



STIFTUNG MÜNCH

KRANKENHÄUSER UMWANDELN STATT SCHLIESSEN: VORAUSSETZUNGEN FÜR NEUE GESTALTUNGSOPTIONEN SCHAFFEN

Ein Leitfaden zu Handlungsbedarfen und Lösungsansätzen
für die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern

Erarbeitet vom Institute for Health Care Business GmbH
und der Oberender AG im Auftrag der Stiftung Münch.
August 2022

INHALT

Zusammenfassung	3
1 Akuter Handlungsdruck und Hürden bei der zukunftsfähigen Weiterentwicklung kleiner Krankenhausstandorte	6
1.1 Herausforderungen der Krankenhausversorgung	6
1.2 Zielbilder der Krankenhausversorgung	7
1.3 Anpassungsbedarfe zur Erleichterung des Wandels	8
2 Empfehlungen an die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern	10
2.1 Vergütung von Leistungen neuer Versorgungsformen	10
2.2 Statusklärung neuer Versorgungsformen in der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung	12
2.3 Sonderstatus weiterentwickelter Krankenhausstandorte im Krankenhausplan	14
2.4 Sicherung von erhaltenen Fördermitteln bei Weiterentwicklung eines Krankenhauses	15
2.5 Instrumente zur bedarfsgerechten Gestaltung von Versorgungsstrukturen	16
2.6 Festigung der Rolle der Kommunen	18
2.7 Stärkung der Rechtssicherheit für Behandelnde und Pflegende	20
3 Fazit	22
Literatur/Impressum	23

ZUSAMMENFASSUNG

Viele kleine ländliche Krankenhäuser der Grundversorgung sind akut in ihrem Fortbestand bedroht. Neben wirtschaftlichen Defiziten ist es häufig ein eklatanter Personalmangel, der einen weiteren Betrieb ohne substanzielle Anpassungen verhindert. Zugleich erfüllen diese Krankenhäuser eine wichtige Funktion in der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Verschiedene Zielbilder für die zukunftsfähige Weiterentwicklung kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, die es erlauben, diese Funktion auch weiter zu erfüllen, existieren – beispielsweise so genannte ambulante Kliniken oder Überwachungskliniken. Die konsequente Umsetzung derartiger Zielbilder scheitert heute jedoch oft an unzureichenden rechtlichen Rahmenbedingungen.

Dieser Leitfaden identifiziert sieben Problemfelder, die Hürden für die Weiterentwicklung kleiner Krankenhausstandorte darstellen:

1. Unpassende Vergütung von Leistungen neuer Versorgungsformen,
2. unklarer Status neuer Versorgungsformen in der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung,
3. fehlender Status weiterentwickelter Krankenhausstandorte im Krankenhausplan,
4. Gefahr der Rückzahlung erhaltener Fördermittel bei Weiterentwicklung eines Krankenhauses,
5. mangelnde Instrumente zur bedarfsgerechten Gestaltung von Versorgungsstrukturen,
6. unklare Rolle der Kommunen und
7. mangelnde Rechtssicherheit für Behandelnde und Pflegende.

Der Leitfaden legt konkrete Handlungsbedarfe und Lösungsansätze zum Abbau von Hürden dar, die es den Gesetzgebern im Bund sowie in den Ländern ermöglichen, zielgerichtet die zukunftssichere Gestaltung der Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Die dazu notwendigen Reformen lassen sich weitgehend ohne zusätzliche Kosten umsetzen. Aber sie müssen umgehend auf den Weg gebracht werden. Denn in vielen ländlichen Regionen schließt sich das Zeitfenster, das genutzt werden kann, um Versorgung noch aktiv gestalten und Krankenhausstandorte weiterzuentwickeln zu können, statt unkontrolliert und ohne geeigneten Ersatz den Betrieb einzustellen.

Was muss sich ändern?

1. Bei der Vergütung von Leistungen neuer Versorgungsformen

- ▶ Für intersektorale Versorgungsangebote, die nicht in die Schublade DRG oder EBM passen, ist eine entsprechende Vergütung zu etablieren.
 - So genannte Hybrid-DRG bieten sich hierfür an.
 - Sie müssen zeitnah in den Kollektivvertrag überführt werden, sei es in Form eines neuen Abschnitts im SGB V oder integriert in ein separates Kapitel des EBM oder als eine Variante der DRG.
- ▶ Um auch kurzfristig handlungsfähig zu sein, müssen geeignete Formen von Selektivverträgen ermöglicht werden.
 - Blaupausen für einen vereinfachten Vertragsabschluss mit standardisierten Vergütungsmodalitäten sind zu erstellen.

- Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass Verträge nach § 140a SGB V auch gemeinschaftlich von mehreren oder sogar allen Kassen gemeinsam abgeschlossen werden können.
- Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, derartige Verträge zu kontrahieren, wenn die Zielbilder definierte Voraussetzungen erfüllen.
- Damit eine Transformation – solange keine Verankerung der Vergütung im Kollektivvertrag erfolgt ist – nicht am wirtschaftlichen Risiko scheitert, das Ärzte und andere Leistungserbringer auf sich nehmen müssen, sollte für eine begrenzte Anzahl von Pilotprojekten ein „Bestandsschutz“, z. B. im Sinne einer großzügig bemessenen Mindestvertragslaufzeit, gewährt werden.

2. Zur Statusklärung neuer Versorgungsformen in der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung

- ▶ Für Überwachungskliniken und vergleichbare intersektorale, bettenführende Einrichtungen muss ein geeigneter Rechtsrahmen geschaffen werden, der den Gründungsaufwand und das rechtliche Risiko für die Beteiligten beherrschbar macht.
- ▶ Die Einrichtung der Überwachungsklinik – im Sinne einer bettenführenden intersektoralen Gesundheitseinrichtung – muss als Einrichtung sui generis rechtlich definiert werden. Das könnte auf zwei Wegen gelingen:
 - Ein vollkommen neuer Abschnitt wird im SGB V verankert, der u.a. die Sicherstellung und Bedarfsplanung, den Leistungsumfang und die Vergütung für intersektorale bettenführende Einrichtungen regelt und diese gleichberechtigt in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und Krankenhausversorgung ansieht.
 - Eine Erweiterung des § 107 SGB V sowie des § 2 KHG wird vorgenommen, wo neben der Definition von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen intersektorale bettenführende Einrichtungen in Abgrenzung zu Krankenhäusern definiert werden könnten.
- ▶ Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung sollten Überwachungskliniken als eigenständige Vertragspartner gegenüber den Krankenkassen in der Versorgung auftreten, da Konstrukte wie dreiseitige Verträge in der Praxis keine geeignete Lösung darstellen.

3. Für einen Sonderstatus weiterentwickelter Krankenhausstandorte im Krankenhausplan

- ▶ Die Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Länder sind dahingehend anzupassen, dass umgewandelte Krankenhäuser im Krankenhausplan fortgeführt werden und ihr Institutionskennzeichen behalten können.
- ▶ Auch Krankenhausstandorte, die bereits in den letzten Jahren in alternative Strukturen überführt wurden, sollen diesen Status erhalten können.
- ▶ Diese Maßnahmen können und müssen losgelöst von der Frage des Planungsanspruchs und der Verantwortung der Investitionskosten diskutiert und umgesetzt werden, um absehbare Verzögerungen zu vermeiden.
- ▶ Langfristig ist eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung anzustreben.

4. Zur Sicherung von erhaltenen Fördermitteln bei Weiterentwicklung eines Krankenhauses

- ▶ Der Gesetzgeber muss festhalten, dass eine Umwandlung kleiner, für die stationäre Versorgung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, die durch eine bedarfsgerechte intersektorale oder ambulante Struktur ersetzt werden, im krankenhausplanerischen Interesse ist und keine Fördermittelrückzahlung nach sich zieht.

5. Für Instrumente zur bedarfsgerechten Gestaltung von Versorgungsstrukturen

- ▶ Der Gesetzgeber muss ermöglichen, dass der Sicherstellungsbedarf flexibler mit unterschiedlichen geeigneten Instrumenten erfüllt werden kann.
 - Beispielsweise muss es möglich sein, dass auch ein nach G-BA Kriterien bedarfsnotwendiges Krankenhaus der Basisnotfallversorgung, das seine Funktion faktisch nicht mehr ausfüllen kann, in Richtung alternativer Zielbilder in Form einer ambulanten Klinik oder einer Überwachungsklinik weiterentwickelt werden kann.
 - Voraussetzung hierfür muss ein, dass durch alternative Maßnahmen wie durch Anpassungen beim Rettungsdienst und ergänzende Angebote am verbleibenden Gesundheitsstandort für die Bevölkerung ein adäquater Zugang zu allen Stufen der Notfallversorgung sichergestellt wird.
- ▶ Der Gesetzgeber muss ferner die Voraussetzungen schaffen, dass regionale Versorgungsstrukturen flexibler angepasst werden können und die schon seit langem geforderte sektorenübergreifende Versorgungsplanung umgesetzt werden kann.
- ▶ Für eine proaktive Gestaltung von Versorgungsstrukturen ist eine Schärfung und Stärkung der Rechtsgrundlage der Handlungsmöglichkeiten der Planungsbehörden notwendig.

6. Zur Festigung der Rolle der Kommunen

- ▶ Für Kommunen, die als Träger eines MVZ selbst Verantwortung übernehmen wollen oder müssen, muss ein verlässlicher rechtlicher Handlungsraum geschaffen werden.
 - Hierzu zählt die Vereinheitlichung kommunalrechtlicher und bundesrechtlicher Vorgaben in Bezug auf die Möglichkeiten, ein kommunales MVZ zu gründen, zum Beispiel unbegrenzte selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung und ambulante Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsfürsorge.
 - Auch muss auf eine einheitliche Rechtsauffassung für die Entscheidungsfindung in den jeweiligen Zulassungsausschüssen hingewirkt werden.
- ▶ Die Verantwortlichkeit der Kommune in der Primärversorgung hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten ist zu klären und den Notwendigkeiten anzupassen.
- ▶ Die Aufnahme der ambulanten Gesundheitsversorgung in die kommunalen Pflichtaufgaben sowie alternative Lösungsansätze, die auch finanziell angeschlagenen Kommunen ein entsprechendes Engagement ermöglichen, ist zu prüfen.

7. Für die Stärkung der Rechtssicherheit für Behandelnde und Pflegende

- ▶ Es ist ein umfassendes Rechtsgutachten nötig, das eine klare Einordnung vermuteter und realer Rechtsrisiken für die in Überwachungskliniken und vergleichbaren Einrichtungen tätigen Personen vornimmt.
- ▶ Dieses Gutachten muss ferner konkrete Empfehlungen zur Anpassung von relevanten Gesetzestexten sowie untergesetzlichen Normen formulieren, um die Risiken für Behandelnde und Pflegende zu minimieren.
- ▶ Verschiedene Muster-Behandlungsverträge sind für die verschiedenen Ausprägungen von Überwachungskliniken zu entwickeln.

1 AKUTER HANDLUNGSDRUCK UND HÜRDEN BEI DER ZUKUNFTS-FÄHIGEN WEITERENTWICKLUNG KLEINER KRANKENHAUS-STANDORTE

1.1 HERAUSFORDERUNGEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG

Die Krankenhausversorgung in Deutschland steht vor immensen Herausforderungen. Seit vielen Jahren findet ein erheblicher demografischer Wandel statt. Die Bevölkerung altert, immer mehr Menschen gehen in Rente, aber immer weniger junge Erwerbstätige kommen nach. Ein Fachkräftemangel ist daher in vielen Branchen, darunter dem Gesundheitswesen, spürbar. Der demografische Wandel wird sich etwa zur Mitte dieses Jahrzehnts zusätzlich beschleunigen, wenn die ersten geburtenstarken Jahrgänge, die um das Jahr 1960 herum geboren wurden, in Rente gehen. Ab 2024 sind dies mehr als 1,2 Millionen Menschen pro Jahr. Ihnen werden jedes Jahr nur etwa 750.000 junge Menschen folgen, die in ihre Fußstapfen treten können. So fehlt bald jedes Jahr etwa eine halbe Million erwerbsfähiger Menschen. Wenn es weniger erwerbstätige Beitragszahler gibt, wird die Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung schwächeln, während die Ausgaben weiter steigen, weil ältere Menschen höhere Gesundheitsbedarfe haben. Zudem haben die deutschen Krankenhäuser einen hohen zusätzlichen Investitionsbedarf, beispielsweise um Defizite in der Digitalisierung aufzuholen und veraltete Strukturen auf heutige Bedarfe anzupassen.

Darüber hinaus sind in den vergangenen Jahren weitere Herausforderungen für das Gesundheitswesen entstanden. Derzeit muss es die Folgen der Covid19-Pandemie bewältigen. Denn die Zahl der in Krankenhäusern stationär versorgten Menschen ist während der Pandemie stark gesunken und verharrt weiterhin auf niedrigem Niveau. Die Auslastung vieler Krankenhäuser ist damit zu gering, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Zudem verändert der Krieg in der Ukraine die Weltordnung und führt, gepaart mit den Folgen der Pandemie, dazu, dass derzeit teilweise die Vorteile aus der internationalen Arbeitsteilung wegbrechen. In der Konsequenz sinkt die Effizienz der Leistungserbringung weltweit und es steigen die Preise für Güter und Dienstleistungen. Für Verbraucher und Betriebe wird zunehmend spürbar, was das Zurückfahren der internationalen Arbeitsteilung für ihren Alltag bedeutet. Auch die Krankenhäuser sind betroffen, die zudem ihrerseits die Preise nicht umgehend, sondern nur mit großem Zeitverzug erhöhen können. Auch sind die Nachwehen der Finanz- und Euro-Krise noch nicht vorbei, sondern zeigen sich in der aufgeblähten Bilanz der Europäischen Zentralbank. Die Veränderungen des Klimas werden sichtbarer und entfalten weiteren Anpassungsdruck auf die Krankenhäuser – Stichwort „Green Hospital“. In der Konsequenz schwinden die personellen und finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens zunehmend.

Die gute Nachricht ist: Krankenhäuser können prinzipiell mit dieser Herausforderung umgehen, wenn ausreichend Gestaltungsfreiheit besteht. Potenziale sind vorhanden und es werden auch weiterhin Krankenhäuser gebraucht. Ihnen wird die Arbeit nicht ausgehen. Jedoch müssen sich die Rolle und die Arbeitsweise des Krankenhauses verändern – insbesondere die vieler kleiner Grund- und Regelversorger.

Schon heute könnten viele im Krankenhaus stationär durchgeführte Eingriffe auch ambulant vorgenommen werden. Im internationalen Vergleich wird dies besonders sichtbar: Bezogen auf die Bevölkerung gibt es in Deutschland sehr viele stationäre Fälle, weitaus mehr als in vergleichbaren OECD-Ländern. Jedoch sind solche ambulant erbringbaren, derzeit stationären Fälle in der Regel komplexer und aufwändiger als der typische derzeitige ambulante Fall. Unter den aktuellen Vergütungssystemen in Deutschland ist es schwierig, solche komplexeren ambulanten Fälle kostendeckend zu behandeln. Es deutet sich aber ein Wandel an, zumindest sieht dies der aktuelle Koalitionsvertrag der Bundesregierung vor. Krankenhäuser der Grundversorgung könnten damit immer mehr komplexe ambulante Leistungen erbringen und sich gegebenenfalls sogar aus der stationären Versorgung zurückziehen. Und spezialisierte stationäre Behandlungen sollten ohnehin besser in einem dafür passenden Zentrum durchgeführt werden, wo auch die knapper werdenden medizinischen Spezialisten vorgehalten werden können. Durch moderne telemedizinische Angebote kann deren Spezialwissen wiederum in die Fläche gebracht werden.

1.2 ZIELBILDER DER KRANKENHAUSVERSORGUNG

Der Wandel der Krankenhausstrukturen findet tatsächlich auch schon seit vielen Jahren statt. In einigen Regionen werden Kapazitäten zu größeren Einheiten zusammengezogen – zum Beispiel durch Bildung von größeren Kliniken im Zentrum und gebündelten ambulanten Angeboten in der Fläche. Wichtig ist dabei stets, dass bisherige Krankenhausstandorte mit einem Fokus auf die stationäre Versorgung auch weiterhin als kompetente Anlaufstelle für die Gesundheitsversorgung erhalten bleiben – abgestimmt auf den lokalen Bedarf als Anlaufstelle für die wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung mit einem Fokus auf komplexere ambulante Fälle und in enger Kooperation mit Haus- und Fachärzten, mit der Kranken- und Altenpflege, mit Rehabilitations- und Präventionsangeboten sowie mit telemedizinischer Anbindung an die Zentren der stationären Versorgung. Dabei gilt es, auch die haus- und fachärztliche Versorgung gerade auf dem Land stärker zu bündeln, um bessere Arbeitsbedingungen für die niedergelassenen Ärzte zu schaffen und ein breites medizinisches Wissen an einem Standort vorhalten zu können.

Das kleine Krankenhaus der Grundversorgung könnte sich zusammen mit Partnern zu einer solchen intersektoralen Einrichtung entwickeln. Je nach Bedarf vor Ort hält es noch Betten vor oder nicht – verschiedenste Zielbilder* sind denkbar. Wenn keine Betten mehr vorgehalten werden, könnte es sich um eine **ambulante Klinik** handeln. Im Fokus steht die ambulante medizinische Grundversorgung. Sie bildet die erste Anlaufstelle für den Großteil der gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung, die der Basisversorgung zuzurechnen sind. Ein Transformationsprozess eröffnet Möglichkeiten, dafür freiwerdende Räume des Krankenhauses zu nutzen oder neue Gebäude zu errichten, um bestehende ambulante Angebote zusammenzuführen und durch neue zu ergänzen. Auf diese Weise wären viele Gesundheitsdienste an einem zentralen Ort leicht zu erreichen.

*Siehe zu den Zielbildern die Broschüren der Stiftung Münch für ► **Bürger** bzw. ► **lokale Entscheidungsträger**. Unter dem gemeinsamen Titel „Was für ein Krankenhaus brauchen wir vor Ort?“ werden konkrete Option dargestellt, Hintergründe erläutert und Empfehlungen formuliert.

Wenn zumindest in kleinem Umfang aber nach wie vor ein Bedarf für eine medizinische Überwachung besteht, könnte das Ergebnis des Entwicklungsprozesses eine **Überwachungsklinik** sein. Anders als in ambulanten Kliniken gibt es hier Betten und Patienten können bei Bedarf für einige Tage und Nächte aufgenommen werden. Das Angebot richtet sich an Patienten, die rein ambulant nicht sicher versorgt werden können, jedoch auch nicht die hochtechnisierte Infrastruktur und durchgehende ärztliche Präsenz eines klassischen Krankenhauses benötigen. Eine gute ärztliche Diagnostik, ggf. ergänzt um eine telemedizinische Anbindung an Zentren sowie die sichere Verlaufsabschätzung und kontinuierliche Überwachung durch qualifizierte Pflegekräfte sichern die Versorgungsqualität.

In Einzelfällen könnte auch die Überführung in eine **Fachklinik** ein weiteres Zielbild darstellen. Hierfür sind jedoch umfassende Voraussetzungen zu beachten, die nur in Ausnahmefällen zu erfüllen werden können. Zugleich sind die Prozesse hierfür weitgehend etabliert, sodass sich kaum Anpassungsnotwendigkeiten ergeben und diese Option im Weiteren nicht vertieft behandelt wird.

Mit auf den lokalen Bedarf abgestimmten Zielbildern wie dem einer ambulanten Klinik oder einer Überwachungsklinik ließen sich die knappen Fachkräfte im Gesundheitswesen besser einsetzen und die Gesundheitsversorgung nicht nur aufrechterhalten, sondern sogar qualitativ aufwerten. Das Erreichen dieses Zielbilds setzt aber die Weiterentwicklung der bestehenden Krankenhaus- und vertragsärztlichen Versorgung in einer Region voraus. Der dazu nötige Veränderungsprozess führt bei der Bevölkerung vor Ort oft zu Verlustängsten. Das alte Bekannte könnte verschwinden. Dagegen steht etwas Neues, noch Ungewisses. Ob das Neue genauso gut oder gar besser als das Alte ist, wird häufig bezweifelt. Einzelne Beispiele von Transformationen zeigen, dass es gelingen kann.

Damit das Neue einfacher und schneller gestaltet werden kann, braucht es aber auch Anpassungen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Denn für die Realisierung einer patientenorientierten, sektorenübergreifenden Versorgung sind die derzeitigen regulatorischen Hürden hoch.

1.3 ANPASSUNGSBEDARFE ZUR ERLEICHTERUNG DES WANDELS

Soll heute ein Krankenhaus in Richtung einer Überwachungsklinik weiterentwickelt werden, müssen aufwendige Verhandlungen mit den Krankenkassen geführt werden, da es keinen standardisierten Ansatz zur Vergütung gibt. Auch der Rechtsstatus der Einrichtung muss in jedem Einzelfall juristisch geklärt und abgesichert werden. Geht die Entwicklung in Richtung einer ambulanten Klinik oder einer Überwachungsklinik droht in vielen Fällen die Streichung aus dem Krankenhausplan. Damit verliert der Gesundheitsstandort für die Bundesländer an Priorität und in der öffentlichen Wahrnehmung an Bedeutung. Zugleich führt ein großer Bewertungsspielraum der Landesministerien hinsichtlich einer ggf. notwendigen Rückzahlung von Krankenhausfördermitteln zu einer hohen Unsicherheit bei Krankenhausträgern, die ihr Krankenhaus zukunftssicher gestalten wollen.

Viele Bundesländer haben derzeit noch Schwierigkeiten, eine aktive Rolle in der Gestaltung der Versorgungsstrukturen einzunehmen, da (Landeskrankenhaus-)Gesetze oder andere Normen weder genügend Flexibilität noch genügend Durchgriff bieten. Auch für Kommunen, die sich stärker als bisher einbringen wollen, ergeben sich Hürden, z. B. bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), die gerade in dünnbesiedelten und strukturschwachen Regionen einen Startpunkt für weitere Angebote bilden können. Von elementarer Bedeutung für die weiterentwickelten Strukturen sind auch die Ärzte, Pflegekräfte und Vertreter weiterer Heilberufe, die in ambulanten Kliniken oder Überwachungskliniken tätig sind. Viele von ihnen fühlen sich aktuell noch nicht hinreichend rechtlich abgesichert, beispielsweise was die Ausgestaltung von Behandlungsverträgen oder die Versicherbarkeit ihrer Tätigkeit in neuen Formaten der Leistungserbringung betrifft.

Die Menschen vor Ort dürfen mit den nötigen Transformationsprozessen nicht allein gelassen werden. Der Gesetzgeber sollte unbedingt bestehende Hürden abbauen. Denn jede Hürde führt zu Frustration und zehrt an der Motivation der handelnden Akteure. So geht wertvolle Zeit verloren, die angesichts der riesigen und unmittelbar anstehenden Herausforderungen nicht mehr vorhanden ist. Aus Sicht der Autoren ist der Gesetzgeber aufgefordert, die folgenden Stellschrauben neu auszurichten, um mögliche Lösungsoptionen für Regionen mit Anpassungsbedarfen zügig und sicher realisieren zu können:

1. Vergütung von Leistungen neuer Versorgungsformen,
2. Statusklärung neuer Versorgungsformen in der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung,
3. Sonderstatus weiterentwickelter Krankenhausstandorte im Krankenhausplan,
4. Sicherung von erhaltenen Fördermitteln bei Weiterentwicklung eines Krankenhauses,
5. Instrumente zur bedarfsgerechten Gestaltung von Versorgungsstrukturen,
6. Festigung der Rolle der Kommunen und
7. Stärkung der Rechtssicherheit für Behandelnde und Pflegende.

Für die meisten der genannten Punkte lassen sich zwar auch heute schon Lösungen finden. Sie sind jedoch in ihrer Ausgestaltung äußerst aufwendig und überfordern in vielen Regionen – häufig die, mit dem größten Bedarf – die Akteure vor Ort.

Um den Transformationsprozess zu beschleunigen und zu einem Erfolg zu führen, sollten Unsicherheiten sowie die Notwendigkeit für aufwändige Einzelfalllösungen deutlich reduziert werden. Wichtig ist, dass die Anpassungen schnell erfolgen, sonst stehen Krankenhäuser – sei es aus akutem Personalmangel oder wirtschaftlichen Gründen – vor dem Aus, ohne dass sie in neue, tragfähige Strukturen überführt werden können. Diese Gefahr ist akut und wird aufgrund der eingangs beschriebenen Herausforderungen mit jedem Monat größer. Das Gute: Die meisten Punkte kosten nichts – in Anbetracht der absehbar schweren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht unwichtig. Der Schwerpunkt liegt auf einem Abbau von vermeidbaren Barrieren.

2 EMPFEHLUNGEN AN DIE GESETZGEBER IM BUND UND IN DEN LÄNDERN

2.1 VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN NEUER VERSORGUNGSFORMEN

Viele der Alternativen zu einem klassischen Krankenhaus zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich nicht einfach in die Schablone stationärer oder ambulanter vertragsärztlicher Versorgung pressen lassen. Krankenhäuser könnten vermehrt komplexe ambulante Leistungen erbringen und Weiterentwicklungen des Krankenhauses wie Überwachungskliniken und Intersektorale oder Regionale Versorgungszentren bieten eine Behandlung mit Übernachtungsmöglichkeit an. Das Vergütungssystem ist im Status quo aber genau dieser Schablone folgend aufgebaut und kennt im Kern nur die DRG für die stationäre Versorgung sowie den EBM für die ambulante Versorgung. Angebote, wie die einer Überwachungsklinik, die formal eben keinem klassischen Krankenhaus entspricht, fallen durch das Raster.

Eine Option stellt die Entwicklung entsprechender „Hybrid-DRG“ dar. Das sind DRG, die unabhängig vom Erbringungsort – sei es in der Klinik oder in der vertragsärztlichen Versorgung – für komplexere ambulante Behandlungen verwendet werden können, die bislang eher stationär erbracht wurden. Diese besondere Vergütung muss flexibel für verschiedene Versorgungsformen nutzbar sein – sei es für Angebote, die in einen klassischen Krankenhausstandort integriert sind, oder an einem eigenen Gesundheitsstandort z. B. in einer Überwachungsklinik vorgehalten werden. Der Inhalt der Leistung, nicht der Ort der Erbringung, sind entscheidend. Eine solche Hybrid-DRG muss Teil des regulären Spektrums möglicher Vergütungsoptionen sein und einen wirtschaftlichen Betrieb entsprechender Kliniken erlauben. Aktuell sind Hybrid-DRGs jedoch nur ein theoretisches Konzept. Sie sind in der Praxis noch nicht angekommen, werden jedoch dringend und zeitnah benötigt.

Kurzfristig kann dies nur dadurch kompensiert werden, dass zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen selektive Verträge geschlossen werden. Diese ermöglichen Vergütungsvereinbarungen über das hinaus, was DRG und EBM aktuell erlauben. Die Verhandlung selektiver Verträge ist allerdings ein aufwendiger und zeitintensiver Prozess. Gerade in Regionen, die eine neue Rolle für ihr bisheriges Krankenhaus suchen, ist es besonders schwierig, Akteure zu finden, die einen derartigen Verhandlungsprozess mit den Krankenkassen erfolgreich führen können. Diese Regionen sind oft dünn besiedelt, haben ein hohes Durchschnittsalter der Bevölkerung sowie der niedergelassenen Ärzte und sind häufig mit ambulanter Unterversorgung konfrontiert. Entsprechend wichtig ist es, die Rahmenbedingungen für Verhandlungen möglichst klar und einfach zu gestalten. Im Idealfall helfen Vorlagen und Blaupausen, die von allen genutzt werden können, ohne das Rad bei jeder Gelegenheit neu erfinden zu müssen. Transformationsprozesse dürfen nicht schon daran scheitern, dass ein aufwendiger und zeitraubender Verhandlungsprozess eigentlich willige Projektpartner abschreckt.

Weiter erschwert wird die Verwendung von Selektivverträgen nach § 140 SGB V für neue Versorgungsangebote auch dadurch, dass der Gesetzgeber für diesen Paragraphen explizit eine wettbewerbsfördernde Intention formuliert hat. Viele Krankenkassen leiten daraus ab, dass sie nicht gemeinschaftlich in einen derartigen Vertrag eintreten können. Für viele strukturverändernden Maßnahmen ist aber eine möglichst umfassende Abdeckung der Bevölkerung vor Ort erforderlich, gerade in dünn besiedelten Gebieten. Der Gesetzgeber muss für derartige Fälle den kollektiven Vertragsabschluss aller in einer Region vertretenen Krankenkassen ausdrücklich ermöglichen. Alternativ zu einer freiwilligen Umsetzung sollten daher auch Vertragslösungen mit Kontrahierungszwang eine Lösung darstellen.

Bei der Transformation eines Krankenhauses handelt es sich um eine weitreichende Maßnahme. Dies impliziert, dass Beteiligte wie z.B. niedergelassene Ärzte oder Physiotherapeuten Entscheidungen von erheblicher Tragweite hinsichtlich zu tätigender Investitionen treffen müssen. Entsprechend benötigen sie langfristige Planungssicherheit. Selektive Verträge können jedoch oft kurzfristig gekündigt werden. Dies hindert Leistungserbringer, die keine Möglichkeit haben, Risiken zu diversifizieren, an strukturverändernden Maßnahmen, die nur auf selektivvertraglichen Vereinbarungen basieren, teilzunehmen. Entsprechend wichtig sind dauerhafte Lösungen wie die Hybrid-DRG. Für kurzfristige Lösungen sind Selektivverträge aber wichtig. Krankenhausstandorte, die in ihrer heutigen Form vor dem Aus stehen, brauchen jetzt einen gangbaren Weg. Aber auch Modellvorhaben und Erprobungen werden kurzfristig benötigt, um zeitnah Evidenz aus der praktischen Anwendung von derartigen Versorgungsformen zu erhalten und diese Erfahrung in die weitere Optimierung von Strukturen und Vergütung einfließen lassen zu können.

Die beschriebenen Hürden und gerade auch das Risiko der Kündbarkeit gilt aber auch dann, wenn es sich „nur“ um Modellvorhaben oder andere Formen der Erprobung handelt. Kein Arzt ist bereit, erheblich Zeit und Geld in ein Projekt zu investieren, das nach Ablauf der Erprobungsphase nach wenigen Jahren unter Umständen keine Zukunft hat. Deshalb kann man nicht auf eine fertige Hybrid-DRG warten. Es gilt, einen Rahmen zu schaffen, der auch kurzfristig für strukturverändernde Maßnahmen hinreichend Planungssicherheit schafft. Da es sich bei Modellversuchen und Erprobungen nur um wenige Fälle handelt, könnte eine Bestandsgarantie, die nur aus besonders gravierenden Gründen aufgekündigt werden kann, eine sinnvolle Option darstellen.

Was muss sich ändern?

- ▶ Für intersektorale Versorgungsangebote, die nicht in die Schublade DRG oder EBM passen, ist eine entsprechende Vergütung zu etablieren.
 - Die Hybrid-DRG bietet sich hierfür an.
 - Sie muss zeitnah in den Kollektivvertrag überführt werden, sei es in Form eines neuen Abschnitts im SGB V oder integriert in ein separates Kapitel des EBM oder als eine Variante der DRG.
- ▶ Um auch kurzfristig handlungsfähig zu sein, müssen geeignete Formen von Selektivverträgen ermöglicht werden.
 - Blaupausen für einen vereinfachten Vertragsabschluss mit standardisierten Vergütungsmodalitäten sind zu erstellen.

- Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass Verträge nach § 140a SGB V auch gemeinschaftlich von mehreren oder sogar allen Kassen gemeinsam abgeschlossen werden können.
- Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, derartige Verträge zu kontrahieren, wenn die Zielbilder definierte Voraussetzungen erfüllen.
- Damit eine Transformation – solange keine Verankerung der Vergütung im Kollektivvertrag erfolgt ist – nicht am wirtschaftlichen Risiko scheitert, das Ärzte und andere Leistungserbringer auf sich nehmen müssen, sollte für eine begrenzte Anzahl von Pilotprojekten ein „Bestandsschutz“, z. B. im Sinne einer großzügig bemessenen Mindestvertragslaufzeit, gewährt werden.

2.2 STATUSKLÄRUNG NEUER VERSORGUNGSFORMEN IN DER KRANKENHAUS- UND SOZIALGESETZGEBUNG

Während rein ambulante Einrichtungen oder auch Fachkliniken einen festen Platz im Sozialrecht haben, werden Krankenhäuser, die in Form von Überwachungskliniken ein anders gelagertes Leistungsspektrum vorhalten, nicht adäquat abgebildet. In der Krankenhaus- und Sozialgesetzgebung ist eine Gesundheitseinrichtung gemäß den §§ 2 KHG bzw. 107 SGB V dann als Krankenhaus anzusehen, wenn die Behandlung auf Diagnostik, Kuration, Palliation oder Geburtshilfe abzielt sowie eine stationäre Unterbringung möglich ist. Eine Einrichtung mit der Möglichkeit, Patienten zur Überwachung oder Nachsorge kurzzeitig unterzubringen, wird damit als Krankenhaus eingeordnet, was erhebliche Probleme mit sich bringt.

So müssten bei enger Auslegung der Gesetzestexte zunächst auch Überwachungskliniken dieselben hohen strukturellen und personellen Anforderungen und administrativen Verpflichtungen erfüllen, die für reguläre Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung gelten; zum Beispiel

- ▶ die Vorhaltung spezifischer Geräte für einzelne Fach- und Leistungsbereiche,
- ▶ rund um die Uhr und sieben Tage die Woche die Sicherstellung des „Facharztstandards“ und umfassende Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienste,
- ▶ die Erhebung und Erfüllung bundesweiter Qualitätskriterien sowie landesspezifische Kriterien (z. B. Mindest- und Auswahlkriterien für Leistungsgruppen in NRW),
- ▶ die Durchführung von Budgetverhandlungen,
- ▶ die Erstellung (in weiten Teilen nicht einschlägiger) Qualitätsberichte,
- ▶ die Teilnahme am Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes.

Überwachungskliniken oder ähnliche intersektorale bettenführende Einrichtungen sollen sich jedoch ganz dezidiert von diesem Regelwerk lösen können, da sie auch Patienten mit einfacheren beherrschbaren Krankheiten, vor allem ambulant, und entsprechend niedrigeren strukturellen Erfordernissen behandeln. Ohne jeglichen Qualitätsverlust in der Versorgung der Patienten benötigen sie vieles von dem nicht, was für ein Krankenhaus vorgeschrieben ist, z. B. hinsichtlich personeller und apparativer Ausstattung. Gerade durch die Beschränkung auf ein hierfür geeignetes Patientenspektrum und die entsprechende Verzichtbarkeit teurer Strukturen werden diese medizinisch sinnvollen Einrichtungen wirtschaftlich tragfähig. Die strukturellen und personellen Anforderun-

gen orientieren sich eher an der vertragsärztlichen Versorgung: Zwar haben auch Haus- und Facharztpraxen sowie MVZ diverse Anforderungen z.B. gemäß Bundesmantelvertrag (BMV) zu erfüllen, z. B. ausreichendes Angebot von Sprechzeiten, Teilnahme am kassenärztlichen Notdienst, Hygienevorschriften. Doch stellen sich diese im Vergleich zum Krankenhaus wesentlich geringer dar. Auch haftungsrechtlich ist eine Gleichsetzung mit einem klassischen Krankenhaus ein Risiko für die Betreiber, das im Einzelfall nur aufwendig durch spezielle vertragliche Konstrukte gelöst werden kann (siehe hierzu auch **Abschnitt 2.7**).

Entsprechend ist aktuell bei Transformationsprojekten mit dem Zielbild einer intersektoralen bettenführenden Einrichtung eine aufwendige Abgrenzung und einzelfallbezogene Regelung erforderlich, was einen entscheidenden Hemmfaktor für die Initiierung solcher Projekte in der Fläche darstellt: Denn wer investiert viel Zeit und Geld in ein Projekt, dessen rechtliche Grundlage möglicherweise angreifbar ist? Wer kann sich eine entsprechend umfassende Rechtsberatung leisten?

Als weitgehend gescheitert muss das für Praxiskliniken nach §§ 115 und 122 SGB V erdachte Konstrukt dreiseitiger Verträge betrachtet werden, die mit einer im weiteren Sinn ähnlichen Zielrichtung etabliert wurden. Zwar existieren aktuell knapp 120 Praxiskliniken, die größtenteils als (private) ambulante OP-Zentren betrieben werden (Laschet 2018). Es fehlen jedoch auf Landesebene die entsprechenden dreiseitigen Verträge zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Landesverbänden der Krankenkassen, sodass hier zumeist über alternative Konstrukte wie Selektivverträge Vereinbarungen getroffen werden. Dies schlägt sich in der geographischen Verortung sowie im Indikationsspektrum nieder: Praxiskliniken befinden sich fast ausschließlich in urbanen Räumen und fungieren in der Regel als OP-Zentren mit hohem Patientendurchsatz. Das Konstrukt eignet sich nicht für die primär konservative internistische Behandlung in dünn besiedelten Regionen.

In diesem Sinne stellt die aktuelle Rechtslage kein passgenaues Versorgungsangebot für diese Bedarfe bereit. Eine Verankerung der Überwachungsklinik als Einrichtung sui generis würde hier Abhilfe schaffen. Sie wäre auch zweckmäßiger, als bei jeder, das klassische Krankenhaus betreffenden Norm, eine eigene Ausnahme zu formulieren.

Was muss sich also ändern?

- ▶ Für Überwachungskliniken und vergleichbare intersektorale, bettenführende Einrichtungen muss ein geeigneter Rechtsrahmen geschaffen werden, der den Gründungsaufwand und das rechtliche Risiko für die Beteiligten beherrschbar macht.
- ▶ Die Einrichtung der Überwachungsklinik – im Sinne einer bettenführenden intersektoralen Gesundheitseinrichtung – muss als Einrichtung sui generis rechtlich definiert werden. Das könnte auf zwei Wegen gelingen:
 - Ein vollkommen neuer Abschnitt wird im SGB V verankert, der u.a. die Sicherstellung und Bedarfsplanung, den Leistungsumfang und die Vergütung für intersektorale bettenführende Einrichtungen regelt und diese gleichberechtigt in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und Krankenhausversorgung ansieht.
 - Eine Erweiterung des § 107 SGB V sowie des § 2 KHG wird vorgenommen, wo neben der Definition von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen intersektorale bettenführende Einrichtungen in Abgrenzung zu Krankenhäusern definiert werden könnten.

- ▶ Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung sollten Überwachungskliniken als eigenständige Vertragspartner gegenüber den Krankenkassen in der Versorgung auftreten, da Konstrukte wie dreiseitige Verträge in der Praxis keine geeignete Lösung darstellen.

2.3 SONDERSTATUS WEITERENTWICKELTER KRANKENHAUSSTANDORTE IM KRANKENHAUSPLAN

Unabhängig davon, ob als ambulante Klinik oder als Überwachungsklinik – im Status quo wäre das weiter entwickelte Krankenhaus in den meisten Krankenhausplänen nicht mehr enthalten. Dies ignoriert, dass diese Krankenhausstandorte eben nicht einfach geschlossen werden konnten, da sie für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen von großer Bedeutung sind. Da die Krankenhäuser in der klassischen Form jedoch keine Zukunft hatten, wurden sie weiterentwickelt. Diese Statusänderung, die aktuell durch die Streichung aus dem Krankenhausplan explizit wird, wird oft als Verlust oder Geringschätzung empfunden. Auch verschwindet der Standort damit vom Radar der Landespolitik, die vorrangig für die im Krankenhausplan verankerten Einrichtung verantwortlich zeichnet. Beides hemmt die Bereitschaft, Krankenhausstandorte in Richtung zukunftsfähiger Konzepte weiterzuentwickeln.

Es gilt, den weiterentwickelten Krankenhausstandorten einen formellen und herausgehobenen Status zuzubilligen, der ihrer Bedeutung gerecht wird. Dem Krankenhausplan kommt dabei eine zentrale Rolle zu, gerade weil er die Länder mit in die Verantwortung nimmt. Da diese Einrichtungen bspw. im Fall einer Überwachungsklinik ein Status sui generis erhalten sollten (siehe **Abschnitt 2.2**) oder als ambulante Klinik fungieren, erfordert dies Anpassungen in den Landeskrankenhausgesetzen bzw. den darauf beruhenden Krankenhausplänen. Dies ist beispielsweise in Brandenburg bereits dahingehend erfolgt, dass das Brandenburgische Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG) hinreichend Flexibilität bietet, einen Krankenhausplan aufzustellen, der auch derartige Einrichtungen berücksichtigt. Noch konkreter ist die im Juni 2022 verabschiedete Novelle des niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG), welches im § 1 Nr. 2 die Anwendbarkeit des Gesetzes auf „regionale Gesundheitszentren“ im Sinne des § 3 Nr. 12 regelt.

Standorte, die bereits den Transformationsweg beschritten haben, sollten ebenfalls diesen Sonderstatus bekommen können, damit ihnen ihr Pioniergeist nicht zum Nachteil gereicht. Elementar wäre vorab zu prüfen, ob sie in ihrer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung eine entsprechende Relevanz erreichen und in ihrer Struktur über die reguläre vertragsärztliche Versorgung hinreichend hinausgehen.

Die Bundesländer können durch die Fortführung im Krankenhausplan damit zum einen zeigen, dass ihnen die Bedeutung der jeweiligen Gesundheitsstandorte bewusst ist und sie für deren Fortbestand auch bereit sind, Verantwortung zu übernehmen. Zum anderen verdeutlicht es die Notwendigkeit, für derartige Einrichtungen in eine sektorenübergreifend koordinierte Bedarfsplanung einzusteigen. Die in derartigen Zentren im Regelfall einzubindende vertragsärztliche ambulante Versorgung berührt die Planungshoheit der einschlägigen Landes- bzw. Zulassungsausschüsse (basierend auf den §§ 99 – 105 SGB V

sowie der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Der Krankenhausplan repräsentiert die Verantwortung der Bundesländer für die Krankenhausplanung. Die Frage einer zweckmäßigen Bedarfsplanung ist nicht trivial (siehe hierzu auch **Abschnitt 2.5**) und sollte entsprechend getrennt von der Nennung entsprechender Einrichtungen im Krankenhausplan diskutiert und gelöst werden. Damit einher gehen dann auch Fragen wie die Verantwortung für die Übernahme von Investitionskosten.

Neben der Fortschreibung im Krankenhausplan könnten diese, aus einem Krankenhausstandort hervorgehenden Gesundheitsstandorte, auch ihr Krankenhaus-Institutionskennzeichen behalten. Die praktischen Implikationen dieses Identifikationsmerkmals wären gering, hier stünde der symbolische Faktor im Vordergrund.

Was muss sich also ändern?

- ▶ Die Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Länder sind dahingehend anzupassen, dass umgewandelte Krankenhäuser im Krankenhausplan fortgeführt werden und ihr Institutionskennzeichen behalten können.
- ▶ Auch Krankenhausstandorte, die bereits in den letzten Jahren in alternative Strukturen überführt wurden, sollen diesen Status erhalten können.
- ▶ Diese Maßnahmen können und müssen losgelöst von der Frage des Planungsanspruchs und der Verantwortung der Investitionskosten diskutiert und umgesetzt werden, um absehbare Verzögerungen zu vermeiden.
- ▶ Langfristig ist eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung anzustreben.

2.4 SICHERUNG VON ERHALTENEN FÖRDERMITTELN BEI WEITERENTWICKLUNG EINES KRANKENHAUSES

Regelmäßig wird bei Umwandlungsprojekten die Sorge geäußert, dass (zum Teil substantielle) Beträge aus der Krankenhausförderung des Landes zurückgezahlt werden müssen, wenn das Krankenhaus in der aktuellen Form nicht fortbesteht. Auch wenn dies am Ende selten ein echtes K.O.-Kriterium darstellt, bremst es – unnötigerweise – viele Initiativen in einem sehr frühen Stadium aus.

Wenn ein Krankenhaus nicht mehr als akutstationäre Einrichtung betrieben werden soll, muss geprüft werden, ob staatliche Mittel der Krankenhausförderung zurückgezahlt werden müssen. Dies gilt auch, wenn nur einzelne geförderte Bauten für eine Umwandlung neu genutzt werden sollen. Konkret betrifft dies alle einschlägigen Sonderposten der Bilanz, die noch nicht abgeschrieben sind.

Die Grundlage für mögliche Fördermittelrückzahlungen bilden hierfür die landesspezifischen Krankenhausgesetze. In der Regel sind in den einschlägigen Gesetzen Ausnahmetatbestände definiert, beispielsweise, wenn das Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem krankenhausesplanerischen Interesse folgt und/oder keine Gewinne aus den geförderten Strukturen gezogen werden können. Hierfür sind jedoch Einzelfallprüfungen mit entsprechendem Ermessensspielraum notwendig, die gerade in schwierigen landespolitischen Gemengelagen auch längere Zeit in Anspruch nehmen können. Auch eine gerichtliche Klärung kann Planungen erheblich verzögern.

Sofern die in Absatz 2.3 entwickelten Empfehlungen zur Fortführung entsprechender Gesundheitsstandorte im Krankenhausplan erfolgt, könnte dies bereits eine Brücke zur Lösung des Problems darstellen. Mindestens bis dahin, ist aber eine gesetzgeberische Klarstellung zur Fördermittelrückzahlung sinnvoll.

Was muss sich ändern?

- ▶ Der Gesetzgeber muss festhalten, dass eine Umwandlung kleiner, für die stationäre Versorgung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, die durch eine bedarfsgerechte intersektorale oder ambulante Struktur ersetzt werden, im krankenhauserplanerischen Interesse ist und keine Fördermittelrückzahlung nach sich zieht.

2.5 INSTRUMENTE ZUR BEDARFSGERECHTEN GESTALTUNG VON VERSORGUNGS-STRUKTUREN

Viele kleine Krankenhäuser können beispielsweise in der Basisnotfallversorgung schon heute aufgrund von Personalmangel und fehlender Infrastruktur den ihnen eigentlich zugeordneten Versorgungsauftrag nicht mehr umfassend erfüllen. Ihre Weiterentwicklung in Richtung tragfähiger Zielbilder wird jedoch häufig dadurch ausgebremst, dass die formal festgestellte Bedarfsnotwendigkeit die Fortschreibung des eigentlich unzureichenden Zustands erzwingt. Alternative Lösungsansätze jenseits des klassischen Krankenhauses bleiben außen vor. Auch die nach Sektoren getrennte Versorgungsplanung begrenzt die Möglichkeit sinnvoller Transformationsprozesse. Häufig fehlt den zuständigen Planungsbehörden die Möglichkeit Entscheidungen auch durchzusetzen und damit Versorgungsstrukturen aktiv zu gestalten.

Außer Frage steht, dass die bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland unabhängig von regional-strukturellen Unterschieden sichergestellt sein muss. Bei der Weiterentwicklung von kleinen Krankenhäusern geht es entsprechend immer auch um eine Sicherstellung bedarfsnotwendiger Strukturen. Die derzeitige Versorgungsplanung eignet sich jedoch nicht mehr, die umfangreichen Herausforderungen zu adressieren. Aktuell liegt der Schwerpunkt auf der Frage, ob der Wegfall eines existierenden Krankenhauses die bedarfsgerechte Versorgung einer Region gefährden würde. Ob ein Krankenhaus diese Rolle im Status quo überhaupt noch ausfüllen kann, bleibt ebenso wie alternative Zielbilder unberücksichtigt. Dabei fehlt gerade vielen kleinen Krankenhäusern Personal und Infrastruktur, um die ihnen zugeschriebene Rolle überhaupt ausfüllen zu können. Ferner bleiben Regionen, deren Bedarfe durch die aktuellen Versorgungsangebote nicht adäquat abgebildet werden – beispielsweise, weil es nie ein Krankenhaus gab – und die eigentlich eine Erweiterung der Versorgungsangebote bräuchten, außen vor.

Ein wesentlicher Mechanismus zur Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit von Krankenhäusern ist neben den in den Krankenhausgesetzen und -plänen der Länder festgehaltenen Voraussetzungen der Prozess zum Erhalt eines Sicherstellungszuschlags, für den der G-BA Bedingungen aufgestellt hat. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf eine anzuwendende Erreichbarkeitsnorm, einen geringen Versorgungsbedarf sowie auf notwendige Vorhaltungen. Die Erfüllung der untersten Stufe des Notfallstufensystem stellt zum Beispiel eine solche notwendige Vorhaltung dar. Hierzu muss das Kranken-

haus unter anderem mindestens die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin vorhalten. Weiter muss eine entsprechende Facharztbetreuung innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein und dieses rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche. In der Realität zeigt sich, dass viele der kleinen in peripheren Regionen gelegenen und als bedarfsnotwendig deklarierten Krankenhäuser die Vorhaltungskriterien nicht erfüllen können. Selbst wenn anfallende wirtschaftliche Defizite ausgeglichen werden, fehlt es häufig an Personal, um die Versorgung adäquat aufrecht zu erhalten.

De facto ist damit die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, gemessen an den aufgestellten G-BA Kriterien, in vielen Fällen bereits zum jetzigen Zeitpunkt bedroht, obwohl häufig „pro forma“ noch ein Krankenhaus vorhanden ist. Um zukünftig die medizinische Versorgung in allen Regionen in Deutschland gewährleisten zu können, muss der Sicherstellungsbedarf flexibel mit unterschiedlichen geeigneten Instrumenten adressiert werden können. Dabei können für unterschiedliche Teilbedarfe verschiedene Lösungen Anwendung finden. Intersektorale bettenführende Einrichtungen wie Überwachungskliniken oder rein ambulante Kliniken können die wohnortnahe Basisversorgung sicherstellen. Je nach Setting daran gekoppelt oder davon losgelöst kann die Notfallversorgung beispielsweise durch eine Erweiterung der Boden- und Luftrettung sichergestellt werden. Eine auf Krankenhäuser verengte Betrachtungsweise kann zu einer medizinisch mangelhaften Versorgung sowie einen vermeidbaren Erhalt defizitärer Versorgungsstrukturen führen (GKV Spitzenverband 2020; G-BA 2020).

Diese verengte Betrachtungsweise wird durch eine nach Sektoren getrennte Versorgungsplanung gefördert. Die einzelnen Bundesländer sind verantwortlich für die landesweite Krankenhausplanung, die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen hingegen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Daraus folgt, dass stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung strikt getrennt voneinander geplant und gedacht wird. Eine solche parallellaufende Versorgungsplanung steht der oben beschriebenen Notwendigkeit von flexiblen Lösungen für unterschiedliche Teilbedarfe entgegen. Zukünftig muss sich in der Versorgungsplanung eine sektorenübergreifende Betrachtungsweise wiederfinden. Stationäre Versorgungsplanung muss regionale ambulante Strukturen berücksichtigen. Genauso muss in der ambulanten Versorgungsplanung die stationäre Versorgungssituation vor Ort einbezogen werden. Eine auf die regionale Versorgungsstruktur flexibel anpassbare und sektorenübergreifende Versorgungsplanung fördert die Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor Ort.

Weiterführend ist eine Stärkung der Entscheidungsdurchsetzung innerhalb der Versorgungsplanung notwendig. So ist die Durchsetzung einer Krankenhausschließung bei festgestellter regionaler Überversorgung praktisch nahezu unmöglich. Eine Ablehnung und Herausnahme aus dem Krankenhausplan wird durch die Berufsfreiheit und Eigentumsrechte der Krankenhausträger erheblich erschwert. Grundlegend hierfür sind die wegfallenden Möglichkeiten der Leistungsabrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen sowie der Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer bei Herausnahme. Eine Aufnahme in den Krankenhausplan ist für Krankenhäuser folglich existenzbestimmend. Dementsprechend sind die rechtlichen Anforderungen an eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan hoch. Dies limitiert den rechtlichen Handlungsraum der Planungsbehörde, der zudem häufig strittig und unklar ist. Wird eine Herausnahme trotz der beschriebenen Hürden entschieden, ist eine Klage durch das betroffene Krankenhaus sehr wahrscheinlich. Eine eigentlich notwendige Herausnahme

wird seitens der Planungsbehörden deshalb regelmäßig vermieden. Die Folge ist eine fehlende Versorgungsanpassung in überversorgten Regionen. Notwendig sind eine klare Schärfung und Stärkung der Rechtsgrundlage der Handlungsmöglichkeiten der Planungsbehörde. Die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan in überversorgten Gebieten muss rechtssicher und einfach möglich sein. Nur so kann ein unwirtschaftlicher Erhalt von überversorgten Regionen aktiv entgegengewirkt werden (Monopolkommission 2022; Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste 2014).

Was muss sich also ändern?

- ▶ Der Gesetzgeber muss ermöglichen, dass der Sicherstellungsbedarf flexibler mit unterschiedlichen geeigneten Instrumenten erfüllt werden kann.
 - Beispielsweise muss es möglich sein, dass auch ein nach G-BA Kriterien bedarfsnotwendiges Krankenhaus der Basisnotfallversorgung, das seine Funktion faktisch nicht mehr ausfüllen kann, in Richtung alternativer Zielbilder in Form einer ambulanten Klinik oder einer Überwachungsklinik weiterentwickelt werden kann.
 - Voraussetzung hierfür muss ein, dass durch alternative Maßnahmen wie durch Anpassungen beim Rettungsdienst und ergänzende Angebote am verbleibenden Gesundheitsstandort für die Bevölkerung ein adäquater Zugang zu allen Stufen der Notfallversorgung sichergestellt wird.
- ▶ Der Gesetzgeber muss ferner die Voraussetzungen schaffen, dass regionale Versorgungsstrukturen flexibler angepasst werden können und die schon seit langem geforderte sektorenübergreifende Versorgungsplanung umgesetzt werden kann.
- ▶ Für eine proaktive Gestaltung von Versorgungsstrukturen ist eine Schärfung und Stärkung der Rechtsgrundlage der Handlungsmöglichkeiten der Planungsbehörden notwendig.

2.6 FESTIGUNG DER ROLLE DER KOMMUNEN

Kommunen sind häufig gezwungen, sich jenseits von Krankenhäusern in der Gesundheitsversorgung zu engagieren, wollen sie keine regionale Unterversorgung beispielsweise in der ambulanten (Fach-)Ärztlichen Versorgung riskieren. Um neue Strukturen zu etablieren, kann ein Medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler (Teil-) Trägerschaft eine Keimzelle für weitere Angebote bilden. Die gewählten kommunalen Vertreter sind häufig mit der Situation überfordert, da beispielsweise die kommunalrechtlichen Vorgaben noch immer unterschiedlich ausgelegt werden. Auch herrschen in den Zulassungsausschüssen, die u.a. darüber befinden, ob ein Vertragsarztsitz einem MVZ zugesprochen wird, noch uneinheitliche Auffassungen zur Rechtslage. Zudem limitiert das Kommunalrecht insbesondere finanziell angeschlagene Kommunen, sich in der niederschweligen ambulanten Versorgung (Primärversorgung) zu engagieren.

Käme es zu einer ersatzlosen Schließung eines nicht (mehr) bedarfsnotwendigen Krankenhauses – welches bisher ambulante ärztliche Aufgaben mitversorgt bzw. fehlende Angebotsstrukturen kompensiert hat – könnte dies gerade in ländlichen Regionen Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung vor Ort erzeugen oder verschärfen. Finden sich keine Akteure aus dem Kreis der niedergelassenen Vertragsärzte, die die ambulante Versorgung in eigener wirtschaftlicher Verantwortung sicherstellen wollen, sieht sich als letzte Instanz häufig die jeweilige Kommune mit der dringenden Notwendigkeit konfrontiert, die ambulante gesundheitsbezogene Daseinsvorsorge für die Bevölkerung

selbst zu gestalten und die Gesundheitsversorgung in ihrer Region zu sichern, indem sie beispielsweise selbst Ärzte anstellt. Die Gründung eines kommunalen MVZ oder die kommunale Beteiligung an einem selbigen sind hierfür ein zentrales Instrument.

Wenn auch seit 2011 (GKV-VStG), spätestens seit 2015 (GKV-VSG) Kommunen zur MVZ-Gründung legitimiert sind und einige Beispiele für erfolgreiche Gründungen von MVZ durch Kommunen existieren, zeigen sich in der Praxis nach wie vor große Hürden:

- ▶ **Politischer Konflikt:** (i) Hoheit und Statik der Gemeinsamen Selbstverwaltung – ambulante Versorgung im alleinigen Einflussraum der KVen (Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung nach §§ 72 ff. SGB V) versus Beteiligung der Kommune sowie (ii) Berührung des Grundprinzips der Freiberuflichkeit der Ärzteschaft und der ärztlich getragenen Versorgungsstrukturen.
- ▶ **Kommunalrechtliche Vorbehalte:** Die in § 95 SGB V bundeseinheitlich festgelegten MVZ-Gründungsvoraussetzungen stehen in den jeweiligen Ländern unterschiedlichen kommunalrechtlichen Vorbehalten entgegen.
- ▶ **Uneinheitliche Spruchpraxis der Zulassungsgremien:** Die in den KV-Regionen für die Zulassung von MVZ zuständigen Zulassungsausschüsse entscheiden individuell und entwickeln unterschiedliche Rechtsauffassungen.

Dabei können angekoppelt an MVZ beispielsweise durch die Etablierung von Primärversorgungsstrukturen gesundheitsbezogene Bedarfe umfassend adressiert werden. Wesensmerkmale sind hier u.a. die patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche und am regionalen Bedarf orientierte Versorgung durch ein multiprofessionelles Team, Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Verbindung zu den kommunalen Strukturen.

Auch hier kann ein überschaubares finanzielle Engagement einer Kommune häufig viel bewirken. Da die kommunale Gesundheitsversorgung jedoch nicht zu ihren Pflichtaufgaben gehört, sehen sich viele Kommunen, die in wirtschaftlich prekären Verhältnissen agieren und beispielsweise Stabilisierungshilfen erhalten, mit einem expliziten Verbot konfrontiert, hierfür auch nur kleinste Beträge aufzuwenden. Paradoxerweise müssen die Kommunen dann aber Folgen einer unzureichenden Primärversorgung kompensieren, wenn diese (eigentlich vermeidbare) Mehrausgaben im Bereich der sozialen Sicherung oder Altenpflege verursachen.

Was muss sich ändern?

- ▶ Für Kommunen, die als Träger eines MVZ selbst Verantwortung übernehmen wollen oder müssen, muss ein verlässlicher rechtlicher Handlungsraum geschaffen werden.
 - Hierzu zählt die Vereinheitlichung kommunalrechtlicher und bundesrechtlicher Vorgaben in Bezug auf die Möglichkeiten, ein kommunales MVZ zu gründen, zum Beispiel unbegrenzte selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung und ambulante Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsfürsorge.
 - Auch muss auf eine einheitliche Rechtsauffassung für die Entscheidungsfindung in den jeweiligen Zulassungsausschüssen hingewirkt werden.
- ▶ Die Verantwortlichkeit der Kommune in der Primärversorgung hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten ist zu klären und den Notwendigkeiten anzupassen.
- ▶ Die Aufnahme der ambulanten Gesundheitsversorgung in die kommunalen Pflichtaufgaben sowie alternative Lösungsansätze, die auch finanziell angeschlagenen Kommunen ein entsprechendes Engagement ermöglichen, ist zu prüfen.

2.7 STÄRKUNG DER RECHTSSICHERHEIT FÜR BEHANDELNDE UND PFLEGENDE

Am Ende kommt es immer auf die Menschen an, die vor Ort Verantwortung übernehmen, insbesondere in der Behandlung und Pflege der Patienten. Diese fürchten häufig rechtliche Risiken. Denn Medizin- und Arzthaftungsrecht sind bereits in etablierten Versorgungsstrukturen eine komplexe Materie. Die Bedeutung ist hoch, weil – neben möglichen strafrechtlichen Konsequenzen – auch erhebliche zivilrechtliche Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können. Letztere zu versichern ist eine zwingende Notwendigkeit, in neuen und noch nicht umfängliche etablierten Versorgungskontexten jedoch nicht leicht. Gerade im Fall von noch nicht weithin bekannten Überwachungskliniken ist deshalb bei Gründung im Status quo ein hoher juristischer Aufwand zu betreiben, um eine rechtssichere Lösung zu erarbeiten. Die damit einhergehenden Kosten, die zeitlichen Verzögerungen sowie das verbleibende Rest-Risiko, vor Gericht nicht nur sein eigenes Handeln, sondern die komplette Versorgungsstruktur erklären, begründen und verteidigen zu müssen, stellt für viele Transformations- oder Gründungswillige eine hohe Hürde dar.

Das Arzthaftungsrecht ist in weiten Teilen „Richterrecht“, welches sich auf Basis immer neuer Einzelfallentscheidungen entwickelt. Dies erlaubt im positiven Sinne eine gewisse Flexibilität, um auf neue Entwicklungen eingehen zu können. Andererseits ist die Rechtslage häufig unübersichtlich und strittig. Erschwerend kommt hinzu, dass auch ein zentraler Maßstab zur Beurteilung möglichen ärztlichen Fehlverhaltens, nämlich eine Behandlung nach dem medizinischen Standard, nur schwer greifbarer ist. Er rekuriert beispielsweise auf den aktuellen Erkenntnisstand in der Medizin und ärztliche Erfahrung.

Neben dem Behandlungsfehler im engeren Sinne kann sich ärztliches Fehlverhalten beispielsweise durch einen Übernahmefehler, z. B. die Behandlung eines Patienten trotz fehlender Eignung, oder durch einen Organisationsfehler, z. B. hinsichtlich korrekter Arbeitsteilung, ergeben. Das rechtliche Risiko lässt sich zwar durch eine entsprechend umfassende rechtliche Beratung minimieren. In der Praxis hat dieser Problemkomplex jedoch aus Sicht vieler Ärzte eine abschreckende Wirkung, der die grundlegende Bereitschaft hemmt, sich überhaupt auf die Planung eines derartigen Projektes einzulassen. Dies gilt insbesondere dann, wenn bei jeder Weiterentwicklung eines Krankenhausstandortes eine neue Einzelfalllösung gefunden werden muss.

Abhilfe schaffen würde eine rechtliche Expertise, die nur vermutete von tatsächlichen rechtlichen Risiken trennt und klare Empfehlungen zu Anpassungen in den einschlägigen rechtlichen Grundlagen liefert. Eine explizite Verankerung der Versorgungsform „Überwachungsklinik“ im Krankenhausgesetz sowie im SGB V (siehe auch **Abschnitt 2.2**), wäre ein weiterer wichtiger Schritt. Die Entwicklung von Musterbehandlungsverträgen würde Transaktionskosten reduzieren und die Umsetzung entsprechender Vorhaben zusätzlich erleichtern.

Was muss sich also ändern?

- ▶ Es ist ein umfassendes Rechtsgutachten nötig, das eine klare Einordnung vermuteter und realer Rechtsrisiken für die in Überwachungskliniken und vergleichbaren Einrichtungen tätigen Personen vornimmt.
- ▶ Dieses Gutachten muss ferner konkrete Empfehlungen zur Anpassung von relevanten Gesetzestexten sowie untergesetzlichen Normen formulieren, um die Risiken für Behandelnde und Pflegende zu minimieren.
- ▶ Verschiedene Muster-Behandlungsverträge sind für die verschiedenen Ausprägungen von Überwachungskliniken zu entwickeln.

3 FAZIT

Auch wenn sich viele der geschilderten Hürden mit viel Engagement, tiefgehender (juristischer) Sachkenntnis und großem Pioniergeist bewältigen lassen, sind sie doch so hoch, dass zu viele sinnvolle Entwicklungsprozesse derzeit nicht angegangen werden. Dies führt nicht nur dazu, dass Strukturen fortgeführt werden, die den Bedarf der Bevölkerung nicht mehr optimal abbilden und zugleich hochgradig defizitär sind. Es führt auch dazu, dass der Zeitpunkt verpasst wird, zu dem neue Strukturen noch aktiv gestaltet werden können. Beginnen die Planungen für eine Weiterentwicklung erst, wenn die Schließung eines Krankenhauses beispielsweise aufgrund akuten Personalmangels unabwendbar ist, haben sich meist Ärzte und andere Berufsgruppen bereits anderweitig orientiert. Sie wieder an den Standort zurückzuholen, ist äußerst schwierig.

Die hier vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen sollen Ansätze aufzeigen, wie die gegenwärtigen Hürden für Entwicklungsprozesse reduziert werden können. Das Gesundheitssystem wird dadurch flexibler und kann sich stärker an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen der Patienten und Versicherten orientieren. Wichtig ist, dass die Reformen zeitnah, noch in der laufenden Legislaturperiode in die Umsetzung kommen, weil gerade viele kleine ländliche Krankenhäuser mit dem Rücken zur Wand stehen und schnell leicht umsetzbare Lösungsoptionen benötigen.

LITERATUR

- ▶ Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste (2014): Die Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan eines Landes. Ausarbeitung WD 9 - 3000 - 039/14. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/410440/f7d97b857164b19a69bb1b93c5a8336a/WD-9-039-14-pdf-data.pdf>, zuletzt geprüft am 02.06.2022.
- ▶ DKI (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/neuordnung-aerztlicher-dienst_langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 18.05.2022.
- ▶ G-BA (2020): Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). (Sicherstellungszuschläge-Regelungen). In der Fassung vom 24. November 2016; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2016 B3; in Kraft getreten am 1. Januar 2017. Zuletzt geändert am 1. Oktober 2020; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.12.2020 B3; in Kraft getreten am 9. Dezember 2020. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/89/>, zuletzt geprüft am 25.05.2022.
- ▶ GKV Spitzenverband (2020): GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.dgai.de/aktuelles/771-gkv-positionen-zur-krankenhausversorgung-aus-den-erfahrungen-der-corona-pandemie-2020.html>, zuletzt geprüft am 01.06.2022.
- ▶ Laschet, H. (2018): Neuer Anlauf mit den Praxiskliniken. Praxiskliniken in der Hand von Vertragsärzten könnten künftig Krankenhäuser ersetzen, die nicht mehr haltbar sind. Ärzte Zeitung. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Neuer-Anlauf-mit-den-Praxiskliniken-222824.html>, zuletzt geprüft am 18.05.2022.
- ▶ Monopolkommission (2022): Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren. Sondergutachten 83. Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB.

IMPRESSUM

Stand: 08/2022

Herausgeber

STIFTUNG MÜNCH

Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34

kontakt@stiftung-muench.org

www.stiftung-muench.org

V. i. S. d. P.

Annette Kennel

Gestaltung

Sonja März

Erarbeitet von der hcb GmbH und
der Oberender AG im Auftrag der
Stiftung Münch.

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender), Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Stiftung Münch ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

STIFTUNG MÜNCH

Salzburger Leite 1
Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@stiftung-muench.org
www.stiftung-muench.org

