



## VERBAND LEITENDER KRANKENHAUSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE e.V.

### Übersicht

[Aktuelles zur geplanten Krankenhausreform](#)

[Symposium: Krankenhausstrukturreform NRW bewegt die leitenden Ärztinnen und Ärzte](#)

[Aktivitäten des VLK](#)

### Aktuelles zur geplanten Krankenhausreform

Die Gespräche zwischen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seinen Länderkollegen zur geplanten Krankenhausreform sind noch nicht abgeschlossen. In einem elfseitigen Eckpunktepapier vom 19. Mai. 2023, aktualisiert am 31. Mai. 2023, geht Minister Karl Lauterbach mit erheblichen Zugeständnissen auf die Länder zu. Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten aus Nordrhein-Westfalen. Den Ländern wird die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung nun explizit bescheinigt. Die zentralen Ziele der Reform werden im Eckpunktepapier wie folgt skizziert: Gewährleistung von Versorgungsqualität trotz Fachkräftemangel, eine Sicherung der Behandlungsqualität und eine Entbürokratisierung. Krankenhäuser sollen aber weiter in drei Level mit zwei Untergruppen eingeteilt werden. 64 Leistungsgruppen (nach NRW-Vorbild erweitert um drei weitere) definieren Schwerpunkte, an denen sich Vorhalte-Budgets orientieren.

Durch die Einrichtung einer Vorhaltefinanzierung soll die Bereitstellung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Sie führt aber nicht zu einer Erhöhung des Erlösvolumens. Die Mittel sollen aus einer Absenkung der aDRG gewonnen werden, d.h. die Unterfinanzierung besteht fort. Es sei denn, man schließt so viele Kliniken, bis das Geld wieder reicht. Die Ermittlung des Vorhaltebudgets erfolgt zunächst budgetneutral aus Fallzahlen, später auf

Basis der Leistungsgruppen unabhängig von der Fallzahl. Voraussetzung ist eine Verknüpfung aller Fälle zu Leistungsgruppen.

Leistungsgruppen sollen als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung dienen. Bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die nicht näher spezifiziert sind und wohl Mindeststrukturvorgaben meinen, charakterisieren die Behandlungsbereiche. Die viel diskutierten Level werden bundeseinheitlich definiert. Maßgeblich sind zum einen die derzeit geltenden Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenkonzept) und zum anderen das Maß, in dem Krankenhäuser Leistungsgruppen zugewiesen sind. Jetzt definieren also die Leistungsgruppen die Level und nicht mehr die Level die Leistungsgruppen. Die Level sollen der Transparenz der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Klinik dienen, obwohl die viel zitierten Qualitätskriterien Mindestmerkmale sind und nichts mit Ergebnisqualität zu tun haben. Die geforderte Erhöhung der Transparenz von Qualitätsdaten ist begrüßenswert, die Zuteilung zu Leveln trägt dazu aber wenig bei. Die vorgesehene Herleitung von Ergebnisqualität aus Routinedaten ist anspruchsvoll und kann zu Fehlinterpretationen führen, daher bedarf es einer strukturierten Bewertung mit den Beteiligten.

Das umstrittene Level li wird jetzt neu als Lösung eines sektorenübergreifenden Konzeptes angepriesen. Es soll der wesentliche Bestandteil der interdisziplinären Grundversorgung werden, jetzt aber doch unter ärztlicher Leitung! Wohnortnah wäre er dann zuständig für ambulant fachärztliche und medizinisch pflegerische Leistung sowie wesentlicher Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung. Wichtiger Schwerpunkt sollen auch AOP-Leistungen nach § 115b SGB V und § 115f SGB V sowie belegärztliche Leistungen sein. Die Qualitätsvorgaben sind in diesen Standorten kaum zu erfüllen, es wird maximal schwierig werden, hierfür ärztliches Personal zu gewinnen. Eine nennenswerte ärztliche Weiterbildung in solchen Häusern ist kaum realisierbar.

Zentrales Problem bleibt die Finanzierung der Reform. Aktuell sollen lediglich Mittel umverteilt und nur durch Schließung von einigen Kliniken mehr Mittel für die verbleibenden Häuser frei werden. In der angespannten Finanzlage vieler Häuser ist es aber dringend erforderlich, zum Beispiel durch ein Vorschaltgesetz die derzeitige Kliniklandschaft zu erhalten, damit dann vernünftig reformiert werden kann. Wir erleben jetzt eine enorme Verunsicherung. Das Misstrauen wächst im gleichen Ausmaß wie die Existenzängste der Betroffenen. Das ist sicher keine gute Basis für das Gelingen der Reform. Durch eine reine Umverteilung von Geldern lässt sich das Defizit nicht beheben. Voraussetzung für das Gelingen der Reform ist eine solide Finanzierung der Betriebskosten und der mit der Reform verbundenen Investitionskosten.

Noch ist das Reformvorhaben von zu vielen ungeklärten Punkten geprägt, um von Seiten des VLK unterstützt werden zu können.

Weitere Informationen:

[Pressemitteilung des VLK](#)

[Informationen zum Bund-Länder Gespräch am 1. Juni 23](#)

## **Symposium: Krankenhausstrukturreform NRW bewegt die leitenden Ärztinnen und Ärzte**

Im Rahmen eines Symposiums tauschten sich rund 50 Mitglieder und Gäste des Verbandes leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte aus Nordrhein-Westfalen zu den möglichen Folgen der in NRW geplanten Krankenhausstrukturreform und der Pläne des Bundesgesundheitsministeriums aus.

Der scheidende Landesvorsitzende Dr. Thomas Dorsel begrüßte die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen über den Dächern Münsters. In der aktuellen Diskussion um die Krankenhäuser, nicht nur in NRW, besteht viel Klärungsbedarf. Aus Sicht der Ärzteschaft sprach Dr. Johannes Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, über die Reform der Krankenhausstruktur, die in NRW bereits vorangeschritten ist. Bei der Frage, ob

die Vorhaben auch mit den Planungen auf Bundesebene umgesetzt werden können, ist Gehle zuversichtlich. Problem sei der aktuelle Druck in den Krankenhäusern, an dem sich nur etwas ändern wird, wenn auch an der Finanzierung angesetzt wird. „Ohne ein finanzielles Engagement des Bundes wird sich am Druck nichts ändern und im Zweifel stimmen die Arbeitskräfte mit den Füßen ab“, erklärt Gehle. Auch mit Blick auf die geplanten Spezialisierungen der Häuser und die Ausweitung ambulanter Eingriffe sieht er ein Problem für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Für die Mediziner kann das mehrfache Wechsel mit sich bringen, was die Ausbildung verlängert und soziale Belastungen mit sich bringt. In der Konsequenz könnten zukünftig weniger ausgebildete Fachärztinnen und -ärzte bereitstehen. Insgesamt glaubt Gehle daran, dass die NRW-Reform funktionieren kann.

Für Dr. Dr. Peter-Johann May, Referatsleiter Medizin der Krankenhausgesellschaft NRW, bleibt es weiter spannend. Er hielt fest, dass in den Gesprächen zur NRW-Reform über die Strukturen gesprochen wurde, nicht über die Finanzierung, da hier die Entscheidungen beim Bund liegen. Den Knackpunkt in den aktuellen Reformbestrebungen des Bundes sieht er auch in den unterschiedlichen Kenntnisständen. In NRW habe man Erfahrungen mit den vorhandenen und nötigen Strukturen und die Gespräche sind geprägt von Vertrauen zueinander. Auf Bundesebene sehe er eher Unkenntnis der Strukturen und Misstrauen. May sieht die NRW-Krankenhausplanung auf einem guten Weg, spannend bleiben die Bestrebungen des Bundesministeriums und die Finanzierung, denn derzeit scheint sich eine Erhöhung der finanziellen Mittel für Kliniken nur durch Aufgabe anderer Kliniken realisieren zu lassen.

Was die Reformbestrebungen arbeitsrechtlich für die Ärztinnen und Ärzte bedeuten kann, beleuchtete Rechtsanwalt Norbert Müller. Wenn sich Strukturen in der Klinik verändern, kann das Konsequenzen haben, aber betroffene Mediziner sollten keinesfalls leichtfertig zustimmen. „Schauen Sie in ihren Dienstvertrag und lassen Sie Änderungsvorschläge oder gar Kündigungen im Zweifel prüfen, denn einmal unterschrieben, kann nicht widerrufen werden“, erklärt der Jurist.

VLK Präsident PD Dr. Michael A. Weber sieht im letzten Eckpunktepapier vom 19. Mai eher eine Mogelpackung als einen Kompromissvorschlag. Man müsse aufpassen, dass das, was in dem Papier steht, auch Bestand hat. Der Prozess bleibt spannend für alle Beteiligten.

Im Anschluss an das Symposium hielten die Mitglieder des VLK in NRW ihre Mitgliederversammlung ab, wesentlicher Punkt war die Wahl eines neuen Vorsitzenden des größten Landesverbandes des VLK. Dr. Thomas Dorsel stellte sich nicht erneut zur Wahl. Mit PD Dr. Anton Gillessen aus Münster, der sich in seiner



Zum neuen Vorsitzenden des NRW-Landesverbandes des VLK wurde PD Dr. Anton Gillessen (3.v.l.) gewählt. Stellvertreter wurde Prof. Dr. Markus Heuser (li.) Sie übernehmen das Amt von Dr. Thomas Dorsel (4.v.l.) und Dr. Theo Merholz (2.v.l.).

Vorstellungsrede dafür aussprach, die Vernetzung der Ärztinnen und Ärzte auch mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen weiter voranzubringen, fand sich ein Kandidat, der von der Versammlung einstimmig gewählt wurde. Zu seinem Stellvertreter wurde Prof. Dr. Markus Heuser aus Solingen gewählt, der den ärztlichen Nachwuchs verstärkt in den Blick nehmen möchte. Er übernimmt das Amt von Dr. Theo Merholz, der sich nicht erneut zur Wahl stellte.

Als Delegierte wurden Prof. Dr. Dr. Matthias Hoffmann, Dr. Tim Kleffner, Prof. Dr. Matthias Rothermund, Prof. Dr. Jan-Malte Sinning, PD Dr. Dr. Markus Martini und Dr. Thomas Gehrke gewählt. Stellvertretende Delegierte sind Dr. Jürgen Biermann, Prof. Dr. Dietrich Henzler und Prof. Dr. Christof Stellbrink.

Die Präsentationen finden Sie im [Mitgliederbereich](#) unserer Homepage unter „Vorträge“.

## Aktivitäten des VLK

Die angestrebte Krankenhausreform bestimmt aktuell die inhaltliche Arbeit des VLK. Zum Beispiel sprach Präsident PD Dr. Michael A. Weber im Rahmen des Gesundheitspolitischen Seminars der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V. (ALKK) über die Notwendigkeit einer Reform und wie die derzeitigen Vorschläge aus Sicht des VLK bewertet werden. Auch die Eröffnung des Deutschen Ärztetages in Essen stand im Zeichen der Reform. Im Austausch mit Vertretern anderer Verbände standen die Vorschläge des Bundesgesundheitsministers im Mittelpunkt der Diskussionen. In der jüngsten Präsidiumssitzung des VLK und der anschließenden Konferenz der Landesvorsitzenden tauschten sich die Gremienmitglieder ebenfalls über die Berliner Pläne aus und kamen zu dem Schluss, dass die Reform in ihrer jetzigen Form noch nicht ausgereift ist.

In der Reihe Zi insights des Zentralinstituts kassenärztliche Versorgung beleuchtete PD Dr. Michael A. Weber die [„Zukunft der sektorenübergreifenden Vergütung nach § 115f SGB V“](#). Als Probleme im Bereich ambulantes Operieren beschrieb Dr. Weber eine bislang unzureichende Finanzierung im einheitlichen Bewertungsmaßstab mit der Folge, dass medizinische Begründungen für stationäre Aufnahmen häufig Erlös getriggert sind. Eine Einigung konnte noch nicht erzielt werden. Als Strukturvoraussetzungen benannte der VLK-Präsident eine bauliche Trennung ambulanter und stationärer Strukturen, eine klare personelle Zuständigkeit und die Notwendigkeit einer adäquaten ambulanten Nachversorgung. In seinem Fazit sprach sich Dr. Weber für Sektoren übergreifendes Arbeiten aus, aber der Aufbau von Doppelstrukturen sollte vermieden werden. Letztlich wird die Geschwindigkeit der Ambulantisierung durch die Höhe der Vergütung bestimmt, wobei zu beachten ist, dass Investitionen und eine Übergangsphase zur Anpassung nötig sind, daher sollte mit einem überschaubaren Katalog gestartet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

PD. Dr. Michael A. Weber  
Präsident



RA Normann J. Schuster  
Hauptgeschäftsführer



Herausgeber:

Verband leitender Krankenhausärztinnen –und ärzte e.V.

Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Telefon (02 11) 4 54 99-0, Telefax (02 11) 45 49 929

Email: [info@vlk-online.de](mailto:info@vlk-online.de), Internet: [www.vlk-online.de](http://www.vlk-online.de)