Die gesetzlich angestoßene Transformation findet bereits statt – das wird aber ein langer und keineswegs einfacher Prozess

DAS AKTUELLE INTERVIEW MIT DIRK KÖCHER, PRÄSIDENT DES VERBANDES DER KRANKENHAUSDIREKTOREN DEUTSCHLANDS (VKD)

Dirk Köcher

Weiterhin schwierige Zeiten für die Krankenhäuser, gleichzeitig aber auch Hoffnung durch positive Signale nach der Bundestagswahl aus dem Bundesgesundheitsministerium. Bisher hatte das Lauterbach-Ministerium auf jede Forderung, die nicht praktikablen Regelungen im KHVVG noch zu ändern und die Kliniken finanziell zu stabilisieren, allenfalls mit Worthülsen geantwortet. Nun geht die neue Ressortchefin Nina Warken auf die Länder, die Verbände und die Krankenhäuser offen zu und betont, die Reform müsse „alltagstauglich" sein.

Fotos: VKD, upixa – stock.adobe.com (oben)

PB: Sehr geehrter Herr Köcher, sehen Sie inzwischen in der aktuellen Situation mehr Hoffnung dafür, dass noch wichtige Änderungen mehr Praxistauglichkeit in die Reform bringen könnten? Die 67. VKD-Jahrestagung Ende Juni nannte es optimistisch „Krise als Chance" in der Transformation.

Dirk Köcher: Weder die Krankenhäuser noch die Bundes- und Landespolitik können es sich meiner Ansicht nach noch länger leisten, die Krankenhausversorgung weiter bröckeln zu lassen. Wir sind gemeinsam aufgerufen, schnell aus der Krise herauszukommen, in der sich die Kliniken seit etlichen Jahren befinden. Der Kommunikationsstil der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken macht uns hier wirklich Hoffnung. Von Anfang an hat sie betont, sie wolle mit allen Beteiligten auch über notwendige Änderungen an der Reform sprechen. Ich konnte z. B. mit Frau Ministerin bereits persönlich sprechen und auch dort hat Sie mir gegenüber betont, wie wichtig ihr der Austausch zu den anstehenden Gesetzesvorhaben mit den Praktikern ist.

> „WIR SIND GEMEINSAM AUFGERUFEN, SCHNELL AUS DER KRISE HERAUSZUKOMMEN, IN DER SICH DIE KLINIKEN SEIT ETLICHEN JAHREN BEFINDEN. DER KOMMUNIKATIONSSTIL DER NEUEN BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIN NINA WARKEN MACHT UNS HIER WIRKLICH HOFFNUNG."

PB: Nina Warken konnte bereits erreichen, dass die vier Milliarden Euro für die beiden Inflationsjahre 2022 und 2023 noch in diesem und dann im kommenden Jahr den Kliniken aus dem Bundeshaushalt bereitgestellt werden. Der VKD hat das immer wieder gefordert…

Dirk Köcher: … und darüber freuen wir uns, ebenso über die offenbar vorgesehene erste Auszahlung im November über einen monatlichen Rechnungsaufschlag für alle Kliniken. Das wäre unbürokratisch und daher auch zügig. Gleichzeitig muss aber gesagt werden – und das ist wiederum der Wehrmutstropfen dabei –, dass diese vier Milliarden Euro die Defizitentwicklungen – 56% aller Krankenhäuser werden 2024 nach dem Krankenhaus Rating Report 2025 einen Verlust schreiben - nur kurzfristig bremsen. Die Kostensteigerungen bleiben und die Unterfinanzierung der Behandlungen, die systemisch in den DRGs eingepreist ist, bleibt ebenfalls. Auch darauf haben wir immer wieder hingewiesen. Doch es ist auch klar – nicht alles geht auf einmal. Der neue Bundeshaushalt ist trotz der enormen Schuldenaufnahmen auf Kante genäht und auch die Sozialversicherungsbeiträge haben bereits nicht für mögliche gehaltene Werte erreicht. Jahrelang war das Ziel, die 40% nicht zu überschreiten. Jetzt liegen wir in 2025 mit 42,5% bereits deutlich darüber.

PB: Vorschläge für Änderungen an der Krankenhausreform sollten über den Sommer laut Nina Warken erarbeitet werden. Zumindest zeigte das Treffen der Länder mit ihr am 3. Juli, dass der Bund den Ländern in einigen Punkten entgegenkommen will. Einige Forderungen der Länder und Bedenken aus der Praxis wurden aufgenommen. Auch das ein Lichtblick?

Dirk Köcher: Die Ministerin hat erklärt, dass die Reform „alltagstauglich" werden soll und dass die Länder selbst am besten wüssten, welche Versorgung sie vor Ort benötigten. Das ist ein Ansatz, den wir natürlich begrüßen. Wenn, wie angekündigt, die Krankenhäuser u. a. mehr Zeit zur Umsetzung der Reform bekommen und es zudem die auch von den Ländern geforderten Ausnahmemöglichkeiten von den Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen für Häuser auf dem Land geben soll, die nicht sofort die vorgegebenen Standards

erfüllen können, ist das auch „alltagstauglich", sowie ebenfalls, dass die Notwendigkeit von Ausnahmen die Länder beurteilen sollen.

> DIE MINISTERIN HAT ERKLÄRT, DASS DIE REFORM ALLTAGSTAUGLICH WERDEN SOLL UND DASS DIE LÄNDER SELBST AM BSTEN WÜSSTEN, WELCHE VERSORGUNG SIE VOR ORT BENÖTIGEN. DAS IST EIN ANSATZ, DEN WIR NATÜRLICH BEGRÜSSEN.

Auch eine Verlängerung der Fristen, bis wann Krankenhäuser alle Vorgaben der Leistungsgruppen zu erfüllen haben, wird ermöglicht, wobei die Länder hier ohnehin unterschiedlich vorgehen. Bisher gibt es allerdings auch noch keine rechtssicheren Angaben dazu. Das sollte ja im Frühjahr in einer Rechtsverordnung geregelt werden, die aber bis heute fehlt. Dies soll nun das Gesetz im Herbst regeln.

PB: Es wäre vermutlich illusorisch zu glauben, dass nun alle vom VKD kritisch bewerteten Vorgaben der Krankenhausreform geändert werden. Welche Knackpunkte sehen Sie, die offenbar leider im Gesetz bleiben?

Dirk Köcher: Bei der Konzipierung der Reform hat es leider an dem nötigen Austausch und dem praktischen Sachverstand gefehlt. Das zeigt sich, seit sie in Kraft ist, immer deutlicher. Wir sind als Verband der Praktiker ja nicht die einzigen, die das kritisieren und Änderungen fordern. So haben wir immer die Aussetzung der Vorhaltefinanzierung gefordert, die so, wie sie ausgestaltet wurde, ihren vorgesehenen Sinn nicht erreichen kann. Sie wird eben nicht zu einer Existenzsicherung vor allem kleiner Krankenhäuser führen. Sie führt zu einem Anwachsen der Bürokratie, ermöglicht Fehlanreize und ist eine fallzahlabhängige Finanzierung – was sie eigentlich nicht sein sollte.

Enttäuschend ist, dass es hier offensichtlich keine Änderungen geben soll, auch wenn die Konvergenzphase um ein Jahr verlängert wird. Die nun von der Bundesgesundheitsministerin angekündigte Auswirkungsanalyse wird hier vielleicht zeigen, wie sich die Finanzierungsänderung auswirkt. Ansonsten werden wir dann in der Umsetzung sehen, wie sie tatsächlich funktioniert.

Kritisch sehen wir auch die quasi in letzter Minute noch in die Reform eingeführten Vorgaben für die Hybrid-DRGs, die den Aufbau neuer und sicher nicht preiswerter Strukturen an den Krankenhäusern erfordern und gleichzeitig unsere Erlöse in den nächsten Jahren erheblich im zweistelligen Bereich mindern werden. Das ist so nicht zu verkraften. Die ersten Vorstöße der Bundesländer, Anpassungen an den Regelungen zu den Hybrid-DRGs vorzunehmen, lassen aber zumindest wieder mehr hoffen.

Welche Änderungen es wirklich gibt, wird für uns dann vermutlich konkret sichtbar, wenn das angekündigte Krankenhausreform-Anpassungsgesetz voraussichtlich im September im Bundeskabinett behandelt wird.

Wir dürfen bei alledem nicht vergessen, dass noch mehr als jede zweite Klinik in roten Zahlen steckt.

PB: Sehen Sie positive Signale in der Praxis, dass sich Krankenhäuser auf den Weg in die Transformation machen und auf die Reform mit ihrer strategischen Ausrichtung reagieren?

Dirk Köcher: Wir warten in den Kliniken natürlich nicht einfach ab, zumal klar ist, welche strategischen Entscheidungen angesichts der Reformziele notwendig sein werden. Wir sehen, dass sich trotz der noch immer erheblichen Ungewissheiten die Strukturen bereits ändern. Es gibt mehr Zusammenschlüsse und Kooperationen, notwendige Baumaßnahmen und v.a. Zentralisierungen werden geprüft. Angesichts der kommenden Leistungsgruppen werden Leistungsbereiche abgeglichen, jedes Haus muss seine Medizinstrategie prüfen und gegebenenfalls anpassen. Rund um Großkliniken und Universitätskliniken werden Cluster

gebildet werden, in denen Häuser verschiedener Größen und Trägerschaften zusammenarbeiten. Dies ist auch alleine aufgrund der Fachkräfteentwicklung der nächsten Jahre und Jahrzehnte nötig, da wir nicht alle Strukturen, selbst wenn wir wollten, aufrechterhalten können.

Es wird zudem immer auch Innovationen geben, die mit oder ohne Krankenhausreform geeignet sind, die Versorgung zu verbessern und effizienter zu gestalten. Dazu gehören sicher die elektronische Patientenakte, die Telemedizin, aber auch das Thema Künstliche Intelligenz, welches zunehmend Einzug in unsere Kliniken hält.

All das hat natürlich auch Auswirkungen auf unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter was ihre Aufgaben, möglicher Weise notwendige Zusatzqualifikationen oder – bei mehreren Standorten – auch die Arbeit in anderen Teams oder andere Arbeitswege betrifft. Es ist immer eine gute, überzeugende Kommunikation notwendig.

> „BEI DER KONZIPIERUNG DER REFORM HAT ES LEIDER AN DEM NÖTIGEN AUSTAUSCH UND DEM PRAKTISCHEN SACHVERSTAND GEFEHLT. DAS ZEIGT SICH, SEIT SIE IN KRAFT IST IMMER DEUTLICHER. WIR SIND ALS VERBAND DER PRAKTIKER JA NICHT DIE EINZIGEN, DIE DAS KRITISIEREN UND ÄNDERUNGEN FORDERN. SO HABEN WIR IMMER WIEDER DIE AUSSETZUNG DER VORHALTEFINANZIERUNG GEFORDERT…"

Einfach sind solche Transformationsprozesse nicht. Sie werden uns alle in den Krankenhäusern sehr viel Kraft kosten und auch viel Überzeugungsarbeit nach innen und außen erfordern. Es werden zum Teil schmerzhafte Veränderungen erfolgen müssen. Da machen wir uns nichts vor. Und wir können nur hoffen, dass die Politik vor Ort und in den Ländern den Entscheidern in den Kliniken und bei den Trägern sowie Gesellschaftern den Rücken stärkt. Zu oft haben wir dort in den vergangenen Jahrzehnten negative Erfahrungen gemacht, wenn sinnvolle Entscheidungen politisch untergraben worden sind.

PB: Wie bewerten die kaufmännischen Führungskräfte der Krankenhäuser die Situation der gesetzlichen Krankenkassen? Krankenhäuser und Krankenversicherungen sind ja an vielen Stellen eine Art verbundener Gefäße. So sind schon wieder Beitragssatzerhöhungen im Gespräch.

Dirk Köcher: Damit würde die Abgabenlast auch für uns in den Krankenhäusern weiter steigen. Wie es aussieht, konnte sich die Gesundheitsministerin beim Bundesfinanzminister nicht damit durchsetzen, den Krankenkassen u. a. die Behandlungskosten der Bürgergeldempfänger komplett zu bezahlen – wie es eigentlich Pflicht des Staates wäre. Das sind zehn Milliarden Euro in jedem Jahr, die den Krankenkassen fehlen. Zur Stabilisierung des Beitragssatzes soll ein Darlehen in Höhe von 2,3 Milliarden Euro dienen – also im Grunde neue Schulden, die zurückgezahlt werden müssen. Dass nun Beitragssatzerhöhungen erneut im Gespräch sind, betrifft natürlich auch die Kliniken als große Arbeitgeber.

Kürzlich verwies der Ministerpräsident Nordrhein-Westfalens, Hendrik Wüst (CDU), darauf, das im Koalitionsvertrag vereinbarte Konnexitätsprinzip sei zügig umzusetzen. Das bedeute, dass die staatliche Ebene, die eine Maßnahme beschließe, auch die Folgekosten tragen müsse. Wer bestelle, bezahle auch. In dieser Hinsicht ist auch im Gesundheitswesen einiges verrutscht.

Zu erwarten ist außerdem, dass die Finanzsituation der Krankenkassen sich auch auf ihr Kontrollverhalten auswirken wird – und damit auf die Liquidität der betreffenden Häuser.

Krankenhäuser kritisieren immer wieder, dass die Prüfungen zu ungerechtfertigten Kürzungen oder Strafzahlungen führen, dass es zu zum Teil langwierigen Rechtsstreitigkeiten kommt, dass die oft sehr komplexen Prüfverfahren Personal binden. Es werde inzwischen auch häufiger potenzialbezogen und nicht verdachtsbezogen geprüft mit der Folge einer höheren Anzahl von beanstandeten Fällen.

Kurz – die Situation der Krankenkassen hat natürlich Auswirkungen auf die Krankenhäuser.

> WIR WARTEN IN DEN KLINIKEN NATÜRLICH NICHT EINFACH AB, ZUMAL KLAR IST, WELCHE STRATEGISCHEN ENTSCHEIDUNGEN ANGESICHTS DER REFORMZIELE NOTWENDIG SEIN WERDEN. WIR SEHEN, DASS SICH TROTZ DER NOCH IMMER ERHEBLICHEN UNGEWISSHEITEN DIE STRUKTUREN BEREITS ÄNDERN

PB: Der GKV-Spitzenverband hat kritisiert, dass die Regelung im KHVVG zu einer vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen sich auf die Ergebnisse der Tarifverhandlungen auswirken und damit zur weiteren Belastung der Beitragszahler führen würden.

Dirk Köcher: Dieser Vorwurf, es werde nun im Grunde ungehemmt zu Tarifsteigerungen auf Kosten der Versicherten kommen, ist angesichts der tatsächlichen Verhandlungspraxis völlig aus der Luft gegriffen. Ich habe als Verhandlungsführer für die kommunalen Krankenhäuser auf Arbeitgeberseite harte Verhandlungsrunden um einen fairen Kompromiss erlebt. Das uns allen aber eine zukünftige Lohnzurückhaltung seitens der Gewerkschaften guttun würde, um die Inflationslücke der Jahre 2022/2023 zu schließen, das entspricht sicherlich der Tatsache, da dieses bestehende Delta durch das KHVVG nicht geschlossen wurde.

PB: Die ausufernde Bürokratie, der die Krankenhäuser ausgesetzt sind, die erhebliche Zeit kostet und die damit für die Versorgung der Patienten fehlt, ist seit Jahren ein Thema, bei dem es überhaupt nicht weitergeht. Die Forderungen aus der Praxis, hier deutlich zu verschlanken, die Vorschläge, wo überall das möglich und sinnvoll wäre, wurden mit Floskeln beantwortet. Wären Änderungen denn wirklich so schwierig?

Dirk Köcher: Ich denke, notwendig wäre als allererstes eine Umkehr weg vom Kontrollwahn hin zu mehr Vertrauen in unsere Arbeit für die Patienten. Ich könnte Ihnen hier gleich einige mögliche Entlastungen nennen, die keinerlei Einfluss auf die Qualität der Behandlung unserer Patienten hätten. Die Abschaffung des Lauterbach'schen Projekts Bundes-Klinik-Atlas wäre ohne Probleme sofort möglich. Von Beginn an war klar, dass er nicht nur sinnlos, sondern in seiner Aussagekraft völlig ohne Nutzen ist. Er bringt unsere Mitarbeiter langsam an die Belastungsgrenze, zumal wir ja auch die Daten für das deutlich bessere und aktuellere Deutsche Krankenhausverzeichnis der DKG mit seit Jahren hunderttausenden Zugriffen liefern.

Blicken wir auf die auch mit der Krankenhausreform erneut anwachsende Bürokratie, haben wir ein ganz aktuelles Beispiel. Allein durch die Anträge und Kontrolle der Leistungsgruppen sowie die Einführung der Vorhaltefinanzierung steigt der bürokratische Irrsinn. Die Vorhaltefinanzierung sollte nur eingeführt werden, wenn der Begriff „Vorhaltung" auch wirklich umgesetzt wird. Hinzu kommen weitere Dokumentationspflichten und weitere Prüfungen durch den Medizinischen Dienst. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht von bundesweit 5.000 zusätzlichen Vollzeitkräften aus, die für all das notwendig sind.

Zu den notwendigen Änderungen am Gesetz gehört zwingend dazu, diese damit verbundenen überflüssigen Regelungen aus dem KHVVG herauszunehmen.

PB: Auch die Vorgaben für die Hybrid-DRGs sind ja hoch bürokratielastig…

Dirk Köcher: Nicht nur das. Wenn hier keine Änderungen erfolgen, was die erheblichen Steigerungen der Fallzahlen in den kommenden Jahren betrifft, wird sich die Kostenspirale für die Kliniken weiter nach oben entwickeln. Was an finanziellen Erleichterungen im KHVVG steckt, wird dadurch gleich wieder einkassiert.

Die Vorgaben, so wie sie heute gelten, sind kaum umzusetzen, wie es auch Frank Heimig Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), im diesjährigen DRG-Forum konstatierte. Wenn ab dem kommenden Jahr mindestens eine Million Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet werden sollen, ab 2028 dann mindestens 1,5 Millionen Fälle und ab 2030 sogar mindestens zwei Millionen Fälle, kann man nicht mehr von zuvor unnötig stationär erbrachten Fällen reden.

Um das Ziel für 2026 zu erreichen, müssten die derzeit 272.000 Fälle um 728.000 Fälle ausgeweitet werden. Damit das gelingt, wurde von KBV und GKV-Spitzenverband im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss eine Auswahl an Leistungen beschlossen – mit der DKG konnte man sich nicht einigen - die ab 2026 mit einer Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Dieser Leistungskatalog umfasst nun auch Fälle mit einer Verweildauer von zwei Belegungstagen. Damit wurde dann die vorgegebene Anzahl erreicht.

Das InEK warnt, der vorgeschlagene Leistungskatalog bestehe nur aus OPS-Kodes ohne Falldatenbezug. Das mache eine differenzierte Einschätzung der Schweregrade der in Betracht zu ziehenden Fälle unmöglich. Diese Ansicht teilt auch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling. Hingewiesen wird u. a. darauf, dass der ambulante Bereich bisher keine Zwei-Tages-Fälle erbracht habe, gemischte Berechnungen mit dem stationären Bereich seien daher nicht möglich.

Weitere ernsthafte und warnende Argumente listet die Gesellschaft in einem offenen Brief auf. Ihr Fazit: Hier geht es nicht mehr um wirkliche Ambulantisierung, sondern um willkürliche Absenkung stationärer Vergütung auf ein ambulantes Niveau. Da eine Folgenabschätzung für die Versorgungslandschaft im Vorfeld nicht erfolgt sei, sei das Vorgehen für 2026 rein experimentell.

Hier muss es zwingend noch Änderungen geben, wie sie von den Ländern bereits eingebracht worden sind, zumal die warnenden Stimmen aus der Praxis bisher leider nicht gehört wurden.

PB: Sichtbar ist auch für Patienten, dass es bereits zu Strukturveränderungen in Folge der Reform gekommen ist und Veränderungen vielerorts geplant sind. Doch erst einmal dokumentierte die Frühjahrsumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts zum Krankenhaus-Index vom Juni, dass die finanzielle Talsohle wohl noch nicht durchschritten ist. Wann, denken Sie, geht es wieder aufwärts?

Dirk Köcher: Zunächst einmal wird konstatiert, dass sich die Patienten in den nächsten Monaten, also bis zum Jahresende, vielerorts auf Einschränkungen in der Versorgung einstellen müssen. Das hat nichts mit Strukturveränderungen zu tun, sondern mit einer Mangellage. Jedes zweite Allgemeinkrankenhaus geht davon aus, Personal zu reduzieren mit der Folge von Leistungseinschränkungen, Stationsschließungen, Verschiebung von planbaren Operationen auf Grund nicht refinanzierter Kostensteigerungen. Da sind wir noch immer in einer Talsohle.

Es ist kaum anzunehmen, dass sich diese vom DKI als alarmierend bezeichnete Lage bis zum Ende des Jahres grundlegend ändern kann. Eine so schnelle wirtschaftlich positive Auswirkung durch die Krankenhausreform kann es eigentlich nicht geben. Wir werden vermutlich nur Schritt für Schritt flächendeckend positive

Entwicklungen sehen. 2026 wird durch die Auszahlung der Soforttransformationskosten von Januar bis Oktober sicherlich als Einzeljahr besser, aber dann startet erst die Reform, die bis 2029 umgesetzt sein soll.

PB: Hier trifft die Reform auf das Thema Investitionsfinanzierung der Länder. Nicht jede Förderung wird ja aus dem Transformationsfonds kommen, der hier sehr genaue Vorgaben macht.

Dirk Köcher: Die Bundesländer agieren relativ unterschiedlich. Baden-Württemberg hat zum Beispiel die Landesmittel deutlich erhöht, Rheinland-Pfalz bleibt auf dem Level des vorigen Jahres. Nicht zu vergessen ist dabei aber auch, dass die Mittel, die aus dem Transformationsfonds ausgegeben werden, immer vom jeweiligen Land gegenfinanziert werden müssen. Die Entscheidung des Bundes, in den ersten 4 Jahren nicht nur 50% sondern 70% der Gesamtkosten zu tragen hilft aber sicherlich den Ländern, Ihren Anteil zu stemmen.

Grundsätzlich ist die Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder nach wie vor nicht auf dem Level, auf dem sie sein sollte. Da sind sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung einig. Sie haben schon im vorigen Jahr gemeinsam einen Katalog der Investitionsbewertungsrelationen erarbeitet. Danach liegt der Investitionsbedarf der Kliniken bundesweit bei etwa sechseinhalb Milliarden Euro im Jahr.

Die Bundesländer decken, obwohl sie die gesetzliche Pflicht zur vollständigen Finanzierung haben, seit Jahren nur die Hälfte dieses Bedarfs ab.

PB: Die von Karl Lauterbach einberufene Regierungskommission hat in ihrer 13. und 14. Stellungnahme vom März Vorschläge zur Weiterführung des Reformprozesses gemacht und auch Alternativen zur Investitionsfinanzierung vorgeschlagen. Was halten Sie davon?

Dirk Köcher: Zunächst einmal finde ich es positiv, dass es diese Vorschläge der Experten gibt. Beispiel Investitionsfinanzierung, darum geht es ja in der 13. Stellungnahme: Hier führt es uns ja nicht weiter, immer nur das gleiche Dilemma zu beklagen. Wir alle kennen auch die finanzielle Lage der Bundesländer. Die Empfehlung an diese, zunächst nur noch Pauschalfördermittel zu vergeben und keine Einzelförderung mehr zu leisten, ist durchaus bedenkenswert, da Einzelförderungen bürokratischer seien und Investitionen verzögert würden, so die Kommission. Mit Pauschalfördermitteln dagegen könnten die Kliniken flexibler, schneller, gezielter und damit vermutlich auch wirtschaftlicher umgehen. Das wäre natürlich auch eine Frage des Vertrauens in die Krankenhausführungen.

Interessant ist auch, dass die Kommission eine Verstetigung des Transformationsfonds für die Zeit nach 2035 für Strukturinvestitionen anregt, den Bund und Länder gemeinsam tragen, zumal die Krankenhausreform ja nicht das Ende strukturell notwendiger Reformen sein wird.

Den Vorschlag der Kommission, dass eine künftige Krankenhausplanung auch die ambulante Bedarfsplanung einbeziehen müsste, hat der VKD bereits zu Beginn der Reformdiskussion über das KHVVG gemacht. Einbezogen werden sollten zudem demografische und andere strukturelle Entwicklungen, medizinischer Fortschritt sowie die Ambulantisierung.

Es gibt etliche Regelungen und Gesetzesvorhaben der Ampel-Regierung, die mit dem Bruch der Koalition im Herbst vorigen Jahres nicht mehr umgesetzt werden konnten. Welche müssten aus Ihrer Sicht jetzt für den Krankenhausbereich zügig abschließend diskutiert und beschlossen werden?

Foto: James Thew – stock.adobe.com

Dirk Köcher: Dazu gehören die im Grunde schon fast fertige Notfallreform und die Reform des Rettungsdienstes. Vor allem erstere beschäftigt uns in den Kliniken schon unglaublich viele Jahre. Zum Gesetzentwurf vom August 2024 gibt es natürlich noch Diskussions- und vor allem Konkretisierungsbedarf, aber auch hier muss es gemeinsam mit den Krankenhäusern Lösungen geben. Für uns ist es angesichts der Verlässlichkeit für Patienten mit akutem Behandlungsbedarf und für eine bessere Patientensteuerung zur Entlastung unserer Notaufnahmen aber auch wirtschaftlich wichtig. Wir brauchen endlich eine auskömmliche und faire Finanzierung für unsere Leistungen in der Notfallversorgung. Derzeit erwirtschaften wir in den Notaufnahmen bundesweit jedes Jahr ein Milliardendefizit. Bundesgesundheitsministerin Warken hat nun angekündigt, dass es nach der parlamentarischen Sommerpause einen Referentenentwurf für die Notfall- und Rettungsdienstreform geben soll. Wir werden sehen, ob auch für dieses Problem dann endlich eine Lösung in Sicht ist.

> EINFACH SIND SOLCHE TRANSFORMATIONSPROZESSE NICHT. SIE WERDEN UNS ALLE IN DEN KRANKENHÄUSERN SEHR VIEL KRAFT KOSTEN UND VIEL ÜBERZEUGUNGSARBEIT NACH INNEN UND AUSSEN ERFORDERN. ES WERDEN ZUM TEIL SCHMERZHAFTE VERÄNDERUNGEN ERFOLGEN MÜSSEN.

PB: Vielleicht zum Abschluss unseres Interviews eine Frage zum Wetter. Bundesweit gab es in diesem Jahr zahlreiche Stürme, Hitzewellen, Starkregen. Diese Ereignisse werden zunehmen. Wie können die Krankenhäuser hier reagieren, woran fehlt es?

Dirk Köcher: Wir sind hier in einer Position einerseits der Handelnden, weil Menschen zu Schaden kommen und etwa Patienten mit Herz-Kreislauf-Problemen, ältere Menschen, Kleinkinder und werdende Mütter, chronisch Kranke, unsere Hilfe benötigen. Das wird künftig in solchen Zeiten unsere Notaufnahmen deutlich mehr als normal belasten.

Andererseits sind Krankenhäuser als wichtige Infrastruktur von diesen Wetterextremen oder anderen gefährlichen Ereignissen aber auch selbst betroffen. Die Fragen sind, wie wir uns dafür besser vorbereiten können und welche Rahmenbedingungen wir dafür benötigen. Es gab in den vergangenen Jahren bereits Beispiele, wo Kliniken oder Teile von Häusern evakuiert werden mussten.

Krankenhäuser brauchen Notfallpläne für extreme Hitzewellen, Starkreden, heftige Stürme. Sie müssen sich auch Gedanken darüber machen, wie sie reagieren, wenn in ihrem Umfeld Straßen teilweise nicht passierbar sind, wenn Busse und Bahnen nicht fahren – wie es in diesem Jahr zum Beispiel mehrfach in Berlin der Fall war, wenn wichtige Dienstleister zeitweise nicht erreichbar sind und Mitarbeiter nicht ins Krankenhaus kommen können. Wichtig ist die Festlegung von Sofortmaßnahmen, Verantwortlichkeiten, Ansprechpartnern. Eine Reihe von Krankenhäusern hat sich darauf aber auch bereits eingestellt.

Bei Neu- und Umbauten muss der Schutz vor solchen Ereignissen bereits mitgedacht werden. Viele Kliniken befinden sich aber in älteren Gebäuden, wo das technisch vielleicht machbar, finanziell jedoch für das betreffende Haus kaum leistbar ist. Hier sehe ich die Politik in der Verantwortung, etwa, wie es auch die DKG fordert, die Krankenhäuser systematisch in Sonderfinanzprogramme mit einzubeziehen.

Herr Köcher, vielen Dank für das Gespräch!

Foto: vegefox.com – stock.adobe.com