



Ein Koalitionsvertragscheck

Die zukünftige Krankenhausversorgung im ländlichen Raum in Deutschland

Von Prof. Dr. Lars Timm

Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung – bestehend aus einer Allgemein- und Unfallchirurgie nebst Innerer Medizin mit einer ungefähren Größe von 150 Betten – sind vielfach in ländlichen Regionen etabliert und gelten immer noch als verlässlicher Versorger. Das heterogene Klinikumfeld mit vielen Krankenhäusern nebst entsprechender Leistungsgruppenausprägung erschwert die Marktposition erheblich. Bekanntlich sind kleine Krankenhäuser, die nicht als Fachklinik agieren, wenig spezialisiert und können lediglich eine Grundversorgung aufrechterhalten. Sie unterliegen somit dem ruinösen Wettbewerb. Durch die richtigerweise angestoßene Zentrenbildung größerer Kliniken im Leistungsgruppenkontext reduzieren sich die Umsätze der kleinen Krankenhäuser folglich massiv. Zudem sind erhöhte variable Kosten (z.B. Tarifzuschläge im ländlichen Raum oder Fremdpersonalkosten) erforderlich, um überhaupt den Dienstbetrieb sicherzustellen. Diese Parameter zeigen eindeutig auf, dass ein Fortbestand nicht mehr gewährleistet werden kann und rechtzeitig, im Sinne der gesundheitspolitischen Trends, mit der Zielsetzung einer geregelten Grundversorgung für den ländlichen

Raum agiert werden muss. Schließlich zeigen seit einigen Jahren die Beitragsätze der Gesetzlichen Krankenversicherung nur in eine Richtung; dieser Kurs wird bei einem Ceteris-Paribus-Ansatz massiv verschärft und bei einem weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben zudem erhebliche volkswirtschaftliche Probleme nach sich ziehen.

Verbesserungsansätze im Koalitionsvertrag

Verbesserungsansätze sind im Koalitionsvertrag erfreulicherweise aufgenommen worden. Bereits im Kapitel 1.5 wird auf die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum eingegangen. So wird umschrieben, dass u.a. neben Wirtschaft und Mobilität auch die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum gesichert werden muss, um eine lebenswerte und nachhaltige Zukunft für alle Generationen zu erzielen. Im Kapitel 4.2 ff. werden diese Aspekte konkreter und direkt auf das Themenfeld Gesundheit und Pflege bezogen. Neben der Bildung einer Kommission, die sich für eine Stabilisierung der Beitragssätze einzusetzen und konkrete Maßnahmen hierzu entwickeln soll, wird vor allem

In dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wird bereits auf der Seite 36 die Versorgung im ländlichen Raum erwähnt. Schließlich wohnt die Mehrheit der Menschen in Deutschland tatsächlich in ländlichen Regionen. Doch gerade hier stehen Grund- und Regelversorger vor großen Herausforderungen. Zum einen sichern sie die medizinische Grundversorgung in einer Region; zum anderen blicken die Verantwortlichen auf eine schwierige wirtschaftliche Situation. Der § 115g SGB V sieht hierbei die Möglichkeit zur Etablierung einer Level-11-Klinik bzw. Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung als mögliche Option vor. Diese wird wiederum im Koalitionsvertrag auf keiner Seite des 146-seitigen Papiers erwähnt. Allerdings ermöglicht die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) mehrere Förderoptionen, die aber noch von der vorherigen Regierung Mitte April 2025 verabschiedet wurde. Der Widerstand gegen die in die richtige Richtung gehende Klinikreform kommt sicherlich nicht primär aus der städtischen Bevölkerung, sondern aus den ländlichen Regionen, die in Sorge sind, wie sie zukünftig versorgt werden.

Keywords: Patientenversorgung, Krankenhausplanung, Gesundheitspolitik

der bedarfsgerechte Ansatz erwähnt. Was das konkret bedeutet, kann natürlich nicht in einem umfangreichen Koalitionsvertrag in der Kürze ►

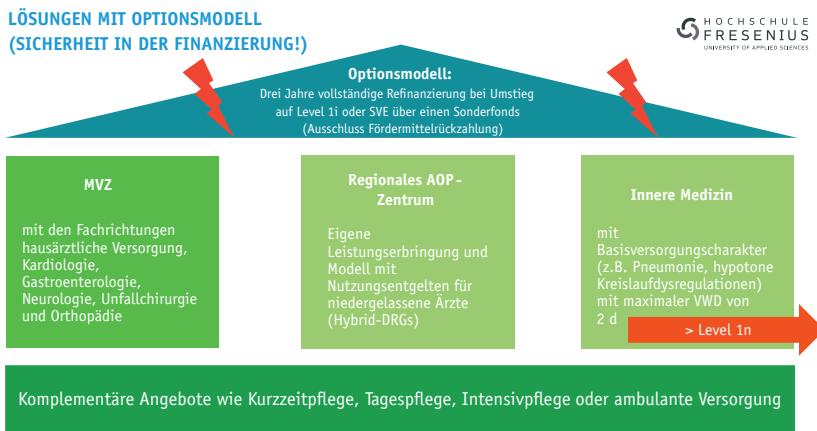


Abb.: Leistungen, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen könnten

der Zeit erarbeitet werden. Allerdings zeichnet sich unter der laufenden Nummer 3439 der Rubrik Krankenhauslandschaft eine Tendenz ab. Der Begriff „ländliche Raum“, der im Koalitionsvertrag zu verschiedenen Handlungsfeldern tatsächlich sechzehn Mal verwendet wird, findet auch Berücksichtigung in der Krankenhauslandschaft. So soll es hierbei den Ländern möglich sein, die Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung zu ermöglichen. Es soll Ausnahmen in Bezug auf das KHVVG geben, zumindest interpretiert dies der Autor, und erweiterte Kooperationen sollen möglich sein. Aufgrund der Anfälligkeit von kleinen Krankenhäusern zur Sicherstellung der Leistungsgruppenanforderungen mindern sicher lockere Qualitäts- und Leistungsvorgaben hierzu den Handlungsdruck. Zudem soll die Konvergenzphase von zwei auf drei Jahre verlängert werden. Wie bereits ausgeführt, kann der Koalitionsvertrag spezielle Regelungen en Detail nicht aufgreifen, sondern nur skizzieren. Die Versorgung im ländlichen Raum hat bei der Erarbeitung des Koalitionsvertrages bei den Verhandlungsuntergruppen entsprechende Berücksichtigung gefunden – lobenswert! Daher sind folgende Szenarien für Krankenhäuser im ländlichen Raum möglich.

Szenarien

Aus diesen gesundheitspolitischen Trends zeichnen sich für die stark anfälligen oder insolvenzgefährdeten Krankenhäuser, die aber ja die Versorgung in ländlichen Räumen sicherstellen sollen, aktuell folgende Szenarien ab:

- Level-1i-Klinik
- Gesundheitszentrum oder Regionales Versorgungszentrum
- Fortbestand

Level-1i-Klinik

Eine Level-1i-Klinik kann als erster Anlaufpunkt für die Versorgung im ländlichen Raum betrachtet werden und zukünftig durchaus als Gatekeeper agieren. Es soll ja zukünftig verhindert werden, dass einfache Behandlungsfälle in komplexen Levelkategorien behandelt werden. Eine Klinik für Innere Medizin im ländlichen Raum kann sehr wohl stationär behandlungsnotwendige Fälle behandeln und im Bedarfsfall dann in eine andere Klinik überweisen. Quantitativ sollten alle Fälle mit einer längeren Verweildauer als zwei Tage in eine höhere Levelkategorie verlegt werden, um wiederum keine Gelegenheitsversorgung entstehen zu lassen. Das bedeutet für die Bevölkerung zwar längere Fahrtwege, diese aber wiederum in eine Krankenhausstruktur mit einer besseren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die ▶ Abbildung zeigt auf, welche Leistungen zudem der Bevölkerung zur Verfügung stehen könnten.

In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass Level-1i-Kliniken in den weiteren Ausführungen des Koalitionsvertrages ein anreizorientiertes Optionsmodell erhalten sollten, das den Umstieg erleichtert. Die KHTFV eröffnet hier entsprechende Antragsmöglichkeiten. Es bleibt hierbei aber zu erwähnen, dass dieses Konstrukt mit den Planungsbehörden abgestimmt und am Ende planerisch auch bewilligt werden muss. Natürlich müssen dann kleinere Fachabteilungen mit anderen Kliniken zusammengelegt werden und das Angebot (z.B. Gynäkologie, Allgemeinchirurgie) aufgegeben werden.

Gesundheitszentrum oder Regionales Versorgungszentrum

In einigen Regionen in Deutschland haben sich bereits Gesundheitszen-

tren oder Regionale Versorgungszentren (z.B. durch MVZ mit mehreren Sitzen) etabliert. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie reine ambulante Leistungen erbringen und eben keinen stationären somatischen Anteil. Vielfach sind die Umsatzerlöse jedoch so gering, dass eine Fixkostendeckung bei bestehenden Gebäudestrukturkosten nicht unbedingt erreicht werden kann. Insofern müssen bei dieser Versorgungsform im ländlichen Raum immer lukrative Nachnutzungsmöglichkeiten frühzeitig aufgegelistet werden. Des Weiteren ist es zwingend erforderlich, einen realistischen Business-Case aufzustellen, um überhaupt eine prosperierende Zukunft abbilden zu können bzw. das Vorhaben nicht umzusetzen.

Fortbestand

Natürlich besteht auch die Möglichkeit eines Fortbestandes, beispielsweise durch Kooperationen. In einigen Fällen reicht die Betrachtung einer Deckungsbeitragsrechnung aus, um unwirtschaftliche Abteilungen zu schließen und dem bestehenden ländlichen Konstrukt eine Zukunftsperspektive aufzuzeigen. Dennoch wird auch die Schließung einer unwirtschaftlichen Abteilung nicht zwingend den wirtschaftlichen Erfolg der gesamten Klinik sicherstellen. Daher lohnt es sich, frühzeitig die Modalitäten des Krankenhaustransformationsfonds auszuloten.

Die Krankenhaustransformationsverordnung – ein Motor für die Transformation?

Durch die KHTFV wird es zukünftig möglich sein, genau diese Modelle zu entwickeln, konkret zu planen und umzusetzen. Zudem gab es noch Erweiterungen der Fördertatbestände. So wurden beispielsweise die Etablierung und der Ausbau von medizinischen Zentren sowie die Förderung von Konzentrationsvorhaben um eine sachgerechte Ausstattung, Einrichtung, Medizintechnik, Verwaltungskosten und Qualifizierungsmaßnahmen erweitert. Lesenswert ist hierzu insbesondere der § 3 der Verordnung. Es bleibt zu hoffen, dass die Behörden rasch diese Transformationen begleiten und die Kostenträger ebenfalls eine hohe Dynamik an den Tag legen, um die Krankenhauslandschaft nachhaltig zu transformieren. Die Entscheidung für ein Krankenhaus als Grund- und Regelversorger mit erheblichen Verlusten kann daher nur lauten, die KHTFV rasch zu lesen und Anträge vorzubereiten bzw. vorher mit den Planungsbehörden und Kostenträgern einen rich-

tungsweisenden Konsens zu erzielen. Sofern die Ausführungen des Koalitionsvertrages hinsichtlich der Versorgung im ländlichen Raum weitere Konkretisierungen erfahren, bildet die KHTFV eine entsprechende Finanzierungsgrundlage.

Zusammenfassung

Die Versorgung im ländlichen Raum wird im Koalitionsvertrag erfreulicherweise mehrfach erwähnt. Die Möglichkeiten einer Level-1i-Klinik im Gesamtkontext zum KHVVG wurden im Koalitionspapier sicher nicht vergessen, sondern in der Vielzahl der Themen mit dem Synonym „ländlicher Raum“ implizit erwähnt; schließlich wurde der Koalitionsvertrag unter Hochdruck mit weiteren Handlungsprioritäten weiterer Handlungsfelder erarbeitet. Die Untergruppen hätten aber sehr wohl eine Levelzuordnung diskutieren und mit konkreten Impulsen der ländlichen Bevölkerung eine genauere Perspektive aufzeigen können.

nen. Schließlich ist die ländliche Bevölkerung berechtigterweise um die medizinische Versorgung in ihrem Wohnumfeld umsorgt und liest natürlich auch den Koalitionsvertrag – bei diesem Thema wahrscheinlich mit einem Gefühl zwischen Euphorie oder Enttäuschung. So bleibt abzuwarten, inwiefern die Ausführungen des Koalitionsvertrages konkreter werden. Nämlich hoffentlich in der Form, dass schnelle Transformationen mit einer hohen Förderquote nebst verlässlicher Auszahlungsgeschwindigkeit beschlossen, die behördliche Umsetzungsdynamik erhöht und die Level-1i-Kliniken seitens der Kostenträger über die ersten drei Jahre ergebnisneutral finanziert werden. Dann wäre eine verlässliche Grundversorgung im ländlichen Raum, gepaart mit einer abgestimmten regionalen Schwerpunktversorgung, ohne ruinösen Wettbewerb möglich. ■

Literatur beim Verfasser



Prof. Dr. Lars Timm, MBA M.A.
Studiendekan an der Hochschule Fresenius
Hamburg

Vorstand der HC & S AG
Düsseldorf
lars.timm@hs-fresenius.de

KU FACHBEIRAT



Prof. Dr. med. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker, Rösrath



Dipl. Kfm. Jens Bussmann
Generalsekretär Verband der
Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)



Dr. med. York Dhein
CEO
VAMED Gesundheit Holding Deutschland



Xaver Frauenknecht MBA
Berater im Gesundheitswesen



Stefan Günther, M.A.
Mitglied des Vorstands der Fachgruppe
psychiatrischer Einrichtungen im VKD
Referent des Direktors Wirtschaft und
Finanzen und Leiter Controlling bei den
Medizinischen Einrichtungen des Bezirks
Oberpfalz



Dr. med. Erwin Horndasch
Leiter Medizincontrolling Diakoneo
Klinik Schwabach



Heinz Kölking
Unternehmensberatung
Gesundheitswirtschaft



Dr. Nicolas Krämer
Vorstandsvorsitzender
der HC&S AG



Dr. Thomas Krössin MBA
Professur für Gesundheitsmanagement
iU Internationale Hochschule



Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre,
insbes. Krankenhausfinanzierung und
-management, Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



Prof. Dr. Volker Penter
Partner BDO AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau
Vorstandsvorsitzende DGM e.V.



Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert
Geschäftsführer Gesellschafter
medAurel GmbH – Gesellschaft für
Gesundheitsmanagement



Dr. Christian Stoffers
Geschäftsführer Diakonie
Soziale Dienste gGmbH Siegen



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Geschäftsführer Kaiser-Karl-Klinik Bonn,
Geschäftsführer Herzpark Mönchengladbach,
Geschäftsführer Aatalklinik Bad Wünnenberg