

Verband
Mitgliederversammlung
2022 im Rückblick
S. 2

Thema
Krankenhausreform
S. 4

kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Liebe Leserinnen und Leser, für dieses Jahr hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Großes angekündigt. Nachdem die Regierungskommission zur Krankenhausversorgung ihre Vorschläge für eine Reform des Finanzierungssystems vorgelegt hat, sollen diese nun diskutiert und in Gesetze gegossen werden.

Mit dem Konzept eines Zwei-Säulen-Modells aus Vorhaltepau-schalen und einer mengenabhängigen Komponente folgt die Kom-mission im Grundsatz dem, was unser katholischer Krankenhaus-verband und viele andere Akteure seit längerem vorschlagen. So weit, so gut. Doch die Tücken liegen wie so oft in den Details. Die Kom-mission verbindet das Finanzierungsmodell mit bundeseinheitlichen Vorgaben für Versorgungslevel und Leistungsgruppen. Das greift

massiv in die Hoheit der Bundesländer für die Krankenhausplanung ein. Kein Wunder, dass die Länder mit die Ersten waren, die darauf bestanden, in die Ausarbeitung des Reformgesetzes eingebunden zu werden. Außerdem fällt auf, dass offenbar mit Absicht keine Auswir-kungs- und Bedarfsanalyse vorliegt. Denn nach ersten Bewertungen der Vorschläge muss mit einem erheblichen Abbau von Krankenhaus-standorten gerechnet werden.

So viel kann man jetzt schon sagen: Ganz entscheidend für das Gelingen dieser Krankenhausreform wird sein, ob es dem Minister glückt, einen guten Dialog aller beteiligten und betroffenen Akteure zu führen und hierbei einen Konsens zu finden. Denn alles, was am Ende im Gesetzestext steht, muss auch in der Praxis umsetzbar sein.

Und es muss die massiven Probleme, die sich in den Krankenhausstrukturen aufgestaut haben, endlich lösen. Mehr zu diesem Thema erläutert unsere Geschäftsführerin Bernadette Rummelin in einem Interview auf Seite 4.

Einen besonderen Fokus auf das Thema Kinder- und Jugendmedizin legt mein Vorstandskollege Dirk Albrecht auf Seite 7. Er nimmt die sogenannte „kleine Krankenhausreform“ unter die Lupe, mit der die Bundesregierung in einem ersten Schritt die Geburtshilfe und die Pädiatrie kurzfristig finanziell absichern will. Nächste Schritte müssen dann im Rahmen der vor uns liegenden Reformen folgen. Sehr zu Recht mahnt Dirk Albrecht zudem, auch gesellschaftliche Ziele mit in den Blick zu nehmen. So sollten Kinder befähigt werden, ihr Leben lang bestmöglich für ihre Gesundheit zu sorgen. Auch darauf hin sind die bestehenden Angebote und Strukturen zu überprüfen.

Schon in der ersten Hälfte dieses Jahres ist mit einer anderen gesetzgeberischen Entscheidung zu rechnen, die ein komplexes ethisches Thema aufgreift: Der Bundestag will über die vorliegenden Gesetzentwürfe zur Suizidhilfe beraten. Gleichzeitig muss das Parlament darüber entscheiden, ob es ein begleitendes Gesetz zur Stärkung der Suizidprävention und Palliativversorgung mit auf den Weg bringt, welches wir gemeinsam mit vielen Verbänden fordern. Wie auch immer sich die Mehrheit des Bundestages entscheidet, auch uns als Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

stellt diese Debatte vor ganz praktische Herausforderungen. Viele von uns machen sich Gedanken, wie wir als katholische Träger mit einer vielleicht organisierten Suizidhilfe umgehen sollen. Exemplarisch stellt die St. Augustinus Gruppe auf Seite 8 ihre Überlegungen dazu vor.

Jenseits der vielen politischen Themen, die wir derzeit bearbeiten müssen, liegt uns auch die Weiterentwicklung der Verbandsarbeit am Herzen. Bei der Mitgliederversammlung im November 2022 haben wir durch Satzungsänderungen erste Weichen dafür gestellt, dass wir künftig auch in digitalen Formaten entscheidungsfähig sind. In diesem Jahr werden wir uns außerdem mit der Beitragsordnung unseres Verbands beschäftigen. Zu diesem Zweck haben wir die Mitgliederversammlung 2023 auf den 22. Juni vorgezogen. Merken Sie sich diesen Termin gerne schon vor.

Mit besten Grüßen
Ihr Ingo Morell



Ingo Morell
Vorsitzender des kkvd
E-Mail: kkvd@caritas.de

Verband

Stadt, Land, Krankenhaus: Rückblick auf die Mitgliederversammlung 2022

Wie gelingt eine gleichwertige Gesundheitsversorgung? Das war die Leitfrage eines Fachgesprächs am 30. November 2022 in Köln. Es bildete den Auftakt zur Mitgliederversammlung des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands (kkvd).

„In den Krankenhäusern spüren wir die Auswirkungen der Coronapandemie weiterhin.“ Mit diesen Worten leitete der kkvd-Vorsitzende Ingo Morell die Veranstaltung ein. Zudem verschärften die Folgen des Kriegs in der Ukraine die ohnehin angespannte Situation in den Kliniken. Doch die Lage vor Ort komme in der Politik nur begrenzt an, so Morell. Umso wichtiger sei die Kampagne „Alarmstufe Rot“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft gewesen, die vom kkvd und vielen katholischen Krankenhäusern tatkräftig unterstützt worden sei.

Vorhaltekosten und ländliche Versorgung im Fokus

Mit Blick auf die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigte Krankenhausreform betonte Ingo Morell: „Der kkvd wird ganz besonders darauf schauen, wie die Vorhaltekosten und die

Versorgung in ländlichen Regionen geregelt sind.“ Zudem werde wichtig, wie sich die Kompetenzen zwischen Bund und Ländern verteilen. Bei allem Fokussieren auf ländliche Räume werde der kkvd aber auch die Kliniken in den Ballungsgebieten nicht vergessen.

Steffen Fleßa, Professor für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald, berichtete von der Lage im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern. Dort müssen die Menschen in einigen Gegenden 60 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus fahren, so Fleßa. Würden im Land alle Kliniken mit weniger als 400 Betten geschlossen, erhöhten sich die Fahrwege teilweise auf bis zu 100 Kilometer.

Empfehlung an die Politik: „Think rural“

„Wir wollen nah bei den Menschen sein, aber kleine Krankenhäuser sind zumeist unwirtschaftlich“, fasste Steffen Fleßa das Dilemma zusammen. „Think rural“ ist seine Empfehlung an die Politik, also vom Land her zu denken, weniger aus einer städtischen Perspektive. Entsprechend müssten kleine Krankenhäuser mit einer auskömmlichen Finanzierung abgesichert werden. Zudem sprach sich Fleßa dafür aus, „Regional Health Care“ zum neuen Paradigma zu machen. Die vorhandenen Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung

müssten vor Ort besser koordiniert und vernetzt werden, auch über Sektorengrenzen hinweg. Die Krankenhäuser sollten hier die Verantwortung jeweils für einen Bezirk übernehmen.

Prävention und Versorgung wieder zusammenbringen

An das Thema Vernetzung knüpfte auch der Vortrag von Helmut Hildebrandt an, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG, die Kommunen und Organisationen bei der Reorganisation der Gesundheitsversorgung berät. Er warb für regionale Gesundheitsnetzwerke, in denen Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung wieder zusammenkommen: „Solche Netzwerke müssen als Koordinator, Motivator und Integrator wirken.“

Ein Versorgungskonzept, das in städtischen und ländlichen Räumen eingesetzt werden könne, sei der „Gesundheitskiosk“, so Hildebrandt. Dessen Aufgaben seien eine niedrigschwellige Beratung und eine Lotsenfunktion bei sozialen und gesundheitlichen Problemen. Gesundheitskioske könnten zudem die Einführung von telemedizinischen Anwendungen in strukturschwachen Regionen fördern.

Fachkräftemangel als limitierender Faktor

In der Diskussion wurde deutlich, dass bei allen modernen Versorgungskonzepten der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ein limitierender Faktor ist. Zudem wurde kritisiert, dass digitale Gesundheitsanwendungen bislang zu sehr als Konsumlösung funktionieren.

Am Nachmittag fand die Mitgliederversammlung des Verbands statt. kkvd-Vorsitzender Ingo Morell schilderte, wie sich die Verbandsarbeit mittlerweile verändert hat. „Man kommt kaum noch hinterher mit der Flut an Vorlagen aus der Politik“, so Morell. Gleichzeitig seien die Fristen für Stellungnahmen so verkürzt, dass nur noch wenig Zeit für Beratung und Gespräche bestehe.

Prinzip „Medizin folgt Bürokratie“ verhindern

Der kkvd habe sich insbesondere für die Pflege eingesetzt, damit das Thema in den krankenhauspolitischen Debatten nicht „hinten runterfällt“. Aber auch das ethisch sensible Thema Suizidhilfe und die Psychiatrie seien wichtige Arbeitsschwerpunkte des kkvd. „Gerade in der Psychiatrie ist derzeit zu beobachten, wie durch Überregulierung das Prinzip ‚Medizin folgt der Bürokratie‘ immer mehr Einzug hält“, kritisierte Ingo Morell. Das gelte es zu verhindern – auch mit Blick auf die Weiterentwicklung im somatischen Bereich.

Satzungsänderungen: geistlicher Beirat und Online-Sitzungen

Im Anschluss beriet und beschloss die Mitgliederversammlung eine Reihe von Änderungen der Verbandssatzung. So kann der Vorstand künftig bis zu zwei stellvertretende Vorsitzende berufen. Zudem ermöglicht die neue Satzung, eine Person als geistlichen Beirat zu kooptieren.

Sitzungen und Beschlüsse der Organe des kkvd sind laut neuer Satzung sowohl in Präsenz als auch digital möglich. Zudem wurde der Name des Verbands leicht geändert: Der kkvd heißt künftig Katholischer Krankenhausverband „Deutschland“, nicht mehr wie bisher „Deutschlands“. Die neue Satzung tritt mit ihrer Veröffentlichung im Vereinsregister in Kraft. mö



Helmut Hildebrandt empfahl den Teilnehmenden der Fachtagung, an regionalen Gesundheitsnetzwerken teilzunehmen.



„Think rural“, gab Steffen Fleßa seinen Zuhörer:innen mit auf den Weg.

Bilder kkvd/Gülten Hamidanoglu



Wie immer bot die Mitgliederversammlung viele kurze Wege zum persönlichen Austausch.

Nachgefragt**„Das Hamsterrad muss zum Stillstand kommen“**

Im Mai 2022 setzte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ ein. Seither hat die Kommission drei Stellungnahmen vorgelegt. Besondere Beachtung erfahren die Kommissionsvorschläge zur Reform der Krankenhausvergütung. Der Minister selbst bezeichnet das Vorhaben als die größte Reform seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems vor 20 Jahren. kkvd-aktuell hat mit Bernadette Rümmelin darüber gesprochen, wie sie die Reformvorschläge bewertet und wie sie die politischen Prozesse in der Bundespolitik erlebt.

kkvd aktuell: Wie gut wird die aktuelle Lage in den Krankenhäusern im politischen Berlin derzeit verstanden?

Bernadette Rümmelin, kkvd-Geschäftsführerin: Es wird verstanden, dass es Reformen geben muss. Und darauf wird nun ja auch reagiert. Doch wie groß die Not in den Kliniken vor Ort wirklich ist, davor verschließen im politischen Berlin noch immer viele die Augen. Das zeigt sich beispielsweise daran, wie holprig der Inflations- und Energieausgleich für die Krankenhäuser umgesetzt wurde. Wir kommunizieren sehr klar ins Bundesgesundheitsministerium, wie die Lage vor Ort ist, teilweise mit Kalkulationen und Datenmaterial hinterlegt. Doch die Ankündigungen und Antworten des Ministers passen dann zu oft trotzdem nicht zu dem, was gebraucht wird. Auf eine Regelung zum Inflationsausgleich warten wir immer noch.

Ein weiteres Thema, an dem wir dran sind, ist beispielsweise die erwartbare Steigerung der Personalkosten durch Tarifierhöhungen ab diesem Jahr. Das ist bislang nicht refinanziert. Auch dafür braucht es eine kurzfristige Lösung, da sonst viele Häuser unabhängig von ihrer Größe oder ihrem Standort in eine finanzielle Schräglage geraten, was wiederum den kalten Strukturwandel vorantreibt. Bei unserer politischen Arbeit konzentrieren wir uns nicht nur auf das Ministerium, sondern führen natürlich auch Gespräche mit den zuständigen Abgeordneten im Parlament. Das wird von den Mitgliedern unseres Vorstands und unserer Fachausschüsse sehr engagiert unterstützt. Klar ist zudem, dass wir in dieser Situation auch mehr mit und in den Ländern kommunizieren müssen. Auch daran arbeiten wir bereits.

Sie haben das Thema Finanzierung bereits angesprochen. Die von Minister Lauterbach einberufene Regierungskommission hat Anfang Dezember ihre Vorschläge für eine Reform der Krankenhausvergütung vorgestellt. Was davon bewerten Sie positiv?

Positiv ist, dass die Kommission ihre Arbeit sehr zügig angeht. Das hat sie bereits mit ihren Vorschlägen zur Geburtshilfe und Pädiatrie sowie zur Tagesbehandlung im Krankenhaus gezeigt. Inhaltlich weist die Kommission zudem mit ihrem Vorschlag, künftig fallunabhängig



Vorhaltekosten zu erstatten, in die richtige Richtung. Konkret schlägt sie ein Zwei-Säulen-Modell vor, das sich auf Vorhaltepauschalen einerseits und fallbezogene Pauschalen andererseits stützt. Diesen Ansatz hatte der kkvd schon vor zwei Jahren mit seinem Finanzierungsmodell vorgeschlagen. Uns war und ist wichtig, die Sicherung der Daseinsvorsorge und gleichwertiger Lebensverhältnisse mehr in den Fokus zu rücken. Refinanzierte Vorhaltekosten sind ein wichtiges Instrument, um diese für die Menschen im Land wichtigen Anliegen zu verwirklichen.

Aber die Kritik an dem Papier überwiegt ...

Ja, und die setzt schon bei der Zusammensetzung der Kommission an. Ziel von Minister Lauterbach ist es, evidenzbasierte Konzepte zu entwickeln. Definiert man Evidenz im medizinischen Sinne als nachgewiesene Wirksamkeit einer Therapie, muss man sich schon fragen, ob solche Konzepte gleichsam am grünen Tisch sowie in so kurzer Zeit von einer Kommission erarbeitet werden können, die sich letztlich nur aus Wissenschaftler:innen zusammensetzt. Hinzu kommt, dass der Minister nach eigenen Angaben maßgeblich an den Beratungen der Kommission teilgenommen hat. Wirklich unabhängig wissenschaftlich arbeiten kann das Gremium so sicher nicht.

Wie bewerten Sie die Kommissionsvorschläge zu bundeseinheitlichen Versorgungsleveln? Wie sehr greift das in die Planungshoheit der Länder ein?

Das Konzept an sich ist bereits bekannt, schaut man beispielsweise auf die Notfallversorgung. Hier hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Krankenhäuser in Notfallstufen von 0 bis 3 eingeordnet. Damit ist vorgegeben, welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, um einem der Level zugeordnet zu werden. Ein solches Vorgehen wäre erstmal kein völliges Neuland für die Krankenhäuser. Die Kernfrage ist aber, was die Definition der einzelnen Level und ihrer Strukturvoraussetzungen konkret beinhaltet. Indem der Bund eine solche Definition vornehmen will, greift er sehr maßgeblich in die Planungshoheit der Länder bei der Krankenhausplanung ein, zumal die Länder zum Teil eigene Versorgungsstufen-Modelle etabliert haben. Mit einer solchen bundeseinheitlichen Vorgabe würde den Ländern die Möglichkeit genommen, mit an die regionalen Erfordernisse angepassten Strukturvorgaben zu arbeiten. Zwar sieht das Modell der Kommission vor, dass Abweichungen von der bundeseinheitlichen Level-Definition möglich sind. Doch das soll dann Kürzungen der an die Länder ausgezahlten Finanzmittel zur Folge haben.

Im Level 1 soll es sogenannte „integrierte“ Häuser geben, die auch unter pflegerischer Leitung stehen können. Ist das ein Zukunftsmodell?

Das Konzept ist durchaus versorgungsrelevant. Dahinter steht der Versuch, endlich ein regionales Versorgungsangebot mit einer entsprechenden Finanzierung zu schaffen. Das propagiert die Politik seit



Bernadette Rümmelin ist Geschäftsführerin des kkvd.

vielen Jahren, doch ist es bis jetzt nicht gelungen. Für das Konzept der sektorenübergreifenden Versorgung kann dieser Vorschlag damit zumindest theoretisch ein Gamechanger sein. Doch ein Krankenhaus, wie wir es heute kennen, ist das dann nicht mehr. Vielmehr entsteht eine völlig neue Versorgungsstruktur, entweder zusätzlich zu einer Klinik oder dort, wo ein Krankenhaus geschlossen wird.

Es kommt darauf an, ob die Finanzmittel für diese neuen Strukturen auch bereitgestellt werden. Das wäre für die Krankenhäuser gleichzeitig ein wichtiger Anreiz dafür, diese neue Versorgungsform bei sich zu etablieren. Ein solcher Anreiz wäre, Level 1 in der Finanzierung mit dem jetzigen stationären Budget gleichzusetzen, es aber in der Praxis im ambulanten Versorgungsgeschehen umzusetzen. Einen solchen Vorschlag haben wir gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Ausgestaltung von „Hybrid-DRGs“ in die Debatte eingebracht. Leider wird das in den Kommissionsvorschlägen aber nicht aufgegriffen.

Welche Auswirkungen für die ärztliche Aus- und Weiterbildung könnten die Versorgungslevel haben?

Zentralisierungstendenzen im Krankenhauswesen sind nicht neu. Entsprechend treibt uns dieses Thema schon länger um. Einige unserer Träger organisieren sich schon heute in abgestimmten Versorgungsnetzwerken. Folgt man diesem Beispiel mit rotierenden Einsatzmöglichkeiten, sollte die ärztliche Aus- und Weiterbildung auch an Häusern aller künftigen Level eine Zukunft haben. Schwierig wäre aber, wenn sie auf Level-3-Häuser, also Uniklinika und Maximalversorger, konzentriert würde. Dort können gar nicht so viele Ärzt:innen ausgebildet werden, wie sie für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind.

Wie bewerten Sie die Steuerungsfunktion, die den Universitätsklinikum zugewiesen werden soll?

In der Coronapandemie wurde dieses Modell bei der Zuweisung beatmungspflichtiger Patient:innen bereits erprobt, beispielsweise in Berlin. In der Krisensituation hat das gut funktioniert. Aber dieses Modell in die Regelversorgung zu übertragen, kann ich mir nicht vorstellen. Hier kommt es auf eine ganzheitliche Anamnese an, auch bei-

spielsweise der Lebensumstände, um die bestmögliche Therapie einzuleiten. Und das kann ein Uniklinikum aus der Ferne sicher nicht so gut leisten wie der regionale Versorger vor Ort. Zudem kann so auch der Übergang zurück in die ambulante Versorgung besser gelingen, da das regionale Krankenhaus die vor Ort vorhandenen Angebote und Akteure besser einschätzen kann.

Wie bewerten Sie die Leistungsgruppen-Systematiken?

Der Begriff der Leistungsgruppe ist aus der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen mittlerweile bekannt. Und das Konzept ist auch sinnvoll, wenn es dazu genutzt wird, durch Schwerpunktbildung regionale Bedarfe zielgenauer abzudecken. So kann das Versorgungsangebot flexibel angepasst werden, beispielsweise für Regionen mit einem hohen Anteil junger Familien oder für solche mit einem hohen Anteil älterer Menschen. Allerdings hat die Regierungskommission in ihren Vorschlägen eine andere Definition von Leistungsgruppen vorgelegt, als sie in den als „MDC“ bekannten Hauptdiagnosegruppen des DRG-Systems abgebildet ist. Sie orientiert sich vielmehr an einer Kombination aus mehreren Bezugsgrößen wie den Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) und an der internationalen Krankheitsklassifikation ICD. Ich bin daher sehr zurückhaltend in der Bewertung, ob das inhaltlich und medizinisch-pflegerisch stimmig ist. Daher sagen die Mitglieder der Regierungskommission auch zu Recht, dass die vorgeschlagenen 128 Leistungsgruppen nur der Ausgangspunkt für weitere Diskussionen sein können. Wichtig ist, dass die Kombination von Leistungsgruppen ein sinnvolles medizinisches Leistungskonzept an den einzelnen Klinikstandorten ermöglicht. Nur so kann die Krankenhausorganisation auch zukünftig wirtschaftlich tragfähig geführt werden.

Sprechen wir noch über die besondere Situation freigemeinnütziger Häuser. Was bedeuten die Energie- und Inflationskrise sowie die Vorschläge der Regierungskommission für diese Trägerform?

Unter der Energie- und Inflationskrise leiden allen Kliniken gleich, unabhängig von ihrer Trägerform und davon, ob sie sich im ländlichen Raum oder im Ballungsgebiet befinden. Alle haben eine wirklich angespannte Finanzierungslage. Die Frage ist nun: Welche Möglichkeiten haben die Häuser, um auf eine solche Situation zu reagieren? Und hier zeigt sich ehrlicherweise, dass öffentliche Kliniken ihre Defizite bei den Betriebskosten oftmals über Zuweisungen ihrer Träger, also der Landkreise, Städte und Gemeinden, ausgeglichen bekommen. Das sind dann wiederum überwiegend Steuergelder. Diese Möglichkeit haben freigemeinnützige Einrichtungen in aller Regel nicht. Nun geht es nicht darum, den Schwarzen Peter hin und her zu schieben. Mit Blick auf die anstehende Krankenhausreform zeigt dieses Beispiel vielmehr, dass alle Krankenhäuser auskömmlich finanziert werden sollten, damit solche Nachteile nicht mehr auftreten und sie mit derselben Ausgangslage in die Strukturreform starten können. Das wäre sehr sicher auch im Interesse der Kommunen. »

Das Konzept der Vorhaltefinanzierung ist daher ein wichtiges Element der angekündigten Reform. Ein großes Fragezeichen setze ich allerdings hinter das von Minister Lauterbach verkündete Ziel, die künftigen Ausgaben auf dem Niveau des bisherigen Budgets für die Krankenhausversorgung zu deckeln. Die Finanzierung ist doch jetzt schon defizitär. Wichtig ist, die bestehenden Finanzierungslücken jetzt schnell zu schließen – das betrifft insbesondere dieses und das nächste Jahr. Sonst wird die Reform auf ein durch den kalten Strukturwandel lückenhaftes System aufgesetzt. Das ist nicht nachhaltig und erfordert dann wieder Nachbesserungen.

Das in der Debatte oft erwähnte Hamsterrad, in dem sich die Kliniken befinden, muss zum Stillstand kommen. Es darf keinesfalls an anderer Stelle einen neuen Antrieb bekommen, denn sonst würde unser Krankenhaussystem endgültig kollabieren.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat wiederholt betont, dass er die Interessenvertretung bei dem Reformprozess ausdrücklich auf Abstand halten will. Kann das gelingen?

Ich finde es sehr polemisch und schlicht falsch, wenn der Minister behauptet, Lobbyinteressen seien für eine sogenannte billige Massenmedizin verantwortlich. Das wird auch der tollen Arbeit der Klinik-Mitarbeitenden aller Professionen nicht gerecht. Faktisch hält der Minister mit seinem Ansatz die Versorgungspraxis auf Abstand. Das ist ein großes Problem, denn damit droht das Reformgesetz ein Papiertiger zu werden, der letztlich nicht praxistauglich ist. Und dann droht die altbekannte, schier nicht enden wollende Serie von Nachbesserungen. So sollte diese für die Krankenhäuser so wichtige Reform nicht enden. **Das Interview führte Herbert Möller**

Geburtshilfe und Pädiatrie: Karl Lauterbach zu Gast im Berliner St.-Joseph-Krankenhaus

Um sich ein Bild von der Lage der Geburtshilfe sowie der Kinder- und Jugendmedizin zu machen, besuchte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Ende November das St.-Joseph-Krankenhaus in Berlin-Tempelhof. Dort tauschte er sich mit der Haus- und den Klinikleitungen über die besonderen Fragestellungen der medizinischen Versorgung junger Menschen aus: Im Kreißsaal, auf der Neugeborenen-Intensivstation sowie auf der Wochenbettstation kam der Minister ins Gespräch mit Mitarbeitenden.

Zusätzliche Finanzmittel helfen, langfristig die Qualität zu wahren

Michael Abou-Dakn, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, beschrieb, dass sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Kinder- und Jugendmedizin bisher nur ein Teil der Ausgaben über das DRG-System refinanziert werde. Die hohen Vorhaltekosten, insbesondere die Personalkosten, seien nicht ausreichend abgebildet. Daraus resultierten Versorgungsnotfälle, so Abou-Dakn: „Können erkrankte Kinder in einer Klinik nicht versorgt werden, weil es aufgrund von Personalmangel keinen freien Behandlungsplatz gibt, müssen sie weitergeschickt werden in ein anderes Krankenhaus, teilweise bis ins benachbarte Bundesland. Gerade für Früh- und Neugeborene oder schwer erkrankte Kinder kann das eine akute Gefahr bedeuten.“

Mit Blick auf das Gesetzspaket der Bundesregierung zur Finanzierung der Geburtshilfe und Pädiatrie zeigte er sich froh, wenn nun mit Hilfe zusätzlicher Geldmittel die tatsächlichen Kosten gedeckt würden und so die hohe Qualität der medizinischen Versorgung der jungen Generation gewahrt bleibe.

Karl Lauterbach betonte bei seinem Besuch: „Schwangere müssen sich darauf verlassen können, gute Entbindungsstationen und Hebammen in ihrer Nähe zu haben. Und Kinder dürfen bei der Gesundheitsversorgung nicht durchs Raster fallen. Deswegen stärken wir in einer Notoperation Geburtshilfe und Pädiatrie.“ Mittelfristiges Ziel müsse sein, die gesamte Krankenhausversorgung so auszurichten, dass die Ökonomie eine geringere Rolle spiele. Die Grundversorgung solle flächendeckend finanziert, Spezialisierung an ausgewählten Standorten gefördert werden.

Abschließend dankte der Minister dem Klinik-Team für den Einblick in seine Arbeit. Das Berliner St.-Joseph-Krankenhaus ist das geburtenstärkste Einzelkrankenhaus Deutschlands.



Karl Lauterbach und Oberarzt Heiko Brandes (2. v. re.) im Gespräch mit Eltern eines Frühgeborenen auf der Neonatologie-Station.

Bild Manuel Tennert



Bild: kkvd/Jens-Jeske

Dirk Albrecht, kkvd-Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Geschäftsführung der Contilia Essen.

Nachgefragt

„Wir brauchen ein konsentiertes Ziel“



Über Jahrzehnte gehörte das Gesundheitswesen zu den Aushängeschildern der Republik. Sich bei einer Erkrankung in Deutschland versorgen zu lassen, war ein Privileg, das die Bürger:innen auch mit Zufriedenheitsquoten von mehr als 90 Prozent beurteilten. Doch dieser Ruf ist stark angeschlagen. Klagen über Personalmangel und wirtschaftliche Schwierigkeiten von Krankenhäusern, Überlastung von Praxen, Lieferschwierigkeiten für Arzneimittel und medizinische Materialien beherrschen die Schlagzeilen. In den letzten Wochen 2022 waren dann auch noch Meldungen über die Versorgungsprobleme kranker Kinder, geschlossene Kreißsäle und die Sorge, bei einer Geburt nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen, an der Tagesordnung. Grund genug, um den Arzt Dirk Albrecht, Vorsitzender der Geschäftsführung der Contilia – und damit Träger der größten Geburtsklinik im Ruhrgebiet – nach seiner Einschätzung der Lage zu fragen.

kkvd aktuell: Was ist los mit unserem Gesundheitswesen? Sind wir und insbesondere unsere Kinder immer noch gut versorgt?

Dirk Albrecht: Die Diskussion wird sehr emotional geführt. Verständlich – gerade wenn es um die Gesundheit unserer Kinder geht –, aber der Sache nicht dienlich. Ich vermisse eine klare, sachliche Situationsanalyse für das deutsche Gesundheitswesen. Es fehlt eine faktenbasierte Debatte aller Stakeholder, in der man einander zuhört und bereit ist, diese Fakten zu akzeptieren. Stattdessen erleben wir einen öffentlichen Schlagabtausch der Akteure, der häufig durch eine skandalisierende Berichterstattung und eine Kultur der Empörung in den sozialen Medien begleitet wird.

Worauf führen Sie denn diese öffentlichen Auseinandersetzungen und die damit einhergehende mediale Empörung im Kern zurück?

Wir brauchen ein konsentiertes Ziel aller maßgeblichen Stakeholder der Gesundheitsversorgung, das auch politisch mit einer überzeugenden

Mehrheit in Bundestag und Bundesrat legitimiert wird. Erst wenn es das gibt, kann ein gemeinsamer Transformationsplan entwickelt werden, können Versorgungs- und Strukturkonzepte gefunden und Mittel bereitgestellt werden. Eine solche Transformation braucht visionäre Weitsicht, Zeit, Mut, Ressourcen, gemeinschaftliches Handeln und Durchhaltevermögen.

Passen die aktuellen Vorschläge der Regierungskommission dazu?

Für die Kinderkliniken soll es 2023 und 2024 jeweils 300 Millionen Euro zusätzlich geben und zur Sicherung von Geburtshilfe-Standorten jeweils 120 Millionen Euro mehr. Die Finanzierung soll auch unabhängiger von der jetzigen, leistungsorientierten Logik werden. Dabei ist wichtig zu wissen, dass diese Gelder nicht zusätzlich aufgebracht, sondern die vorhandenen DRG-Etats zugunsten der Kinder- und der geburtshilflichen Kliniken umgeschichtet werden.

Hilft das in der Versorgung der Schwangeren und der Kinder?

Die aktuellen Finanzierungsverbesserungen haben das Ziel, bestehende Versorgungsstrukturen wirtschaftlich zu stabilisieren. Wie viel davon letztlich in jeder einzelnen Klinik ankommt und welche Verbesserungen dadurch möglich werden, ist noch gar nicht absehbar. Aber es ist das richtige und wichtige Signal, denn das rein leistungs- und fallpauschalfinanzierte Gesundheitssystem kann in Geburtshilfe und Pädiatrie nicht funktionieren, da es dort kaum die in diesem System notwendigen Leistungssteigerungen gibt. Die Geburts- und die Kindermedizin benötigen eine neue Vergütungssystematik.

Also ist die Lösung des Problems nur eine Frage der Finanzierung?

Nein. Ich bin überzeugt, wir müssen insbesondere mit Blick auf nachfolgende Generationen über grundsätzliche Veränderungen nachdenken. Neben dem Ziel, allen Kindern angemessenen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, sollten wir alle Kinder befähigen, lebenslang bestmöglich für ihre eigene Gesundheit, Bildung und Sozialfähigkeit zu sorgen, da hier unmittelbare Zusammenhänge bestehen. Auf diese Ziele hin sind die bestehenden Angebote und Strukturen zu überprüfen.

Wozu soll diese Prüfung Ihrer Meinung nach führen?

Wir brauchen die Kopplung von sozialen, Bildungs- und Gesundheitsangeboten – digital und analog –, digitale Formen für unkomplizierte Kontaktaufnahme, Beratung, Unterrichtung und orientierende Erstdiagnostik. Darüber hinaus sind ambulante und (teil-)stationäre Angebote miteinander so zu verzahnen, dass der Beratungs-, Bildungs- und Versorgungsprozess optimiert wird, die Mitarbeitenden befriedigende Aufgaben haben, Qualität gesichert und die geografische Erreichbarkeit angemessen gegeben ist. Das führt zu völlig neuen Strukturen, die an die Bedürfnisse der jungen Menschen angepasst sind und nicht aus Sicht der Leistungserbringer definiert sind.

Das Interview führte Herbert Möller

NACHGEDACHT



Dr. Franz-Josef Esser

*Leiter der Stabsstelle
Ethikkomitee und
palliativmedizinische
Versorgung der St.
Augustinus Gruppe
E-Mail: ethik@
akneuss.de*

Sterbewünsche zwischen Autonomie und Lebensschutz

Mit einem 16-seitigen Positionspapier legt die St. Augustinus Gruppe ihre Haltung zum assistierten Suizid dar. Und weit darüber hinaus möchte sie den

Mitarbeitenden in ihren insgesamt 85 Einrichtungen eine Hilfestellung geben zum Umgang mit Menschen, die sich ihnen mit einem Sterbe- oder Suizidwunsch anvertrauen. Wir wollen vermeiden helfen, dass es zu einer Normalisierung von assistiertem Suizid in unserer Gesellschaft kommt. Wenn Menschen einen Sterbewunsch äußern, meinen sie damit häufig, dass sie so wie im Moment nicht weiterleben wollen. Für uns gilt es dann, die Motive für den Wunsch herauszufinden, körperliches und seelisches Leid zu behandeln und therapeutisch und seelsorgerisch zur Seite zu stehen. Möchte jemand nur anderen nicht zur Last fallen, ist er oder sie einsam oder depressiv?

Wir möchten Alternativen zu einem Suizid aufzeigen und neue Hoffnungsperspektiven eröffnen. Dafür setzt die St. Augustinus Gruppe mit ihren Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen für Senior:innen und Menschen mit Behinderung klar auf Prävention und jede nur mögliche Hilfe – aber eben nicht auf aktive Unterstützung beim Suizid. Wir werden uns weder an der Organisation noch an der Durchführung eines assistierten Suizids beteiligen. Auch Informationsveranstaltungen von Sterbehilfe-Organisationen wird es in unseren Einrichtungen nicht geben. Mitarbeitende können aber – nach Fallbesprechung im Team und mit den Vorgesetzten – Informationen zu Beratungsstellen an ernsthaft Sterbewillige weitergeben.

Während assistierter Suizid in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken nicht stattfinden soll, ist die Lage in Einrichtungen für Senior:innen und Menschen mit Behinderung diffiziler: Sie

haben Wohnraum gemietet, und dieser ist per Gesetz unverletzlich. Im Klartext: Hier wäre ein durch Externe durchgeführter assistierter Suizid nicht auszuschließen. Aber auch diese Menschen wollen wir nicht allein lassen, sondern ihnen, wenn sie es wünschen, im Sinne einer liebevollen Sterbebegleitung beistehen. Den Mitarbeitenden ist dabei freigestellt, ob sie diese Begleitung übernehmen möchten oder nicht.

Das vom Ethikkomitee der St. Augustinus Gruppe erarbeitete Positionspapier ist geprägt vom christlichen Geist unseres Unternehmens und von unseren Trägergrundsätzen. Es fußt auf Prävention, Verständnis, Hilfe und Respekt unter den Leitsätzen: Wir lassen Sterbende nicht allein. Wir lassen Sterbewillige nicht allein. Wir lassen niemanden allein. Selbstverständlich respektieren wir Menschen, die trotz aller Bemühungen bei ihrer Haltung bleiben und den assistierten Suizid wünschen. Aber wir werden die Handlung selbst nicht unterstützen.

Mit der Verabschiedung einer gesetzlichen Regelung rechnen Fachleute nicht vor Frühjahr 2023. Bis dahin bleibt die Rechtslage vage – eindeutige Positionen und Handlungsanweisungen wie das Papier der St. Augustinus Gruppe bilden daher wichtige Leitplanken für Menschen in Gesundheits- und Sozialunternehmen: für Patient:innen, Klient:innen, Bewohner:innen, Angehörige und Mitarbeitende.

Franz-Josef Esser

Auf der Homepage www.wirlasseniemandenallein.de findet man:

- ♦ das Positionspapier
- ♦ die Kurzfassung „Wir lassen niemanden allein“
- ♦ Fragen und Antworten (FAQ) zum Thema assistierter Suizid

IMPRESSUM

www.kkvd.de

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vortkamp (vo), (Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (mö), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kö), Markus Lauter (ml)

Redaktionssekretariat: Jennifer Riedel, Tel. 0 30/2 40 83 68-15, Fax: -22, E-Mail: kkvd-aktuell@caritas.de

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-0, Fax: 3 68 25-33,
E-Mail: neue-caritas@lambertus.de

Titelbild: Adobe Stock/HNFOTO

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.