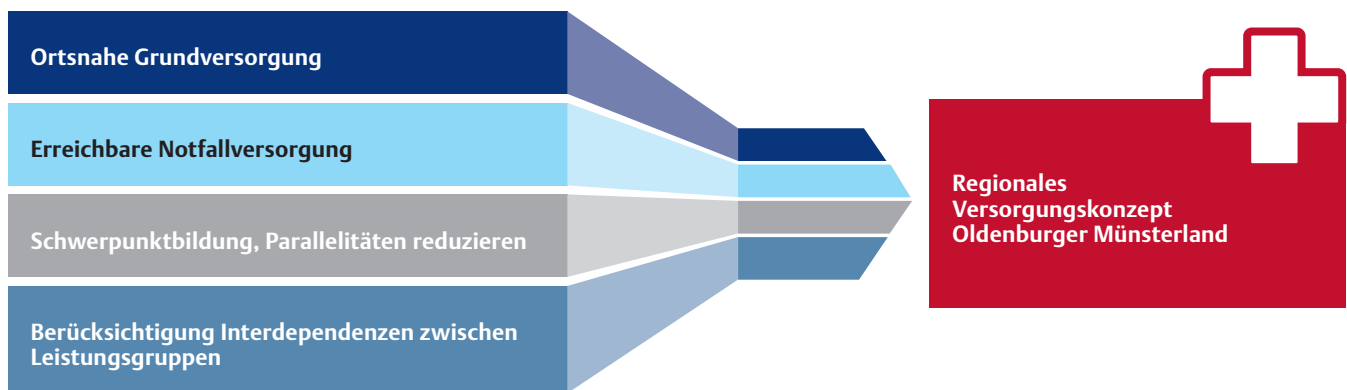
Der Analyseteil ist vergleichsweise trivial: Wir haben die Paragraf 21-er Datensätze unseres Verbundes mit dem Grouper NRW den Leistungsgruppen NRW zugeordnet. Parallel erfolgte die Überprüfung, ob und inwieweit wir die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungsgruppen, ebenfalls nach NRW-Schema, erfüllen. Im Grunde genommen haben wir nichts anderes gemacht, als dass wir unsere Krankenhäuser fiktiv über die Landesgrenze verlegt haben.

Damit hatten wir folgendes Zwischenergebnis: Für die meisten und die für uns relevanten Leistungsgruppen wurde deutlich, dass wir die Voraussetzungen für die Lizenz zur Erbringung derselben erfüllen. Die denkbaren Leistungsverluste, gemessen in Umsatz, waren nicht zu vernachlässigen, aber auch nicht von existenzieller Bedeutung. Sofern Voraussetzungen nicht erfüllt wurden, lag dies zumeist an den geforderten fachärztlichen Vorgaben (Vollzeitäquivalente und besondere Qualifikationen). An dieser Stelle wollten und durften wir aber nicht stehenbleiben.

Weiterentwicklung verbundintern

Wir haben vielmehr ein regionales Versorgungskonzept innerhalb des Verbundes entwickelt und eine Abstimmung mit den umliegenden Krankenhäusern in Angriff genommen.

Dieses regionale Versorgungskonzept haben wir sehr simpel gegliedert (siehe Schaubild):



Quelle: Schwester Euthymia Stiftung

Ortsnahe Grundversorgung: Hier erfolgte die Zuordnung der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie sowie der Geriatrie und der Gynäkologie/Geburtshilfe; auf diesen Gebieten gab und gibt es wenig unmittelbare Handlungsbedarfe.

Gut erreichbare Notfallversorgung: Die Notfallversorgung sollte nicht mit der Grundversorgung in einen Topf geworfen werden. Kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung bieten die entscheidende Notfallversorgung häufig gar nicht an. Wir haben hier schlicht die Elemente Herzinfarkt (also Invasive Kardiologie), Schlaganfall (also Stroke Unit) und Trauma zugeordnet. Da in der invasiven



Kardiologie fünf Fachärzte als Voraussetzung beschrieben sind, kamen wir an zwei Standorten zunächst an Grenzen; mittlerweile ist diese Thematik positiv abgearbeitet. In der traumatologischen Versorgung sehen wir in jedem Landkreis ein Krankenhaus, das die Notfallversorgungsstufe II bereits vorhält und als VAV-Haus anerkannt ist.

Schwerpunktversorgung: Hierbei haben wir unterschieden zwischen Leistungsgruppen, die gemessen an den ersten beiden Bereichen in Summe relativ niedrige Fallzahlen haben, bei denen insgesamt jedoch der größte Handlungsbedarf besteht – obwohl, wie oben beschrieben, schon umfangreiche Vorarbeiten erledigt waren, beispielsweise in der Viszeralmedizin. Darüber hinaus gibt es Leistungsgruppen mit überwiegend elektiver Leistungserbringung, deren Fallzahl- und damit verbundenes Casemix-/Umsatzvolumen sehr relevant ist, beispielsweise in der Endoprothetik oder Wirbelsäulenchirurgie.

Auch in der Schwerpunktversorgung waren die Leistungsvoraussetzungen in der Regel gegeben. Dies reichte uns jedoch nicht aus: Einerseits sind die Auswahlkriterien zu berücksichtigen. Andererseits existierten die Handlungsbedarfe nicht aufgrund des Trägerwillens; vielmehr waren manche Veränderungen – im Sinne von Konzentrationen – in der Vergangenheit nicht umsetzbar. Kurzum: Es gibt in jedem Krankenhaus und in jedem Verbund viele Chefärzte mit Goodwill. Sie haben uns die gute Ausgangsposition verschafft. Dabei ist nicht zu verhehlen, dass auch immer Chefärzte mit weniger Good- oder sogar Badwill existieren. Die Krankenhausreform kann dazu beitragen, etwaigen Badwill zu überwinden.

Für diese Versorgungselemente wurden Zielvorstellungen entwickelt, deren Abarbeitung in einem internen Abstimmungsprozess erfolgte. Ganz praktisch: Standortübergreifende Konferenzen mit den Chefärzten der betroffenen Abteilungen, in denen wir uns dem Zielkonzept angenähert, Vereinbarungen getroffen, die Ziele operationalisiert und mit einem Zeitstrahl versehen haben. Wo sind wir an Grenzen gestoßen? Für großvolumigere Leistungselemente (z.B. Orthopädie) lassen sich recht einfach Zielvorstellungen entwickeln. Die budgettechnische Umsetzung ist jedoch nahezu unmöglich; die ökonomische Existenzfähigkeit einzelner Standorte kann dadurch gefährdet werden. Außerdem sind kapazitätsmäßige Anpassungen – OP, Intensiv – an den aufnehmenden Standorten erforderlich. Positiv: Innerhalb eines Verbundes können negative Folgen von Konzentrationsprozessen für die Weiterbildungsmöglichkeiten kooperativ und einfach gelöst werden.

Mit der Vorgehensweise insgesamt haben wir die im Zuge der Verabschiedung KHVVG eintretende Perzentildiskussion für unseren Verbund vorweggenommen. Sehr deutlich formuliert: Vernünftige Dinge sind vernünftig und vernünftige Dinge sollten umgesetzt werden – unabhängig davon ob gesetzliche Regelungen existieren.

Abstimmung mit Kooperationspartnern und Wettbewerbern

Für etwaige Kooperationspartner, respektive Wettbewerber, liegen uns natürlich keine internen Zahlen und Analysen vor. Auf Basis der veröffentlichten Qualitätsberichte, deren Zahlen wir zumindest näherungsweise den Leistungsgruppen zugeordnet haben, konnten wir uns ein Bild von der jeweiligen Positionierung der Krankenhäuser unserer Region machen – auch hier ist man wieder nah an der Perzentildiskussion. Wir konnten zwei Dinge feststellen:



1. Unsere Häuser sind, insbesondere mit einer verbundinternen Leistungskonzentration, auf den meisten Gebieten relativ stärker. Das umfasst sowohl die regionalen Krankenhäuser, für einige Schwerpunktleistungen auch diejenigen der Oberzentren in Osnabrück und Oldenburg – zum Beispiel Komplexe arterielle Gefäße, HNO, Neurologie, Stroke Unit und Endoprothetik. Auf den ersten Blick bedeutet das: Zwischen den Oberzentren können bei kluger Schwerpunktbildung auch Schwerpunktleistungen erbracht werden, ohne dass Qualitätskompromisse eingegangen werden.
2. Unsere Häuser sind, soweit aus den Daten erkennbar, gemessen an der Planbettenzahl deutlich besser ausgelastet als alle unmittelbaren Wettbewerber.

Gleichwohl und auch wenn wir mit unseren Hospitälern einen Großteil der stationären Versorgung im Süden unserer Versorgungsregion sicherstellen, ist eine Abstimmung mit benachbarten Krankenhäusern innerhalb und außerhalb der Versorgungsregion ebenso sinnvoll wie erforderlich. Es handelt sich dabei in der Mehrzahl um Stand-alone-Hospitäler, die keinem Verbund angehören.

Wir haben Gespräche mit den Geschäftsführungen bzw. Trägern dieser Krankenhäuser aufgenommen. Das Ergebnis:

- Zwei Krankenhäuser sahen und sehen keinen Gesprächsbedarf.
- Mit zwei Krankenhäusern wurden vertiefende Analysen unter Einbezug externer Berater durchgeführt. Hier könnten sich Abstimmungsmöglichkeiten noch ergeben.
- Mit drei Krankenhäusern wurden konstruktive Gespräche aufgenommen, die fortgeführt werden.

Wir hoffen, dass die Gesprächsbereitschaft im Zuge der Umsetzung der Krankenhausreform hier noch zunimmt.

Regionales Versorgungskonzept



© Schwester Euthymia Stiftung / in Anlehnung an die Abbildung des Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

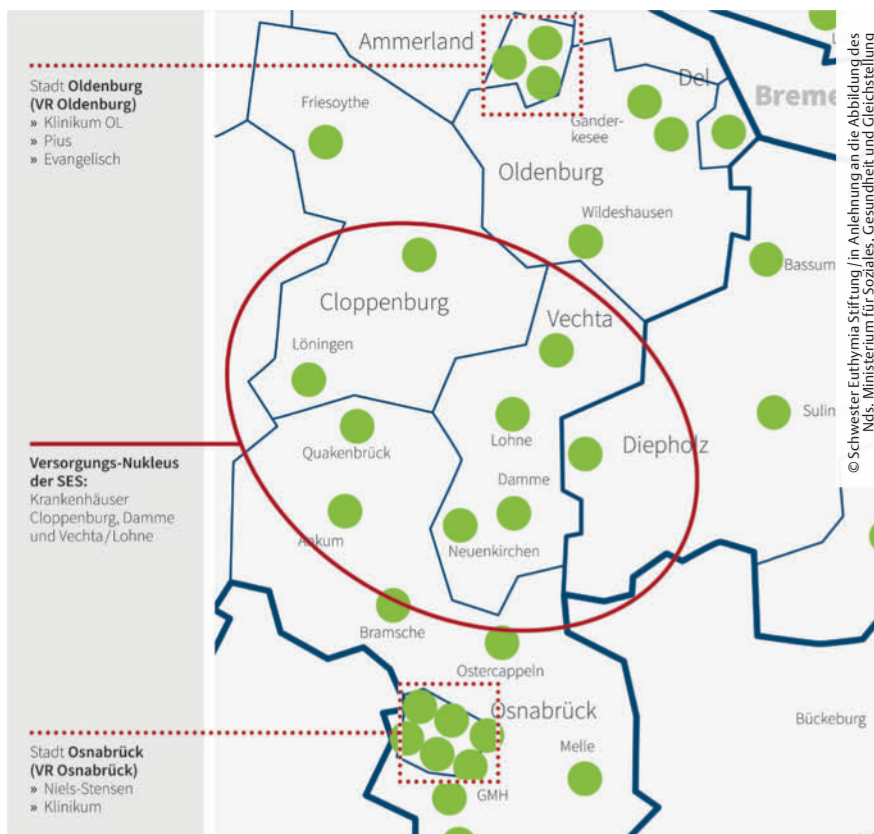
Regionales Versorgungskonzept SES-Verbund: Versorgungsachsen

© Schwester Euthymia Stiftung / in Anlehnung an die Abbildung des Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung



Aus den Aktivitäten hat sich ein regionales Versorgungskonzept für unseren Verbund entwickelt. Nach diesem kann der Verbund der SES als regionaler Versorger im Oldenburger Münsterland/Artland der Versorgungs-Nukleus zwischen Osnabrück und Oldenburg/Bremen sein. In nachstehender Abbildung sind die beiden Versorgungsachsen im westlichen Niedersachsen kenntlich gemacht.

Auf der „rechten“, d.h. östlicheren Versorgungsachse kristallisiert sich bei näherem Blick leicht die regionale Versorgungssituation heraus:



Regionales Versorgungskonzept SES-Verbund: Versorgungscluster

© Schwester Euthymia Stiftung / in Anlehnung an die Abbildung des Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Under Pressure ODER Heroes

Mit Verabschiedung des KHVVG im Dezember 2024 verändert sich die Situation erneut. Die Vorgehensweise wird jedoch nur erweitert:

- Mit Publikation des Groupers haben wir unsere Leistungen den Leistungsgruppen nach KHVVG zugeordnet und einen Vergleich zu den bisherigen Feststellungen gezogen; Zwischenergebnis: die Abweichungen sind – in unserem Fallspektrum – nicht gravierend, wobei den fünf hinzugekommenen Leistungsgruppen bis auf weiteres keine Fälle zugeordnet werden.
- Auf Grundlage der im KHVVG benannten Leistungsvoraussetzungen können wir die Tendenzaussage treffen: Auch nach KHVVG werden die Leistungsvoraussetzungen für wesentliche Leistungsgruppen erfüllt. Wir haben uns Leistungs-



gruppe für Leistungsgruppe die Voraussetzungen angesehen und insbesondere mit unserem Datenpool Fachärzte/Zusatzbezeichnungen abgeglichen.

- Inhaltliche Fragezeichen haben wir – siehe oben – bei den Leistungsvoraussetzungen bzw. Zuordnungen in der Notfallmedizin, Infektiologie und Geriatrie. Wir gehen davon aus, dass diejenigen, die für die Geriatrie formuliert sind, nicht diejenigen sind, die tatsächlich angestrebt sind, da viele Häuser im Ergebnis keine geriatrischen Leistungen mehr erbringen könnten.
- Das sind jedoch Momentaufnahmen. Die Umsetzung des KHVVG mit dem berühmten Augenmaß wird von vielen Ländern gefordert, solcherlei Dinge dürften dann korrigiert werden.

In Niedersachsen werden ab dem 1. März 2025 die Leistungsgruppen beantragt. Wir streben die Umsetzung unseres Regionalen Versorgungskonzeptes an. Das bedeutet ganz praktisch, dass wir die dort befindlichen Leistungsgruppen beantragen und für einige Leistungsgruppen bezüglich der Leistungszahlen auch diejenigen, die momentan noch von Wettbewerbern erbracht werden, beantragen werden. Natürlich wollen und werden wir uns weiterhin im Vorfeld um eine Abstimmung mit diesen bemühen.

Wo wir am Ende stehen, wird die Zukunft zeigen. Die Kernfrage wird sein: geraten wir „under Pressure“, weil es bundes- oder auch landespolitisch erwünscht ist, speziellere Leistungen komplett in die Oberzentren zu verlagern? Oder werden wir, durch regionale Leistungskonzentration und ohne Qualitätskompromisse einzugehen, zu regionalen „Heroes“? Der zweite Song gefällt uns hier natürlich besser. Der Transformationsfonds als wesentlicher Teil der Krankenhausreform könnte mit einer Förderung der baulichen Zusammenlegung der beiden Krankenhäuser dazu beitragen.

Ulrich Pelster

Vorstandsvorsitzender der Schwester Euthymia Stiftung



Die TOP 10 der Vorbereitung auf die Krankenhausreform

1. Die Herausforderung des KHVVG auch als Chance sehen: **Proaktiv** gestalten statt gestaltet werden.
2. Bereitschaft und **Offenheit** auf allen Entscheidungsebenen (Träger, Geschäftsführung, Chefärzte, KH-Leitung) auch lang bestehende Strukturen und Angebote zu hinterfragen.
3. **Fakten** vor gefühlter Selbstwahrnehmung: Sind meine medizinischen Schwerpunkte und Spezialisierungen belegbar (Fallzahlen; personelle und strukturelle Rahmenbedingungen gem. KHVVG)?
4. Was sind meine **Medizinischen Leuchttürme**? – Bei welchen Leistungen fahren Patient*innen an mindestens einem anderen Krankenhaus vorbei, um im eigenen Haus behandelt zu werden? Sind diese Leuchttürme „KHVVG-sicher“?
5. Strategische Positionierung: Neben dem ehrlichen und selbstkritischen Blick auf die eigene **aktuelle Position** (wo stehe ich wirklich unter Berücksichtigung einerseits der vorgegebenen Q-Kriterien in der KH-individuellen LG-Matrix und andererseits der Notfall- und Elektivmedizin; vgl. Nr. 2–4) hilft nur ein **realistischer Blick auf die Zukunft** – sowohl medizinisch (Sind die Q-Kriterien dauerhaft umsetzbar?) als auch wirtschaftlich (positives EBITDA zur Kapitaldienstfähigkeit auch künftig notwendiger Eigenmittelinvestitionen).
6. Standortbezogene, künstlich gepflegte „Schrebergärten“ zu Gunsten **verbundweiter Leuchttürme konzentrieren**. Dies erfordert neue Formen der hausübergreifenden Zusammenarbeit, bspw. im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung.
7. **Abstimmung im lokalen und regionalen Umfeld**: Wo muss und kann ich mich mit Nachbarn und Mitbewerbern abstimmen, um die eigene Position zu stärken und den Verlust medizinischer Angebote im Einzugs-/Versorgungsgebiet zu vermeiden? Ihr Krankenhaus gehört noch nicht zu einem Verbund? Ändern Sie das.
8. Prinzip **„Geben und Nehmen“** im Verbund und bei Vorliegen trägerübergreifender Kooperationen.
9. Nicht halten, was nicht zu halten ist: Im Zweifelsfall Aufgabe von Angeboten (und ggf. auch Standorten), die langfristig medizinisch und wirtschaftlich nicht lebensfähig sind – kein Geld dauerhaft „verbrennen“, sondern **gezielt in Zukunft investieren**.
10. Die politisch gewollte „Ent-Ökonomisierung“ hilft der Geschäftsführung nicht: Auch wenn die Teilfinanzierung über Vorhaltekosten noch nicht kalkulierbar ist, sollten **LG-Szenarien** (Best, Real- und Worst Case) auf aktueller DRG-Basis **berechnet** werden.



KRANKENHAUSSTEUERUNG

Leistungsgruppen als Instrument der Krankenhausplanung

Das Kernelement des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) stellt die bundesweite Einführung von Leistungsgruppen dar, deren Zielsetzung in der Leistungskonzentration und damit Spezialisierung der Krankenhäuser liegt. In der Konsequenz dürfen Krankenhäuser zukünftig nur noch Leistungen anbieten, für die sie die notwendigen Qualitäts- und Strukturkriterien erfüllen.

Die Finanzierung beschränkt sich entsprechend auf die genehmigten Leistungsgruppen und soll um eine Vorhaltevergütung ergänzt werden. Das Konzept der Leistungsgruppen ist nicht neu, sondern orientiert sich stark an dem vorab veröffentlichten Planungsmodell des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW). Die 60 auf NRW-Ebene definierten Leistungsgruppen wurden von dem Modell des Bundes weitestgehend übernommen und wurden lediglich durch fünf weitere Leistungsgruppen ergänzt. Dennoch stellt die Zuordnung der Behandlungsfälle zu den Leistungsgruppen auf Bundesebene eine Herausforderung dar und konnte nicht analog zum NRW-System umgesetzt werden.

Von NRW-Leistungsgruppen zu Bundes-Leistungsgruppen – nicht so einfach

Basierend auf den NRW-Leistungsgruppen hatten Kliniken bereits die Möglichkeit, ihre stationären Behandlungsfälle über die § 21 Abrechnungsdaten mit einer entsprechenden Grouper-Software den verschiedenen Leistungsgruppen zuzuordnen. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW veröffentlichte dazu sowohl die Leistungsgruppendefinitionen als auch die Qualitätskriterien aller NRW-Leistungsgruppen transparent auf ihrer Homepage.¹ Da die auf NRW-Ebene definierten Leistungsgruppen sowie die Qualitätskriterien im Wesentlichen in das KHVVG integriert wurden², könnte bei oberflächlicher Betrachtung angenommen werden, dass eine Überführung des NRW-Modells einschließlich der Ergänzung um die fünf zusätzlichen Leistungsgruppen für die Verwendung im KHVVG unkompliziert darstellbar wäre.

Eine nähere Betrachtung zeigt jedoch, dass das als Krankenhaus-Planungssystem entwickelte NRW-Modell in seiner jetzigen Form nicht dazu geeignet ist, alle Anforderungen des KHVVG im Sinne eines Finanzierungsinstruments zu erfüllen. Während das NRW-Modell insbesondere für die Steuerung qualitätsrelevanter Leistungen, d. h. medizinischer Leistungen, die aufgrund ihrer Komplexität an die Vorhaltung bestimmter personeller und struktureller Kriterien gebunden sind, entwickelt wurde und dabei zulässt, dass ein Teil der Behandlungen auch außerhalb des Leistungsgruppensystems geplant werden kann (zum Beispiel Strahlentherapie, Nuklearmedizin), sieht das KHVVG eine eindeutige Zuordnung jedes einzelnen Falles zu einer bestimmten Leistungsgruppe vor. Zudem ist die Einführung von Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe als Zugangsbeschränkung geplant.



Das mit der Überführung der NRW-Leistungsgruppen zu Bundes-Leistungsgruppen beauftragte Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) stand aus diesen Gründen vor erheblichen Herausforderungen. Während die Grouper-Software für die Zuordnung in Leistungsgruppen gemäß KHVVG ursprünglich schon im September 2024 verfügbar sein sollte, stehen nun seit Anfang Februar 2025 zertifizierte Leistungsgruppen-Grouper zur Verfügung.³

Damit eröffnen sich für die Kliniken vielfältige Analysemöglichkeiten des eigenen Leistungsgruppenportfolios sowie ein Vergleich der Fallzuordnung mit der NRW-Systematik. Die detaillierten Spezifikationen des „KHVVG“-Groupers sind in einem 12 000 Seiten umfassenden Handbuch dargestellt.

Einige Herausforderungen bei der Umstrukturierung des Systems sind im Schaubild 1 nebenan dargestellt.⁴

Besondere Schwierigkeiten ergaben sich bei der Überführung der vom Bund zusätzlich definierten Leistungsgruppen, die in der NRW-Systematik nicht enthalten sind. Während die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ vom InEK im Leistungsgruppen-Grouper abgebildet werden konnte, bestehen für die vier weiteren Leistungsgruppen aktuell keine Definitionen („Notfallmedizin“, „Infektiologie“, „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ und „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“).

Darüber hinaus ist mit einer deutlichen Verschiebung von Behandlungsfällen, die im NRW-Modell der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet sind, in die spezifischen internistischen Leistungsgruppen zu rechnen. Dies liegt daran, dass die Zuordnung im NRW-Modell häufig nur über die entlassende Fachabteilung erfolgt (zum Beispiel Fachabteilungsschlüssel „700 – Komplexe Gastroenterologie“) einige Kliniken jedoch diesen Fachabteilungsschlüssel nicht verwenden und stattdessen alle Behandlungsfälle über die Fachabteilung „100 – Innere Medizin“ entlassen.

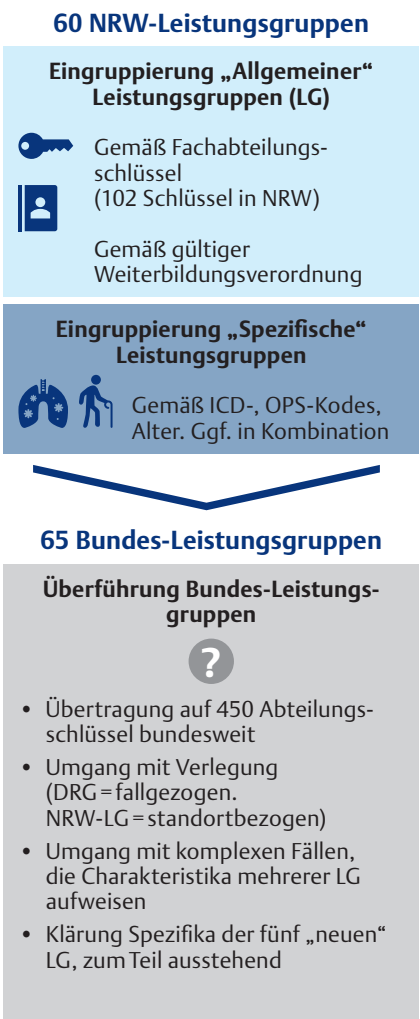
Qualitäts- und Strukturkriterien – umfassender Kriterienkatalog mit hohem Erhebungsaufwand

Nach dem KHVVG soll zukünftig der Medizinische Dienst (MD) für die Prüfung der Struktur- und Qualitätskriterien der von den Krankenhäusern beantragten Leistungsgruppen zuständig sein. Die Prüfung soll für die Kliniken durch eine, vom MD-Bund einzurichtende, elektronische Datenübermittlung vereinfacht werden.⁵ Ob zusätzlich zu den bisherigen MD-Prüfungen noch Vor-Ort-Besichtigungen zur Überprüfung der erforderlichen Ausrüstung durchgeführt werden, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden. Doch vor der Zuordnung der Leistungsgruppen durch die Länder stehen die Kliniken zunächst vor der Herausforderung zu analysieren, welche Leistungsgruppen sie zukünftig erbringen wollen und dürfen. Grundvoraussetzung für die zukünftige Erbringung der Leistungsgruppen ist dabei die Erfüllung der Struktur- und Qualitätskriterien.

Die Anlage 1 des KHVVG zeigt eine Übersichtstabelle aller 65 Leistungsgruppen inklusive der zugehörigen Struktur- und Qualitätskriterien. Darauf basierend zeigt nachfolgendes Schaubild 2 die Struktur dieser Kriterien.

Es sei darauf hingewiesen, dass die endgültige Leistungsgruppensystematik einschließlich der Struktur- und Qualitätskriterien erst durch die Rechtsverordnung

Schaubild 1

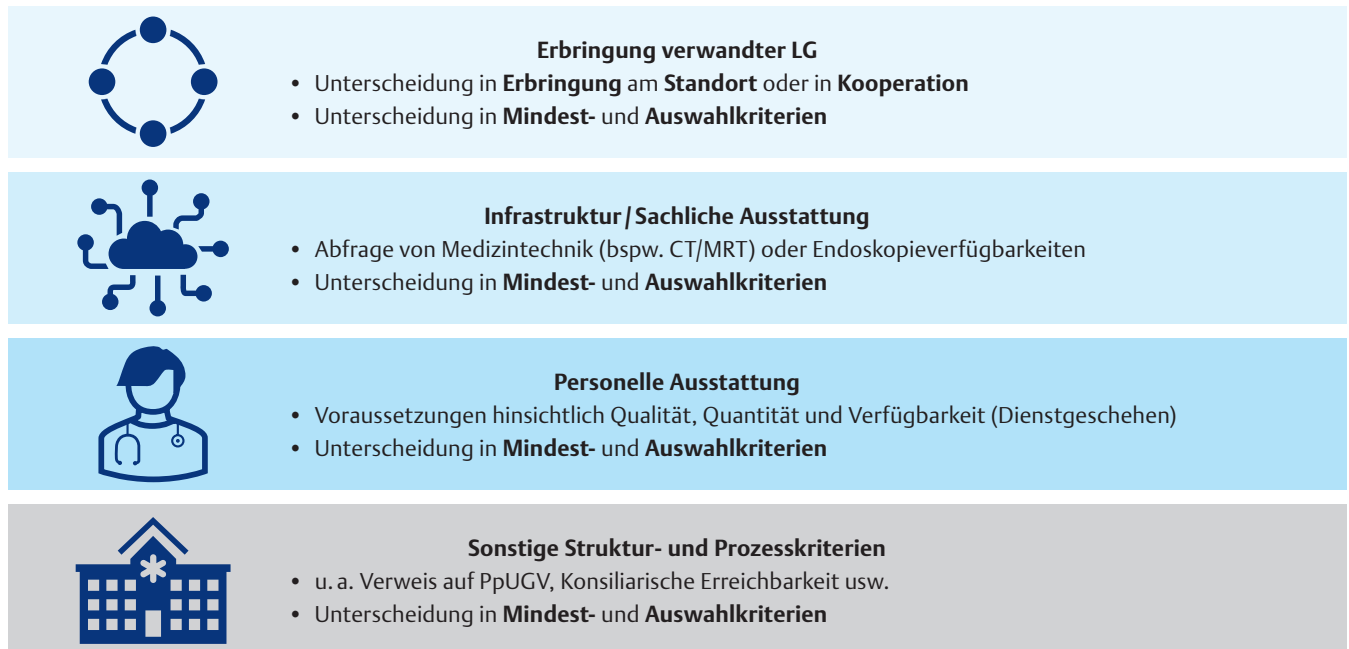


Quelle: Borchers / Scheunemann



Schaubild 2

Visualisierung der Struktur- und Qualitätskriterien



Quelle: Borchers / Scheunemann

des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) festgelegt wird und sich bis dahin durchaus Änderungen ergeben können, die zukünftig zu berücksichtigen sind.

Zusätzlich zu den spezifischen Kriterien, die für jede Leistungsgruppe zu erfüllen sind, ist zu beachten, dass die Erbringung einiger Leistungsgruppen die Erbringung anderer Leistungsgruppen mitsamt ihrer Kriterien voraussetzt. Durch die zu prüfenden Verflechtungen erlangt dieses System eine Komplexität, dessen manuelle Überprüfung mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Darüber hinaus tragen weitere Regelungen, die sich auf das notwendige Personal je Leistungsgruppe beziehen, zur Erhöhung der Komplexität des Systems bei. Zum Beispiel zeigt § 135e Abs. 4 (b) SGB V auf, dass Fachärzte für maximal drei Leistungsgruppen aufgeführt werden dürfen. Ausnahmen bilden hier die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“. Für diese Leistungsgruppen dürfen die aufgeführten Fachärzte nicht für zusätzliche Leistungsgruppen benannt werden. Es ist jedem Krankenhaus zu empfehlen, die Facharztqualifikationen des ärztlichen Personals strukturiert und aktuell zu erfassen. In der Praxis zeigt sich allerdings häufig, dass insbesondere zusätzliche Facharztbezeichnungen nach der ersten Facharztausbildung den Krankenhäusern nicht immer bekannt sind bzw. nicht offiziell dokumentiert werden. Dies hätte zur Folge, dass kein adäquater Abgleich der Ist-Strukturen mit den Qualitätskriterien erfolgen kann.

Eine Aufgliederung aller 65 Leistungsgruppen in die einzelnen zugrundeliegenden Struktur- und Qualitätskriterien zeigt, dass insgesamt über 1 000 Einzelbedingungen (inkl. Doppelungen zwischen den Leistungsgruppen) überprüft werden müssen. Eine (teil-)automatisierte Auswertung der Informationen aus einem Online-Erhebungsbogen kann an dieser Stelle die Krankenhäuser bei der Auswahl ihres zukünftigen Leistungsgruppenportfolios unterstützen. Durch einen Abgleich der



BORCHERS & KOLLEGEN MANAGEMENTENTWURF FÜR DAS GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN		
Leistungsgruppe	Kriterien	
<input type="radio"/> 01.1 - Allgemeine Innere Medizin	Typ	Kriterium
<input type="radio"/> 02.1 - Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Pflicht	CT 24/7 (im Eigen- oder Fremdbetrieb)
<input type="radio"/> 03.1 - Infektiologie	Pflicht	Endoskopie (Gastrokopie, Koloskopie)
<input checked="" type="radio"/> 03.1 - Komplexe Gastroenterologie	Pflicht	Endosonographie
<input type="radio"/> 04.1 - Komplexe Nephrologie	Pflicht	Nehmen mindestens 2 FA für Gastroenterologie regelmäßig am allgemeinen internistischen Rufdienst teil oder existiert ein eigener gastroenterologischer Rufdienst?
<input type="radio"/> 05.1 - Komplexe Pneumologie	Pflicht	Sonographieerst
<input type="radio"/> 06.1 - Komplexe Rheumatologie		
<input type="radio"/> 07.1 - Stammzelltransplantation		
<input type="radio"/> 07.2 - Leukämie und Lymphome		
<input type="radio"/> 08.1 - EPU/ Ablation		
<input type="radio"/> 08.2 - Interventionelle Kardiologie		
<input type="radio"/> 08.3/13.4 - Kardiale Devices		
<input type="radio"/> 08.4/13.3 - Minimalinvasive Herzklappenintervent...		
<input type="radio"/> 09.1 - Allgemeine Chirurgie		
Verwiesene Leistungsgruppe		
Leistungsgruppe	Mindest-/ Auswahlkriterium	Optional Pflicht
<input checked="" type="radio"/> Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung (Kooperation)	
	Angebot Schmerztherapie (mind. in Kooperation)	Ja
	Wird ein fachärztlicher internistischer Rufdienst, an dem mindestens zwei (2) mit der ZSP Palliativmedizin teilnehmenden vorgehalten?	Nein
<input checked="" type="radio"/> Palliativmedizin (Standard)	Mindestvoraussetzung (Standard)	
<input checked="" type="radio"/> Allgemeine Chirurgie		Ja
<input checked="" type="radio"/> Allgemeine Innere Medizin		Ja
<input checked="" type="radio"/> Intensivmedizin		Ja

© Screenshot automatisierte Leistungsgruppenauswertung Borchers & Kollegen

Ansicht einer automatisierten Auswertung der Struktur- und Qualitätskriterien aus einem Online Erhebungsbogen.

© Screenshot automatisierte Leistungsgruppenauswertung Borchers & Kollegen

abgefragten Kriterien mit allen Leistungsgruppen erfolgt eine Standortbestimmung, die den Kliniken bei der weiteren Antragstellung und internen Umstrukturierung helfen kann.

Krankenhausplanung über Leistungsgruppen – wirtschaftliche Risiken für die Kliniken

Die Konzeption eines neuen Leistungsgruppenportfolios stellt für jedes Krankenhaus einen wesentlichen Bestandteil der zukünftigen Strategie dar und kann signifikante medizinische sowie ökonomische Herausforderungen mit sich bringen. Die Umstellung von Fachabteilungen auf Leistungsgruppen kann für einige Krankenhäuser die Konsequenz haben, dass Leistungen, die bislang angeboten wurden, zukünftig wegfallen. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass neue Leistungen hinzukommen. Darüber hinaus wird die ärztliche Weiterbildung durch das Spezialisierungsziel des neuen Systems stark beeinflusst. Durch die Konzentration von Leistungsgruppen an einzelnen Standorten könnte z.B. der Weiterbildungskatalog für Assistenten am Standort nicht mehr vollständig abgebildet werden, was potenziell eine Einschränkung der Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammern zur Folge hat. Krankenhäuser werden daher zukünftig noch stärker in Weiterbildungsverbünden denken müssen. Insbesondere kleinere Kliniken, deren Leistungsspektrum durch das KHVVG tendenziell weiter eingeschränkt wird, werden ohne ein fundiertes Weiterbildungskonzept Probleme in der Rekrutierung von Weiterbildungsassistenten haben.

Schaubild 3

Wirtschaftlichkeitsanalyse einer fiktiven Abteilung für Orthopädie/Unfallchirurgie

 12 VK Ärztl. Dienst (1 CA – 4 OA – 7 VKAA)	 1 565 Fälle 1 800 CM-Punkte	 7 893 000 Euro DRG-Erlös	 2 OP-Säle/Tag 30 belegte Betten
LG „Allgemeine Chirurgie“ (1 000 CMP)	LG „Endoprothetik Knie“ (100 CMP)	LG „Endoprothetik Hüfte“ (200 CMP)	
LG „Wirbelsäulenchirurgie“ (350 CMP)	LG „Revision Knie“ (50 CMP)	LG „Revision Hüfte“ (100 CMP)	

Legende: Nicht zugesprochene LG

Quelle: Borchers/ Scheunemann



Ökonomisch betrachtet, setzt sich die Refinanzierung eines Ärzteteams und der Infrastruktur einer Fachabteilung aus verschiedenen Leistungsgruppen zusammen. Dies lässt sich am Beispiel der *Orthopädie/Unfallchirurgie* (siehe Schaubild 3) veranschaulichen.

In NRW fand bereits eine starke Konzentration dieser Leistungen mit teils erheblichen wirtschaftlichen Folgewirkungen statt.

In dem dargestellten Szenario würde dem Beispielkrankenhaus bei einem Wegfall der drei Leistungsgruppen „*Endoprothetik Knie*“, „*Revision Knie*“ und „*Revision Hüfte*“ ein Erlösrückgang im Umfang von 250 Casemix-Punkten (ca. 1,1 Millionen Euro DRG-Erlös) entstehen. Darin enthalten sind Refinanzierungsanteile der Ärzte in Höhe von ca. 275 000 Euro und eine Refinanzierung der medizinischen und nicht-medizinischen Infrastruktur in Höhe von ca. 385 000 Euro. Eine Kostenreduktion im gleichen Umfang ist in der Regel nicht zu erwarten. Die Vorhaltung von medizinischem Personal ist durch die Aufrechterhaltung der Dienstreihe, unabhängig der Fallzahlen, häufig nur in einem geringen Maße beeinflussbar. Ebenso sind die Infrastrukturkosten im relevanten Umfang als Fixkosten zu betrachten, die sich nicht verändern lassen. Der Rückgang an Erlösen wird sich daher maßgeblich im Ergebnis widerspiegeln.

Die Strategie der betroffenen Krankenhäuser könnte darauf abzielen, die freiwerdenden Kapazitäten in die Erfüllung der verbleibenden Leistungsgruppen einzusetzen. Durch den Wegfall von Leistungsgruppen beim Wettbewerber und der damit einhergehenden Erhöhung der eigenen Fallzahlen würde dieses Vorhaben begünstigt werden, sodass eine Konzentration der verbleibenden Leistungsgruppen am eigenen Standort stattfindet.

Weitere strategische Überlegungen liegen in einer Verstärkung der Zusammenarbeit mit den Mitbewerbern („Koopetition“) in der Region, wodurch Doppelstrukturen abgebaut, eigene Vorhaltekosten reduziert und gleichzeitig die verbleibenden medizinischen Leuchttürme gestärkt werden können. In jedem Fall sind die Kliniken angehalten, ihre Zukunft proaktiv zu gestalten und nicht passiv zu verharren und auf die neuen Feststellungsbescheide zu warten.

Medizinstrategie – von der Leistungsgruppenanalyse zum zukunftsfähigen Standortkonzept

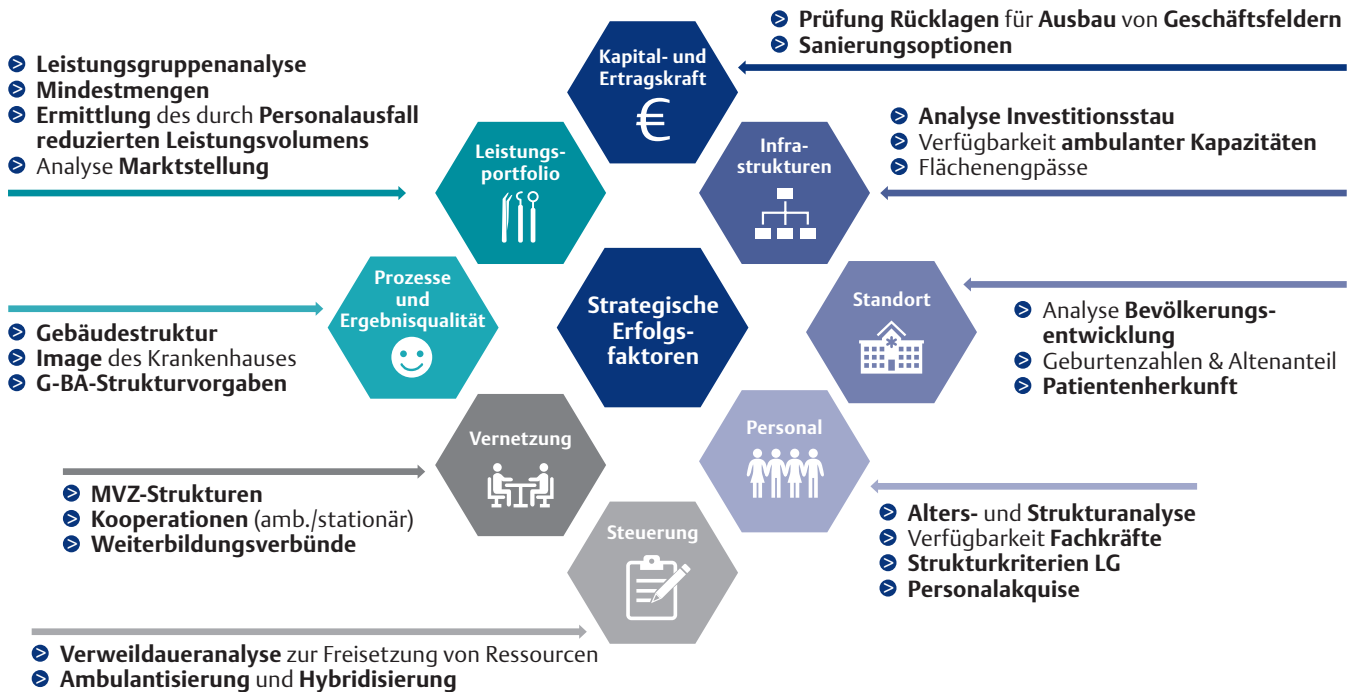
Die Entwicklung einer Medizinstrategie erstreckt sich von einer detaillierten Analyse der strategischen Erfolgsfaktoren des eigenen Krankenhauses bis hin zur Bewertung dieser Faktoren im Hinblick auf die Umsetzbarkeit des Konzeptes. Durch die staatlich initiierte Neuordnung des stationären Leistungsgeschehens müssen jedoch bisher etablierte Strategien infrage gestellt werden.

Während die Strategiefindung in der Vergangenheit über die Vorhaltung von Fachabteilungen relativ „grobkörnig“ erfolgte, ist nun ein dezidierter Blick auf die einzelnen Leistungsbereiche durch die Unterteilung in Leistungsgruppen notwendig. War es in der Vergangenheit bspw. noch ausreichend, die „Allgemein- und Viszeralchirurgie“ als Fachabteilung im Ganzen zu betrachten und mit den leitenden Ärzten das Leistungsportfolio innerhalb des Hauses entsprechend den Qualifikationen des Personals flexibel zu planen, so muss die Strategiefindung nun detaillierter erfolgen. Ein Verlust von komplexen viszeralchirurgischen Eingriffen wie Tiefe Rektumeingriffe, Ösophaguschirurgie, Leberchirurgie würde beispielsweise



Schaubild 4

Medizinstrategie – Analyse der strategischen Erfolgsfaktoren



Quelle: Borchers / Scheunemann

die Abteilung vor vielfältige Herausforderungen stellen. Diese reichen von wirtschaftlichen Problemen, der Neubewertung der Versorgungssicherheit, Stärkung von Kooperationsnetzwerken bis hin zum Verlust der Standortattraktivität sowohl für Assistenzärzte als auch für Ober- und Chefarzte.

Zudem kommt bei der Entwicklung einer Medizinstrategie erschwerend hinzu, dass die Erbringung bestimmter Leistungsgruppen Voraussetzung für die Erbringung anderer Leistungsgruppen ist. Das bedeutet, dass zum Beispiel die Leistungsgruppe A ein Auswahl- oder Mindestkriterium für die Erbringung der Leistungsgruppe B darstellt. Konkret sind zum Beispiel die Leistungsgruppen „Allgemeine Neurologie“, „Stroke Unit“ oder „Neuro-Frühreha“ (NNF, Phase B) mindestens in Kooperation, besser am Standort selbst, vorzuhalten, um die Leistungsgruppe „Carotis operativ/interventionell“ anbieten zu können. Die Vorhaltung neurologischer Kompetenz hat somit direkten Einfluss auf das Versorgungsspektrum der Gefäßchirurgie. Während in der Vergangenheit zum Beispiel die G-BA-Verordnung zur gestuften Notfallversorgung oder die DGU-Traumanetzwerk-Einstufung das Zusammenspiel der Fachabteilungen und die verbindlichen Vorhaltungen maßgeblich beeinflusst haben, kommt durch die Abhängigkeiten der Leistungsgruppen untereinander eine weitere verkomplizierende Komponente für die Strategiebildung hinzu.

Gleichzeitig eröffnen sich durch die Neuverteilung des Marktes neue Handlungsoptionen in Form einer zunehmenden Schwerpunktbildung und Leistungsausweitung bestehender Spezialisierungen.



Schaubild 5

Medizinstrategie – von der Leistungsgruppenanalyse zum Standortkonzept



Quelle: Mustermann und KoKG

Die Analyse der strategischen Erfolgsfaktoren als Basis der Strategiefindung umfasst verschiedene Ebenen und reicht von der beschriebenen Analyse des Leistungsportfolios einschließlich der Prüfung der Struktur- und Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, über eine Marktanalyse bis hin zur Bewertung der verfügbaren Infrastrukturen und bestehender Vernetzungen im ambulanten und stationären Bereich (Schaubild 4).

Die Ergebnisse münden in eine Stärken-Schwächen-Analyse auf Basis des SWOT-Frameworks und einer abschließenden Überführung der Erkenntnisse in das Gesamtkonzept (Schaubild 5).

Damit das Gesamtkonzept nicht nur den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen Rechnung trägt, sondern auch die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt, sollte bei umfassenden Leistungsrochaden die vorhandenen Kapazitäten mit dem Bedarf der Leistungsbereiche abgeglichen werden. Dies betrifft insbesondere (Intensiv-)Betten, OP-Kapazitäten und gegebenenfalls weitere Ambulanz- und Sprechstundenräume.

Ein gutes Medizinkonzept ist somit nicht nur ein Aushängeschild des Krankenhauses im Sinne der Patientenakquise oder Mitarbeitergewinnung. Vielmehr zeigt es den Verantwortlichen (Chefärzte, Geschäftsführung etc.) die Leitplanken für die zukünftige Entwicklung auf und dient gleichzeitig als Input für eine integrierte Planungsrechnung zur Beurteilung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit des Hauses. —

Matthias Borchers

Geschäftsführender Partner Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH

Patrick Scheunemann

Manager, Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH

► Quellen

1 MAGS NRW, Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen | Mit Menschen für Menschen., abgerufen am 04. Februar 2025

2 KHVVVG, Anlage 1

3 Ärzteblatt, Zuordnung der Leistungsgruppen auf 12000 Seiten – News – Deutsches Ärzteblatt, abgerufen am 04. Februar 2025

4 Darstellung Borchers & Kollegen auf Basis diverser Ausführungen des InEK, unter anderem Dr. Frank Heimig, 24. Herbstsymposium 2024 in Frankfurt

5 KHVVVG, Paragraph 275a



In einer neuen Versorgungslandschaft müssen die Klinikgebäude neu gedacht werden.

© Steve McHale / stock.adobe.com

TRANSFORMATION IM KRANKENHAUSBAU

Fit für die Zukunft

Die Herausforderungen, vor denen die Krankenversorgung in Deutschland steht, erfordern im Krankenhausbau eine in die Zukunft gerichtete Architektur mit einer hohen Anpassungsfähigkeit. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem daran gekoppelten Transformationsfonds ergibt sich die Chance, den Krankenhausbetrieb neu zu denken und zu strukturieren. Funktion, Struktur und Organisation sind für zukunftsfähige Behandlungs- und Pflegeprozesse auf den Prüfstand zu stellen.

Die Neuausrichtung und in Folge die Notwendigkeit zur baulichen Neustrukturierung der Krankenhäuser durch das KHVVG mit dem Transformationsfonds wird begleitet durch weitere Anforderungen. Hierzu zählen der Fachkräftemangel und die Veränderung der Bevölkerungsstruktur, der technische und medizinische Fortschritt sowie der strukturelle Wandel durch die Ambulantisierung – eingerahmt von den Herausforderungen des Klimawandels.



Das Ziel ist, robuste, flexible, resiliente bauliche Strukturen zu schaffen, die Anpassungen bedarfsgerecht zulassen. Die daraus resultierenden baulichen Aspekte und die Rahmenbedingungen des KHVVG verbunden mit den Chancen einer klimaschonenden und -resilienten Bauweise bilden eine anspruchsvolle und komplexe Planungsaufgabe, die auf die Bauherren- und Planungsteams warten.

Konzentrationsprozess als Wegbereiter der Transformation

Die Notwendigkeit zur baulichen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft zeigte sich in Niedersachsen bereits 2001 mit Einführung der Fallpauschalen-Systematik. Dem Grundsatz ‚Angebotssicherung vor Standortsicherung‘ folgend, stellte der Landeskrankenhausplanungsausschuss – unter Vorsitz des für Gesundheit zuständigen Ministeriums Auswahlkriterien für die gezielte Steuerung von Investitionsförderungen auf. Ab 2004 folgte eine Einzelförderung prioritär in Strukturmaßnahmen. Dabei galt:

- Abbau von Doppelvorhaltungen im Einzugsgebiet
- Fusionen und Betriebsstellenzusammenlegungen haben Vorrang
- Vorrang von Projekten mit integrierter Versorgung.

Das Ziel war, vorrangig in wirtschaftlich zu betreibende Pflegestationen zu investieren und bedarfsgerechte Behandlungs- und Pflegekapazitäten anbieten zu können. Die Anzahl der Betten im Land wurde in der Summe beträchtlich abgebaut und auf weniger Standorte konzentriert. Begleitend wurde die Pflege schrittweise entsprechend der Pflegeintensität sowie über die Etablierung von Fachpflegen wie Geriatrie, stationäre Palliativversorgung und Früh-Reha (Phase B) neu geordnet. In der Intensivmedizin fand eine Aufgliederung u. a. in Intermediate Care, Stroke Unit, Chest Pain Unit statt. Zudem etablierten sich



Das Agaplesion Evangelische Klinikum Schaumburg, das 2017 fertiggestellt wurde, vereint die drei Krankenhäuser aus Rinteln, Bückeburg und Stadthagen unter einem modernen Dach. Es setzt damit einen Meilenstein in der medizinischen Versorgung der Region durch innovative Technik und ganzheitliche Patientenbetreuung.

© Agaplesion Ev. Klinikum Schaumburg



Der im September 2014 eröffnete Neubau des KRH Klinikums Siloah in Hannover vereint die ehemaligen Krankenhäuser Siloah, Oststadt und Heidehaus an einem Standort und zählt mit 535 Betten zu den modernsten Kliniken Niedersachsens. Das Investitionsvolumen betrug 192,5 Millionen Euro.

© Klinikum Region Hannover (KRH)

kombinierte Holding-/Aufwachbereiche angrenzend an die Diagnostik- und Behandlungsbereiche; die Planungsprämisse der Zentrumsbildung fand seinen Einzug im Krankenhausbau.

Ein heute unverzichtbares Erfolgsmodell für integrierte Versorgung ist die Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg. Aus Mitteln des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) „Konvergenz 2007–2011“ konnte eine baulich integrierte Krankenversorgung mit Fördermitteln realisiert werden.

Ein gelungenes Beispiel für die Umsetzung einer Strukturmaßnahme ist die Auflösung dreier Altstandorte der KRH-Krankenhäuser Siloah und Oststadt-Heidehaus und deren Zusammenlegung in einem 2015 wie heute zukunftsweisenden Neubau. In der kompakten, elastischen baulichen Struktur lassen sich Flexibilität und fließende Organisationsprinzipien in den Arbeitsabläufen umsetzen. Zentrumsbildung (z.B. das Ambulanz- und Aufnahmezentrum sowie das Diagnostik- und Eingriffszentrum) und die Berücksichtigung aufgestellter Qualitätskriterien für die Patientenversorgung waren und sind wichtige Leitplanken in der Betriebsorganisation – der sogenannten BO-Planung.

Anstöße für weitere Konzentrationsbauvorhaben in der Fläche Niedersachsens waren u.a. die Ergebnisse der Arbeit der Enquete-Kommission von 2019–2022, die G-BA-Beschlüsse zur gestuften Notfallversorgung in 2018 sowie die Förderlinien der Strukturfonds I und II. Bereits in Betrieb ist das Gesamtklinikum Schaumburger Land in Obernkirchen, entstanden durch eine Zusammenlegung der Krankenhäuser aus Rinteln, Bückeburg und Stadthagen. Weitere Standortzusammenlegungen, u.a. das Heidekreisklinikum, das Landkreisklinikum Diepholz und das Zentralklinikum Georgsheil/Uthwerdum befinden sich im Bau. Die Träger wurden mit ihren Bauvorhaben früh mit baufachlichem Sachverstand der öffentlichen Hand begleitet – energetisch und bauplanerisch hin zu einer genehmigungsreifen, zweckmäßigen und nachhaltigen Bauplanung.



Im Hinblick auf die Konzentration von Standorten und einer patientenorientierten Planung hat Niedersachsen mit Kontinuität und Beharrlichkeit stabil über zwei Dekaden hinweg einen zukunftsfähigen Weg zur Umstrukturierung seiner Krankenhauslandschaft eingeschlagen. Die jetzige Krankenhausreform kann darauf zielführend aufsetzen. Auf diesem Wege haben zahlreiche Konzentrations- und gleichsam Veränderungsprozesse in der Krankenhauslandschaft und auch an den Standorten stattgefunden. Die standortübergreifende Konzentration von Krankenhäusern, die über den Transformationsfonds nachhaltig gefördert werden soll, ist in Niedersachsen bereits bauliche Realität.

Transformation gestalten – Aufgaben für den Krankenhausbau

Die Transformation stellt an die Bauplanung die Aufgabe, Strukturen, Organisation und Prozesse innerhalb eines Krankenhauses sektorenübergreifend und -verbindend und gleichzeitig netzwerkbildend und integrativ zu denken. Die Flexibilisierung im stationär-ambulantem Denken führt dazu, dass Prozesse in der Behandlung und Pflege unter dem Aspekt einer Patientenzentriertheit neu gedacht werden. Wichtige Schritte auf diesem Weg sind das integrierte Notfallzentrum (G-BA-Beschlüsse von 2018) und der Ausbau von psychiatrischen und geriatrischen Institutsambulanzen. Gegebenenfalls ist der Bau von spezialisierten tagesklinischen Strukturen eine der maßgeblichen Aufgaben der nächsten Zeit.

Die Transformation ist eine Aufforderung und die Verpflichtung zugleich, nicht nur Räume und Flächen gegen neue zu tauschen. Alle Prozesse sind in ihren Strukturen und ihrer Organisation zu hinterfragen, ob diese die Zukunft noch abbilden können. Jede Bedarfsplanung muss diese Veränderungsprozesse vorab durchleben; die Behandlungs-, Steuerungs- und Versorgungsstrukturen sind auf den Prüfstand zu stellen, bevor es in eine Bauplanung gegossen werden kann.

Bisher galt neben einer prozessual bezogenen Schichtung der Kernfunktionsstellen die Maxime der kurzen Wege für alle Funktionsbereiche. Unter Beibehaltung der Maxime wird in Zentrumsstrukturen konzipiert und geplant. Die Behandlungs- und Pflegeprozesse sind mit folgenden Zielen des KHVVG¹ neu zu bewerten:

- standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten
 - > stärkere Differenzierung in Angebot, Größe und Spezialisierung
- sektorenverbindende und -übergreifende Versorgungsstrukturen
 - > psychiatrische und geriatrische Institutsambulanzen
 - > sozialpädiatrische Zentren
 - > integrierte Notfallstrukturen
- vernetzte Strukturen
 - > Zentren-Bildung komplexer und seltener Erkrankungen,
 - > telemedizinisch mittels robotergestützter Telechirurgie
 - > Ausbildungsstätten.

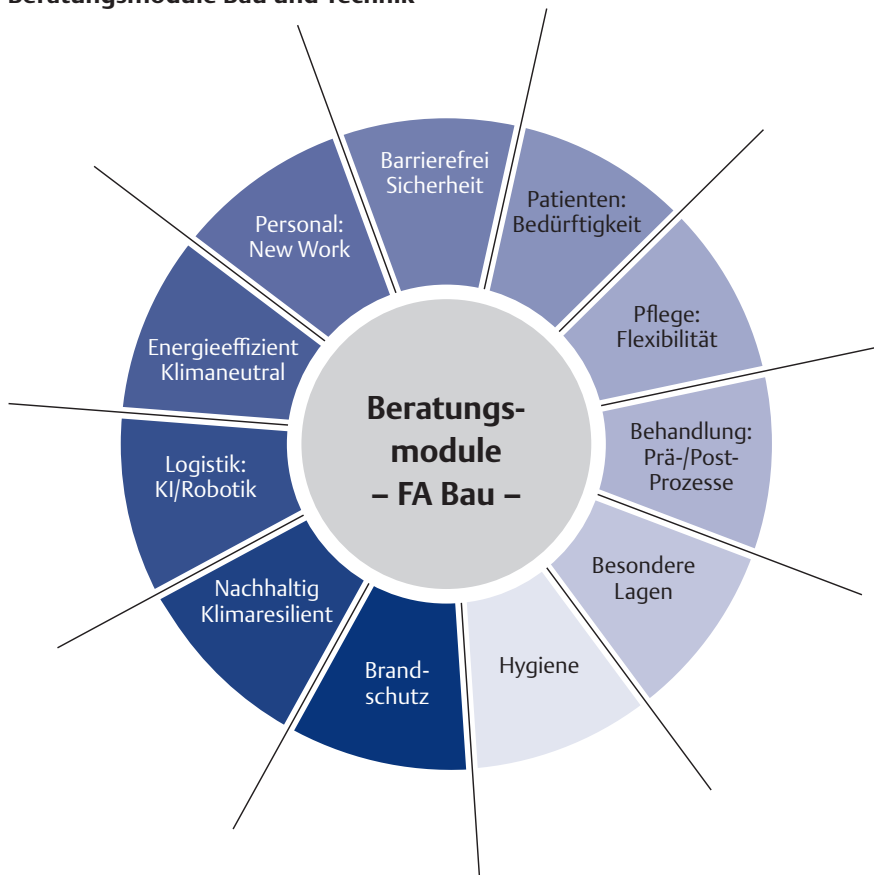
Phasen der Krankenhausbauförderung



Quelle: Meyer-Pfeffermann / von Nathusius



Beratungsmodule Bau und Technik



Quelle: Meyer-Pfeffermann / von Nathusius

Krankenhausbau – Berufliche Beratung in Niedersachsen

Die Herausforderungen der Transformationen der Krankenhausstandorte sind umfassender als die Anforderungen, die das KHVVG formuliert. Der demografische Wandel, die Digitalisierung, eine sichere Energieversorgung sowie ein klimagerechter Bau bzw. Umbau und Betrieb sind die zukünftigen Leitplanken bei Planung und Errichtung. Beruflicher Sachverstand der öffentlichen Hand wird den Antragstellern in Niedersachsen früh an die Seite gestellt, um die öffentlichen Mittel zweckgebunden, wirtschaftlich und maximal effizient und effektiv einzusetzen.

Digitalisierung bringt Innovationen in das Arbeitsumfeld

Die Digitalisierung der Krankenhäuser ist ein wichtiger Baustein, der mit dem KHZG bereits Wirkung zeigt, um die stationäre Versorgung in Deutschland besser und effizienter zu machen. Sie ist ein zentraler Hebel, um notwendige Dokumentationsprozesse zu vereinfachen, zu verschlanken und durch einen schnellen und lückenlosen Informationsaustausch sowie die Qualität der medizinischen Versorgung nachhaltig zu verbessern. Auf der Seite der Logistik bietet die Automatisierung des Waren- und Gütertransports weitere Möglichkeiten, den Betrieb zu optimieren und Arbeitsprozesse zu beschleunigen. Von Robotik unterstützte medizinische Eingriffe und pflegerische Prozesse werden den Krankenhausbetrieb prägen.

Digitalisierung und Automatisierung beeinflussen die Anforderungen an die bauliche Struktur im Krankenhaus. Raum- und Funktionszusammenhänge sind in einigen Bereichen überflüssig und die automatisierte Logistik erfordert differen-



zierte Wege- und Erschließungssysteme. Dies ist hinsichtlich Flächenbedarf und möglicher Synergien in eine Bauplanung einzubeziehen.

Klimagerechter Krankenhausbau in Niedersachsen

Der Gesundheitssektor verursacht etwa 5 % der Treibhausgasemissionen in Deutschland. Im Hinblick auf den fortschreitenden Klimawandel und die nationalen und internationalen klimapolitischen Ziele muss die deutsche Krankenhauslandschaft so schnell wie möglich klimaneutral werden. Die Klimafolgen sind durch eine klimaangepasste Bauweise abzufangen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Krankenhausbau bilden die Klimaschutzgesetzgebung des Bundes und des Landes, die europäische Gebäuderichtlinie sowie die Beurteilungskriterien für eine nachhaltige Gebäudeplanung aus dem niedersächsischen Landesbau.

Die niedersächsische Landesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag 2022 verankert, die Krankenhäuser auf ihrem Weg zu mehr Klimaschutz und Energieeffizienz zu unterstützen und dies am Leitbild des Green Hospitals zu orientieren. Ein entsprechendes Konzeptpapier ist zwischen dem für Gesundheit zuständigen Ministerium und dem niedersächsischen Landesamt für Bau und Liegenschaften abgestimmt worden und findet Anwendung.

Unserem baufachlichen Selbstverständnis folgend sieht das Niedersächsische Landesamt für Bau und Liegenschaften (NLBL) es als seine Verpflichtung an, neben der Zweckerfüllung und den Qualitätsanforderungen (§1 KHG), die Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§7 LHO) beachtend, die Bauvorhaben hinsichtlich Resilienz, Robustheit, Ressourcen- und Klimaschutz auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen und nachhaltigen Bau und dessen Betrieb beratend zu begleiten.

Sichere Energieversorgung für kritische Infrastruktur

Krankenhäuser haben auch in der Vergangenheit einen energieeffizienten Betrieb angestrebt, denn als Großverbraucher schlagen sich die Energiekosten spürbar in den Betriebskosten nieder. Als Teil der kritischen Infrastruktur müssen sich Planung und Betrieb am Grundsatz der Versorgungssicherheit orientieren. Entsprechend dürfen importiertes Öl und Gas nur noch eine untergeordnete Rolle spielen, sowohl aufgrund der Preisinstabilität als auch der unsicheren Versorgungslage. Energieerzeugung vor Ort durch regenerative Energiequellen spielt daher auch bei Krankenhäusern eine wesentliche Rolle und fördert Unabhängigkeit, darf aber nicht zu Abstrichen bei der Versorgungssicherheit führen.

Der Umbau der Energieversorgung hin zu einem regenerativen System ist in Niedersachsen bereits in Gang. Für den Landesbau sieht die öffentliche Hand den Vorrang von regenerativen Energiequellen durch einen entsprechenden Erlass vor. Für Investitionsmaßnahmen des Landes gilt: Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen sind bei der Auswahl der Energieerzeugungsart allein kein hinreichendes Kriterium mehr. Weiterhin gilt mit der Novellierung der Niedersächsischen Bauordnung zum 1. Januar 2025 unter bestimmten Voraussetzungen eine Solarpflicht für Dächer von Neubauten, die auch Krankenhäuser mit einbezieht.

Jede Investitionsmaßnahme des Landes im Krankenhausbau, ob mit oder ohne Bezug zum Transformationsfonds, ist eine Chance, diesen eingeschlagenen Weg hin zu einer klimaneutralen Energieversorgung auf jeder Krankenhausliegenschaft Stück für Stück voranzutreiben.



Transformation weiterdenken – flankierende bauliche Aspekte

Die notwendigen Umstrukturierungen durch das KHVVG, die Herausforderungen des Klimawandels, die Veränderungen in der Struktur und den Bedürfnissen der Gesellschaft und immer kürzer werdende Innovationszyklen in Technik und Medizin: Um diesen Herausforderungen zu begegnen, gilt Flexibilität im Krankenhausbau mehr denn je als oberste Planungsprämisse.

Nutzungsoffene Achsraster, unterzugsfreie Decken und ausreichende Geschosshöhen zu planen, die den Rohbau zu einer flexibel umnutzbaren Grundstruktur machen, hat sich schon seit langem im Krankenhausbau bewährt. Gleichmaßen gilt der Grundsatz einer hohen Umbaubarkeit im Ausbau, insbesondere in den Untersuchungs- und Behandlungsbereichen, in denen der Aufbau integrierter Institutsambulanzen und die kurzen Innovationszyklen in der Medizintechnik derzeit strukturelle Veränderungen beschleunigen und Veränderungsbedarfe mit sich bringen. Roh- und Ausbau sowie die technische Gebäudeausrüstung sind systemisch getrennt zu planen und auszuführen, um Instandhaltungs- und Umbauarbeiten zu erleichtern.

Strukturelle, bauliche und technische Flexibilität

Strukturelle, bauliche und technische Flexibilität bedingen sich gegenseitig. Immer steht eine langfristige Anpassbarkeit bei einer hohen Robustheit im Vordergrund. Ziel ist ein Gebäude, das flexibel und elastisch auf sich ändernde Parameter reagieren kann. Die Bauplanung wird von einer Schattenplanung begleitet, die zukünftige Umnutzungsszenarien mitdenkt.

Für den Patienten werden sich die Art und Dauer des Aufenthalts sowie die Wege im Krankenhaus ändern. Hierdurch stellen sich auch differenzierte Anforderungen für die Pflegestationen. Während die Kurzlieger durch schonendere medizinische Eingriffe und dem Aufweichen der Sektorengrenze mehr und mehr im ambulanten Sektor untergebracht werden, ist es absehbar, dass sich die Anzahl der Langlieger mit dem Anstieg der geriatrischen Patienten weiter erhöhen wird. Dies wirft auch Fragen über den Pflege- und Behandlungsschlüssel pro Station auf sowie einer infektionspräventiven, hygiene- und pflegegerechten Unterbringung, die patientenzentriert eine aktivierende Pflege und zügige Mobilisation ermöglicht.

OP-Abteilungen, die baulich so vorgeplant sind, dass sie jeweils zwei Zu- und Ausgänge haben, können ambulant Operieren und Same-Day-Surgery-Konzepte bei Bedarf mit abdecken. Der zentrale Holdingbereich ist im Idealfall mit wenigen baulichen Eingriffen von einer „weißen“ in eine „grüne“ Holding umbaubar, um die Arbeitsabläufe für das Anästhesiepersonal zu verbessern.

Robustheit und Resilienz

Die Corona-Pandemie hatte teils massive Eingriffe in den Betrieb der Krankenhäuser zur Folge. Isolationsszenarien in der baulichen Struktur müssen zusätzlich zum normalen Krankenhausbetrieb abbildbar sein. Krisen wie Pandemien oder MANV-Lagen (Massenanfall von Verletzten) können von robusten Strukturen, die elastische Nutzungserweiterungen zulassen, besser bewältigt werden. Hinweise und Beispiele für eine elastische Konzeption von zentralen Notaufnahmen finden sich in der ARGEBAU Planungshilfe ZNA, 2023 der Bauministerkonferenz.²

Strukturellen Veränderungen durch eine hohe Anpassbarkeit zu begegnen, erhöht die Robustheit und damit die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser. Robustheit



bedeutet aber auch, bauliche Strukturen zu schaffen, die Klimawandel bedingten Extremwetterlagen wie Starkregenereignissen, Hitze und Hochwasser standhalten und sich an veränderte Umweltbedingungen anpassen können. Bei Krankenhausbauprojekten in Niedersachsen hat die Risikoanalyse nach Extremwetterereignissen dazu geführt, für die Versorgungssicherheit relevante Technik nicht mehr in Untergeschossen zu verorten. Gleichzeitig wurden die Technikbereiche strukturell offen geplant, damit sie im Lebenszyklus des Gebäudes mehrmals dem technischen Fortschritt angepasst werden können.

Mit robusten und gleichzeitig anpassbaren Strukturen sind die Krankenhäuser zukunftssicherer und krisenresilienter aufgestellt. Unserem baufachlichen Selbstverständnis folgend, sehen wir als Beratungs- und Prüfbehörde es als Pflicht an, Einzelförderungen in dem Sinne baufachlich zu beraten und zu prüfen, dass die Bauvorhaben zukunftssicher nach den Anforderungen des KHVVGs und den begleitenden Herausforderungen der Transformation ausgerichtet sind. Darüber hinaus sind uns die Umstellung auf regenerative Energieträger, die Verbesserung der Energieeffizienz, das nachhaltige Planen und Bauen, eine patientenzentrierte Planung, eine verbesserte Klimaresilienz sowie eine erhöhte Elastizität zur Bewältigung von Krisenlagen ein besonderes Anliegen. ■

Elisabeth Meyer-Pfeffermann

Leiterin Referat Krankenhausbau – KHG, Niedersächsisches Landesamt für Bau und Liegenschaften;
Netzwerkkoordinatorin Krankenhausbau der ARGEBAU unter dem Dach der Bauministerkonferenz

Thomas Neulen

Referent Baufachliche Beratung KHG, Niedersächsisches Landesamt für Bau und Liegenschaften
Unter Mitwirkung von Dipl.-Ing. Frauke von Nathusius.

► Quellen

1 NKG-Mitteilungen Nr. 739 / 2024 – Fördertatbestände nach dem Transformationsfonds

2 Bauministerkonferenz (ARGEBAU) – Planungshilfe ZNA / Notfallzentren, 2023; PDF-Download erhältlich unter www.bauministerkonferenz.de.

► Weiterführende Informationen

www.bauministerkonferenz.de, unter: Planungshilfen

Niedersächsisches Landesamt für Bau und Liegenschaften, Referat Krankenhausbau – Beratungs- und Prüfstelle KHG; www.nlbl.niedersachsen.de, unter: Krankenhausbau



VORBILD-REFORM NORDRHEIN-WESTFALEN

Krankenhauslandschaft neu denken

Die Krankenhausreform Nordrhein-Westfalens (NRW) nimmt bundesweit eine Vorreiterrolle ein und gilt als Blaupause für die Reform des Bundes. Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Bundeslandes gibt einen persönlichen Einblick in die Herausforderungen und Lösungen der Krankenhausversorgung und erklärt, welche Lehren sich aus dem Reformvorhaben in NRW für den Bund ergeben.

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen, die nur dann gelöst werden können, wenn Politik, Gesundheitsbranchen und gesellschaftliche Akteure eng zusammenarbeiten – und zwar unter Berücksichtigung aller relevanten Rahmenbedingungen. Es ist mir wichtig, das zu betonen, denn die Krankenhauslandschaft in ganz Deutschland ist geprägt von einem ruinösen Wettbewerb um Personal und Ressourcen.

Dieser unnötige Wettbewerb sorgt für massive Probleme. Viele Krankenhäuser schreiben rote Zahlen. Und gleichzeitig bekommen Patientinnen und Patienten gar nicht selten eine qualitativ unterdurchschnittliche Behandlung, weil Krankenhäuser bei bestimmten Leistungen nicht über die fachlich erforderliche Anzahl an Behandlungen und dementsprechend auch nicht über genügend Expertise verfügen. Ein „Weiter so“ im Krankenhausbereich kann es daher nicht geben. Die Wahrheit ist doch: Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen und nicht jedes Krankenhaus kann alles gleich gut machen.

Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen haben wir uns aus diesem Grund bereits 2018 auf den Weg gemacht, die Krankenhauslandschaft in unserem Land zukunftssicher und patientenorientiert aufzustellen. Denn zuständig dafür sind die Bundesländer; nicht die Bundesregierung. Gemeinsam mit den Krankenhäusern, Kostenträgern, Ärztekammern und vielen weiteren Akteuren ist es uns gelungen, die wohl größte Strukturreform im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen seit Jahrzehnten erfolgreich umzusetzen. Und das Ergebnis kann sich mehr als sehen lassen: Mit der neuen Krankenhausplanung werden sowohl die flächendeckende Grund- und Spezialversorgung als auch die bestmögliche Qualität in der stationären Behandlung gestärkt. Die Patientinnen und Patienten können sicher sein, dass Krankenhäuser nur noch Leistungen anbieten, wenn sie bestimmte Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

Grundlage hierfür ist eine neue Planungssystematik mit 60 somatischen und vier psychiatrischen Leistungsgruppen. Die Planung der stationären Gesundheitsversorgung erfolgt in Nordrhein-Westfalen künftig also nicht mehr anhand von Bettenzahlen. Ab jetzt entscheiden klare und nachweisbare Qualitätsvorgaben sowie der tatsächliche Bedarf über die fachliche Ausrichtung und die Kapazität der



©Ralph Sonderrmann / Land NRW

„Ein „Weiter so“ im Krankenhausbereich kann es nicht geben.“

Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen



Krankenhäuser. Hinzu kommen klare Erreichbarkeitsvorgaben für die Notfallversorgung und die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, wie beispielsweise Unterschiede zwischen der ländlichen und städtischen Versorgungsstruktur. Plus: Wir fördern Spezialisierung dort, wo sie sinnvoll ist, bündeln Expertisen und unterstützen die Kooperationen von Krankenhäusern untereinander. Das alles ist bislang einmalig in Deutschland. Nordrhein-Westfalen ist das erste Bundesland, das eine solche Systematik eingeführt hat.

Ausgangspunkt für die neue Planungssystematik ist ein umfassendes Gutachten zur Analyse der Krankenhauslandschaft, das von der Landesregierung zum Beginn des Prozesses in Auftrag gegeben wurde. Auf dieser Basis wurde der neue Krankenhausplan mit seinen 64 Leistungsgruppen in einem mehrjährigen Prozess gemeinsam mit den Partnern des nordrhein-westfälischen Krankenhauswesens erarbeitet.

Die Beteiligung aller relevanten Akteure aus dem Gesundheitswesen war für mich ein zentraler Faktor für das Gelingen. Nordrhein-Westfalen hat sich bei der Krankenhausreform auf Landesebene von Anfang an intensiv mit der Krankenhausgesellschaft, den Ärztekammern, den Kassen und der Pflege ausgetauscht und die wesentlichen Partner immer eingebunden. Transparenz, gegenseitiges Verständnis und grundlegendes Vertrauen haben den gemeinsamen Planungsprozess von Beginn an geprägt.

Dadurch waren auch alle Krankenhäuser und Krankenhausträger frühzeitig eingebunden und darüber informiert, welche Auswirkungen die vereinbarte Systematik der Leistungsgruppen und die damit verbundenen Qualitätsvorgaben (beispielsweise Fallzahlen, Personal, technische Ausstattung) für sie bedeuten werden. Diese Transparenz hat unter anderem dazu geführt, dass der neue Krankenhausplan von allen wichtigen Akteuren einvernehmlich im Landesausschuss für Krankenhausplanung verabschiedet wurde und dass Krankenhausträger bereits von sich aus Veränderungen vorbereitet haben – zum Beispiel durch Kooperationen mit benachbarten Einrichtungen.

Dass die neue Krankenhausplanung für die allermeisten Krankenhäuser eine deutliche Veränderung gegenüber dem Status Quo bedeutet und es daher zu Überprüfungen durch die Verwaltungsgerichte kommen wird, war allen Beteiligten immer klar. Insofern ist es für mich nicht überraschend, dass rund 100 Krankenhäuser von diesem Recht Gebrauch machen und gegen einzelne Entscheidungen der Krankenhausplanung klagen. Es gehört zu den Errungenschaften des Rechtsstaats, dass jeder die Möglichkeit hat, Entscheidungen von Behörden vor Gericht prüfen zu lassen.

Seit Mitte Dezember letzten Jahres wissen alle Krankenhäuser, welche Leistungen sie ab dem 1. April 2025 anbieten dürfen. Dann beginnt die Umsetzung des neuen Krankenhausplans NRW. Damit sich die Krankenhäuser auf diese tiefgreifende Strukturreform im Gesundheitswesen und die damit einhergehenden Veränderungen bestmöglich vorbereiten und dabei die Versorgungsqualität gewährleisten können, wurde für bestimmte Leistungsgruppen eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen.

Mit der neuen Krankenhausplanung in unserem Bundesland ist jedoch bei weitem nicht Schluss. Der Krankenhausplan ist ein lernendes System, er wird sich weiter-

” **Die Beteiligung aller relevanten Akteure aus dem Gesundheitswesen war für mich ein zentraler Faktor für das Gelingen.**



entwickeln und uns auch in Zukunft sehr beschäftigen. Es zeigt sich aber schon jetzt: Das nordrhein-westfälische Modell wird zu den dringend notwendigen Strukturveränderungen führen. Und es wird den zuständigen Behörden dabei auf allen Ebenen den nötigen Handlungsspielraum für Lösungen geben, die zu einer über viele Jahrzehnte gewachsenen Krankenhauslandschaft passen. Und genau deshalb sollte unser Vorgehen auch als Blaupause für die Krankenhausreform auf Bundesebene dienen.

Krankenhausreform des Bundes

Nordrhein-Westfalen steht der Krankenhausreform des Bundes, das mag auf den ersten Blick überraschen, grundsätzlich positiv gegenüber. Wir können nicht weiter machen wie bisher. Das System muss auch auf dieser Ebene reformiert werden. Die Landesregierung unterstützt daher ausdrücklich die Ziele der Reform, die darauf abzielen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Finanzierung der Krankenhäuser nachhaltiger zu gestalten. Aus diesem Grund habe ich im Bundestag auch betont, dass ich die Reform nicht kaputt machen, sondern besser machen möchte.

Von allen Bundesländern gibt es zu Recht deutliche Kritik an den Berliner Vorschlägen zur Krankenhausreform. So könnte die Reform des Bundes zu einer weiteren Belastung für die Krankenhäuser führen, insbesondere mit Blick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung.

Aus Sicht der nordrhein-westfälischen Landesregierung ist es von grundlegender Bedeutung, die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Regionen zu berücksichtigen und gleichzeitig sicherzustellen, dass die Bundesreform nicht zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum führt. Letzteres ist von besonderer Bedeutung, da die stationäre Versorgung abseits der Ballungsräume schon heute nicht immer einfach ist. Die Landesregierung wirkt daher weiterhin aktiv an der Gestaltung der Bundesreform mit. Denn die Krankenhausplanung ist Aufgabe der Länder. Sie setzt sich dafür ein, pragmatische Lösungen zu finden, die sowohl die bestehende hohe Qualität der stationären Gesundheitsversorgung als auch die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser gewährleisten.

Ein ganz wichtiger Punkt dabei: Die großen Finanzierungsprobleme, unter denen alle Krankenhäuser in Deutschland leiden, müssen sehr schnell gelöst werden. Unstrittig ist hierbei, dass die Länder für die Investitionskosten zuständig sind. Und es ist richtig, dass die Länder hier in der Vergangenheit zu wenig getan haben. Das hat sich aber zumindest in Nordrhein-Westfalen geändert. So stehen den Krankenhäusern für die Umsetzung der nordrhein-westfälischen Krankenhausreform in dieser Legislaturperiode zusätzlich rund 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung.

Doch auch der Bund muss endlich seine Hausaufgaben machen, um die aktuelle finanzielle Schieflage vieler Krankenhäuser zu lösen. Denn besonders belastend sind nach wie vor die inflationsbedingten Kostensteigerungen für die Krankenhäuser und deren Träger. Der Bund ist unzweifelhaft für die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser verantwortlich. Er muss daher weitere wirksame Sofortmaßnahmen ergreifen.

Das fordere ich schon seit langem. Darum hatte die Landesregierung Nordrhein-Westfalen bereits im Herbst 2023 im Bundesrat einen entsprechenden



Entschließungsantrag eingebracht, mit dem die Bundesregierung beispielsweise aufgefordert wurde, endlich die Refinanzierung der erheblichen Kostensteigerungen aus den Jahren 2022 und 2023 – unter anderem wegen der Inflation – zu ermöglichen. Der Antrag wurde angenommen, die darin enthaltenen Forderungen werden von der Bundesregierung jedoch bis heute ignoriert. Leidtragende sind die Krankenhäuser und damit letzten Ende auch die Patientinnen und Patienten. Eine „Überbrückungsfinanzierung“, wie sie die Landesregierung Nordrhein-Westfalen und weitere Länder fordern, ist nach wie vor nicht Teil des Gesetzpakets. Das ist bedauerlich, denn viele der Maßnahmen der Bundesreform wirken erst ab 2027. Das ist aber noch eine lange Zeit für alle Krankenhäuser.

Ungeachtet dessen hat die geplante Reform der Krankenhausversorgung durch den Bund über das neue KHVVG durchaus das Potenzial, tiefgreifende und notwendige Veränderungen in der Krankenhauslandschaft zu bewirken. Die grundsätzliche Idee der Gesetzesinitiative des Bundes wurde in Nordrhein-Westfalen von Beginn an positiv aufgenommen. Und so wurden im Jahr 2023 Eckpunkte zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und fast allen Bundesländern vereinbart, die die Grundlage für die Ausarbeitung eines entsprechenden Gesetzentwurfes werden sollten. Dies verdeutlicht den Willen und die feste Entschlossenheit aller Beteiligten, eine längst überfällige Reform der Krankenhausfinanzierung auf den Weg zu bringen.

Ein zentrales Element der bundesweiten Reform ist die Einführung von medizinischen Leistungsgruppen nach nordrhein-westfälischem Vorbild. Den Krankenhäusern soll so unter anderem ermöglicht werden, sich auf bestimmte Behandlungsschwerpunkte zu konzentrieren und sich effektiv zu spezialisieren. Die Grundversorgung soll dabei flächendeckend gewährleistet bleiben.

Den möglichen Auswirkungen der Bundesreform auf die neue Krankenhausplanung sehen wir in Nordrhein-Westfalen insgesamt gelassen entgegen. Denn einerseits ist noch nicht das letzte Wort gesprochen; und andererseits sind wir in Nordrhein-Westfalen allen anderen Bundesländern mit unserer neuen Krankenhausplanung weit voraus. Wo andere Bundesländer nun bei null anfangen müssen, können wir auf eine ausgesprochen gute Basis zurückgreifen.

Mit der Einführung der neuen Leistungsgruppen plant die Bundesregierung auch eine Änderung des Finanzierungssystems. Das bedeutet eine teilweise Abkehr vom bisherigen System der Fallpauschalen. Durch die Einführung einer Finanzierung von Vorhaltekosten soll erreicht werden, dass die Krankenhäuser nicht mehr so stark um Patientinnen und Patienten konkurrieren müssen wie bisher. Die Versorgung des ländlichen Raumes soll auch dadurch sichergestellt werden. Universitätskliniken und vergleichbare Krankenhäuser sollen eine stärker koordinierende Rolle in der Krankenhausversorgung übernehmen. Zeitgleich sieht die Reform vor, die Gesundheitsversorgung stärker sektorenübergreifend zu gestalten, also stationäre und ambulante Versorgung besser zu verzahnen.

All diese Ziele teile ich ausdrücklich. Aber: Die konkrete Umsetzung ist (noch) nicht wirklich gelungen. Die Reform kann nach heutigem Stand zwar einige wesentliche und drängende Probleme des deutschen Gesundheitssystems beheben, bleibt aber in der praktischen Umsetzung und den finanziellen Absicherungen zu oft unzureichend oder unklar. Es kann trotz gegenteiliger Beteuerungen des Bundesgesundheitsministeriums bisher niemand in Euro und Cent ausrechnen, welches Krankenhaus künftig welche finanziellen Mittel erhält.



Alle 16 Bundesländer haben daher ihre Forderungen und Warnungen gemeinsam an den Bund herangetragen. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozess gab es dann zwar noch Veränderungen, die reichen aus meiner Sicht aber nicht aus. Wesentliche Fragen sind zum Beispiel nicht im Gesetz geklärt, sondern sollen in Rechtsverordnungen und spätere Entwicklungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ausgelagert werden. Auch die geforderte Entbürokratisierung findet nicht im erforderlichen Umfang statt. Damit bleiben wesentliche Kritikpunkte der Länder bestehen.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Wenn es um die bestmögliche Versorgung der Menschen in unserem Land geht, sind Zentralismus und Alleingänge sicherlich keine geeigneten Mittel, um zu guten Lösungen zu kommen. Im Gegenteil. Planspiele, die auf die bundesweit sehr unterschiedlichen Krankenhausstrukturen keine Rücksicht nehmen, werden nicht zu mehr Qualität führen, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Vielzahl von unkontrollierten Insolvenzen und einer massiven Gefährdung der Versorgungssicherheit.

Fest steht, dass die kommenden Monate und Jahre entscheidend dafür sein werden, wie die künftige Versorgungsstruktur in diesem wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge künftig aussehen wird. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten, dass sich alle Akteure ihrer Verantwortung bewusst sind und ein in der Praxis auch tatsächlich gut funktionierendes System einführen. Wir müssen mit Nachdruck dafür sorgen, dass die notwendigen Reformeffekte auch tatsächlich erzielt werden. Nur dann hat die Krankenhauslandschaft in Deutschland eine gute Zukunft. ■

Karl-Josef Laumann

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen



Autoren



© Timo Lutz / Industriefotografie Lohne

Ulrich Pelster (Initiator)

ist Vorstandsvorsitzender der Schwester Euthymia Stiftung und verantwortet mehrere Krankenhäuser.



© Nds. Sozialministerium

Dr. Andreas Philippi

ist Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung in Niedersachsen.



© Ralph Sondermann / Land NRW

Karl-Josef Laumann

ist Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.



© Privat

Prof. Dr. med. Norbert Roeder

war über zehn Jahre Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster. Der Arzt und Kaufmann gründete die Beratungsfirma Roeder & Partner und ist seither in leitenden und beratenden Funktionen im Gesundheitswesen tätig.



© privat

Dr. med. Wolfgang Fiori

ist geschäftsführender Partner in der ärztlichen Beratungsfirma Roeder & Partner. Er arbeitete vorher 15 Jahre im Medizincontrolling und -management des Universitätsklinikums Münster. Seit 2001 aktive wissenschaftliche Tätigkeit in der DRG-Research-Group.



© AOK

Dr. Jürgen Peter

ist Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen. Arbeitet seit 1996 dort und steht seit 2005 als Vorstand an deren Spitze.



© AOK

Jan Wagenaar

ist Geschäftsführer für den Bereich „Gesundheitsmanagement stationär“ in der AOK Niedersachsen.



© Thomas Mohn / Borchers & Kollegen

Matthias Borchers

ist Gründer und Geschäftsführender Partner der Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH. Seit mehr als 20 Jahren berät er Krankenhäuser bei strategischen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen, Zusammenschlüssen und Kooperationen.



© Thomas Mohn / Borchers & Kollegen

Patrick Scheunemann

ist Manager der Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH. Er begleitet Krankenhäuser und Klinikverbünde bei medizinstrategischen Fragestellungen im Kontext von Fusionen, Verbundbildungen oder in Krisensituationen.



© Kai-Uwe Knoth

Dipl.-Ing. Architektin BD Elisabeth Meyer-Pfeffermann

leitet seit 2002 das Referat Krankenhausbau am Niedersächsischen Landesamt für Bau und Liegenschaften und ist Koordinatorin des länderübergreifenden Netzwerks Krankenhausbau (ARGEBAU) der Bauministerkonferenz.



© Micha Neugebauer

Dipl.-Ing. Architekt Thomas Neulen

widmet sich als Referent beim Niedersächsischen Landesamt für Bau und Liegenschaften im Referat Krankenhausbau der fachlichen Beratung der Niedersächsischen Krankenhäuser nach dem KHG.

Wissen für Entscheider – Wir lesen kma!

kma

Klinik Management aktuell

www.kma-online.de • 28 Euro
30. Jahrgang • Februar 2025



Krankenhausreform
Bald keine Kinderchirurgie mehr?

Modellregion Lausitz
Universitätsmedizin in Cottbus

DGIV

 Thieme

Jetzt
Vorteile
sichern!

Lesen Sie eine der führenden meinungsbildenden Zeitschriften in der Gesundheitswirtschaft und bleiben Sie am Puls Ihrer Branche. Mit kma sind Sie immer aktuell über Themen im und um das Unternehmen Krankenhaus informiert: Manager und Marktpartner, Prozesse und Technologien, Best & Worst Practice werden für Sie umfassend analysiert und kommentiert.

Ihre Vorteile mit einem klinikweiten Abonnement

- ein Abo – ein Preis: nutzerunabhängiger Online-Zugang für den gesamten Standort
- unbegrenzter Zugriff auf das komplette Archiv
- 1 Printheft pro Standort
- lesen Sie auf jedem Endgerät, egal wo sie sind – auch Offline
- einfache und schnelle Suchmöglichkeit

Vermeiden Sie lange Umlaufzeiten der Print-Ausgaben und lassen Sie Ihre KollegInnen gleich mitlesen. Mit dem institutionellen Abonnement profitieren Sie in Ihrer gesamten Klinik von kma.

Jetzt informieren unter
thieme.de/kma-abo

 Thieme

IMPRESSUM

kma Whitepaper Krankenhausreform

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart oder
Postfach 301120, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711/89 31-0, Fax: 0711/89 31-298
www.thieme.com / www.kma-online.de

Bildnachweis Cover

The image was composed by
Thieme using following images:
Hintergrund © jakkapan / stock.adobe.com;
Grafiken © Thieme

Redaktion

V.i.S.d.P.: Anna Herrschelmann (anna.herrschelmann@thieme.de)
Georg Thieme Verlag KG, Berlin

Unter Mitwirkung von Alexandra-Corinna Heeser
(Freie Journalistin)

Gestaltung und Umsetzung

Georg Thieme Verlag KG, Berlin

© 2025. Thieme. All rights reserved.

