

Vorwort

„Die beste Art, die Zukunft vorherzusagen, ist, sie selbst zu kreieren.“
(Peter Drucker)

Wenn wir die Krankenhauslandschaft in Deutschland zukünftig qualitätsorientiert und wirtschaftlich entwickeln wollen, wäre es für das Zielbild eigentlich ganz einfach: Es werden sukzessive größere Krankenhäuser mit interdisziplinären Zentrumsstrukturen etabliert und für den ländlichen Raum könnte ein Regionales Versorgungszentrum oder eben eine Level-1i-Klinik bzw. eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung als medizinischer Anlaufpunkt eine Grundversorgung sicherstellen. So findet natürlich in einem ernsten Notfall eine Erstversorgung in dieser statt und die Patienten werden anschließend in entsprechende levelhöhere Zentren medizinisch vorversorgt verlegt. Oder es findet gar eine fallabschließende Behandlung statt, die keine Bettenbelegung in einem Krankenhaus höherer Levelkategorie bedarf. Zeigt man Patienten, Ärzten, Pflegepersonal oder anderen Leistungserbringern diesen Gedanken auf, findet man zumeist Zustimmung für dieses doch recht einfache Konstrukt. Viele der Beteiligten wissen schließlich, dass wir uns das derzeitige System mit mehr als 1.800 Krankenhäusern, 17,4 Mio. Patienten und einem Ausgabevolumen von 140,6 Mrd. Euro in Deutschland zukünftig so nicht mehr werden leisten können. Viele wissen auch, dass die Beitragssätze bei einem Ceteris-Paribus-Ansatz der Krankenhausstrukturen steigen werden, wenn an der historischen und wohnortnahmen, aber nicht zwingend qualitätsorientierten Versorgung festgehalten wird. Viele wissen aber noch nicht, dass der Wirtschaftsstandort Deutschland bei noch höheren Sozialabgaben nicht mehr wettbewerbsfähig sein wird. Mehrere Warnsignale, die rasch zur Transformation führen sollten! Doch warum scheitert eigentlich dieser Grundgedanke, der in Dänemark und auch in anderen europäischen Ländern eine gute Grundversorgung sicherstellt? Zumal in Dänemark die Lebenserwartung durch die Etablierung einer neuen Krankenhausstruktur deutlich angestiegen ist. Ein reiner Zufall? Die Herausgeber denken das nicht. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode „Verantwortung für Deutschland“ findet hierzu Anknüpfungen durch das zu etablierende Primärarztprinzip, die fortzuführenden Grund-

Vorwort

gedanken des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) mit einzelnen Fristverlängerungen aus der 20. Legislaturperiode sowie die Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs. Ob diese Koalitionseckpunkte ausreichen werden, um die steigenden Beitragssätze einzubremsen, sei bereits jetzt dahingestellt. In dem Koalitionspapier kann jedoch rasch erlesen werden, dass eine ambulante Versorgung gestärkt und auch die Beitragssatzentwicklung stabilisiert werden soll. Am Ende wird entscheidend sein, welche konkreten Maßnahmen umgesetzt werden. Es kann aber schon jetzt aus dem Koalitionspläne konstatiert werden, dass das Bündel an Inhalten mit einer stärkeren Fokussierung auf ambulante Leistungen den Level-1i-Kliniken eher Zuspruch als Ablehnung geben werden.

Leider verzeichnen wir trotz einer Vielzahl von gleichlautenden Expertenmeinungen im Gesundheitswesen den fehlenden politischen Mut; sowohl auf Länder- als auch auf kommunaler Ebene. Es bleibt abzuwarten, ob die neue Bundesregierung, zudem mit einer neuen Besetzung im Gesundheitsministerium, zukunfts- und qualitätsorientierte Impulse für die Klinikstrukturen in Deutschland etabliert. Gegenwärtig unangenehme Entscheidungen, die aber zukunftsfähig sind, werden schließlich nicht oder nur verspätet getroffen. Natürlich wiegt es für eine Bürgermeisterin oder einen Bürgermeister schwer, die Schließung eines Krankenhauses positiv zu begleiten. Doch warum werden nicht einfach qualitätsorientierte Fakten genannt und der Bevölkerung statt einer heterogenen, nicht mehr zukunftsfähigen Krankenhausstruktur, nicht das Zielbild einer qualitätsorientierten und vielleicht auch digitalen Gesundheitsregion dargestellt. Warum werden nicht zukunftsfähige Krankenhausstrukturen im kommunalen Bereich aus Steuermitteln unterstützt? Die Qualität kann nicht die einzige Antwort sein, weil diese in Zentrumsstrukturen mit einem hohen Fallvolumen besser sind. Vielfach überwiegt der Blick in die Vergangenheit und wird von der Bevölkerung auch gerne als Argument verwendet. Doch was bedeutet in diesem Kontext wirklich „früher“, wenn wir im Gesundheitswesen die strukturellen Probleme mit viel zu vielen Krankenhäusern in den letzten fünfzehn Jahren nicht gelöst haben? Es bedeutet, dass wir einerseits die kumulativen Probleme nicht lösen konnten und zudem auch noch neue Herausforderungen entstanden sind. Aber genau hierzu bieten die Level-1i-Kliniken gute Versorgungsalternativen. Sowohl von Leistungserbringern als auch von Leistungseinkäufern werden diese als nicht umsetzbar eingestuft. Sachliche Argumente konnten bislang nicht vorgetragen werden, so dass ein Fallbeispiel vielleicht hilft, sachliche Argumente näherzubringen: Wir stellen uns eine betagte Patientin vor, die über Kopfschmerzen und Schwindel klagt. Schnell wird klar, dass nur ein Flüssigkeitsdefizit vorliegt und eine Versorgung sehr wohl über eine Infusionsgabe unter Beobachtung erfolgen kann. Noch nicht einmal eine Übernachtung könnte hier erforderlich sein und sodann tagesgleich – ferner sogar fallabschließend – behandelt werden. Hierzu ein Bett in einem Krankenhaus mit aufsteigendem Level-1n-Status zu belegen, wäre sicher als Überversorgung zu bewerten. Stellen wir uns darüber hinaus einen häuslichen Notfall vor. In der Level-1i-Klinik, die dann möglicherweise auch über eine Praxis für Unfallchirur-

gie verfügt, kann der akute Sturz behandelt werden. Stellt sich heraus, dass eine stationäre Versorgung erforderlich wird, muss natürlich eine Verlegung initiiert werden. Die Level-1i-Klinik fungiert somit als Gatekeeper, um ambulant-mögliche Leistungen nicht in teuren Versorgungsstrukturen zu erbringen.

In diesem Buch haben die Herausgeber auf eine verständliche Darstellung basierend auf der politischen Reform des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), den kommunalpolitischen Sichtweisen und Perspektiven sowie rechtlichen Aspekten im Zusammenhang einer Transformation geachtet. Ferner werden die finanziellen Rahmenbedingungen, die erste Tendenzen erkennen lassen, betrachtet und sektorenübergreifende Leistungsangebote ausgeführt. Dabei spielen natürlich auch Aspekte der Bindung sowie Gewinnung von Fachkräften eine wesentliche Rolle sowie die Überzeugungsarbeit an Mitarbeitenden und das Umfeld. Die zunehmenden Digitalisierungsaspekte werden ebenfalls betrachtet und erste erfolgreiche sowie lernende Praxisprojekte mit möglichen Nachnutzungskonzepten dargestellt. Es klingt so einfach, dass eine Transformation eines Krankenhauses in eine Level-1i-Klinik schnell durchgeführt sein wird. Ein Trugschluss, wie die Vielzahl der Autorenbeiträge aufzeigt und der Umfang dieses Buches untermauert; des Weiteren die Praxis bei Umwandlungen in Gesundheitszentren ebenfalls belegt.

Level-1i-Kliniken sind aus Sicht der Herausgeber eine denkbar gute Alternative für ein sanierungsbedürftiges Krankenhaus der Grund- und Regelversorger – statt diese zu schließen oder gar Neubaugebiete entstehen zu lassen. Sofern es dem Gesetzgeber gelingt, könnten Fördermodelle für einen schnellen Umstieg sorgen. Denkbar wären Optionsmodelle mit einer dreijährigen Deckungszusage bedarfsnötiger Strukturen. Eine Zunahme von Level-1i-Kliniken könnte sodann eher verzeichnet werden. Momentan stehen die bedrohten Krankenhäuser buchstäblich mit dem Rücken an der Wand. Ihre derzeitige Finanzierung ist nicht auskömmlich und die Finanzierung nach einer Transformation ungewiss. Ein Zielkonflikt, der tatsächlich nur politisch gelöst werden kann. Es lohnt sich aber, dass alle Verantwortlichen von kleineren und sicher auch bedrohten Krankenhäusern Planungen, Zielkonzepte und mögliche Umsetzungsschritte schon jetzt vorbereiten, um an einem politisch noch abzuwartenden Zeitpunkt handlungsfähig zu sein. Dazu dient diese erste Auflage dieses Handbuchs – erste Schritte und Handlungsoptionen werden in Form von praxisorientierten Beiträgen aufgezeigt, die am Ende in Form einer Checkliste die wichtigsten Handlungsmöglichkeiten nochmals zusammenfasst.

Die Zukunft vorhersagen können die Herausgeber nicht; sie bleiben aber zuverlässig, dass die Krankenhauslandschaft neu kreiert werden kann und muss. Der Koalitionsvertrag – in einem Umfang von 146 Seiten, der zudem mit einer hohen Geschwindigkeit erstellt wurde – kann nur anfängliche Impulse und daher einen Rahmenauftakt liefern. Entscheidend wird die gesundheitspolitische Umsetzungs-

Vorwort

stärke sein, um endlich zukunftsähige und qualitätsorientierte Klinikstrukturen in Deutschland zu kreieren und auch zu etablieren.

Stördorf, München und Neuss, im Mai 2025

Lars Timm

Andreas Beivers

Nicolas Krämer