

Aktuelle Krankenhausreform gefährdet Patientenversorgung und die Ausbildung von Fachkräften in der Medizin und Pflege

Caritas fordert patientenorientierte Versorgungsreform im Gesundheitswesen

Situation

Die Krankenhausversorgung in Deutschland zeichnet sich durch eine hohe pflegerische und medizinische Leistungsfähigkeit aus, wie sich u.a. in der Corona-Pandemie zeigte. Gleichzeitig sehen sich über 50% der Krankenhäuser aufgrund unzureichender Investitionskostenförderungen der Länder und unpassender Leistungspauschalierungen sowie inflationsbedingt in ihrer Existenz gefährdet (s. DKI Krankenhaus-Barometer 2022). Im gesamten Gesundheitswesen und Pflegebereich besteht ein großer Fachkräftemangel. Die Krise des Krankenhausesektors ist somit ein Ergebnis des Zusammenspiels von Faktoren auf Bundes- und Länderebene. Das Vorpreschen der Bundesebene durch Vorlage eines Papiers zur Reform der Krankenhausstrukturplanung und -vergütung ohne vorherige Beteiligung der Bundesländer hat zu einer Konfliktlage geführt, die nun rückwirkend in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe abgearbeitet werden muss.

In den letzten Jahren wurden verschiedene gesundheitspolitische Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung durchgeführt. Im Dezember 2022 legte die Regierungskommission einen Reformvorschlag zur Finanzierung der Krankenhausstrukturen vor. Dieser beinhaltet auch eine umfassende Strukturreform. Die Vorschläge der Regierungskommission sehen eine bundesweite Einteilung der Krankenhauslandschaft in drei Versorgungsstufen vor. Dabei sind dem sogenannten „Level I“ die Häuser für die stationäre internistische und chirurgische Grundversorgung mit Notfallversorgung zugeordnet. Das „Level II“ stellt eine neue Versorgungsform der integrierten ambulanten/stationären Grundversorgung ohne Notfallversorgung dar. Für die Häuser der Level II und III sind hohe Strukturvoraussetzungen vorgegeben. Versorgungsaufträge für die stationäre Versorgung sollen über Leistungsgruppen zugeteilt werden, die jeweils einem bestimmten Level zugeordnet sind. Für die Finanzierung der Krankenhäuser wird ein bestimmter Anteil pauschaler, leistungsgruppenbezogener Vorhaltekosten vorgesehen.

Bis zum Sommer sollen Eckpunkte für die Krankenhausreform vorliegen. Die gesetzliche Regelung soll bis Ende des Jahres erfolgen.

Bewertung

Eine am Patientenwohl orientierte Reform des Gesundheitswesens ist dringend notwendig. Denn sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung besteht dringender Handlungsbedarf. Im ambulanten Bereich fehlen immer mehr Kapazitäten in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung sowie in der ambulanten Nachsorge. Dies führt dazu, dass Patient_innen, die einen ambulanten Versorgungsbedarf haben, Notaufnahmen aufsuchen. Auf der anderen Seite könnte ein Teil der Krankenhausleistungen ambulantisiert werden. Es bedarf zudem einer Reform der Notfallversorgung, um Patient_innen, die auch ambulant versorgt werden könnten, in die passenden Versorgungspfade zu überführen.

Die Zielstellung des vorliegenden Entwurfs für eine Krankenhausreform, Qualität in der medizinischen Versorgung und eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung zu stärken sowie die Vorhaltekosten der Krankenhäuser zu refinanzieren, begrüßt die Caritas.

Reform im Blindflug aufgrund fehlender Wirkungsanalyse

In den Reformvorschlägen werden jedoch keine Wirkungsanalysen auf die Patientenversorgung vorgelegt. Für die Bürger_innen und Entscheidungsträger bleiben damit die Folgen unklar. Es handelt sich somit um eine Reform im Blindflug. Schon heute führt die Reformdiskussion in Krankenhäusern, die nur noch die vorgeschlagenen Voraussetzungen für das neue Level I erfüllen, zu Kündigungen von hochqualifiziertem Personal.

Die Reform führt zur Rationierung medizinischer und pflegerischer Ressourcen

Die vorgelegten Reformentwürfe verunsichern die Bevölkerung und gefährden durch die geplante Verknappung medizinischer und pflegerischer Ressourcen die Versorgungssicherheit und Krisenresilienz in vielen Regionen in Deutschland. Damit wird die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung gefährdet. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland müssten aufgrund der vorgesehenen Struktursystematik schließen. Beabsichtigt ist eine starke Leistungskonzentration in Großeinrichtungen. Ganze Versorgungsbereiche und Fachabteilungen müssten in Großeinrichtungen überführt werden, die in den meisten Fällen erst gebaut werden müssten. Fachkliniken und Fachkrankenhäuser müssten schließen. Insgesamt hat die Systematik eine starke Leistungskonzentration auf Großeinrichtungen und eine Ausdünnung in der Fläche zur Folge. Letztendlich handelt es bei der Reform um ein Rationierungsmodell (Verknappung notwendiger medizinischer und pflegerischer Ressourcen).

- Krankenhäuser der Grundversorgung mit Notfallversorgung (Level In) mit den Schwerpunkten Chirurgie und Innere Medizin wären weder wirtschaftlich noch hinsichtlich der Attraktivität für das pflegerische und medizinische Personal tragfähig. Bei Einrichtungen des Level Ii handelt es sich nicht mehr um Krankenhäuser, sondern um medizinische Versorgungszentren, die nicht mehr der Krankenhausfinanzierung und -planung unterlägen. Daher stellen sie auch, anders als von der Expertenkommission konzipiert, keine Pfeiler der Krankenhausversorgung mehr da.
- Viele der Krankenhäuser, die dem Level In oder Ii zugeordnet würden, müssten geschlossen werden. Die verbleibenden müssten ihre Ausbildungskapazitäten in der Pflege reduzieren. Damit fielen Tausende von Ausbildungsplätzen in der generalistischen Pflege weg. Wichtige Kooperationen mit der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege in der generalistischen Pflegeausbildung wären gefährdet, wenn Krankenhäuser in einem größeren Umfang schließen müssten.
- Auch die Aus- und Weiterbildung von Fachärzt_innen wäre deutlich beeinträchtigt. Aktivitäten zum Ausbau der Ausbildungskapazitäten und zur Gewinnung von Fachpersonal im gesamten Gesundheitsbereich würden dadurch konterkariert.
- Aufgrund der massiven Reduzierung der Krankenhauskapazitäten würde sich die Versorgung von Patient_innen auf wenige Krankenhäuser des Level II und III konzentrieren. Dies würde zu einer starken Reduzierung der Kapazitäten bei der Schlaganfallversorgung, Herzinfarktversorgung, neurologischen Versorgung, in der Geburtshilfe sowie bei der Notfallversorgung und bei geriatrischen Patient_innen führen. **Lange Wartezeiten, weitere Wege und letztendlich weniger Versorgung (Rationierung: Vorenthaltung notwendiger medizinischer und pflegerischer Versorgung) wären die Folge.** Viele Krankenhäuser wären von der Bevölkerung nicht mehr in spätestens 30 Minuten erreichbar. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wäre in manchen Regionen beeinträchtigt bzw. nicht mehr gewährt.

- Die Reduzierung von Versorgungskapazitäten könnte insbesondere vulnerable Gruppen besonders in ihrer gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen: Menschen mit geringer Mobilität aufgrund von Armut, Gesundheitseinschränkungen; Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie pflegende Angehörige. Einrichtungen der Behindertenhilfe haben vielfach Kooperationsverträge mit Krankenhäusern, die bei deren Schließung wegbrechen würden.
- In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass gerade durch die Krankenhausvielfalt die Versorgung der Patient_innen sichergestellt werden konnte (Krisenresilienz). Bei einer Konzentration auf wenige Schwerpunktkrankenhäuser wäre das Gesundheitswesen nicht mehr fähig, die Versorgung bei Pandemien oder Großschadensereignissen zu leisten. Es wären keine ausreichende Bettenkapazitäten mehr vorhanden. Bei Ausfall eines regionalen Schwerpunktversorgers käme es zu massiven Versorgungsengpässen.
- Das Ziel der Ambulantisierung von medizinischen Leistungen wird begrüßt. Gleichzeitig bestehen schon jetzt zunehmende Kapazitätsmängel in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Eine Krankenhausreform muss das ambulante Versorgungssystem mit seinen Möglichkeiten und Grenzen realistisch einschätzen. Ambulante Versorgung in Krankenhäusern muss adäquat refinanziert werden.
- Die Reformvorschläge gefährden die Trägervielfalt und schränken damit die Wahlmöglichkeiten der Patient_innen massiv ein. Das vorgelegte Strukturmodell ist ein planwirtschaftliches Modell, das zu einer weiteren Verstaatlichung des Krankenhauswesens führen würde.
- Die Krankenhäuser vieler freigemeinnütziger Träger müssten sich aufgrund ihrer Struktur - kleinere in Versorgungsverbänden vernetzte Einheiten mit ausgeprägten Spezialisierungen - vorwiegend dem wirtschaftlich nicht tragfähigen Level I zuordnen. Damit sind mittelbar auch viele ihrer Angebote wie etwa Hospize, Palliativmedizin, geriatrische Versorgung gefährdet. Die Mehrzahl der kirchlichen Krankenhäuser könnten ihr Angebot nicht mehr aufrechterhalten. Christlich geprägte Orte der Gesundheitsversorgung gingen in einem großen Umfang verloren.
- Die Reformvorschläge berücksichtigen das Angebot von Fachkliniken und Fachkrankenhäusern unzureichend. Aufgrund der Strukturvorgaben müssten viele dringend notwendige Fachkliniken/Fachkrankenhäuser wie z.B. Kinderkliniken, orthopädische oder geriatrische Fachkliniken schließen.
- Kommunale Krankenhäuser würden aufgrund ihrer Größe häufig in Level II und III zugeordnet werden. Ihre betriebswirtschaftlichen Defizite werden schon jetzt aus Steuergeldern getragen. Daraus ergeben sich Zweifel an der effizienten, betriebswirtschaftlichen Steuerung dieser Häuser. Die neuen Schwerpunktkrankenhäuser könnten dann zu einer hohen finanziellen Belastung der Länder und Kommunen führen.

Lösung

Eine Versorgungsreform, die an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist, ist dringend geboten. Sie muss an den regionalen Versorgungsbedarfen ansetzen und diese weiterentwickeln. Denn es gibt in Deutschland auch Unter- und Überversorgung und Fachkräftemangel.

Zugleich muss das oberste Ziel einer Versorgungsreform die Sicherheit der Patientenversorgung und Transparenz für die Bürger*innen und Entscheidungsträger über die Auswirkungen einer Reform sein. Bewährt haben sich qualitätszertifizierte **Verbundmodelle**, wo Krankenhausstandorte miteinander kooperieren. Potenziale der Digitalisierung und Telemedizin und -pflege können dabei gut zur Überwindung räumlicher Distanzen genutzt werden. In der Notfallversorgung ist ein koordiniertes, gestuftes Versorgungssystem sinnvoll, in dem die



Patient_innen zu den adäquaten Hilfe- und Anlaufstellen, wie z.B. in Kleeblattmodelle, die sich in der Coronapandemie bewährt haben, geleitet werden. Auch eine regionale Absprache und Gestaltung von Leistungsgruppen ist sinnvoll.

Versorgung regional sicherstellen statt bundesweit vom Reißbrett planen

Ein bundeseinheitliches planwirtschaftliches Strukturmodell lässt sich mit der Sicherstellung der regionalen Versorgungsbedarfe nicht vereinbaren. Deshalb müssen zukünftige Modelle die regionale Vielfalt und Trägerpluralität berücksichtigen. Entscheidend ist, dass die Krankenhausversorgung zusammengedacht wird mit der real existierenden ambulanten ärztlichen Versorgung sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege und anderen angrenzenden Gesundheitsbereichen wie z.B. der Rehabilitation. Die Wahlmöglichkeiten für Patient_innen müssen erhalten bleiben. Insgesamt muss die regionale Gestaltung von Versorgungsstrukturen weiterhin möglich sein.

Eine Gesundheitsreform mit solchen Konsequenzen muss für die Bürger_innen und Entscheidungsträger transparent und nachvollziehbar gestaltet sein. Sie muss auf allen politischen Ebenen - Kommunen, Länder und Bund - diskutiert werden. Nur so kann die Gesundheitsversorgung als elementarer Teil der Gesellschaft weiterentwickelt werden.

Erarbeitet von der Taskforce Krankenhausreform der Arbeitskonferenz Sozialpolitischer Sprecher des Deutschen Caritasverbandes

Prof. Dr. Ulrike Kostka, Direktorin des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin

Dr. Frank Johannes Hensel, Diözesan-Caritasdirektor für das Erzbistum Köln

Prälat Bernhard Piendl, Landes-Caritasdirektor Landescaritasverband Bayern

Birgit Schaer, Diözesan-Caritasdirektorin für die Erzdiözese

Bruder Peter Berg, Regionalleiter Barmherzige Brüder Region Trier und Mitglied im Aufsichtsrat

Dr. Martin Pohlmann, Leiter des Bereichs Gesundheit, Pflege und Rehabilitation, Vorstand und stv. Caritasdirektor des Landes-Caritasverbands für Oldenburg

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin KKVD

Andreas Wedeking, Geschäftsführer VKAD

Für die Geschäftsführung der Taskforce: Dr. Elisabeth Fix, Leiterin Kontaktstelle Politik (Tandemleitung), Deutscher Caritasverband