

**Pressekonferenz:  
Baustelle Gesundheitswesen: Reformen gefragt!  
28.2.2023**

***Statement des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke***

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich denke, dass bei allen Akteuren im Gesundheitswesen und in der Landes- und Bundespolitik grundsätzliche Einigkeit darüber besteht, dass wir Reformen im Krankenhaussektor brauchen. Allerdings geht es dabei um die richtigen Reformen. Denn unsere Krankenhäuser sind derzeit aus vielen Gründen in einer schwierigen Situation.

Rund 60 Prozent der 1.900 deutschen Krankenhäuser stehen vor massiven finanziellen Problemen. Betriebskosten der Kliniken steigen aufgrund von Energiekosten, Inflation und Gehältern. Gleichzeitig sinken ihre Einnahmen, da Hilfsprogramme aus der Corona-Zeit auslaufen und aufgrund von Personalengpässen weniger Patienten im Krankenhaus behandelt werden können. Damit sinken die Erlöse, denn unser 100 prozentiges DRG-System vergütet – abgesehen von der Pflege - nur erbrachte Leistungen. Gleichzeitig kommen die Bundesländer ihren Investitionskostenverpflichtungen weiterhin nicht ausreichend nach. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnt daher vor einer Pleitewelle schon in der zweiten Jahreshälfte 2023. Und auch der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser rechnet allein für 2023 mit bis zu 100 Krankenhausinsolvenzen. Nun können wir diesen aktuellen prekären Zustand aber nicht durch eine schnell und vielleicht nicht ausreichend analysierte Krankenhausreform, deren Transformation sicher Jahre dauert, beheben. Sorgfalt, Augenmaß und wirksame - auch finanziell wirksame - Zwischenlösungen sind ebenso gefragt, wie eine gute Krankenhausreform.

Schauen wir jetzt einmal genauer auf die Problematik der derzeitigen DRG-Finanzierung.

Kliniken bekommen derzeit pro Patient oder Behandlungsfall einen pauschalen Euro-Betrag, oder, wie es im Fachjargon heißt, eine diagnosebezogene Fallpauschale. Dabei werden Diagnosen in "Fallgruppen" eingeteilt und pauschal vergütet. Die Dauer der Behandlung oder wie viel Personal dafür eingesetzt werden muss, wird bei der Abrechnung nur bedingt berücksichtigt. Das verschafft systemimmanent einen Anreiz für die Kliniken, möglichst viele lukrative Fallgruppen auf möglichst kostengünstige Weise, sprich mit wenigen Personalressourcen und möglichst wenigen Krankenhaustagen, durchzuführen, mit inzwischen äußerst ungunstigen Folgen für Patienten und Krankenhauspersonal.

Die Defizite dieses Systems haben sich in den letzten Jahren besonders deutlich in den Kinderkliniken gezeigt. Denn die Untersuchung und Behandlung von Kindern ist zeit- und personalintensiv. Kinderstationen haben im Vergleich mit Erwachsenenstationen nicht nur einen besonders hohen Anteil an Akutpatienten, sie brauchen auch erheblich mehr Personal, um diese zu behandeln. Die hohen Personal- und Sachkosten sowie das überdurchschnittliche Leistungsspektrum führen in der aktuellen Vergütungssystematik dazu, dass Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe kaum kostendeckend von den Kliniken betrieben werden können. Die Folge davon: in den letzten zehn Jahren wurden Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin geschlossen, Betten abgebaut und Geburtsstationen dichtgemacht. Diese Situation hat vor Weihnachten, als Coronavirus, RSV-Infektionen und Influenza viele Kinder stark erkranken ließen, zu einer Überlastung der Kinderkliniken und zu unhaltbaren Zuständen für Kinder, Eltern und Klinikpersonal geführt. An diesem Beispiel zeigt sich, dass ein rein an ökonomischen Maßstäben ausgerichtetes Finanzierungssystem von Kliniken das Prinzip der Daseinsfürsorge aushebelt. Kliniken können nicht nur nach erbrachten Leistungen bezahlt werden. Wir bezahlen die Feuerwehr ja auch nicht nur für jeden gelöschten Brand.

Und wenn wir diesem Gedankengang der Daseinsfürsorge folgen, dann brauchen wir für die Kliniken schnell ein vernünftig konstruiertes Vergütungssystem, das in der Lage ist, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat Anfang Dezember 2022 Reformvorschläge einer von ihm eingesetzten Regierungskommission vorgestellt.

Nach den Vorschlägen der Regierungskommission zu einer grundlegenden Krankenhausreform sollen die Kliniken statt künftig nur über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) nach drei neuen Kriterien vergütet werden: Vorhalteleistungen, Versorgungslevels und Leistungsgruppen. Alle Krankenhäuser in Deutschland sollen künftig neu eingeführten Versorgungslevels zugeordnet werden: Vom Level 1i für Grundversorger, in denen ambulante Leistungen erbracht werden, bis zum Level 3 für Maximalversorger. Für jedes Level sollen einheitliche Mindestvoraussetzungen gelten und eine Zuteilung von Leistungsgruppen z.B. Kniegelenkoperationen oder Hüftoperationen erfolgen.

Auf unserer Kammerversammlung am 11. März wollen wir die vorliegenden Reformvorschläge der Regierungskommission analysieren und schauen, welche Auswirkungen die Vorschläge sowohl für den ambulanten und stationären Sektor haben und in wie weit sie auch Auswirkungen auf die Krankenhausplanung hier in NRW haben, mit der wir ja auf einem guten Weg sind und von der wir hoffen, dass sie nicht durch Bundesvorgaben ausgehebelt wird.

Zurecht haben die Bundesländer, die in Deutschland zuständig für die Krankenhausplanung sind, Beteiligung und Zustimmungspflicht bei dem geplanten Krankenhausreformgesetz eingefordert. Noch am Freitag auf der 2. Sitzung der Bund-Ländergruppe wurden Ausnahmen von den Regelungen eingefordert. Denn Krankenhausplanung funktioniert nicht vom grünen Tisch, sondern nur unter Kenntnis regionaler Gegebenheiten und Anforderungen. Der Bund kann das operative Handeln nicht übernehmen. Nordrhein-Westfalen mit Ballungsräumen und ländlichen Gebieten steht bei der Krankenhausplanung vor anderen Herausforderungen als Mecklenburg-Vorpommern als ländlich geprägtes Flächenland. Gemeinsam wollen in 50 anberaumten Sitzungen bis zum Sommer Bund-Länder-Gruppen nun auf Basis der Reformvorschläge der Krankenhauskommission die Definitionen von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln) und von Leistungsgruppen schärfen sowie Vorschläge zur Vergütung von Vorhaltepauschalen und zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser der Grundversorgung machen. Und wenn

die gemeinsame Gesetzgebung den richtigen Prioritäten folgt, kann daraus auch eine gute Reform werden.

Und ich hoffe sehr, dass sich diese Bund-Ländergruppen auch der Expertise der Akteure der Selbstverwaltung bedienen, die am Ende von der Reform am meisten betroffen sein werden. Was hier in NRW gelungen ist, nämlich die Grundlagen einer neuen Krankenhausplanung im Konsens mit allen Akteuren zu gestalten, das müsste in den Finanzierungsfragen doch auch auf der dafür zuständigen Bundesebene gelingen, wenn man denn willens ist.

Aus unserer Sicht sollten folgende Aspekte bei den weiteren Gesprächen berücksichtigt werden:

- Die Krankenhausvergütung um Vorhaltebudgets zu ergänzen ist richtig. Aber deren Ansatzpunkte müssen die Erfordernisse der Notfallversorgung und eine Abkehr von den bisherigen Mengenanreizen sein. Das sehen wir in den vorliegenden Vorschlägen der Kommission nicht ausreichend abgebildet. Die sinnvolle Einführung von Vorhaltebudgets muss Unabhängigkeit von der Anzahl der behandelten Patienten herstellen, um nicht erneute Mengenanreize zu setzen. Wir fordern daher, die gesamten patientennahen Personalkosten aus den Fallpauschalen auszugliedern. Nur so werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, in den Krankenhäusern für eine stärker bedarfsorientierte und weniger erlösorientierte Personalpolitik zu sorgen.
- Wir brauchen keine neue Einteilung der Krankenhäuser in künstlich definierte starre Level. Wir haben bereits ein definiertes und praktisch eingeführtes Stufenmodell der Notfallversorgung mit Maximalversorgern, Schwerpunktversorgern und Grundversorgern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und daran geknüpfte Qualitätsvorgaben. Dessen Einführung war konfliktbeladen genug. Weitere Einteilungen, die parallel zu diesem Stufenmodell gemacht werden, dienen weder der Transparenz noch steigern sie Qualität. Qualitätskriterien können sehr gut an Leistungsgruppen geknüpft werden, da braucht es keine neuen Level.

- Das starre Definieren neuer Level führt aus unserer Sicht zum Ausschluss von versorgungsrelevanten Häusern und erschwert die Planung der regionalen Versorgung. Auch hat das vorgeschlagene Konstrukt der Level II Stufe, in die ein Großteil der kleinen Häuser eingeteilt werden soll, in den Vorschlägen der Regierungskommission bislang weder einen klaren Rechtsrahmen noch ein klares Aufgabenprofil. Die Bezahlung über Tagespauschalen und Leitung durch Pflegekräfte klingt derzeit eher nach Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die ggf. Sinn machen mögen, aber im Kern keine Krankenhäuser mehr sind. Wie in diese Systematik dann noch die ambulante Versorgung eingebunden werden soll, erschließt sich bisher nicht. Auch hier wäre unser Vorschlag, das eigentlich etablierte Belegarztwesen zu reaktivieren und nicht das Rad neu zu erfinden.
  
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat am 13. Februar eine Folgeabschätzung des Reformvorschlags der Regierungskommission vom 6.12.2022 vorgelegt. Einen Tag später hat die Krankenhausgesellschaft NRW Berechnungen für unser Bundesland nachgelegt. Das Resümee beider Gesellschaften: eine 1:1-Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission für eine Krankenhausreform hätte eine enorme Umgestaltung der Krankenhauslandschaft zur Folge. Wichtige medizinische Leistungen müssten bei konsequenter Anwendung des Reformkonzepts, so die Krankenhausgesellschaft NRW auf nur noch 36 Krankenhäuser im Rheinland und in Westfalen-Lippe konzentriert werden. Das bedeutet, dass der überwiegende Teil der 337 NRW Krankenhäuser von elementaren Teilen der Versorgung ausgeschlossen würde. Hält man beispielsweise an den Vorschlägen fest, Geburtshilfe nur an Level-2-Krankenhäusern zu ermöglichen, wären in NRW mehr als die Hälfte der geburtshilflichen Kliniken zu schließen. In anderen Fächern wie der Urologie oder Kardiologie ist es ähnlich. Das liefe, so umgesetzt, auf eine Ausdünnung der Versorgung und Wartelistenmedizin hinaus, die wir als Ärzteschaft nicht mittragen können.
  
- Angesichts des Personalmangels im Gesundheitswesen ist eine Zusammenlegung von Kliniken mit Augenmaß eine wichtige Maßnahme, um die Effizienz zu erhöhen und eine personelle Mindestbesetzung zu gewährleisten. Doch auch nach einem Transformationsprozess müssen Kliniken für alle Bürger noch

gut erreichbar sein. Angehörigen auf dem Land muss der Krankenbesuch ohne allzu lange Anfahrten möglich bleiben. Denn wenn wir die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt stellen wollen, dann heißt das auch, dass wir ihre berechtigten Interessen nach Zuwendung und Beistand bei schwerer Erkrankung durch Angehörige anerkennen. Wer Krankenhäuser schließt und damit Anfahrtswege erweitert, muss auch ein Konzept für Hol- und Bringdienste für eine zunehmend ältere und immobile Bevölkerung zu Krankenhäusern und zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen entwickeln, sonst werden Standortschließungen keine Akzeptanz finden. In den Ballungsräumen sind dagegen „unnötige Mehrfachvorhaltungen“ nach unserer Auffassung zu vermeiden.

- Wir wünschen uns, den eingeschlagenen Weg der Krankenhausplanung in NRW fortzusetzen, flankiert von einer Krankenhausfinanzierung, die eine tatsächliche Abkehr vom DRG-System bedeutet und eine individuelle medizinische, bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherstellt.

Ich will es an dieser Stelle mit unseren Anmerkungen zur neuen Krankenhausreform belassen und einen Blick auf die ambulante Versorgung werfen.

Selbstredend wird eine veränderte Krankenhauslandschaft auch Auswirkungen auf die ambulante Versorgung haben. Dort wo Standorte mit Notfallambulanzen wegfallen, wird es umso mehr auf eine flächendeckende Versorgung durch den ambulanten Sektor ankommen. Auch die Ambulantisierung vieler Eingriffe wird neue Versorgungsstrukturen nötig machen. Umso wichtiger ist es, dass wir die ambulante Versorgung jetzt durch ausreichende Anreize stärken, damit Praxen, gerade auf dem Land weiter Nachfolger finden. Als eine Maßnahme zur Stärkung der ambulanten Versorgung gilt die Entbudgetierung, die die Ampelkoalition für den hausärztlichen Bereich bereits in den Koalitionsvertrag geschrieben hat. Unter dem Eindruck der Infektwelle vor allem bei Kindern im Herbst 2022 und dem Notruf der Kinderärzte, keine Nachfolger mehr zu finden, hat der

Bundesgesundheitsminister das Versprechen der Entbudgetierung auch auf die Kinder- und Jugendärzte ausgeweitet. Die Entbudgetierung, so der Bundesgesundheitsminister im Januar dieses Jahres, diene dazu, das medizinisch Erforderliche wieder in den Vordergrund zu stellen und die Arbeit der Ärzte zu entbürokratisieren. Wir stimmen dieser Analyse umfänglich zu und erwarten eine schnelle Umsetzung. Und wir mahnen an, dass die toxischen Wirkungen gedeckelter Budgets nicht nur im hausärztlichen sondern auch im fachärztlichen Bereich von großem Übel sind. Auch im fachärztlichen Bereich gehört die Deckelung der Budgets beendet.

Eine offene Wunde im Gesundheitswesen ist sicherlich auch die längst überfällige Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung. Die derzeit gültige GOÄ, nach der Ärztinnen und Ärzte die Leistungen für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten abrechnen, ist in großen Teilen 40 Jahre alt und bildet den enormen medizinischen Fortschritt, den es seither gegeben hat, nicht mehr ab.

Die Ärzte sind deshalb gezwungen, Leistungen wie beispielsweise die Sars-Cov-2-Testungen oder neue bildgebende Verfahren in der Augenheilkunde, die in der völlig veralteten Gebührenordnung nicht enthalten sind, analog abzurechnen. Doch analoge Ziffern, die für Patientinnen und Patienten nicht eingängig sind, führen zu Nachfragen in Praxen und Kliniken und binden damit wichtige Zeit, die in der Versorgung fehlt. Nicht selten führen Analogbewertungen auch zu Konflikten mit den privaten Krankenversicherern. Solche Verfahren machen einen großen Teil der gebührenrechtlichen Schlichtungsfälle bei unserer Kammer aus.

Dazu kommt, dass auch die Preise für die einzelnen GOÄ-Leistungen über Jahrzehnte hinweg nicht angepasst wurden – trotz Kostensteigerungen beim Personal, bei Energie und Mieten und nicht zuletzt durch die hohe Inflation.

Die Ärztinnen und Ärzte nicht nur in Nordrhein, sondern in ganz Deutschland empfinden es inzwischen als Zumutung, dass der Bundesgesundheitsminister als zuständiger Verordnungsgeber – wie im Übrigen schon die vorige Koalition in Berlin – der GOÄ-Reform keine Priorität einräumt. Im Gegenteil. Zahlreiche Appelle Deutscher Ärztetage verhallen seit Jahren ungehört.

Dabei hat das Bundesgesundheitsministerium selbst unlängst in seiner Antwort auf eine kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion eingeräumt, dass weder die

Leistungsbeschreibungen noch die Bewertung der ärztlichen Leistungen in der geltenden GOÄ das aktuelle medizinische Leistungsgeschehen angemessen abbilden. Diese Defizite lassen sich zwar nach Auffassung des Ministeriums mit den in der GOÄ vorgesehenen Anpassungsmöglichkeiten – analoge Bewertung, Steigerung und abweichende Vergütungsvereinbarungen – grundsätzlich in Teilen ausgleichen. Ich möchte hier betonen: „in Teilen“. Dadurch erhöht sich aber auch nach Einschätzung des Ministeriums das Risiko der Intransparenz und Streit anfälligkeit der Abrechnung.

Für uns Ärztinnen und Ärzte belegt diese Antwort ganz klar den bestehenden dringenden Handlungsbedarf.

Dabei kann sich die Politik bei ihrer Reform auf grundlegende und umfassende Vorarbeiten der Ärzteschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung stützen. Gemeinsam haben wir in den vergangenen Jahren ein modernes Leistungsverzeichnis erarbeitet, das in über 5.000 Gebührenordnungsziffern erstmals wieder das gesamte ärztliche Leistungsspektrum abbildet und gemäß dem Wunsch von Patientinnen und Patienten auch die sprechende Medizin aufwertet.

Zuletzt hat die Bundesärztekammer, Ende 2022, auf betriebswirtschaftlicher Grundlage die Preise der neuen GOÄ kalkuliert. Diese müssen mit der PKV noch konsentiert werden, werden aber bereits jetzt in einer Testphase daraufhin überprüft, welche zusätzlichen Kosten auf Privatversicherer und Beihilfe durch die Neukalkulation zukommen. Die Bundesärztekammer kommt in ihrer bisherigen Folgenabschätzung auf ein Ausgabenplus von 9,25 Prozent gegenüber dem Jahr 2017.

Im Vergleich mit den Gebührenordnungsrevisionen anderer freier Berufe wie Zahn- und Tierärzten oder auch Architekten und Anwälten, die mit Ausgabenerhöhungen zwischen zehn und 20 Prozent einhergingen, ist das eine durchaus moderate Anpassung. Denn auch der Ärzteschaft ist daran gelegen, dass bei einer GOÄ-Reform die Kosten für Patienten und Versicherer gleichermaßen kalkulierbar bleiben.

Leider erleben wir zurzeit, dass die Politik uns ein modernes Vergütungssystem verweigert, das eine zuwendungsorientierte Medizin mit mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten erlaubt. Das muss sich ändern. Wir brauchen noch in diesem Jahr eine neue GOÄ. Solange wir sie nicht bekommen, kann man den

Ärztinnen und Ärzten nicht verdenken, wenn sie den Hinweisen der Bundesregierung folgen und versuchen, sich mit weiteren analogen Bewertungen, höheren Steigerungssätzen und abweichenden Vergütungsvereinbarungen „in Teilen“ zu helfen. Die vorige Kammerversammlung hat uns ausdrücklich aufgefordert, die rechtliche Beratung der Ärztinnen und Ärzte in diesen Punkten zu intensivieren. Diesem Auftrag kommen wir nach.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit