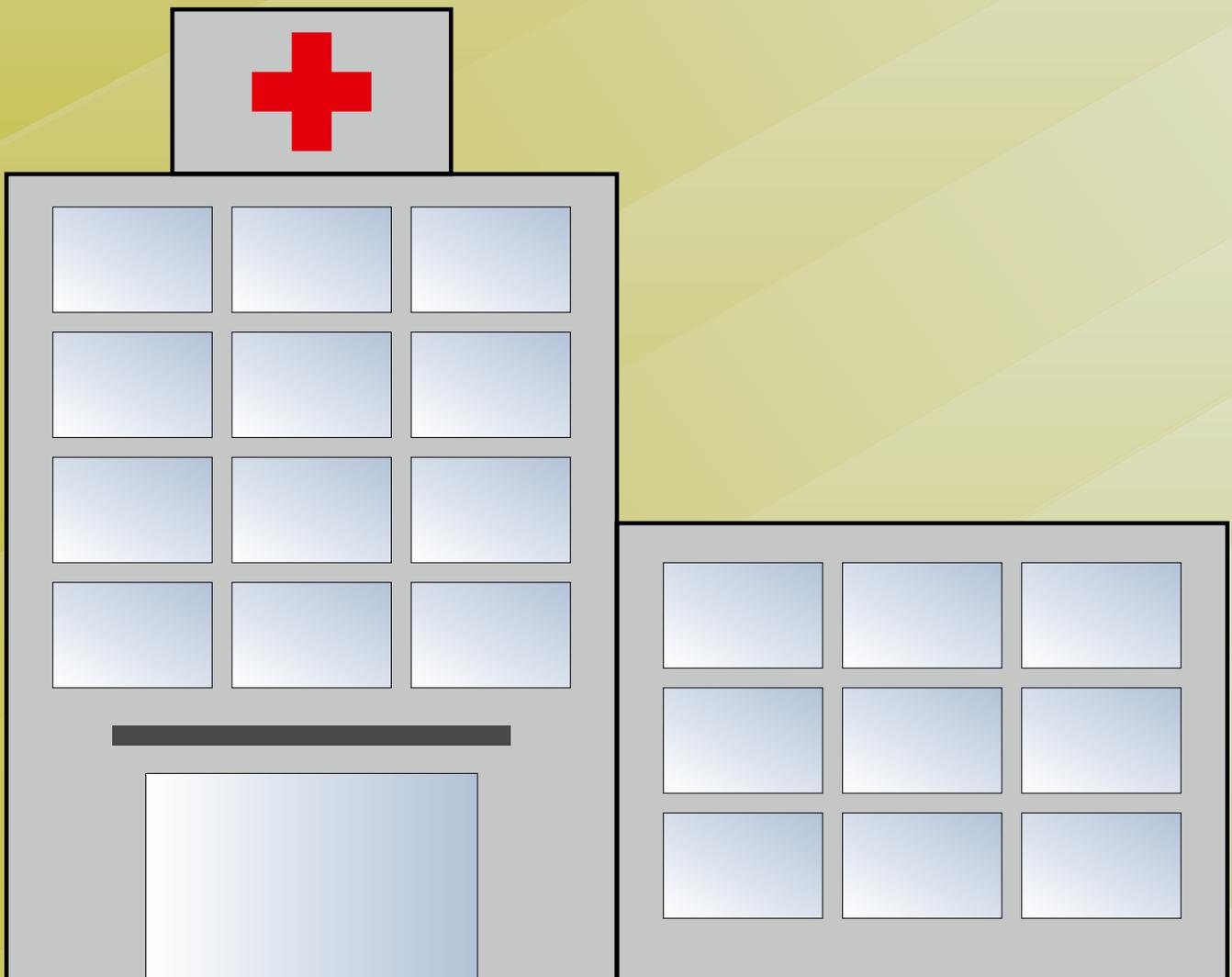




# Krankenhaus(struktur)-Reform Positionen zur Bundestagswahl 2021

Forderungen des Verbands der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)





## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1 Zielstellung	4
2 Positionen des VLK – Synopse	5
3 Ausgangsbedingungen	6
3.1 Anzahl und Art der Kliniken	6
3.2 Regulierungskompetenzen	6
3.3 Rahmenbedingungen Gesundheitswesens allgemein	7
3.4 Lehren aus der Pandemie	7
4 Zentrale Themenfelder	8
4.1 Zahlen zur Covid-19-Pandemie und zur Rolle der Kliniken	8
4.2 Personal	8
4.3 Ärztlicher Dienst im Fokus	9
4.4 Strukturen	10
4.4.1 Zielvision	10
4.4.2 Ambulantisierung und sektorenübergreifende Versorgung	11
4.4.3 Notfallversorgung	12
4.5 Digitalisierung	13
4.6 Finanzierung und Vergütung	14
4.6.1 Strukturwandel und Investitionsmittel	14
4.6.2 Vergütungsreform	14
4.7 Qualitätssicherung	15
4.8 Überregulierung durch Strukturprüfungsrichtlinie	16
4.9 Ordnungspolitischer Rahmen	17
5 Fazit und Handlungsempfehlungen	18
Impressum	19
Literaturverzeichnis	20

## 1 Zielstellung

Krankenhäuser haben eine verfassungsrechtlich vorgegebene zentrale Aufgabe in der Daseinsvorsorge. Wie entscheidend ihre Bedeutung in der Versorgung der Bevölkerung ist, haben die Monate der Pandemie eindrucksvoll belegt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Rahmenbedingungen, unter denen Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter arbeiten müssen, erheblich und kurzfristig verbessert werden müssen. Der akute Reformbedarf sowie die anstehende Bundestagswahl sorgen für eine große Zahl an Vorschlägen und Meinungen, die artikuliert und diskutiert werden.

---

*Dieses Positionspapier soll Orientierung bieten, indem es den großen Erfahrungsschatz der in leitenden Funktionen in Krankenhäusern tätigen Mitglieder des VLK sachlich und fundiert mit den medizinischen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen verknüpft.*

---

Als übergeordnetes Ziel und Maßstab zur Beurteilung verschiedener Handlungsoptionen dient die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung. Um dieses erreichen zu können, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden:

- Den Beschäftigten müssen Rahmenbedingungen geboten werden, die sie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützen und nicht behindern, die Wertschätzung statt Misstrauen transportieren und attraktive Arbeitsbedingungen schaffen.
- Prozesse müssen effizient sein, dürfen aber einer medizinisch und pflegerisch sinnvollen Behandlung nicht entgegenstehen.
- Die Vergütung muss so ausgestaltet sein, dass eine medizinisch angemessene Versorgung und grundlegende wirtschaftliche Erfordernisse eines Krankenhausbetriebs nicht konfliktieren.
- Versorgungsstrukturen müssen am Bedarf und nicht an ideologisch geprägten Extrembildern ausgerichtet werden.
- Regulierung und Dokumentation dürfen nicht zum Selbstzweck werden bzw. die eigentlichen Kernaufgaben behindern. Dazu ist auch eine intensivere Nutzung bestehender Daten anzustreben.

Wohlwissend, dass diese Aufzählung nicht abschließend sein kann, soll sie einen Eindruck dafür vermitteln, mit welcher Grundhaltung im vorliegenden Positionspapier zentrale Themengebiete diskutiert sowie konkrete Positionen formuliert werden.

## 2 Positionen des VLK – Synopse

1. Die Struktur unserer Krankenhäuser mit einem gestuften System der Versorgung hat sich in der **Pandemie** grundsätzlich bewährt. Die mittleren und großen Krankenhäuser haben entsprechend ihrer Betten und Intensivkapazität die Hauptlast der Versorgung getragen, aber auch kleinere Grund- und Regelversorger haben einen entscheidenden Beitrag geleistet. Die **Rahmenbedingungen**, unter denen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter arbeiten müssen, zeigen jedoch einen erheblichen und kurzfristigen Reformbedarf.
2. Wichtig sind eine gestärkte Vertrauenskultur sowie eine Korrektur von nicht praxisnah umgesetzten Instrumenten wie dem Pflegebudget. Pflegepersonaluntergrenzen sind eine Ultima Ratio und müssen durch faire Personalbemessungsinstrumente ersetzt werden. Zugleich müssen auch die positiven Aspekte einer Tätigkeit im Krankenhaus kommuniziert und vorhandene Defizite schnellstmöglich behoben werden, um eine weitere Verschärfung des **Fachkräftemangels** zu verhindern.
3. Ein überstürzter **Abbau ärztlicher Stellen** zur kurzfristigen Gewinnmaximierung nach Ausgliederung des Pflegebudgets schadet trotz aktuell niedriger Belegung allen – am meisten den Patienten. Medizin braucht gute Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl, Krankenhäuser somit auch.
4. Eine Reform der **Versorgungsstrukturen** muss zielgerichtet erfolgen und – wo sinnvoll – auch Raum für kleine Grund- und Regelversorger bieten. Die derzeit praktizierte „kalte Strukturreinigung“ gefährdet notwendige Versorgungsangebote und behindert die Entwicklung zweckmäßiger Alternativen.
5. Eine weitergehende **Ambulantisierung** ist von allen gewünscht. Sie kann nur mit den Krankenhäusern erreicht werden. Diese müssen dafür hinreichend vergütet werden. Eine Absenkung auf EBM-Niveau verkennt die medizinische und wirtschaftliche Realität.
6. Alle Kliniken ab der vom G-BA beschlossenen stationären **Notfall**-Versorgungsstufe 1 müssen weiter uneingeschränkt an der Notfallversorgung teilnehmen können. Alles andere würde die flächendeckende Versorgung gefährden, zu einer deutlichen Angebotsverknappung führen und den Rettungsdienst vor unlösbare logistische Probleme stellen.
7. Die im KHZG angestoßenen Maßnahmen können nur der Anfang einer umfassenden **Digitalisierungsinitiative** sein. Diese muss thematisch und hinsichtlich des Finanzierungsumfangs weiter ausgebaut und verlängert werden.
8. Die Länder müssen endlich ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der **Investitionskosten** nachkommen. Ergänzend brauchen die Kliniken eine substantielle Beteiligung des Bundes, um den unvermeidbaren Transformationsprozess gestalten zu können.
9. Ein modularer Aufbau der **Vergütung**, z. B. aus Pauschalen für die Vorhaltung bestimmter Ressourcen, Strukturzuschlägen und Fallpauschalen, erscheint sinnvoll. Ein derartiger Ansatz würde den Druck zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung als einzige Chance zur Refinanzierung unvermeidbarer Kostenblöcke deutlich reduzieren.
10. Die **Qualitätssicherung** muss zurück zu ihren ursprünglichen Zielen geführt werden. Bürokratiearm durch Verwendung von Routinedaten mit Schwerpunkt auf dem strukturierten Dialog und Peer Reviews. Die grundsätzlich sinnvolle Diskussion über Mindestmengen und Zentrenbildung wird derzeit völlig überzogen. Es bedarf einer grundlegenden Neujustierung inklusive der Entscheidungsstrukturen im G-BA.
11. Die Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes für erlösrelevante Komplexziffern verkehren das ursprüngliche im MDK Reformgesetz verfolgte Ziel einer Entbürokratisierung ins Gegenteil. Die vom MDS erlassene kleinteilige Richtlinie und der Handlungsleitfaden bedeuten für viele Kliniken faktisch den Verlust relevanter Versorgungsstrukturen und deren Erlösen. Die Richtlinie muss ausgesetzt und nachverhandelt werden.
12. Die hohe Komplexität des Gesundheitswesens und die starke regionale Heterogenität in Bedarfen und Ressourcen erfordert neben einem starken **Ordnungsrahmen** ein möglichst hohes Maß an regionaler Flexibilität. Das Subsidiaritätsprinzip, nach dem die Verantwortung immer auf der niedrigsten vertretbaren Stufe angesiedelt werden soll, muss entsprechend wieder stärker in den Fokus gerückt werden.

## 3 Ausgangsbedingungen

### 3.1 Anzahl und Art der Kliniken

Analysiert man die Anzahl und Art der Krankenhäuser in Deutschland, so zeigt sich zunächst, dass keine einheitliche Definition eines Krankenhauses und der zugehörigen Bettenzahl vorliegt. Das statistische Bundesamt, welches auf Wirtschaftseinheiten abstellt, weist für das Jahr 2019 exakt 1.914 Krankenhäuser mit etwas unter 500.000 Betten aus. Eine Auswertung der auf IK-Nummern basierenden Qualitätsberichte ergibt 1.600 Krankenhäuser mit etwas über 500.000 Betten. Diese Krankenhäuser vereinen auf sich 1.936 Krankenhausstandorte.

Der RWI Projektbericht 2021 listet 1.419 Krankenhäuser auf, die nach DRG abrechnen und zwar 916 "kleine" bis 299 Betten, 346 "mittelgroße" bis 599 Betten und 300 "große" ab 600 Betten (Augurzky et al. 2021). Der Rest setzt sich aus spezialisierten Häusern, psychiatrischen Einrichtungen, Rehabilitationskliniken und Versorgungseinrichtungen zusammen. Die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) führt 1.277 meldende Standorte für intensivmedizinische Behandlung auf (DIVI-Intensivregister 2021). Ca. 430 davon sind der Notfallversorgungsstufe 2 oder 3 zuzuordnen (GKV-Spitzenverband 2021), die übrigen Kliniken der Stufe 1 mit einigen Spezialkliniken z. B. für Pneumologie der Stufe 0.

In der öffentlichen Diskussion zur künftigen Krankenhausstruktur wird meist auf die vom statistischen Bundesamt vermeldeten 1.914 Krankenhäuser verwiesen. Die eigentlich relevante Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, die die Hauptlast der Akutversorgung tragen, liegt mit 1.419 jedoch deutlich darunter. Diese sind im Fokus des vorliegenden Positionspapiers.

Unabhängig von der definitorischen Abgrenzung kann ein allgemeiner Trend seit 2015 mit einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser beobachtet werden – laut der Daten nach den Qualitätsberichten um -3,7 % bis 2019. Auch wenn der Rückgang mit -6,0 % bei den kleinen Krankenhäusern am stärksten war, repräsentieren diese immer noch 35 % aller Krankenhäuser in Deutschland. Bezieht man sich auf die Bettenzahl der auch als allgemeine Krankenhäuser bezeichneten Kliniken, so liegt Deutschland im OECD Vergleich im mittleren Bereich der Bettendichte bezogen auf die Bevölkerung (OECD.Stat 2021).

In den Jahren 2018 bis 2019 wurden mit 4.000 genauso viele Betten abgebaut wie in den vorangegangenen acht Jahren. Mit 1.700 Betten hat Nordrhein-Westfalen am stärksten gekürzt, der Rest des Abbaus verteilt sich auf die übrigen Bundesländer. Lediglich in Berlin, Hamburg, Bremen und im Saarland ist die Zahl moderat gestiegen. Im Bundesvergleich liegt Thüringen mit 744 Betten je 100.000 Einwohner vorne, Baden-Württemberg bildet mit 503 Betten je 100.000 Einwohner das Schlusslicht. Die Verweildauer lag 2020 im Mittel bei 6,02 Tagen während es 1991 noch 14 Tage waren (Hollmig 2021). Laut statistischem Bundesamt beschäftigen die Kliniken rund 1,3 Millionen Mitarbeiter, davon 457.947 Pflegekräfte und 196.470 Ärztinnen und Ärzte.

### 3.2 Regulierungskompetenzen

Die Krankenhausplanung der Bundesländer wird oft für den zu zögerlichen Strukturwandel verantwortlich gemacht. Ihnen sind in ihrem Handeln teilweise höchststrichterlich die Hände gebunden. Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach klargestellt, dass es nicht möglich ist, einem Krankenhausträger den Marktzugang zu entziehen oder eine Standortschließung zu erzwingen, da dieser durch das Grundgesetz geschützt ist (z. B. Art. 14 GG – Recht auf Eigentum und Art. 12 GG – Berufsfreiheit). Krankenhäuser sind in Deutschland Unternehmen, die dem (regulierten) Wettbewerb unterliegen (Metzner 2019).

Die Bedarfsnotwendigkeit legt die Rechtsprechung sehr eng anhand der stattgefundenen stationären Krankenhauseinweisungen aus und erlaubt den Ländern bisher keine Planung mit davon abweichenden niedrigeren Zahlen (Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg 9. Senat, vom 16.04.2002). In den Regelungen zu den Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen ist festgelegt, dass die flächendeckende stationäre Krankenhausversorgung der Bevölkerung nicht mehr gegeben ist, wenn im Falle einer Schließung zusätzlich mindestens 5.000 Patienten mehr als 30 Minuten Fahrzeit zu dem nächstgelegenen Krankenhaus haben, das die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhält und die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung (Intensivmedizin, Schockraum, CT – also Stufe 1 der

Notfallversorgung) erfüllt. Für die Geburtshilfe gelten etwas andere Kriterien. Ohne diese Definition an dieser Stelle bewerten zu wollen, sind die Voraussetzungen für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zumindest für die Regionen somit rechtlich klar vorgegeben (Metzner 2019). Zugleich sind die damit verbundenen Maßnahmen zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Existenz weitgehend unzureichend bzw. laufen ins Leere, wenn sich nicht genügend Personal findet, das an diesem Standort tätig sein will.

Die Berechnung der **Bedarfsnotwendigkeit** für eine stationäre Behandlung ist in der Region auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ausgerichtet. In den Ballungsräumen stellt sich die Situation deutlich komplexer dar. Die Berücksichtigung von Demographie und Morbiditätsindex sind nur bedingt zu erkennen. Gänzlich außen vor bleibt die Gewichtung von sozioökonomischen Unterschieden. Diese ist zuletzt in der Betrachtung von stationärer Behandlungsbedürftigkeit und Outcome bei Covid-19-Patienten sehr in den Fokus gerückt. Dies muss stärker in die Planung eingehen (Hoebel et al. 2021).

Alle diese Faktoren gemeinsam bestimmen die Systemrelevanz eines Krankenhauses. Tatsache ist aber, dass in den vergangenen Jahren der Bund durch zahlreiche Gesetze und Strukturvorgaben teilweise mithilfe des G-BA massiv in die Krankenhausplanung der Länder eingegriffen hat. Er hat damit das Krankengeschehen stärker beeinflusst als die Planung der Länder, vieles davon auf energischen Wunsch des GKV-SV. Zu nennen sind insbesondere das MDK Reformgesetz, das Krankenhausstrukturgesetz und aktuell das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG).

### 3.3 Rahmenbedingungen Gesundheitswesen allgemein

Der Renteneintritt der Babyboomer und ein durch Corona geschwächter Arbeitsmarkt führen bei den Krankenkassen zu negativen Einnahmeeffekten. Zugleich führt die alternde Bevölkerung zu einer steigenden Nachfrage nach Leistungen. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre wirken zudem strukturell ausgabenerhöhend. Zusammen führt dies dazu, dass in den kommenden Jahren ein erheblicher Kostendruck im Gesundheitswesen zu erwarten ist, zumal nach Corona auch die Reserven der öffentlichen Kassen auf allen Ebenen weitgehend erschöpft sein werden. Strukturelle Defizite mit zusätzlichen Milliarden zu übertünchen, wird künftig entsprechend noch schwieriger. Der notwendige Transformationsprozess muss somit unter erschwerten Bedingungen stattfinden.

### 3.4 Lehren aus der Pandemie

Seit Beginn der Pandemie sind gut 200.000 Covid-19-Patienten in deutschen Krankenhäusern behandelt worden, 40.000 davon auf Intensivstationen. Die regionalen Unterschiede in der Belastung der Kliniken waren enorm, entsprechend dem unterschiedlichen Ausmaß des Infektionsgeschehens. Nach Angaben des DIVI Intensivregisters wurden ca. 60 % der Intensiv-Patienten in Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgern behandelt, 40 % in Häusern der Grund- und Regelversorgung. Deutschland war durch seine im internationalen Vergleich hohe Dichte an Krankenhäusern und Intensivstationen in einer vergleichbar günstigen Ausgangsposition, auch wenn diese angesichts eines exponentiellen Wachstums ebenfalls rasch an ihre Grenzen stoßen kann. Deshalb war die Vorhaltung von Reservekapazitäten mehr als sinnvoll. Limitierender Faktor war und ist der Personalengpass, besonders auf den Intensivstationen. Befürchtet wird eine weitere Ausdünnung durch Fluktuation nach Ende der Pandemie als Folge der anhaltenden Überlastung. Selbst wenn die zwischenzeitlich befürchtete große Welle ausbleibt, hinterlässt jede einzelne Kündigung eine Lücke, die nur schwer zu füllen ist.

Auch wenn die Krankenhäuser ihren Job mehr als gut gemacht haben, ist neben dem Lob für den unermüdeten Einsatz deutliche Kritik an der bestehenden Krankenhausstruktur zu verzeichnen. Die Rolle der kleineren Häuser wird dabei bewusst abwertend dargestellt und verkennt ihre Bedeutung in der Versorgung (GKV-Spitzenverband 2020). In Spitzenzeiten der jeweiligen Wellen haben sie in einigen Bundesländern entscheidend dazu beigetragen, dass es nicht zur totalen Überlastung der Kliniken gekommen ist, in dem sie auch Patienten aus überlasteten Maximalversorgern übernommen haben. Wenn man denn überhaupt Lehren aus der Pandemie für den Normalbetrieb ziehen kann, dann sicher nicht die, dass die kleineren Häuser gänzlich unnötig sind.

## 4 Zentrale Themenfelder

### 4.1 Zahlen zur Covid-19-Pandemie und zur Rolle der Kliniken

Mit großer Sorge verfolgt der VLK eine zunehmende Politisierung der Diskussion zur Versorgung von Covid-19-Patienten durch verschiedenste Interessensgruppen. Unstrittig ist, dass die Fragmentierung der Daten sowie die große Verzögerung der Bereitstellung bzw. die partiell komplett unterbleibende Veröffentlichung zentraler Daten eine sachliche Diskussion erschweren. Durch nichts zu rechtfertigen ist es jedoch, wenn Zahlen bewusst falsch dargestellt werden, um beispielsweise eigene Idealvorstellungen für künftige Krankenhausstrukturen zu befördern.

---

*Die Struktur unserer Krankenhäuser mit einem gestuften System der Versorgung hat sich in der Pandemie grundsätzlich bewährt.*

*Die mittleren und großen Krankenhäuser haben die Hauptlast der Versorgung getragen, aber auch kleinere Grund- und Regelversorger haben einen entscheidenden Beitrag geleistet.*

*Die Rahmenbedingungen, unter denen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter arbeiten müssen, zeigen jedoch einen erheblichen und kurzfristigen Reformbedarf.*

---

Die offiziellen Zahlen zur Intensivbehandlung aus InEK Daten von Covid-19-Patienten stehen im Report der Professoren Augurzky und Busse auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums zur Verfügung. „Insgesamt wurden im Jahr 2020 172.248 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (Covid-19-Virus nachgewiesen) stationär und davon 36.305 Fälle oder 21,1 % intensivmedizinisch behandelt.“ Das ist im internationalen Vergleich nicht auffällig. 47,9 % der intensivmedizinisch behandelten Fälle wurden für mindestens sechs Stunden beatmet, mit abnehmender Tendenz während der Pandemie. 34,6 % der intensivmedizinisch versorgten Patienten sind verstorben. Die Überlieger ins Jahr 2021 in einer Größenordnung von 20.000 Covid-19-Patienten wurden dabei nicht berücksichtigt. Bei einer mittleren Verweildauer von ca. 9,1 Tagen ergeben sich daraus im Mittel ca. 5 % aller Verweildauertage auf der Intensivstation, aber mit hohen Spitzenbelastungen während der jeweiligen Höhenpunkte der Wellen. 23 % der intensivmedizinischen Fälle wurden in „kleinen“ Krankenhäusern bis 299 Betten behandelt. Unterteilt man die Krankenhäuser entsprechend der Notfallstufen des G-BA, sind nach Daten des GKV-SV 632 Krankenhäuser in die Basisnotfallstufe und 432 in die erweiterte oder umfassende Notfallstufe eingeteilt. Letztere verfügen über 65 % der Intensivkapazität. Somit sind auch die Angaben der DIVI, dass in Spitzenzeiten 40 % der Intensivpatienten in Häusern der Grund und Regelversorgung behandelt wurden, plausibel. Verlegungen von Intensivpatienten in eine höhere Versorgungsstufe fanden aus kleineren Häusern in 23 % der Fälle statt, umgekehrt aber auch in 16 % aus Maximalversorgern. Die Zahlen belegen die erhebliche Bedeutung der kleineren und mittleren Häuser, die besonders zu Spitzenzeiten der Pandemie eine Überlastung der Schwerpunkt- und Maximalversorger verhindert haben. Regional gibt es in diesen Verteilungen erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, den Regionen und den Ballungszentren.

### 4.2 Personal

Der Fachkräftemangel wird das Gesundheitswesen auf Jahre hin prägen. Mit dieser Situation ist konstruktiv und lösungsorientiert umzugehen. Dabei ist schnelles Handeln unabdingbar, da viele Pflegekräfte aufgrund einer hohen Unzufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen erwägen ihren Beruf zu wechseln. Viele junge Pflegekräfte formulieren klar, dass der Beruf für sie keine langfristige Perspektive darstellt. Auch bei den Ärzten häuft sich zunehmend eine Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig werden

sie regelmäßig mit attraktiven Angeboten außerhalb ihrer klinischen Tätigkeit konfrontiert. Zwar ist in die Ausbildung für Pflegekräfte deutlich investiert worden und auch die Zahlen der Medizinstudierenden steigen, aber es wird noch Jahre dauern, bis hierdurch eine wirkliche Entlastung eintritt. Zusätzlich wird häufig ein einseitig negatives Bild der Tätigkeit im Krankenhaus transportiert, was die Gewinnung von Nachwuchs weiter erschwert.

---

*Wichtig sind eine gestärkte Vertrauenskultur sowie eine Korrektur von nicht praxisnah umgesetzten Instrumenten wie dem Pflegebudget. Pflegepersonaluntergrenzen sind eine Ultima Ratio und müssen durch faire Personalbemessungsinstrumente ersetzt werden.*

*Zugleich müssen auch die positiven Aspekte einer Tätigkeit im Krankenhaus kommuniziert und vorhandene Defizite schnellstmöglich behoben werden, um eine weitere Verschärfung des Fachkräftemangels zu verhindern.*

---

Allein mehr Geld für die Vergütung bereit zu stellen, wie durch die Pflegebudgets intendiert, reicht hierfür nicht aus. Zudem setzt das Pflegebudget nach wie vor kontraproduktive Anreize, indem es kreative Lösungsansätze bestraft. Das Ringen um definitorische Abgrenzung der zuzurechnenden Mitarbeiter ist zudem ein Symptom dafür, dass es schon längst nicht mehr um das Ziel der Qualitätsförderung geht, sondern die Umsetzbarkeit eines missglückten Regulierungsversuchs sichergestellt werden soll. Im Ergebnis werden Pflegekräfte wieder vermehrt Hilfsdienste übernehmen, niedrigqualifizierte Arbeitskräfte entlassen, die Knappheit qualifizierter Pflegekräfte verschärft und ohne Qualitätsgewinn die Kosten für Klinikträger und die Gesetzliche Krankenversicherung erhöht. Die zur Kompensation forcierten Einsparungsbemühungen fokussieren sich jetzt auf die ärztliche Stellenbesetzung und führen hier zu kritischen Unterbesetzungen. Ähnliche Effekte sind bei den Pflegepersonaluntergrenzen zu beobachten, die beispielsweise häufig dazu führen, dass auf akute Belegungsschwankungen nicht angemessen reagiert werden kann und fachbereichsübergreifende Stationsmodelle erschwert werden.

Auch der durch Klinikschließungen und Zentralisierungen erzielbare Effekt wird überschätzt. Der Personalmangel ist in Ballungsräumen und in ländlichen Regionen unterschiedlich stark ausgeprägt. In den Städten fehlt es besonders an Pflegekräften, in den ländlichen Regionen an Ärzten. Ob aber alle Pflegekräfte bei Schließung eines kleineren Hauses in der Peripherie an große Kliniken in die Stadt wechseln, darf bezweifelt werden.

Insgesamt muss eine Verbesserung der Personalsituation bei allen Reformansätzen berücksichtigt werden. Die Gesetzesinitiativen der vergangenen Jahre haben noch einmal verdeutlicht, dass populistische Lösungen kaum zum Erfolg führen. Vielmehr ist ein umfassender Ansatz notwendig, der sowohl fachlich fundiert als auch praxisnah ist.

### 4.3 Ärztlicher Dienst im Fokus

Der von einigen privaten Trägern derzeit zur schnellen Gewinnmaximierung initiierte Stellenabbau im ärztlichen Dienst ist trotz aktuell niedriger Belegungszahlen kurzfristig und schadet in erster Linie der Patientenversorgung.

---

*Ein überstürzter Abbau ärztlicher Stellen zur kurzfristigen Gewinnmaximierung schadet trotz aktuell niedriger Belegung allen – am meisten den Patienten. Medizin braucht gute Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl, Krankenhäuser somit auch.*

---

Er sorgt für große Unruhe unter den Beschäftigten und die Unzufriedenheit mit dem Beruf könnte ähnliche Ausmaße wie bei der Pflege einnehmen. Es erweist sich als Fehler, die Personal stärkenden Maßnahmen

auf eine Berufsgruppe isoliert verordnet zu haben, weil sie sofort zur Kompensation durch Einsparungen in anderen Bereichen führt. Ein Blick auf die demographische Entwicklung und die damit einhergehenden Implikationen für die patientenseitige Nachfrage sowie die angebotsseitige Verfügbarkeit ärztlichen Personals macht deutlich, dass es sich hier um eine von kurzfristigen Gewinninteressen getriebene Fehleinschätzung handelt. Der Wert der Ressource Mitarbeiter wird offensichtlich noch immer verkannt. Statt gemeinsam nach zukunftsfähigen Leistungsstrukturen zu suchen und dadurch eine wirtschaftlich und medizinisch optimale Balance zu finden, werden hier Scheinlösungen praktiziert. Sollten die betroffenen Klinikträger hier nicht durch sachliche Argumente zu einem Einlenken zu bewegen sein, bleibt letztlich nur die Lösung über keineswegs optimale, aber am Ende unvermeidbare Wege wie den einer gesetzlich geregelten Personalbedarfsbemessung für den ärztlichen Dienst. Wie schwierig hier eine zweckmäßige Umsetzung ist, zeigen die Erfahrungen in der Pflege. Dennoch ist dies als Ultima Ratio in Erwägung zu ziehen, sollte es weiterhin zu einer ökonomisch motivierten, strategischen Unterschätzung des Bedarfs an Ärzten kommen.

Zugleich sind fachbereichsübergreifende Dienstmodelle im ärztlichen Dienst für eine qualitativ hochwertige Versorgung oft problematisch. Mit Hinblick auf den ärztlichen Dienst sollte die Vorgabe einer ständigen 24/7 Facharztpräsenz aufgegeben und der Realität angepasst werden. Selbst in Häusern der Maximalversorgung werden viele Behandlungen primär von Ärzten in der Weiterbildung nach dem sogenannten Facharztstandard erbracht, abgesichert durch Fachärzte mit Zusatzbezeichnungen im Hintergrund-Rufdienst. Alle Positionen in den vielschichtigen Diensten der Kliniken mit Fachärzten präsent besetzen zu wollen ist schier unmöglich, allein schon wegen der arbeitsrechtlich beschränkten Einsatzzeiten, die natürlich in der Rufbereitschaft ganz andere Zeitfenster abdecken können. Sie würde auch eine kontinuierliche Weiterbildung unmöglich machen und unseren Nachwuchs gefährden.

## 4.4 Strukturen

### 4.4.1 Zielvision

Die Krankenhausstruktur muss sich medizinischen wie gesellschaftlichen Entwicklungen anpassen, die beispielsweise eine verstärkte Ambulantisierung ermöglichen und fordern. In Bereichen, in denen eine Fokussierung von Leistungen in spezialisierten Zentren notwendig ist, soll diese umgesetzt werden. Auch wird nicht jeder kleine Krankenhausstandort in seiner jetzigen Form Bestand haben können.

---

*Eine Reform der Versorgungsstrukturen muss zielgerichtet erfolgen und – wo sinnvoll – auch Raum für kleine Grund- und Regelversorger bieten.*

*Die derzeit praktizierte „kalte Strukturbereinigung“ gefährdet notwendige Versorgungsangebote und behindert die Entwicklung zweckmäßiger Alternativen.*

---

Problematisch ist entsprechend nicht so sehr, dass einzelne kleine Krankenhausstandorte schließen müssen, sondern dass dies in Form einer „kalten Strukturbereinigung“ wenig zielgenau erfolgt und Strukturvorgaben nicht zur Qualitätssicherung, sondern zur Marktberreinigung erfolgen. Damit wird kleinen Allgemeinkrankenhäusern undifferenziert die wirtschaftliche Existenzgrundlage sukzessive entzogen.

Die kleineren Häuser der Grundversorgung in der Region dürfen bei einer Reform jedoch auf keinen Fall komplett unter die Räder kommen, denn neben ihrem wichtigen Beitrag für die flächendeckende Versorgung sind sie mit ihrer Weiterbildung Garanten für den haus- und fachärztlichen Nachwuchs in der Region.

Krankenhausplanung darf entsprechend nicht über die Bande, sondern muss zielgerichtet erfolgen. Dies ist kaum zentralistisch aus Berlin für jede Region Deutschlands möglich. Entsprechend sollte sich die bundeseinheitliche Regelung auf einen notwendigen Rahmen beschränken, der vor Ort genügend Flexibilität bietet, um auf besondere Erfordernisse oder Spezifika eingehen zu können.

### Beispiele regionaler Herausforderungen

*Die Krankenhausplanung muss einen völlig unterschiedlichen Versorgungsbedarf nicht nur in Ballungsräumen und ländlichen Regionen, sondern auch zwischen den Bundesländern berücksichtigen. Das spiegelt sich auch in den deutlichen Unterschieden in der Bettenzahl pro Einwohner respektive Anzahl der Kliniken in den einzelnen Bundesländern wider (Statistisches Bundesamt 2020). Hier geht es um die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung, dort um eine mangelnde Abstimmung des Leistungsgeschehens und Überkapazitäten. Es bedarf deshalb einer individuellen Planung, je nach betroffener Region und Standort.*

*Nordrhein-Westfalen (NRW) verfolgt einen sehr aufwendigen Abstimmungsprozess unter allen Beteiligten. Ziel ist, die Krankenhausplanung weg von der reinen Bettenplanung hin zu abgestimmten Leistungspaketen der Kliniken am Versorgungsbedarf auszurichten. Aber Vorsicht, der Weg über zu stringente Strukturvorgaben darf nicht zu einem Kahlschlag führen. Für überzogene Forderungen darf man die OPS Ziffern nicht neu erfinden oder gar verschlimmern.*

*Andere Länder ohne die entsprechenden Ballungsräume – wie Brandenburg – fürchten zum Kollateralschaden der Krankenhausreform von NRW zu werden, wenn diese sich als Blaupause für Deutschland herausstellen sollte. Rheinland-Pfalz setzt Modellvorhaben mit sektorenübergreifenden Lösungen um, bei denen je nach Bedarf und vorliegenden Strukturen mal eine Klinik, mal eine Praxis den Anker bildet.*

*Bei der Berechnung des Versorgungsbedarfs werden sozioökonomische Faktoren sträflich vernachlässigt, dabei haben sie sehr großen Einfluss auf den Bedarf an stationärer Versorgung. Darin hinkt beispielsweise der Vergleich von Dänemark zu Ballungsräumen in NRW (Offermanns 2018).*

Insbesondere bei gefährdeten Kleinststandorten in ländlichen Regionen darf die Alternative dabei nicht Krankenhaus oder keinerlei Versorgung sein. Vielmehr gilt es alternative Versorgungskonzepte zu prüfen, die je nach Bedarf geeignete Zugangspunkte zur Versorgung darstellen. Der Bedarf ist erkannt und es existieren verschiedene Konzepte wie das Intersektorale Gesundheitszentrum (Schmid et al. 2018). Diese bieten mit einer kleinen bettenführenden Einheit – ohne durchgehende Arztpräsenz, dafür mit Monitoring durch qualifizierte Pflegekräfte – eine Alternative für die nicht unerhebliche Zahl an Patienten, die zwar rein ambulant nicht mehr sicher geführt werden können, jedoch auch kein hochtechnisiertes Krankenhaus mit durchgehender Arztpräsenz benötigen. Diese Patienten werden häufig eher aufgrund kontextueller Faktoren denn aufgrund der eigentlichen medizinischen Indikation aufgenommen, binden im Krankenhaus knappe Ressourcen und haben häufig ein besonders starkes Interesse an einer wohnortnahen und niederschweligen Versorgung. Auch Krankenhäuser können als Träger einer derartigen Einrichtung tätig werden und dies als Mittel zur Optimierung der Versorgungsstruktur nutzen.

Wichtig ist, dass für derartige Versorgungskonzepte, die noch nicht fest im SGB V verankert sind, noch bestehende Hürden, die den Aufwand der Gründung unnötig erhöhen, beseitigt werden. Ferner ist für notwendige und nicht substituierbare Krankenhausstandorte die Vergütung so auszugestalten, dass sie auch wirtschaftlich solide geführt werden können und nicht zu Kollateralschäden einer kalten Strukturbereinigung werden.

Am Grundsatz einer an Versorgungsstufen orientierten Krankenhausstruktur soll festgehalten werden. Der insbesondere in jüngster Zeit in Zusammenhang mit der Versorgung von Covid-19-Patienten erfolgte Ersatz durch die Stufen (0 bis 3) der Notfall Richtlinie des G-BA, ist aufgrund einer abweichenden Zielrichtung nur bedingt zweckmäßig.

Bei der Formulierung der Zielvision ist abschließend zu berücksichtigen, dass eine Minimierung der Krankenhausstandorte zwangsläufig die Bildung regionaler Monopole fördert. Dies führt dazu, dass viele Patienten die weniger mobil sind, faktisch keine freie Krankenhauswahl haben. Ferner verändert sich nachweislich das Verhalten von Krankenhausträgern, wenn sie sich nicht mehr bemühen müssen, für Patienten attraktiv zu sein. Nicht ohne Grund betonen entsprechend das Bundeskartellamt ebenso wie die Monopolkommission, dass die positiven Wirkungen von wettbewerblichen Strukturen im Krankenhausmarkt nicht ohne Not ausgehebelt werden sollten (Monopolkommission 2020).

#### 4.4.2 Ambulantisierung und sektorenübergreifende Versorgung

Ambulantes Operieren ist ein weiterer Schlüssel für ein funktionierendes Gesundheitssystem von morgen. Kliniken wollen schon längst mehr ambulant operieren, aber es fehlt schlicht an den entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten. Die KV blockiert auch hier.

Nun ist der Auftrag für das Gutachten zur Reform des § 115b SGB V vergeben. Es untersucht den Stand

„der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen“. Es geht in seiner Zielstellung damit deutlich über das ambulante Operieren hinaus. Das Ergebnis soll Ende des Jahres 2021 vorliegen. Es ist zu erwarten, dass weitere Eingriffe und Behandlungen als in der Regel ambulant zu erbringend eingestuft werden.

---

*Eine weitergehende Ambulantisierung kann nur mit den Krankenhäusern erreicht werden.*

*Diese müssen dafür jedoch hinreichend vergütet werden. Eine Absenkung auf EBM-Niveau verkennt die medizinische und wirtschaftliche Realität. Die Höhe der Erlöse sollte wie im Ausland relativ unabhängig davon sein, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wurde.*

---

Kliniken werden dabei – wenn auch nicht von allen gewünscht – auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen. Sie werden diese Fälle also weiter, dann aber ambulant, operieren und behandeln. Eine Vergütung auf EBM-Niveau reicht jedoch nicht aus und entspricht weder den medizinischen noch den wirtschaftlichen Anforderungen. Eine angemessene Vergütung ist Pflicht.

Dem behandelnden Arzt muss die Entscheidung vorbehalten sein, ob er nach Einschätzung des Patienten und des Eingriffs die Leistung ambulant oder stationär erbringen will und kann. Häufig kann dies endgültig erst nach dem Eingriff erfolgen. Viele dieser Fälle haben einen komplexen Versorgungsbedarf, der nicht ohne weiteres – weder hinsichtlich der Voraussetzungen der Nachsorge noch hinsichtlich der Kapazität – im ambulanten Sektor gewährleistet werden kann und bedürfen daher weiter der stationären Struktur und ärztlichen Qualifikation. Die Finanzierung muss für Kliniken – natürlich in angepassten Prozessen – dem Aufwand entsprechen.

Viel wird in diesem Kontext auch über ambulant sensitive Diagnosen diskutiert. Die Schuldzuweisungen gehen meist in Richtung Kliniken, die unnötigerweise Patienten behandeln würden. Völlig vergessen wird dabei, dass ambulant sensitive Diagnosen primär einen Indikator für eine nicht ausreichende ambulante Versorgung darstellen, mithin der ambulante Sektor bereits heute seinen Versorgungsauftrag nicht umfänglich erfüllen kann. Eine Verschiebung weiterer und zunehmend komplexerer Leistungsumfänge in die Verantwortlichkeit der niedergelassenen Ärzte sollte entsprechend mit Augenmaß erfolgen.

Sollen Krankenhäuser gerade auch in strukturschwachen Regionen einen Anker für die ambulante Versorgung bilden, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen allein nicht mehr sichergestellt werden kann, müssen den Kliniken auch die Instrumentarien an die Hand gegeben werden, um langfristig verlässlich planen zu können. Eine stete Abhängigkeit vom Wohlwollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, beispielsweise zur Genehmigung von Ambulanzen, ist hier nicht zielführend.

Besonders in den ländlichen Regionen und in der Notfallversorgung sind sektorenübergreifende Modelle eine wichtige Lösung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen hier flexibler werden. Die Kooperation und Vernetzung müssen aber nach beiden Seiten gefördert werden. Auch eine Anbindung von Pflegediensten ist denkbar. Dies ist eine seit langem bestehende Baustelle, die bisher immer wieder am Widerstand der einzelnen Lager gescheitert ist. Hier braucht es klare gesetzliche Regeln, die Ausweichmanöver unmöglich machen. Der stationäre Versorgungsbedarf unserer hochbetagten, teilweise multimorbiden Bevölkerung wird in diesem Kontext unterschätzt und Vergleiche mit anderen Ländern hinken aufgrund einer häufig gänzlich anderen Demographie.

#### 4.4.3 Notfallversorgung

Die Kliniken werden auch in Zukunft eine wesentliche Rolle in der ambulanten Notfallversorgung spielen, da an vielen Stellen nur sie einen 7-Tage-24-Stunden-Dienst sicherstellen können. Schon jetzt findet der überwiegende Teil der ambulanten Notfallversorgung in den Ambulanzen der Kliniken statt.

Im Mittelpunkt steht die Frage nach der Bedeutung der Häuser mit der Versorgungsstufe 1 für die zukünftige Notfallversorgung und stationäre Therapie. Konkret geht es dabei darum, ob diese Häuser weiter primär an der Notfallversorgung beteiligt werden oder ob diese nur noch von Schwerpunktkliniken geleistet werden soll. Da diese Häuser in ihrer Belegung stark von Notfallaufnahmen abhängig sind, können sie ohne Teilnahme an der Notfallversorgung wirtschaftlich nicht überleben. Das wäre ganz im Sinne des einen oder

anderen Experten und des Bundesgesundheitsministeriums, die sich davon eine deutliche Standortbereinigung versprechen. Dies ist weder medizinisch noch ökonomisch sinnvoll.

---

*Alle Kliniken ab der vom G-BA beschlossenen stationären Notfall-Versorgungsstufe 1 müssen weiter uneingeschränkt an der Notfallversorgung teilnehmen können.*

*Alles andere würde die flächendeckende Versorgung gefährden, zu einer deutlichen Angebotsverknappung führen und den Rettungsdienst vor unlösbare logistische Probleme stellen.*

---

Entfernungen von bis zu 100 Kilometern bis zur nächsten Notaufnahme sind in Deutschland gesetzlich nicht zulässig und politisch nicht durchsetzbar. Sie werden auch den zu versorgenden Menschen nicht gerecht. Der Hubschrauber fliegt nicht immer, wie einige behaupten. Hinzu kommt, dass einige Kliniken in endlosen und oft vergeblichen Antragsverfahren zur Genehmigung eines Hubschrauberlandeplatzes stecken und davon abhängig die Einordnung in die Notfallversorgungsstufe 3 nicht umsetzen können.

Im Moment steht die Gesundheitspolitik vor einem Scherbenhaufen der ursprünglichen grundsätzlichen Planungen des Bundes nach den Vorschlägen des Sachverständigenrates (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wird versucht, durch Einführung eines zwingenden elektronisch unterstützten Einschätzungsverfahrens der Bedarfsnotwendigkeit einer Akutbehandlung eine drastische Zugangsbeschränkung für ambulante Notfallbehandlungen in den Kliniken einzuführen. Der VLK sagt dabei ja zu Regelungen einer telefonischen Triage, die uns von einer Unzahl von Bagatellfällen befreit, aber nein zu einer primären Prüfung der aktuellen Behandlungsbedürftigkeit durch ein nicht validiertes System. Hier kann und wird niemand die Verantwortung übernehmen, wenn Patienten ohne eine ärztliche Einschätzung abgewiesen werden. Die Details soll jetzt der G-BA klären. Die Ambulanzen leiden Not unter der völlig unzureichenden Pauschalfinanzierung; hier besteht ein erheblicher Anpassungsbedarf, damit die Kliniken nicht benachteiligt werden.

Eine sektorenübergreifende Lösung mit z. B. einem gemeinsamen Tresen zur Ersteinschätzung, also eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten am Krankenhaus, ist ein vielversprechender Lösungsansatz. Dort, wo dies von den niedergelassenen Ärzten nicht mehr leistbar ist, muss der Sicherstellungsauftrag auf die Kliniken übergehen; in Regionen mit unzureichender ärztlicher Versorgung auch der für den ambulanten Regelbetrieb. Die medizinische und rechtliche Verantwortung für den stationären Teil kann in solchen Kooperationen nur bei den Kliniken liegen.

## 4.5 Digitalisierung

Der digitale Nachholbedarf des deutschen Gesundheitswesens wurde in der aktuellen Legislaturperiode erstmals umfassend adressiert. Dennoch gibt es bis heute nach wie vor Krankenhausstandorte, an denen selbst die Voraussetzungen für einen Breitbandanschluss fehlen. Der Gesetzgeber muss die Telekommunikationsanbieter verpflichten, an allen Plankrankenhäusern einen Breitbandanschluss zur Verfügung zu stellen.

Betrachtet man die Zahl der offenen Punkte von Hard- bis Software, von Vernetzung bis Cyber-Sicherheit, sind die finanziellen Zuschüsse lediglich ein Tropfen auf den heißen Stein. Gerade Krankenhäuser, die häufig die größten Defizite haben, sind zudem mit der inhaltlichen Komplexität sowie den IT-projektspezifischen Anforderungen an das Projektmanagement überfordert.

---

*Die im KHZG angestoßenen Maßnahmen können nur der Anfang einer umfassenden Digitalisierungsinitiative sein.*

*Diese muss thematisch und hinsichtlich des Finanzierungsumfangs weiter ausgebaut und verlängert werden.*

---

Die Bewältigung dieses Rückstandes ist eine Herkulesaufgabe, die nicht im Rahmen der regulären Vergütung geleistet werden kann. Entsprechende Mittel sind langfristig sicherzustellen, zumal der Unterhalt und die Pflege eine Daueraufgabe darstellen.

Digitalisierung erfordert Schnelligkeit. Um diese zu erreichen, erfordert es eine Kombination von einerseits einer klaren, einheitlichen Zielvision mit eindeutigen Eckpunkten und Rechtssicherheit für alle, die sich in diesem Rahmen bewegen, und andererseits der maximal möglichen Dezentralisierung in der Umsetzung und damit Flexibilität vor Ort. Zum einheitlich zu definierenden Rahmen gehören dabei Aspekte wie die Sicherstellung der semantischen und der syntaktischen Interoperabilität.

In diesem Kontext muss die Regulierung auch sektorenübergreifend erfolgen und beispielsweise eine mandatorische vollständige Kommunikationsstrecke zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sicherstellen, die alle notwendigen Daten umfasst. Damit einhergehend ist auch für den ambulanten Sektor eine mit dem Krankenhausbereich vergleichbare Datentransparenz herzustellen.

## 4.6 Finanzierung und Vergütung

### 4.6.1 Strukturwandel und Investitionsmittel

Die Dauerbaustelle Investitionsfinanzierung hat über Jahre die Kliniken nur mit knapp der Hälfte der notwendigen Mittel versorgt. Der daraus resultierende Investitionsstau lässt sich nur durch eine längerfristige Initiative abbauen. Durch das Investitionsprogramm für die Digitalisierung und die Fortführung des Strukturfonds hat es zwar einen wichtigen Impuls gegeben, der aber bei weitem nicht ausreicht.

---

*Die Länder müssen endlich ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Investitionskosten nachkommen.*

*Ergänzend brauchen die Kliniken eine substantielle Beteiligung des Bundes, um den unvermeidbaren Transformationsprozess gestalten zu können.*

---

Das Argument, dass der Bund dann auch entscheidend an der Planung beteiligt sein muss, hat sich inzwischen erübrigt, da er das durch eingreifende Strukturregelungen längst ist.

Für neue Versorgungsformen außerhalb der etablierten Sektorendefinitionen müssen ebenfalls zeitnah Vergütungsmodalitäten geschaffen werden. Aktuell verhindert die Abhängigkeit von der Bereitschaft der Kostenträger beispielsweise Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zu schließen sowie der hohe Aufwand, wenn für jedes Projekt eine eigene Lösung zu konzeptionieren und zu verhandeln ist, eine schnellere Verbreitung und Umsetzung. Wenn von den Krankenkassen hierzu keine eigenen Initiativen erfolgen, muss auch hier der Gesetzgeber eingreifen. Letztlich handelt es sich hier um einen der Bereiche, in welchem ein Strukturwandel ohne zusätzlichen Finanzierungsbedarf, alleine durch die Reduktion rechtlicher Hürden, erheblich beschleunigt werden kann.

### 4.6.2 Vergütungsreform

Die Einführung des DRG-Systems hatte Effizienz und Transparenz gefördert. Heute ist jedoch eine umfassende Reform der Betriebskostenfinanzierung und damit des Fallpauschalensystems (DRG-Systems) zwingend erforderlich, da kaum weitere Verbesserungen der Effizienz zu erwarten sind, während die negativen Auswirkungen eines rein auf Fallpauschalen basierenden Systems immer stärker zu Tage treten.

---

*Ein modularer Aufbau der Vergütung z. B. aus Pauschalen für die Vorhaltung bestimmter Ressourcen, Strukturzuschlägen und Fallpauschalen erscheint sinnvoll.*

*Ein derartiger Ansatz würde den Druck zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung als einzige Chance zur Refinanzierung unvermeidbarer Kostenblöcke deutlich reduzieren.*

---

Vorhaltekosten spielen für alle Häuser mit unterschiedlicher Höhe je nach Versorgungsgrad eine zentrale Rolle, die in den DRGs so bisher nicht abgebildet ist. Für die Häuser der Grundversorgung stellen die auf eine relativ kleine Patientenzahl umzulegenden Vorhaltekosten ein zusätzliches Problem dar. Wie wichtig das Thema Vorhaltekosten ist, hat auch die Pandemie gezeigt. Die zwingend notwendige Einschränkung des Regelbetriebs hat zu einem kompletten Wegfall der Erlöse geführt, da nur erbrachte Leistungen, aber keine Vorhaltekosten, finanziert werden.

Der ökonomische Druck hat ein solches Ausmaß erreicht, dass er zunehmend medizinische Entscheidungen beeinflusst (Mau 2021). Dies ist so nicht weiter zu tolerieren. Der VLK hat gemeinsam mit der Bundesärztekammer ein gesetzliches Verbot zu Zielvereinbarungen erwirkt, welches die Verknüpfung von Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen mit finanziellen Anreizen verbietet (§ 135c SGB V). Leider wird dieses Verbot noch längst nicht von allen Kliniken und Trägern beachtet.

Problematisch erweist sich dabei, dass viele Träger – ob aus Überzeugung und aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen – die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses an erste Stelle setzen. Dieser Druck wird auf die Geschäftsführer übertragen, die ihn an die leitenden Ärzte weitergeben und versuchen, die gesetzlichen Regelungen zu umgehen. Dabei sind beide humanitären Werten verpflichtet. Betriebswirtschaftliches Denken, das zu einer möglichst wirtschaftlichen und effektiven Umsetzung einer indizierten Maßnahme führt, ist zu begrüßen. Wenn aufgrund betriebswirtschaftlicher Überlegungen jedoch medizinisch nicht indizierte Leistungen angeboten oder umgekehrt, indizierte aber nicht wirtschaftliche Leistungen unterlassen werden, ist dies moralisch und ethisch nicht zu rechtfertigen. Der dahingehende Druck und damit der wirtschaftliche Einfluss auf fundamentale medizinische Entscheidungen soll durch eine ausreichende Bereitstellung von Vorhaltekosten und eine Modularisierung der Vergütung deutlich reduziert werden. Grundsätzlich wird zunehmend die Frage gestellt, ob für Einrichtungen der Daseinsvorsorge, die Kliniken zweifellos sind, andere Regeln des betriebswirtschaftlichen Denkens gelten müssen.

## 4.7 Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsmaßnahmen haben unter Medizinern eine lange Tradition. Anfänglich freiwillig unter dem Prinzip „vom Besseren lernen“ waren sie die Grundlage der später eingeführten verpflichtenden externen Qualitätssicherung unter Mitwirkung zahlreicher Institute. Die dabei gefundenen rechnerischen Auffälligkeiten wurden dabei immer in einem strukturierten Dialog validiert. Die Ergebnisse haben immer wieder gezeigt, dass die Kliniken in Deutschland die Patienten weit überwiegend auf einem sehr hohen Niveau versorgen.

Die Gesundheitspolitik gibt seit geraumer Zeit vor, durch eine umfassende Qualitätsinitiative dieses Niveau weiter verbessern zu wollen. Daraus hat sich ein zunehmender Fokus auf Sanktionierung durch den G-BA mithilfe des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ergeben. Dies widerspricht aber dem Sinn und Zweck von Qualitätssicherung. Es entlarvt als überwiegenden Zweck der Maßnahmen eine Strukturbereinigung durch die Hintertür, unter dem Deckmantel der Qualitätsverbesserung. Mit einer Rückbesinnung der Qualitätssicherung auf ihre eigentlichen Ziele kann in Zukunft auch das an sich entscheidende Thema der Indikationsqualität mit in das Portfolio der Maßnahmen integriert werden. Vielfach wird diskutiert, dass dies ohne eine Reform der Entscheidungsstrukturen im G-BA, dessen Voten zu oft im Dissens erfolgen, nicht lösbar sein wird.

---

*Die Qualitätssicherung muss zurück zu ihren ursprünglichen Zielen geführt werden. Bürokratiearm durch Verwendung von Routinedaten mit Schwerpunkt auf dem strukturierten Dialog und Peer Reviews.*

*Die grundsätzlich sinnvolle Diskussion über Mindestmengen und Zentrenbildung wird derzeit völlig überzogen. Es bedarf einer grundlegenden Neujustierung inklusive der Entscheidungsstrukturen im G-BA.*

---

Seit langem wird eine ausschließliche Erbringung komplexer Leistungen an dafür spezialisierten Zentren gefordert. Hierzu bedarf es vernetzter und abgestimmter Strukturen in dem bestehenden gestuften Versorgungssystem. Mindestmengen sind ein wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung. Voraussetzung ist, dass eine Evidenz aus Studien und Registern besteht, die deutliche Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen Anzahl der durchgeführten Leistungen und Qualität des Ergebnisses belegt (Weber et al. 2020). Dass dieser nicht immer gegeben ist, haben Daten aus dem IQTIG TAVI Register kürzlich eindrucksvoll belegt. Hier ist der Effekt eingetreten, dass die notwendige Mindestzahl zum Erreichen guter Ergebnisse mit zunehmender Perfektion der Methode und Erfahrung der Untersuchung so abnimmt, dass kein Volumeneffekt auf den Outcome mehr nachweisbar ist (Weber et al. 2021). Die Qualität der Häuser der niedrigen Versorgungsstufen darf nicht anhand von schweren Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf, die grundsätzlich nicht in ihr Portfolio gehören, bemessen werden. Selten wird dabei hinterfragt, unter welchen Umständen die Patienten mit komplexen Erkrankungen in diese Kliniken gekommen sind, warum sie nicht weiterverlegt wurden und ob bzw. welche medizinischen oder persönlichen Gründe es hierfür gab. Die völlig überzogene Diskussion über die angeblich hohe Herzinfarktsterblichkeit in Deutschland ist hierfür ein abschreckendes Beispiel (Weber 2019; Heber et al. im Druck). Mindestmengen sind kein Allheilmittel, auch wenn Politik und Krankenkassen das immer wieder gerne betonen, weil es so schön einfach und anscheinend überzeugend klingt. Bei seinen Regelungen über Mindestmengen läuft der Gemeinsame Bundesausschuss aber Gefahr, den ihm zustehenden Beurteilungsspielraum bei den beschlossenen Mengen teilweise erheblich zu überschreiten.

Im Weiteren schränken zahlreiche OPS Ziffern von Komplex Codes die Abrechenbarkeit und damit die Erbringung von komplexen Leistungen zusätzlich erheblich ein. Durch diese Regelungen wird auf Bundesebene massiv eine Zentralisierung von komplexen Behandlungen und Eingriffen eingefordert, die in die Planung und das Behandlungsspektrum vor Ort eingreifen.

Deshalb ist es so wichtig, dass die Länder ihre Befugnis für Ausnahmegenehmigungen behalten, die ihnen – bei guter Qualität – zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmen von den Mindestmenvorgaben des G-BA erlauben.

Der Gesetzgeber hat außerdem endlich auch im ambulanten Sektor den gleichen Anspruch an eine transparente und umfassende Qualitätssicherung zu realisieren. Dies gilt umso mehr, als eine weitergehende Ambulantisierung von Leistungen zu erwarten ist.

## 4.8 Überregulierung durch Strukturprüfungsrichtlinie

Auch bei konkreten und aktuellen Richtlinien lässt sich der eigentliche Gedanke der Qualitätssicherung kaum noch nachvollziehen bzw. kommt in einer kaum umsetzbaren und Aufwand maximierenden Form.

---

*Die Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes für erlösrelevante Komplexziffern verkehren das ursprüngliche im MDK Reformgesetz verfolgte Ziel einer Entbürokratisierung ins Gegenteil.*

*Die vom MDS erlassene kleinteilige Richtlinie und der Handlungsleitfaden bedeuten für viele Kliniken faktisch den Verlust relevanter Versorgungsstrukturen und deren Erlösen. Die Richtlinie muss ausgesetzt und nachverhandelt werden.*

---

Die Richtlinie muss ausgesetzt und nachverhandelt werden. Die Regelungen bedeuten für die Psychiatrie und die Psychosomatik mit ihren zahlreichen Komplexcodes quasi eine Neuzulassung. Der MDS hat in seiner Richtlinie für zahlreiche unscharfe Formulierungen die Deutungshoheit übernommen, da keine Abstimmungsverpflichtung mit den Leistungserbringern bisher gegeben ist (MDS 2021a). Zusätzlich hat der Behandlungsleitfaden zahlreiche Verschärfungen eingebracht, die über die an sich verbindlichen Regelungen des MDS hinausgehen (MDS 2021b).

### 4.9 Ordnungspolitischer Rahmen

Das deutsche Gesundheitswesen ist freiheitlich-wettbewerblich organisiert und zieht daraus einen großen Teil seiner Leistungsfähigkeit. Dass hierfür auch ein bundeseinheitlicher Rahmen unabdingbar ist, steht außer Frage. Aber:

---

*Die hohe Komplexität des Gesundheitswesens und die starke regionale Heterogenität in Bedarfen und Ressourcen erfordert neben einem starken Ordnungsrahmen ein möglichst hohes Maß an regionaler Flexibilität.*

*Das Subsidiaritätsprinzip, nach dem die Verantwortung immer auf der niedrigsten vertretbaren Stufe angesiedelt werden soll, muss entsprechend wieder stärker in den Fokus gerückt werden.*

---

In den letzten Jahren ist es jedoch verstärkt zu einer zentralistisch ausgerichteten Überformung dieser Grundprinzipien gekommen. Die ausufernde Zahl komplexer Strukturvorgaben und Mindestanforderungen ist Ausdruck einer Misstrauenskultur und weiterer Baustein einer „kalten“ Strukturbereinigung.

Sie eröffnen beispielsweise dem Medizinischen Dienst (MD) schier unendliche Prüfungsmöglichkeiten, die bei oft großen Interpretationsspielräumen gefühlt willkürliche Entscheidungen provozieren. All diese Maßnahmen sind mit einem erheblichen Bürokratieaufwand in der täglichen Dokumentation und während der Prüfungen verbunden, die den verantwortlichen Ärzten kaum noch Zeit zur Betreuung ihrer Patienten lassen. Der MD ist durch die im MDK Reformgesetz festgelegten Strukturprüfungen fast zu einer Krankenhauszulassungsbehörde geworden. Dafür fehlt ihm weiter die notwendige Unabhängigkeit. Hier braucht es einen radikalen Schritt hin zu einer Überprüfung der wirklichen Auffälligkeiten und die Einführung einer aufschiebenden Wirkung von Einsprüchen bzw. Rechtsbehelfen.

Auch trägt diese Kultur des Misstrauens erheblich zur abnehmenden Zufriedenheit der Ärzte und Pflegekräfte bei, was dem Fachkräftemangel weiter Vorschub leistet. Der hohe Ausbildungsstandard wird dadurch ad absurdum geführt. Eigenverantwortliches Handeln wird sanktioniert und dem System damit Kreativität und Leistungsfähigkeit genommen.

In geeigneten Regionen können dann auch Erfahrungen mit den derzeit häufig postulierten regionalen Versorgungsmodellen oder auch Regionalbudgets gesammelt werden. Die hierfür erforderlichen besonderen Voraussetzungen und die häufig damit hohe Erwartungshaltung an die Leistungsfähigkeit kommunaler Entscheidungsträger lassen jedoch nicht erwarten, dass sich diese Modelle als flächendeckender Versorgungsansatz durchsetzen werden. Auch gilt es, wo immer möglich, eine Bildung regionaler Versorgungsmonopole zu vermeiden, welche durch die beschriebenen Regionalmodelle häufig eher forciert werden. Die positiven Aspekte wettbewerblicher Versorgungsstrukturen sollten – auch zum Schutz der Wahlfreiheit der Patienten – geschützt werden.

# 5 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die deutsche Krankenhauslandschaft zeigt einen erheblichen Reformbedarf. Aber das von vielen Gutachtern, Stiftungen und Kassen in der Öffentlichkeit skizzierte Bild angeblicher Missstände an deutschen Kliniken, ist völlig überzogen. Der VLK befürchtet, dass über eine solche Skandalisierung vermeintlich oder im Einzelfall tatsächlich schlechter Krankenhausleistungen der Weg für radikale politische Entscheidungen geebnet werden soll, der sonst unvorstellbar scheint.

Wo aber liegt nun der Lösungsansatz, um die Versorgungsstrukturen zu verbessern? Grenzt man die Diskussion auf allgemeine Krankenhäuser ein, die ja auch für die akute Versorgung die entscheidende Rolle spielen, nimmt Deutschland bezogen auf die Bettendichte pro Einwohner einen Platz im Mittelfeld ein. Der Alarmismus über viel zu viele Betten ist übertrieben. Der VLK hält deshalb eine radikale Strukturbereinigung und Beschränkung auf Häuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung für nicht zielführend. Sie werden auch postpandemisch auf keinen Fall für die Versorgung ausreichen. Deutschland braucht einen gesunden Mix aus Kliniken, der – in einem gestuften System – einerseits der wohnortnahen Versorgung einer alternden Bevölkerung gerecht wird und andererseits komplexe Eingriffe den Maximal- und Schwerpunktversorgern überlässt. Mindestmengen und Strukturvorgaben sind wichtige Instrumente, aber sie müssen mit Augenmaß festgelegt und nicht als Mittel der Strukturbereinigung missbraucht werden. Dann kann die Rolle der Häuser mit der Notfallversorgungsstufe 1 klar definiert werden. Eine Reform der Finanzierung durch eine Sicherung der Investitionsfinanzierung und eine Reform der DRG-Erlöse ist längst überfällig. Auch alternative, regionale Finanzierungssysteme sind denkbar. Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle oder MVZ-Strukturen als Versorgungszentren sind in jedem Einzelfall als Alternativen für Grund- und Regelversorger, vor allem ohne Notfallstufe bzw. Intensivstation, zu prüfen. Die können gleichzeitig in ländlichen Regionen die notleidende ambulante Versorgung sichern. Dafür gibt es aufgrund unserer demographischen Entwicklung weiter einen enormen Bedarf. Strukturreformen werden auf der Basis realer Zahlen und regionaler Notwendigkeiten unterstützt. Die prinzipielle föderale Planung soll erhalten bleiben, die strukturellen Eingriffe des Bundes durch Gesetze oder Richtlinien des G-BA sieht der VLK kritisch. Die Strukturreform muss viel mehr aus der Sicht der Patienten und der Leistungserbringer vor Ort gesehen werden.

Die unzureichende Finanzierung hat in der Vergangenheit zu einer problematischen Ausdünnung des Pflegepersonals geführt. Der Lösungsversuch mit Einführung des Pflegebudgets und Pflegepersonaluntergrenzen führt jetzt zu Kompensationsmechanismen durch übermäßigen Abbau in anderen Berufsbereichen, wie den Ärzten. Hier können nur faire Personalbedarfsinstrumente zu einer Befriedung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen.

Medizin braucht gute Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl, Krankenhäuser somit auch.

### Impressum

#### *Herausgeber:*

Verband der Leitenden Krankenhausärzte  
Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
Telefon: (0211) 45499-0  
[www.vlk-online.de](http://www.vlk-online.de), [info@vlk-online.de](mailto:info@vlk-online.de)

#### *Chefredaktion:*

Rechtsanwalt Normann Johannes Schuster  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45499-29  
E-Mail: [info@vlk-online.de](mailto:info@vlk-online.de)

Das Positionspapier und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassername gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

## Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris; Busse, Reinhard; Haering, Alexander; Nimptsch, Ulrike; Pilny, Adam; Werbeck, Anna (2021): Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung; Technische Universität Berlin. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Analyse\\_Leistungen\\_Ausgleichszahlungen\\_2020\\_Corona-Krise.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf), zuletzt geprüft am 10.05.2021.

DIVI-Intensivregister (2021): DIVI-Intensivregister, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

GKV-Spitzenverband (2020): GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2020/KH-Positionen\\_2020.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2020/KH-Positionen_2020.pdf), zuletzt geprüft am 01.06.2021.

GKV-Spitzenverband (2021): Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe (§ 136c Absatz 4 SGB V), Stand 16.03.2021. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/Begleitinformationen\\_Prognose\\_der\\_Notfallstufen\\_Stand\\_16-03-2021.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/Begleitinformationen_Prognose_der_Notfallstufen_Stand_16-03-2021.pdf), zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Heber, R.; Levsen, A.; Offermanns, M. (im Druck): Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten. DKI.

Hoebel, Jens; Michalski, Niels; Wachtler, Benjamin; Diercke, Michaela; Neuhauser, Hannelore; Wieler, Lothar H.; Hövener, Claudia (2021): Sozioökonomische Unterschiede im Infektionsrisiko während der zweiten SARS-CoV-2-Welle in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 118 (15), S. 269 - 270.

Hollmig, Luisa-Maria (2021): Rekord beim Bettenabbau vor Corona. In: f&w (4), S. 292.

Mau, Jens (2021): VLK-Umfrage unterstreicht Bedeutung kleiner Kliniken. BibliomedManager. Online verfügbar unter <https://www.bibliomedmanager.de/news/vlk-umfrage-unterstreicht-bedeutung-kleiner-kliniken>, zuletzt aktualisiert am 09.03.2021, zuletzt geprüft am 11.05.2021.

MDS (2021a): Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V. Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Online verfügbar unter [https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/11\\_Leistungserbringer\\_Behandlung\\_im\\_Krankenhaus/OPS\\_SAB/\\_FIN\\_GESAMTSTROPS\\_mit\\_Anlagen.pdf](https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/11_Leistungserbringer_Behandlung_im_Krankenhaus/OPS_SAB/_FIN_GESAMTSTROPS_mit_Anlagen.pdf), zuletzt geprüft am 02.06.2021.

MDS (2021b): Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Online verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Krankenhaus/BGL OPS\\_210528.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Krankenhaus/BGL OPS_210528.pdf), zuletzt geprüft am 02.06.2021.

Metzner, Jochen (2019): Krankenhausplanung in Hessen. „Wir haben die Diskussion versachlicht“. In: Arzt und Krankenhaus 92 (1), S. 3 - 6.

Monopolkommission (2020): Wettbewerb 2020. XXIII. Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB. Online verfügbar unter [https://monopolkommission.de/images/HG23/HGXXIII\\_Gesamt.pdf](https://monopolkommission.de/images/HG23/HGXXIII_Gesamt.pdf), zuletzt geprüft am 11.05.2021.

OECD.Stat (2021): Health Care Resources. Online verfügbar unter [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC), zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Offermanns, Matthias (2018): Determinanten der Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen (Teil 1): Vergleich mit anderen Bundesländern. Deutsches Krankenhausinstitut.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf), zuletzt geprüft am 11.05.2021.

Schmid, Andreas; Hacker, Jan; Rinsche, Florian; Distler, Franziska (2018): Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Oberer AG; Universität Bayreuth. Online verfügbar unter <https://epub.uni-bayreuth.de/3852/1/Endversion%20IGZ%20Gutachten%20-%20Epub.pdf>, zuletzt geprüft am 11.05.2021.

Statistisches Bundesamt (2020): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611187004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611187004.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg 9. Senat, vom 16.04.2002, Aktenzeichen 9 S 1586/01. In: NVwZ-RR 2002, 847-851; KRS 02.064; MedR 2002, 408; ArztR 2003, S. 81 - 82.

Weber, Michael A. (2019): Krankenhausversorgung gemeinsam gestalten, aber bitte ohne Fake News. BibliomedManager. Online verfügbar unter <https://www.bibliomedmanager.de/news/38331-krankenhausversorgung-gemeinsam-gestalten-aber-bitte-ohne-fake-news>, zuletzt aktualisiert am 19.06.2019, zuletzt geprüft am 03.05.2021.

Weber, Michael A.; Stellbrink, Christoph; Schächinger, Volker; Hoffmeister, Hans Martin (2020): Mindestmengen G-BA: Der Sündenfall TAVI. In: das Krankenhaus 112 (8), S. 652 - 654.

Weber, Michael A.; Stellbrink, Christoph; Schächinger, Volker; Hoffmeister, Hans Martin (2021): TAVI-Mindestmengen: IQTIG-Daten sind ein Paukenschlag. In: Das Krankenhaus 113 (5).



Verband leitender  
Krankenhausärzte





# **Krankenhaus(struktur)-Reform Positionen zur Bundestagswahl 2021**

**Forderungen des Verbands der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)**