Unsere Erwartung ist, dass es im KHAG grundsätzlich um die Verbesserung der aktuellen Situation geht

INTERVIEW MIT WOLFGANG MUELLER, 1. VIZEPRÄSIDENT DES VKD, VORSITZENDER DER GESCHÄFTSFÜHRUNG, VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH, DATTELN

Wolfgang Mueller

Am 1. April trat in Nordrhein-Westfalen die Krankenhausreform in Kraft. NRW ist damit das erste Bundesland, das die Versorgungsplanung grundlegend geändert hat.

PB: Sehr geehrter Herr Mueller, wie ist der Stand der Dinge, welche Erfahrungen gibt es inzwischen, welche Hoffnungen richten sich auch in den NRW-Krankenhäusern auf das Agieren der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken?

Wolfgang Mueller: Im Dezember 2024 hat das NRW-Gesundheitsministerium Feststellungsbescheide an die 330 Krankenhäuser im Land verschickt. Bis zum 1. April 2025 sollten die Krankenhäuser die neue Planung umgesetzt haben – mit Ausnahme von 10 Leistungsgruppen, die eine Übergangsfrist bis Ende dieses Jahres haben.

Foto: nmann77 – stock.adobe.com (oben), vkd (unten)

PB: Wurde das geschafft?

Wolfgang Mueller: Es musste geschafft werden. Wir waren ja auch nicht unvorbereitet. Mitte 2024 gab es Regionalkonferenzen, in denen das Ministerium schon mitgeteilt hat, an wie vielen Standorten welche Leistungsgruppen erbracht werden sollen und in welchen Feldern Konzentrationen vorgesehen sind. Jeder hatte also schon eine gewisse Vorstellung, die eigenen Chancen und Möglichkeiten realistisch einzuschätzen.

Die Erkenntnis war – und so hat es Minister Laumann dann auch gesagt - es geht nicht, dass ein Krankenhaus eine Leistung bis zum 31. Dezember erbringen darf, am 1. Januar 2025 dann aber nicht mehr. Daher wurde mit dem Inkrafttreten zum 01.04.2025 eine generelle Übergangsfrist festgelegt. Für 10 Leistungsgruppen wurde diese Frist bis Ende 2025 verlängert. Das war vor allem für Häuser entscheidend, die mengenintensive Leistungen erbrachten, etwa in der Endoprothetik. Die betreffenden Kliniken benötigen also einen entsprechend längeren Vorlauf. Darauf haben diese Häuser dann aber unterschiedlich reagiert. Manche nutzen die Möglichkeit, diese Leistungen noch bis zum 30. Dezember 2025 zu erbringen, andere entschieden, dennoch schon Ende 2024 auszusteigen, um planvoll und strukturiert ihre Medizinstrategie umzusetzen, anstatt dies dann doch zwangsweise tun zu müssen.

> „ICH DENKE, ES SOLL GRUNDSÄTZLICH IMMER UM DIE VERBESSERUNG DER AKTUELLEN SITUATION GEHEN, IN DIE UNS DER EHEMALIGE BUNDESGESUNDHEITSMINISTER GEBRACHT HAT. DAS IST JEDENFALLS UNSERE ERWARTUNG. ER HAT UNS DA EIN SCHWERES ERBE HINTERLASSEN, EIN GESETZESFRAGMENT, MIT DEM JA AUCH VIEL UNHEIL ANGERICHTET WERDEN KANN UND IN DEM KORREKTUREN VORGENOMMEN WERDEN MÜSSEN."

Seit die Krankenhausplanung jetzt scharf in die Budgetverhandlungen für 2025 gegangen ist, haben natürlich auch die Kostenträger einen aufmerksamen Blick darauf, ob nicht etwa DRGs in einer Leistungsgruppe enthalten sind, die das Krankenhaus gar nicht mehr erbringen darf.

Endgültig wird man die Auswirkungen aber erst im nächsten Jahr sehen, wenn die Übergangsfrist abgelaufen ist.

PB: Die Vergabe der Leistungsgruppen war zum Teil dennoch ein Schock für etliche Krankenhäuser. Anfang des Jahres standen 115 Klagen von Krankenhäusern an, 28 davon Eilverfahren - später waren es mit 47 noch weit mehr. In wie vielen Verfahren haben sich die Krankenhäuser durchgesetzt?

Wolfgang Mueller: Ich bin selbst mittendrin. Wir haben Klagen, in denen es um drei Leistungsgruppen geht – Pankreas, Cardiale Devices und Elektrophysiologische Leistungen. Wir haben zunächst für die erste Leistungsgruppe eine Entscheidung im Eilverfahren angestrebt, um die aufschiebende Wirkung der Klage wieder herzustellen. Das ist positiv für uns ausgegangen. Die Zahlen, die Sie für Eilverfahren nennen, können aus meiner Sicht für NRW hinkommen. Ich weiß allerdings nur von fünf, die dann tatsächlich positiv beschieden wurden.

Ich bin damals davon ausgegangen, es war ja eine Art einstweiliger Verfügung, dass dies Bestand hat. Es gibt aber auch die Möglichkeit, sowohl für Krankenhäuser als auch für das Land, gegen solche Bescheide Beschwerde vor dem Oberverwaltungsgericht Münster einzulegen.

Ich gehe davon aus, dass, selbst wenn man nach der 1. Instanz die Leistungsgruppe noch erbringen darf, das Klinikum keine Planungssicherheit mehr hat, wenn das Land beim OVG Beschwerde einreicht. Derzeit sieht es jedenfalls so aus, dass das Land in jedem Fall die Rechtsmittel komplett ausnutzen wird und auch das OVG bisher zu seinen Gunsten entschieden hat.

> „ES WAR DAS CREDO UNSERES GESUNDHEITSMINISTERS KARL-JOSEF LAUMANN, DASS MAN VON BERLIN AUS KEINE KRANKENHAUSPLANUNG FÜR EIN BUNDESLAND MACHEN KANN. WIR HABEN DAS IM BLICK GEHABT BEI DER VERGABE DER LEISTUNGSGRUPPEN UND DIE STRUKTURIERUNG DER LEBENS- UND ÜBERLEBENSFÄHIGKEIT EINZELNER STANDORTE SCHON EINBEZOGEN, SO DASS DAS GRUNDSÄTZLICH FUNKTIONIEREN SOLLTE“

PB: Gleichzeitig stiegen auch in NRW die Klinikinsolvenzen – bis Anfang Juni waren es wohl 13. Was passiert mit den zugewiesenen Leistungsgruppen dieser Häuser?

Wolfgang Mueller: Das kann ich genau sagen, wobei Insolvenzen hier nicht die einzige Rolle spielen. Wenn zum Beispiel ein Haus für sich entschieden hat, dass es seine Gynäkologie und Geburtshilfe schließen wird, als Anbieter also ausscheidet, findet zunächst eine Regionalkonferenz mit Krankenhaus- und Kassenseite statt. Vorher hatte das Land ja bereits den Bedarf festgestellt und dem entsprechend auf die Kliniken verteilt. Nun müssen Leistungen umverteilt werden. In diesem Fall werden die umliegenden Häuser der Versorgungsebene von den Kassen angeschrieben und gefragt, ob sie in der Lage sind, zusätzliche Leistungen zu übernehmen. Wenn dies der Fall ist, geht es um die jeweiligen Mengen. Das ist der angenehme Teil, weil es etwas zu verteilen gibt. Auch wir haben in einem solchen Fall für unser Krankenhaus mitgeteilt, dass wir mehr Leistungen übernehmen können.

Viel komplizierter ist es dagegen, wenn Krankenhäuser im Rahmen eines neuen regionalen Planungsverfahrens Leistungen neu beantragen. Das ist rechtlich möglich – nach der großen Runde kann jedes Haus Einzelanträge stellen. Dieses Verfahren ist dann komplexer. Es kommt ja potenziell ein neuer Leistungserbringer dazu – an der Bedarfsprognose des Landes ändert sich damit natürlich nichts. Somit müsste jedes Haus, das ebenfalls die entsprechende Leistung erbringt, von dieser etwas abgeben. Also müssen die anderen Anbieter angefragt werden, ob sie die Hinzunahme eines weiteren Leistungserbringers befürworten und wenn ja, ob sie bereit sind, Leistungen abzugeben. Das ist natürlich viel schwieriger. Man muss sehen, was passiert. Wir sind mit unserer GmbH derzeit in vier regionalen Planungsverfahren. Das hatte ich so nicht erwartet.

PB: Das Thema Leistungsgruppen bewegt die Gemüter natürlich grundsätzlich. Wir haben im vorigen Jahr für die Praxisberichte schon darüber gesprochen, wie es aussehen wird, wenn der neue Grouper zur Verfügung steht – was seit Februar der Fall ist – und die in NRW bereits zugeordneten Leistungsgruppen damit verglichen werden. Was ist dabei herausgekommen?

Wolfgang Mueller: NRW bleibt bei „seinen“ 60 Leistungsgruppen, auf der Bundesebene gehen wir von den 60 Leistungsgruppen aus NRW plus Spezieller Traumatologie aus. Die 65 Leistungsgruppen sind kein Thema mehr. Hier ist sich die Regierungskoalition einig.

Die Arbeitsgruppe Leistungsgruppen der Selbstverwaltung arbeitet auf Bundesebene derzeit daran, wie man jetzt hier vorgeht. Auch

die Spezielle Traumatologie ist ja ein Erbe Lauterbachs mit Anforderungen, die deutschlandweit nur wenige Krankenhäuser erfüllen könnten. Wir warten darauf, was im Krankenhausreform-Anpassungsgesetz stehen wird.

Ich denke, es soll grundsätzlich immer um die Verbesserung der aktuellen Situation gehen, in die uns der ehemalige Bundesgesundheitsminister gebracht hat. Das ist jedenfalls unsere Erwartung. Er hat uns da ein schweres Erbe hinterlassen, ein Gesetzesfragment, mit dem ja auch viel Unheil angerichtet werden kann und in dem Korrekturen vorgenommen werden müssen.

PB: Also werden die zusätzlichen Leistungsgruppen aus dem KHVVG in NRW nicht zusätzlich vergeben?

Wolfgang Mueller: Nein, das ist nicht der Plan. Im Koalitionsvertrag gibt es ja die Lex NRW für den Fall, dass ein Bundesland Leistungsgruppen noch 2024 eingeführt hat. Damit können wir voraussichtlich bis 2030 arbeiten. Das kann aktuell nur NRW in Anspruch nehmen.

Allerdings wird auch in Nordrhein-Westfalen ein Feintuning sicher hin und wieder notwendig sein, doch die Grundlage steht hier. Wir arbeiten damit und müssen ja die Strukturen unserer Häuser entsprechend anpassen. Es wäre kontraproduktiv, wenn das im nächsten Jahr wieder alles anders wäre.

PB: Es gibt offenbar auch Zuordnungsdiskrepanzen - Vorbereitungsoperationen werden wohl in andere Leistungsgruppen eingeordnet, Der Vorwurf ist zudem, dass Fälle der gleichen DRG teilweise in unterschiedlichen Leistungsgruppen landen. Ist das auch ein Problem in NRW? Wie geht man damit um?

Ich kenne das als Problemstellung der Medizincontroller, doch es macht uns derzeit keine großen Sorgen. Es ist durchaus möglich, jede Leistung zuzuordnen. Wir sind wenige Monate im neuen System mit Übergangsfristen für relevante Leistungsgruppen und damit eigentlich noch in der Findungsphase.

PB: Gibt es in NRW schon Ausnahmeregelungen und Flexibilisierungen, wenn notwendige Kliniken die Vorgaben, vor allem die harten Strukturvorgaben, der Leistungsgruppen nicht erfüllen können oder wartet man auch in NRW auf eine entsprechende Regelung, die den Ländern von Nina Warken für das Anpassungsgesetz zugesagt wurde?

Wolfgang Mueller: Es war das Credo unseres Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann, dass man von Berlin aus keine Krankenhausplanung für ein Bundesland machen kann. Wir haben das im Blick gehabt bei der Vergabe der Leistungsgruppen und die Strukturierung der Lebens- und Überlebensfähigkeit einzelner Standorte schon einbezogen, so dass das grundsätzlich funktionieren sollte.

Unsere Grundlage sind die Feststellungsbescheide, in denen Härten aus Sicht des Landes von vornherein erkannt und durch die Zuordnung berücksichtigt wurden.

Leistungsvoraussetzungen, die ich nicht am eigenen Standort erfülle, kann ich gegebenenfalls mit Kooperationen lösen. Dadurch

Foto: Wasan – stock.adobe.com

ist eine angemessen große Flexibilität für die Standorte geschaffen worden.

Die Beinfreiheit, die jetzt über die Bundesebene zugesichert werden soll, hat NRW schon immer gehabt. Ich nehme unserem Ministerium ab, dass es das genau im Blick hatte.

PB: Kritiker aus den Krankenhäusern befürchteten Umsatzeinbußen in Millionenhöhe bezüglich der Zuordnung oder Nichtzuordnung der Leistungsgruppen. Wie hoch könnten aus Ihrer Sicht die Umsatzeinbußen werden, bekommen die betroffenen Häuser eine Art Übergangsfinanzierung, bis sie ihre Strukturen angepasst haben?

Wolfgang Mueller: Wenn starke Konzentrationsprozesse eingeleitet werden und in bestimmten Leistungsgruppen dadurch 50 bis 70 Prozent der bisherigen Leistungserbringer wegfallen, sind die Konsequenzen schwer absehbar, die Prognose aber düster. Bei Verlust der Endoprothetik oder der Kardiologie kann man mit Umsatzeinbußen in Millionenhöhen rechnen. Hier gibt es keine Übergangsfinanzierung zur Anpassung der Strukturen.

Wenn sich auf der anderen Seite die Angebote auf deutlich weniger Krankenhäuser konzentrieren, die gleichzeitig Strukturen erweitern müssen, wird man auch hier sehen, ob – und wie schnell- das funktionieren wird.

Es gibt schon die Sorge – wir stehen in NRW ja unter einer gewissen Beobachtung - ob es wirklich so sinnvoll ist, gleich in einem großen Schritt diese Konzentrationen durchzuführen. Man kann das schlecht wieder korrigieren, wenn sich das als kontraproduktiv für die Versorgung erweist. Ich habe daher in meinen Vorträgen in anderen VKD-Landesgruppen gesagt, es wäre je nach Ausgangsbasis besser, einen ersten Schritt nicht in der maximalen Ausprägung zu machen und gegebenenfalls in einem zweiten Schritt nachzujustieren.

Häuser, die Leistungsmengen hinzubekommen haben, müssen prüfen, ob sie tatsächlich über die dafür notwendigen Kapazitäten verfügen. Falls nicht, wird es nicht so schnell gehen, diese aufzubauen. Auch hier werden wir erst 2026 nach dem Ende der Übergangszeit für alle Leistungsgruppen sehen, ob und wie das umsetzbar ist. Bei elektiven Leistungen kann ich mir aber vorstellen, dass die Wartezeiten für die Patienten deutlich länger werden.

PB: Was bedeuten die Anforderungen des KHVVG an die Zahl der Fachärzte und Mindestmengen für die unterschiedliche Leistungsgruppensystematik in NRW?

Wolfgang Mueller: Die Systematik in NRW ist ja ganz anders als im KHVVG vorgegeben, etwa zur Zahl der Fachärzte, die man für bestimmte Leistungen festgesetzt hat. Und diese NRW-Kriterien gelten voraussichtlich bis 2030.

Wobei die AG Leistungsgruppen ja genau an diesen Themen arbeitet. Ich hoffe für alle

Foto: EmDali – stock.adobe.com

> DIE BEINFREIHEIT, DIE JETZT ÜBER DIE BUNDESEBENE ZUGESICHERT WERDEN SOLL, HAT NRW SCHON IMMER GEHABT. ICH NEHME UNSEREM MINISTERIUM AB, DASS ES DAS GENAU IM BLICK HATTE.

Krankenhäuser im Bund, dass die Vorgaben des KHVVG nach unten korrigiert werden. Der Grund, sie kaum realisierbar hoch zu setzen, war ja offenbar, dass unter Karl Lauterbach auf diese Weise die Zahl der Leistungserbringer reduziert werden sollte.

Auch in der einen zusätzlichen Leistungsgruppe, der Speziellen Traumatologie, stehen ja noch diverse Vorgaben aus der Zeit Lauterbachs, bei denen fraglich ist, ob ein Krankenhaus sie überhaupt umsetzen kann. Das könnten vermutlich nur größere Kliniken erfüllen - wenn überhaupt. Da hängt die Latte unwahrscheinlich hoch. Ich hoffe wirklich, dass die AG Leistungsgruppen hier noch Änderungen vornimmt. Es geht doch darum, dass die Bevölkerung gut versorgt wird. Da brauchen wir in der Fläche ebenfalls eine entsprechende Anzahl von Krankenhäusern, von denen diese Leistungen erbracht werden können.

PB: Hybrid-Fälle - und Leistungsgruppen – Zwei-Tages-Fälle wurden für 2026 mit einbezogen. Wie sehen Sie die Auswirkungen?

Wolfgang Mueller: Die verlangte Steigerung der Hybrid-Fälle ist auch ein fatales Lauterbach-Erbe. Diese Mengen können die Krankenhäuser mit ihren Strukturen nicht leisten. Wenn die KBV sich ehrlich machen würde, müsste sie sagen, dass die ambulanten Leistungserbringer das auch nicht können.

Das Verfahren über die Anzahl der Fälle lag ja bei der Selbstverwaltung. Die DKG konnte hier nicht zustimmen und hat sich nicht beteiligt. Nun muss das BMG sich damit beschäftigen. Ich hoffe auch hier, dass mit dem Anpassungsgesetz die Anzahl der Fälle auf eine realistische Größenordnung gebracht wird, damit das dann tatsächlich händelbar ist.

PB: Hinzu kommt ja auch die Frage der Erlöse.

Wolfgang Mueller: Was die niedergelassenen Ärzte betrifft, werden wir vermutlich sehen, dass die leichteren Fälle, die mit Sicherheit als Tagesfall ohne Übernachtung erbracht werden können, von diesen übernommen werden und die schwierigen, auch teureren Fälle bei den Krankenhäusern bleiben. Es muss hier Vernunft einsetzen, denn die Krankenhäuser können ja nicht bei jeder Behandlung noch Geld mitbringen. Die Leistungserbringer müssen auch in der Lage sein, das umzusetzen. Insgesamt werden die vollstationären Zahlen aber in jedem Fall nach unten gehen.

Wir sehen ja jetzt schon, welche Fachbereiche besonders betroffen sind, wie z. B. die Urologie, die Gynäkologie und die allgemeine Chirurgie. Wir reden doch von einer komplett pauschalierten Vergütung, am Ende auf dem Niveau einer ambulanten Operation, unter den infrastrukturell vollstationären Rahmenbedingungen der Kliniken. Das ist wirtschaftlich für die Kliniken brandgefährlich.

Hinzukommt, dass es keine Freiwilligkeit gibt. Wir haben einen Katalog mit der Zuordnung von Leistungen, bei denen wir keine Wahl haben. Wir müssen sie im Regelfall als Hybrid-DRG-Fall erbringen. Der Medizinische Dienst sieht da genau hin.

PB: Die Vorhaltefinanzierung, ein wichtiger Bestandteil der Krankenhausreform, soll einen Großteil der Betriebskosten von Krankenhäusern

abdecken und ist an die Leistungsgruppen gekoppelt. Welche Erfahrungen haben die Krankenhäuser in NRW hier bisher gemacht – kleine wie große Häuser?

Wolfgang Mueller: Die Überschrift „Vorhaltebudget" war ja durchaus gut. Das war eine sinnvolle Idee. Doch die Inhalte stimmen eben keinesfalls damit überein. Im Gegenteil.

PB: Die Bundesgesundheitsministerin hat bereits gesagt, dass die Vorhaltefinanzierung im Gesetz bleibt, nur die Übergangszeit wird um ein Jahr verlängert.

> „ES GIBT SCHON DIE SORGE – WIR STEHEN IN NRW JA UNTER EINER GEWISSEN BEOBACHTUNG – OB ES WIRKLICH SO SINNVOLL IST, GLEICH IN EINEM GROSSEN SCHRITT DIESE KONZENTRATIONEN DURCHZUFÜHREN. MAN KANN DAS SCHLECHT WIEDER KORRIGIEREN, WENN SICH DAS ALS KONTRAPRODUKTIV FÜR DIE VERSORGUNG ERWEIST."

Wolfgang Mueller: Die entscheidende Frage dabei ist doch, wie man das Konstrukt verändert. Ich verstehe das einmal positiv so, dass die gute Überschrift mit passenden Inhalten gefüllt wird, so dass die Vorhaltefinanzierung tatsächlich ihren Zweck erfüllt. Das wäre die entscheidende Frage. An der Idee selbst festzuhalten, sehe ich dann nicht negativ.

PB: Seit dem Sommer können die Länder Vorschläge zur Finanzierung für Projekte zur Umsetzung des KHVVG machen. Welche Förderungen stehen für die Kliniken in NRW darüber hinaus zur Verfügung?

Derzeit ist es so, dass es einige Fördertüren gibt, doch welche sich tatsächlich öffnen wird und wann – auch das müssen wir wohl abwarten.

NRW hat für die Krankenhäuser aber schon im vorigen Jahr einen Finanztopf mit 2,51 Milliarden Euro für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung ausgestattet. Die erste Vergaberunde endete 2024. Hier haben acht oder neun Häuser Bescheide bekommen. Inzwischen gab es eine zweite Antragsrunde aus diesem Topf mit Abgabefrist 2. April.

Inzwischen wurden auch die Förderkriterien um Kinder und Jugendmedizin sowie, in gewissen Grenzen, die Geburtshilfe, erweitert. Beides hat uns veranlasst, für alle drei Kliniken unserer GmbH Anträge zu stellen, bei denen der Zusammenhang mit der Krankenhausplanung eindeutig war. Mit Entscheidungen dazu rechnen wir im Herbst. In der 1. Runde wurden wohl maximal 700 Millionen Euro verteilt. Der größere Teil liegt also noch im Topf.

In NRW geht es ja vor allem darum, dass Kliniken, die Kapazitäten reduzieren wollen, daraus unterstützt werden. In diesem Zusammenhang haben wir mit Minister Laumann auch über Schließungskosten diskutiert. Hier ging er leider nicht mit.

Ein bisschen schwierig sind Überschneidungen mit dem Transformationsfonds, für den ja seit dem Sommer Anträge gestellt werden konnten. Häuser müssen für sich entscheiden, ob sie eine Entscheidung aus NRW abwarten oder parallel denselben Antrag auf Bundesebene stellen.

PB: Relativ unklar scheint noch zu sein, welcher Leistungsgruppe Patienten mit mehreren Erkrankungen oder Behandlungen zugeordnet werden müssen, in der aber die notwendigen Leistungen, Nebenleistungen, Fallschwere, nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt, also nicht finanziert werden.

Wolfgang Mueller: Eine eindeutige Zuordnung zu Leistungsgruppen ist möglich – hier würde Dr. Frank Heimig vom InEK sicher zustimmen. Daran wird sich nichts ändern. Wir reden hier allerdings wie immer über den „Durchschnittspatienten". Das Problem hatten wir bisher und haben wir auch künftig, dass die Realität im Einzelfall anders aussieht.

PB: Herausforderung Personalmangel. Geht angesichts der Konzentration das Personal, vor allem das Pflegepersonal, mit an andere Kliniken? Falls nicht, wie kann das Problem angesichts der dort dann steigenden Patientenzahlen gelöst werden? Pflegepersonalmangel als kritischer Faktor der Konzentration?

Wolfgang Mueller: Natürlich. Es ist einfach, am grünen Tisch Leistungen, Personal und Patienten zu verschieben. Aber das Personal hat hier andere Vorstellungen als ein Bundesminister. Es akzeptiert nur Entfernungen innerhalb bestimmter Radien. Darüber hinaus sind vor allem Pflegekräfte nicht immer bereit zu wechseln. Sie haben unzählige Möglichkeiten zu arbeiten, das muss nicht zwingend ein Krankenhaus sein.

Zehn Kilometer Arbeitsweg – das funktioniert, zumal, wenn die Mitarbeiter zwischen zwei Krankenhäusern wohnen. Aber über 25 bis 30 Kilometer hinaus wird es schwierig. Je spezialisierter Mitarbeitende sind, einen desto größeren Radius akzeptieren sie vielleicht. Es wird jedenfalls spannend, ob die Kliniken auch das notwendige, dann ja zusätzliche Personal finden. Das könnte die Situation im Personalbereich für bestimmte Kliniken weiter verschärfen.

> „DIE VERLANGTE STEIGERUNG DER HYBRID-FÄLLE IST AUCH EIN FATALES LAUTERBACH-ERBE. DIESE MENGEN KÖNNEN DIE KRANKENHÄUSER MIT IHREN STRUKTUREN NICHT LEISTEN. WENN DIE KBV SICH EHRLICH MACHEN WÜRDE, MÜSSTE SIE SAGEN, DASS DIE AMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGER DAS AUCH NICHT KÖNNEN."

PB: Ist die Verlagerung von Leistungen und die Konzentration von Leistungen auf bestimmte Standorte ein Problem für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte? Gibt es Vorgaben vom Land?

Wolfgang Mueller: Gute Frage, vielleicht ist das bisher zu wenig berücksichtigt worden, auch in NRW. Zum Beispiel in der Orthopädie oder Unfallchirurgie stehen wir vor Problemen. Ohne Rotation wird das nicht gehen. Viele Assistenzärzte werden ihre Ausbildung nicht an

Foto: photocrew – stock.adobe.com

nur einem Standort absolvieren können. Derzeit ist noch ziemlich offen, wie dieses Problem gelöst werden kann.

PB: Gesundheitsminister Laumann machte sich dafür stark, dass es eine Übergangsregelung für die bisherige Zuteilung der Leistungsgruppen in NRW bis spätestens Ende 2030 geben soll. Was denken Sie – gehen 2030 die Planungen dann noch einmal los oder kommt ohnehin wegen der Erfahrungen in der Umsetzung der Reform für alle ein ergänzendes Reformgesetz?

Wolfgang Mueller: Ich hoffe, dass im ersten Schritt im Anpassungsgesetz bereits möglichst viele handwerkliche Fehler behoben werden. Man muss natürlich auch weiter Erfahrungen sammeln. Vielleicht sind die fünf Jahre bis 2030 auch ein passender Zeitraum, noch einmal nachzujustieren. Ich kann mir aber weder für NRW noch für die anderen Bundesländer eine komplette Neu-Planung wirklich vorstellen. Wir müssen erst einmal die Wirkungen des KHVVG und nun des KHAG sehen. Das hat auch auf Ebene der einzelnen Standorte eine Relevanz.

Was die Bundesländer betrifft – auch hier müssen wir erst einmal abwarten. Sie haben ja völlig neue Aufgaben vor der Brust, die sich auch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. In den neuen Bundesländern ist die Situation völlig anders als etwa in Bayern. Hier ist die Situation schon viel sortierter, weil nach der Wende Strukturen bereits erheblich verändert wurden, oftmals reduziert hinsichtlich der Leistungen und Standorte.

Sehr geehrter Herr Mueller, vielen Dank für das Gespräch.

> „ES IST EINFACH, AM GRÜNEN TISCH LEISTUNGEN, PERSONAL UND PATIENTEN ZU VERSCHIEBEN. ABER DAS PERSONAL HAT HIER ANDERE VORSTELLUNGEN ALS EIN BUNDESMINISTER. ES AKZEPTIERT NUR ENTFERNUNGEN INNERHALB BESTIMMTER RADIEN."

Foto: sonatik – stock.adobe.com