

Reform in stürmischen Zeiten – Dringen auf Vermittlungsausschuss

Was nun? Steht die Krankenhausreform vor dem Aus oder wird die „Revolution“ Karl Lauterbachs jetzt noch schnell auf den Weg gebracht? Und macht es noch Sinn, wenn der Bundesrat das KHVVG am 22. November in den Vermittlungsausschuss überweist? Die Partner des Deutschen Krankenhaustages hofften darauf. Vergeblich, wie die Abstimmung am 22. November im Bundesrat inzwischen gezeigt hat (► **siehe Bericht Seite 1061**). Die Eröffnung des 47. Deutschen Krankenhaustages am 11. November 2024 in Düsseldorf stand ganz im Zeichen des Zusammenbruchs der Ampelkoalition nur wenige Tage zuvor. Drei Wochen vor dem Krankenhaustreff im Rahmen der Medica hatte der Bundestag die Krankenhausreform verabschiedet. Es sollten entscheidende Weichen für eine bessere Krankenhausversorgung gestellt werden.

„Wir wollen die Reform nicht scheitern lassen. Man kann sie aber auch nicht so verabschieden, wie sie ist“, sagte **Karl-Josef Laumann** (CDU). Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister zeigte sich zuversichtlich im Hinblick auf Änderungen am Reformgesetz – durch den Vermittlungsausschuss oder eine künftige Bundesregierung unter Führung der CDU/CSU. Mit seiner Rede zur Eröffnung des Branchentreffs empfahl er sich gleichsam als künftiger Bundesgesundheitsminister.

Von der derzeitigen Regierung würden wohl keine Gesetze mehr auf den Weg gebracht. „Das heißt aber nicht, dass alles, was erdacht wurde, nun verloren ist“, so der NRW-Minister. Wer vernünftig sei, baue auf schon Erdachtes auf, wenn es sich als klug erweise. Wie etwa seine Krankenhausreform in NRW. Im bevölkerungsreichsten Bundesland im Westen der Republik seien starke, tragfähige Parameter für eine sinnvolle Krankenhausreform entwickelt worden.

Vor allem die im KHVVG vorgesehenen Qualitätskriterien nehmen den Ländern die Gestaltungsmöglichkeiten und gefährdeten die Versorgungssicherheit in einigen Gebieten. „Wir müssen diese Kriterien unter bestimmten Voraussetzungen pragmatischer anwenden können“, so Laumann. Ein entsprechender Antrag im Gesundheitsausschuss des Bundesrates bedeute nur ein punktuelles Vermittlungsverfahren. „Das ist an einem halben Tag zu besprechen“, so der NRW-Gesundheitsminister. Die geforderten Änderungen – etwa zu Facharztquoten, Fallzahlen, Abstände-Festlegungen – seien nicht parteipolitisch-ideologisch begründet, sondern „ganz gewöhnliche Fragen, die Krankenhausplanern durch den Kopf gehen“.

Auf die direkte Frage der Moderatorin nach seinen Ambitionen auf das Amt des Bundesgesundheitsministers wollte Laumann



Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zeigte sich zuversichtlich im Hinblick auf Änderungen am Reformgesetz – durch den Vermittlungsausschuss oder eine künftige Bundesregierung unter Führung der CDU/CSU. Mit seiner Rede zur Eröffnung des Krankenhaustages schien er sich gleichsam als künftiger Bundesgesundheitsminister zu empfehlen. Foto: Messe Düsseldorf/ctillmann



Was wird aus der Krankenhausreform? Diese Frage diskutierten Referenten und Besucher in Düsseldorf: Die Eröffnung des 47. Deutschen Krankenhaustages am 11. November 2024 stand ganz im Zeichen des Zusammenbruchs der Ampelkoalition nur wenige Tage zuvor. Foto: Messe Düsseldorf/ctillmann

nicht antworten. Doch mit seiner Rede zur Verbesserungswürdigkeit der Krankenhausreform des Bundes warb er deutlich für seinen Politikstil. Das Geheimnis des Erfolgs der Reform der Krankenhausplanung in NRW sei, dass die Beteiligten – Kliniken, Ärzte und Kostenträger – einbezogen wurden: „Wir haben mit Partnern, die über den Tellerrand schauen, diese Reform entwickelt.“ Auch Transparenz in den Entscheidungen sei wichtig. Der Eindruck der Mausechlei in Hinterzimmern dürfe nicht entstehen: „Entscheidungen müssen plausibel, begründbar und nachvollziehbar sein“, so Laumann weiter. Hier gebe es erhebliche Unterschiede zwischen NRW und der Gesundheitspolitik im Bund.

Bremens Gesundheitssenatorin **Claudia Bernhard** (Die Linke) schien noch mit der Überweisung des KHVVG in den Vermittlungsausschuss zu hadern und sagte, sie werde dem „wahrscheinlich nicht“ zustimmen. Sie habe große Sorge, dass die Reform für lange Zeit ins Stocken gerate. Über die Rechtsverordnungen, die das KHVVG ergänzen sollen – diese unterlägen im Gegensatz zum KHVVG der Zustimmungspflicht durch die Länderkammer – könnten noch wesentliche Verbesserungen erreicht werden, so Bernhard.

Karl Lauterbach, der per Video zugeschaltet wurde, zeichnete einmal mehr das düstere Bild der Krankenhausversorgung in Deutschland, die in ihrer Qualität im europäischen Vergleich „nach unten durchgereicht“ werde, und stellte klar, keine Abstriche in Sachen Qualitätskriterien zu machen. „Lieber keine

Reform als eine schlechte Reform“, so das Fazit des Bundesgesundheitsministers.

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), forderte die Bundesländer nochmals mit Nachdruck auf, die Klinikreform am 22. November im Bundesrat in den Vermittlungsausschuss zu verweisen. „Schicken Sie dieses Gesetz in den Vermittlungsausschuss. Und dies gilt auch in der von den Ampelfraktionen verursachten Regierungskrise. Denn für die stationäre Versorgung in Deutschland tragen die Länder auch in den kommenden Jahren die Verantwortung“, machte Gaß deutlich. Mit kleinen Stellschrauben sei dieses Gesetz nicht mehr zu retten. Der Vermittlungsausschuss müsse dieses Gesetz auf gemeinsame Grundvereinbarungen zurückführen. Erste Schritte zur Rettung der Krankenhausreform sollten die sofortige Umsetzung des notwendigen Inflationsausgleichs sein, um die flächendeckende Defizitlage der Kliniken zu entschärfen. Gleichzeitig müssten die Leistungsgruppen nach dem NRW-Modell bundesweit angewendet und schon bestehende Instrumente wie Sicherstellungszuschläge zur Vorhaltefinanzierung ausgeweitet werden, bis ein tauglicheres Modell erarbeitet sei. „Und die Krankenhäuser müssen endlich konsequent von überflüssiger Bürokratie und Überregulierung befreit werden. Auch wenn wir in einer politisch turbulenten und fragilen Situation sind, ohne Änderungen darf diese Reform nicht kommen. Sollte die Krankenhausreform den Bundesrat passieren, tritt ein an vielen Stellen schlecht gemachtes Gesetz in

Kraft, das die Patientenversorgung in Deutschland nicht verbessern, sondern erschweren wird. Niemand kann heute sagen, wer nach einer Neuwahl das Gesundheitsressort führt, und ob es dann zu schnellen, notwendigen Korrekturen käme“, so Gaß Kongresspräsidentin **Dr. Sabine Berninger**, zugleich Vorsitzende des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe Südost (DBfK), bekräftigte, dass trotz der vielen politischen Fragezeichen durch das Koalitions-Aus die Krankenhausreform vorangetrieben werden müsse. Durch die Finanzierungsreform sei weiterhin keine Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Kliniken absehbar. Auch Berninger mahnte Korrekturen an, sonst werde es weiter zu unkontrollierten Klinikschließungen und Versorgungsengpässen in Deutschland kommen. Auch systemrelevante Standorte seien bedroht. „Aber zu einer guten Gesundheitsversorgung gehören auch erreichbare und hochwertige Versorgungsstrukturen“, so die DBfK-Vorsitzende. Darüber hinaus machte Berninger auf die Situation in der Pflege aufmerksam. „Einerseits befinden wir uns in einer alternden Gesellschaft, in der die Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten deutlich zunehmen wird. Andererseits wird zu dem schon jetzt vorherrschenden Fachkräftemangel eine zusätzliche Herausforderung entstehen, wenn weiterhin Pflegefachpersonen den Beruf verlassen und die Babyboomer-Jahr-

gänge in Rente gehen. Deshalb ist es für die Politik und uns alle alternativlos, jetzt nach guten Lösungen zu suchen, um den Pflegeberuf zukunftsfest aufzustellen. Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigte Pflegereform bietet uns die Chance, Pflege neu zu denken“, so die Kongresspräsidentin.

Mehr Personal werde nur in einem ausdifferenzierten Qualifikationsmix zur Verfügung stehen, so Berninger in Bezug auf das Pflegefachassistenzgesetz und das Pflegekompetenzgesetz im Gesetzgebungsverfahren. Auf die Erweiterung der Befugnisse der Pflegefachpersonen und das Konzept der Advanced Practice Nurses (APN) setzt die DBfK-Vorsitzende große Hoffnung und sieht die Möglichkeit, die Behandlungsqualität im Krankenhaus zu verbessern.

PD Dr. Michael A. Weber, Präsident des Verbands leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (VLK), machte deutlich, dass es nicht darum gehe, das Gesetz komplett zu Fall zu bringen, sondern es in essenziellen Punkten nachzuschärfen. Es sei weiter nicht abzuschätzen, ob die zu erwartenden Krankenhaus- und Abteilungsschließungen gut kompensierbar sind oder zu Engpässen in der Notfallversorgung und Wartelisten bei elektiven Eingriffen führen. Deshalb brauche es dauerhafte Ausnahmegenehmigungen für die Länder, die für die Erfüllung der Bedarfe vor Ort die Möglichkeit von Ausnahmen bei zu stringenten Strukturvorgaben haben müssen. Nur so könne die Versorgung in strukturschwachen Gebieten bzw. auf dem Land auch auf Dauer gesichert werden. „Die Knackpunkte sind klar benannt, die Fakten sprechen für sich. Der Vermittlungsausschuss muss endlich den Weg für eine Lösung der offenen Finanzierungsfragen für Betriebskosten, Vorhaltung und Transformation ebnen und die weiteren Schwachstellen des Gesetzes beheben“, so der VLK-Präsident. Im Rahmen der Diskussionsrunde wandte er sich explizit an die Bremer Senatorin und bat, sie möge am 22. November der Überweisung in den Vermittlungsausschuss zustimmen.

Es gehe nicht um Probleme einzelner Krankenhäuser, betonte **Dirk Köcher**, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), sondern darum, dass eine ganze für die Menschen elementar wichtige Branche wirtschaftlich extrem angeschlagen sei. Die überwiegende Mehrzahl der 1 700 Krankenhäuser in Deutschland stecke in noch nie dagewesenen wirtschaftlichen Schwierigkeiten. „Das ist sicher nicht durch das Krankenhausmanagement verschuldet“, so Köcher. Der VKD-Präsident beklagte, dass der Kanzler und der ehemalige Finanzminister separate Wirtschaftsgipfel einberufen, wenn ein großer Autobauer seine Gewinnerwartung auf einen mittleren einstelligen Prozentsatz korrigiere: „Dass Krankenhäuser derzeit regelhaft negative Ergebnisse schreiben, interessiert in der politischen oder der allgemeinen Öffentlichkeit anscheinend nur wenige“, erklärte der VKD-Präsident. Kaum ein Träger werde kurz- wie mittelfristig mehr in der Lage sein, diese sich nunmehr im dritten Jahr hintereinander verschärfende wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auszugleichen. *krü*



Die Mehrzahl der Krankenhäuser in Deutschland stecke in noch nie dagewesenen wirtschaftlichen Schwierigkeiten. „Das ist sicher nicht durch das Krankenhausmanagement verschuldet“, so VKD-Präsident Dirk Köcher. *Foto: krü*

Menschen machen Medizin

ÄPS BÄK: das ärztliche Personalbemessungsinstrument

Die Bundesärztekammer hat in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften ein Ärztliches Personalbemessungsinstrument entwickelt. Mit dem flexiblen, an die jeweilige Betriebsorganisation der jeweiligen Klinik angepassten modularen Kalkulationsinstrument kann der Personalbedarf genau kalkuliert werden.

Dr. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes (MB) und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und **Prof. Dr. Henrik Herrmann**, MB-Vorstand und Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, stellten das entwickelte Ärztliche Personalbemessungsinstrument, das ÄPS BÄK, im Rahmen des 47. Deutschen Krankenhaustages am 12. November vor. Beide haben gemeinsam eine Arbeitsgruppe bei der Bundesärztekammer geleitet, die dieses Instrument entwickelt hat.

Ziel sei eine „Integrierte Gesamtkalkulation der benötigten Vollzeitkräfte auf Basis quantitativ verbindlicher Kriterien und Pa-

rametrierung“, so die MB-Vorsitzende. Die ÄPS BÄK soll erfassen, wie eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung aussehen muss.

Die ärztliche Personalausstattung ist von zentraler Bedeutung für die Qualität der Patientenversorgung. Steigender Kostendruck könne Krankenhäuser veranlassen, beim ärztlichen Personal zu sparen. Bisher würden Ärzte gebraucht, um Fallzahlsteigerungen zu erreichen. Ziel der Krankenhausreform sei aber die Minderung des Anreizes über die Fallzahlen. Das sei richtig, so Johna, erfordere aber neue Wege, um einem Personalabbau im ärztlichen Bereich zu begegnen.

Transparenz und Orientierung zum ärztlichen Personalbedarf

Das Personalbemessungsinstrument der BÄK zeigt schon jetzt, dass 10 % ärztliche Vollzeitstellen in Kliniken fehlen. „Die Gesamtkalkulation zeigt, wie viele Vollzeitstellen eigentlich gebraucht werden“, so Johna. Das ÄPS BÄK sei nicht zur täg-

VLK-Zukunftspreis geht an Dr. Dilan Sinem Sert

„Mein Ziel ist eine moderne Arbeitskultur, in der Ärzte ihr volles Potenzial entfalten können“, sagt **Dr. Dilan Sinem Sert**. Die Ärztin, Gründerin und Unternehmerin will die Arbeitskultur im Krankenhaus transformieren mit dem Fokus auf die Weiterbildung. Mit ihrem Unternehmen Sedidoc GmbH unterstützt sie Kliniken dabei, ihre Ärzte optimal zur bestmöglichen Patientenversorgung, aber auch ökonomisch effizient weiterzubilden und die ärztliche Rotation digital und vernetzt zu planen.

Die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens, insbesondere im Krankenhaus, erschwert auch die ärztliche Weiterbildung. An immer mehr Kliniken und in nahezu allen Fachgebieten wird es v. a. in spezialisierten Teilgebieten immer schwieriger, die volle Weiterbildungsermächtigung anbieten zu können. Die anstehende Krankenhausreform wird diese angespannte Situation weiter verschärfen. Abhilfe schaffen können klinik- und standortübergreifende Weiterbildungsverbände. Dr. Dilan Sert hat hier ein deutschlandweit einmaliges Projekt entwickelt und bietet dieses für alle Krankenhäuser an: eine klinik- und standortübergreifende Weiterbildungs-Rotationsplanung per App.

„Es entstehen neue Möglichkeiten durch die Vernetzung. Unsere Software revolutioniert die ärztliche Rotationsplanung, fördert vernetzte Zusammenarbeit und ebnet Kliniken den Weg zu einer modernen Arbeitskultur“, so Sert. In engem Austausch mit den Kliniken wird die Sediwork-Software passgenau für die Klinik implementiert und diese auch beim damit verbundenen Wandel begleitet: hin zu flachen Hierarchien und vernetzter Zusammenarbeit.



VLK-Präsident PD Dr. Michael A. Weber, Hauptgeschäftsführer Normann J. Schuster und Dr. Dilan Sinem Sert: Die Ärztin und Gründerin wurde mit dem diesjährigen VLK-Zukunftspreis ausgezeichnet. Foto: krü

Der Verband Leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e. V. (VLK) hat seinen diesjährigen Zukunftspreis an Dr. Dilan Sinem Sert verliehen. „Es sind solche klugen Lösungen und persönliches Engagement wie diese, die wir brauchen, um die immensen Herausforderungen unseres immer komplexer werdenden Systems auch in Zukunft meistern zu können“, erklärt **PD Dr. Michael A. Weber**. Der VLK-Präsident übergab Dr. Sert den Preis, der mit einem Preisgeld von insgesamt 1 500 € dotiert ist, im Rahmen des Symposiums „Menschen machen Medizin“, das am 12. November 2024 während des 47. Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf stattfand. Das Preisgeld in Höhe von 1 500 € geht an den Verein „Clownsnasen“, so Dilan Sert.

lichen oder wöchentlichen Anwendung, sondern eher zur quartalsweisen Erhebung konzipiert.

Das Kalkulationsinstrument und die Ergebnisse sollten transparent gemacht werden.

Die Ergebnisse dienen der Orientierung zum ärztlichen Personalbedarf, hätten dadurch einen Steuerungseffekt und machten sichtbar, was Ärztinnen und Ärzten so alles an Aufgaben zufalle. Auch könne geprüft werden, ob nicht andere Berufsgruppen bestimmte Tätigkeiten übernehmen können.

In die Kalkulation fließen nicht nur die Grunddaten und der Basisaufwand der einzelnen Klinikabteilungen ein, sondern auch Faktoren wie die Versorgung von Patientengruppen mit erhöhtem ärztlichen Zeitaufwand sowie 105 weitere ärztliche Aufgaben und Pflichten außerhalb der direkten Patientenversorgung. Hierzu zählen laut Prof. Herrmann etwa gesetzliche Aufgaben, beispielsweise im Rahmen der Qualitätssicherung, oder die Aufgabe als ärztlicher Hygienebeauftragter der Klinik, Führungsaufgaben, Aufgaben der Vernetzung und Kooperation, der Kommunikation, der Dokumentation und im Rahmen der Weiterbildung. „Das sind Aufgaben, die viel Zeit in Anspruch nehmen. Sie müssen ebenfalls berücksichtigt und eingepreist werden“, erläuterte Prof. Herrmann.

Das Instrument erfasst alle Tätigkeiten in den verschiedenen Abteilungen und Fachgebieten mit dem dafür nötigen Zeitaufwand. Das Gesamtergebnis wird in Minuten ausgewiesen und in Vollzeitstellen umgerechnet. Das Tool ist flexibel: Jede Abteilung kann die Matrix ergänzen.

Die Anwendung des ÄPS BÄK soll zu einem verbindlichen Maßstab werden, so Johna: „Es sollte gesetzlich verankert werden.“ So sei zu begrüßen, dass das ÄPS BÄK durch den neuen § 137m im Sozialgesetzbuch V im KHVVG – zunächst in einer Erprobungsphase – verankert wurde. „Wir hoffen, dass es dadurch nochmals auf eine breitere Basis gestellt wird“, so die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

„Die ärztliche Personalbemessung muss Teil der Krankenhausreform sein. Sie muss verpflichtend für die Abteilungen in die Bemessung kommen. Dann erreichen wir auch, was wir alle anstreben: eine hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten und attraktive Arbeitsplätze für Ärztinnen und Ärzte“, so Johna.

Dr. Susanne Johna und Prof. Henrik Herrmann sind sicher, dass die Personalbemessung mittels ÄPS BÄK die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verbessern wird. Diese würden transparenter und verlässlicher werden, vielleicht würden wieder mehr Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit arbeiten, glaubt Herrmann. *krü*

KI und Digitalisierung: Lösen sie unsere Personalprobleme?

Potenziale und Chancen der Künstlichen Intelligenz für die Medizin stellte **Dr. Philipp Stachwitz** vor. Der Leiter der Stabsstelle Digitalisierung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nannte beispielsweise Datenanalyse und Mustererkennung, Entscheidungsunterstützung, Vorhersagen und Maschinelles Lernen als Beispiele, wie KI bei Diagnose und Therapie-

entscheidungen helfen kann. In der Verwaltung unterstütze KI ebenfalls mittels Sprecherverarbeitung, Robotik und Steuerung bei Problemlösung und Steuerung.

Zwar hält Stachwitz die oft kolportierte Aussage, das medizinische Wissen verdoppele sich gegenwärtig alle 73 Tage, für „aus der Luft gegriffen“. Dennoch steige das Wissen, immer mehr Daten würden generiert: „Wir brauchen ein Instrument, um damit umzugehen.“ Dies könne KI leisten. Im Umgang mit KI sieht er zwei große Risiken: Die Sicherstellung, ob die KI-generierten Ergebnisse richtig sind, ob beispielsweise die KI wirklich mit den richtigen Daten „trainiert“ wurde, sowie Herausforderungen des Datenschutzes.

Kann aber KI Personalprobleme lösen und Ärztemangel beheben? Werden Ärzte gar in naher Zukunft von KI ersetzt? Nein, meint Stachwitz: „Aber Ärzte werden KI zunehmend einsetzen.“

Dr. Peter Bobbert, Vorstand Marburger Bund Bundesverband, ist sicher: „KI wird die Medizin maßgeblich beeinflussen.“ Mit KI könnten Lösungsansätze auch zur Bewältigung aktueller Probleme wie der Personalmangel entstehen.

Wie die KI sich in der medizinischen Versorgung im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit und den Fachkräftemangel in Zukunft auswirke, wisse man nicht: „Was die KI in zehn Jahren kann, wissen wir nicht. Schon jetzt ist das Potenzial enorm. Wir wissen auch nicht, wie die ärztliche Arbeit in zehn Jahren aussieht“, so der Präsident der Ärztekammer Berlin. KI sei kein Selbstläufer, so Bobbert weiter: „Wir müssen das Tool so formieren, dass eine bessere Medizin entsteht.“ Ärzte müssten lernen, KI zu verstehen und anzuwenden. Dafür müsste KI in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung endlich implementiert werden. „Alleinige Entscheidung durch KI darf es in der Medizin nicht geben“, so Bobbert.

Im Rahmen der Veranstaltung unter dem Motto „Mehr Kompetenz wagen: Pflege als Treiber im Gesundheitswesen“ beklagte Keynote-Speaker **Bart de Witte**, nach eigener Aussage ein „early Adaptor“ der KI, den zuweilen geradezu apokalyptischen Pessimismus gegenüber der Künstlichen Intelligenz in Deutschland. Der Belgier ist Gründer der „Hippo AI Foundation“. Die globale Initiative zielt darauf ab, eine ethische Grundlage für KI zu schaffen im Sinne einer Gesundheitsversorgung für alle. Um eine Monopolisierung von lebensrettendem Wissen zu vermeiden, konzentrierte sich die Hippo AI Foundation auf die Demokratisierung von medizinischer KI.

KI demokratisiere das Wissen und die Software, so de Witte. Jeder könne sich heute bereits eine App mithilfe von Künstlicher Intelligenz innerhalb von wenigen Minuten selbst programmieren.

Auch der These, die Menschen würden dümmer durch die Anwendung von KI, widerspricht de Witte. Seit die Meister bestimmter strategischer Spiele oft gegen KI antreten, habe sich das Niveau auch der menschlichen Spieler nachweislich verbessert, so de Witte.

Das Arbeiten in der Pflege werde attraktiver, weil Routineaufgaben durch KI und Digitalisierung entfallen. Auch biete die KI Potenzial für die Erweiterung der Kompetenzen in der Pflege.

Im Krankenhaus sei KI eine wertvolle klinische Entscheidungshilfe. Zu diskutieren sei, wer beispielsweise die diagnostische KI einsetzen darf: Nur Ärzte oder auch Pflegendе? Als „KI-Agenten“ in den klinischen Alltag integriert, könnten sie Notizen beim Patientengespräch machen, Tools für die Therapie vorschlagen, Entlassberichte schreiben.

Hippokratische KI-Agenten hätten sogar ein besseres emphatisches Verhalten gegenüber Patienten, sagt de Witte. Vor allem, weil sie zuhören können und mehr Zeit für den einzelnen Patienten hätten als menschliche Fachkräfte als Gesprächspartner. Sie könnten Patientenanfragen beantworten oder Kontrollanrufe zum Befinden der Patienten nach einer Operation führen. De Witte sieht in der KI eine „radikale Transformation, die unglaubliches Potenzial hat, die Pflege und die medizinische Versorgung zu verbessern“. In Deutschland ist die Skepsis höher als anderswo. „Ähnlich wie bei der Elektromobilität kann es in Deutschland bald zu spät sein. Dann bestimmen andere, wohin die Entwicklung geht“, warnt der Experte für digitale Transformation im Bereich Gesundheit.

Level 1i-Krankenhäuser: Wie? Wer? Wo?

Dr. Anja Mitrenga-Theusinger, Vorsitzende des Ausschusses Krankenhauskommission der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo), kritisierte das Konzept der „Level 1i-Krankenhäuser als eine „de facto-Krankenhausschließung light“.



DKG-Chef Dr. Gerald Gaß sieht in den Level 1i-Häusern eine Chance für die Versorgung auf dem Land, wenn über telemedizinische Anwendungen die Kompetenz großer Zentren vor Ort einbezogen werden kann. Foto: Messe Düsseldorf/ctllmann

Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen die Level 1i-Kliniken den ambulanten und den stationären Sektor verknüpfen und ergänzen und damit Versorgung und Krankenhausstruktur in den Regionen verbessern. Ob das gelingen kann, dazu herrschte in der Diskussionsrunde am zweiten Tag des Kongresses Skepsis vor. Auch im Rahmen der aktuellen Diskussion um die Krankenhausreform scheint das Konzept Level 1i nur noch wenig Interesse zu finden. „Über pflegegeführte Level 1i-Häuser wird gar nicht mehr diskutiert“, beklagte **Sandra Postel**, Präsidentin der Pflegekammer NRW.

Das Konzept der Level 1i-Krankenhäuser für die Grundversorgung sei eine Totgeburt, so **Dr. Axel Paeger**, Gründer und Gesellschafter der Ameos Gruppe: „Das ist nicht umsetzbar. Da glaubt Minister Lauterbach selbst nicht dran.“

DKG-Chef **Dr. Gerald Gaß** sieht in den Level 1i-Häusern eine große Chance für die Versorgung auf dem Land: „Denkbar wäre, in diesen Häusern auch telemedizinische Anwendungen stark zu verorten, um die Kompetenz großer Zentren vor Ort einzubeziehen.“

„Entökonomisierung der Krankenhäuser“

Kommt vom Bund die Entökonomisierung? Dieser Frage ging **Dirk Köcher** in seinem Eingangsstatement nach. Eine Entökonomisierung, von der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach immer wieder spreche als Lösung für die Misere der Kliniken, könne nicht das Ziel sein, so der VKD-Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD): „Wir müssen darauf achten, wie wir mit dem Geld wirtschaften.“ Und das tun die Kliniken auch, so Köcher weiter: „Nicht die Krankenhausmanager sind schuld, dass 80 % der Kliniken plötzlich Verluste schreiben.“

Was ist seit 2022 geschehen, seit Lauterbach im Dezember seine „Revolution“ verkündete?

Die Dramatik der immer schlechter werdenden Situation der Krankenhäuser war schon bei der Eröffnung des Deutschen Krankenhaustages 2024 deutlich geworden. „Die Politik entfernt sich zunehmend vom Versorgungsauftrag“, so Köcher. Eine Erholung der Fallzahlen nach Corona sei ausgeblieben. Die enormen Kostensteigerungen würden auf Erlösseite bei Weitem nicht kompensiert. Immer mehr Kliniken geraten in immer größere Schwierigkeiten.

„Schon in der „vorrevolutionären Zeit“ gab es über viele Jahre deutlich zu niedrige Investitionsförderung durch die Länder“, so der VKD-Präsident weiter. Mit einer Investitionsquote von durchschnittlich 3 % lag diese rund die Hälfte unter dem Bedarf. Jetzt drohe eine ungeplante Versorgungsreduktion, immer mehr Standorte müssten schließen.

„Auch die Bürokratie wird nicht abnehmen. Über die geplanten Leistungsgruppen kommt eher noch was oben drauf“, so Köcher. Auch der VKD-Präsident hofft auf den Vermittlungsausschuss: „Und wir hoffen darauf, dass eine neue Regierung die Dramatik erkennt, die auf den Kliniken lastet.“

Der VKD setzt sich für eine bundesweite Orientierung an der Krankenhausplanung in NRW und ihrer Leistungsgruppen-

systematik ein: „Das wäre eine gute Grundlage für die Krankenhausreform bundesweit“, sagte Köcher.

Dr. Axel Paeger, Gründer und Gesellschafter der Ameos Gruppe, analysierte Auswirkungen und Anspruch der Krankenhausreform auf die Versorgung in ländlichen Regionen. Die Lauterbachsche „Level-Ideologie“ vertrage sich nicht mit dem Ansatz von Ameos, Kompetenzen in der Fläche zu halten und „richtig zu verteilen“. Das Konzept des Bundesgesundheitsministers laufe darauf hinaus, Kompetenzen außerhalb von Ballungsräumen zu entziehen und „in fernen Agglomerationen“ zu konzentrieren. Als „Alibi in der Theorie“ würden ein paar sogenannte Level 1i-Krankenhäuser oder intersektorale Versorgungszentren belassen.

Die regionale Gesundheitsversorgung zu sichern und zu prägen ist der Anspruch der Ameos. Das Unternehmen betreibt große, mit Fachgebieten und Kliniken breit aufgestellte Krankenhäuser außerhalb der Metropolen und hat dort jeweils eine führende Stellung in der Gesundheitsversorgung. Das medizinische Angebot wird jeweils auf die Bedarfe der Region zugeschnitten, so Paeger. Das Versorgungsmodell beruht dabei auf zwei Schienen: einer Grundversorgung als Basis und auf dieser aufbauende Schwerpunkte wie etwa die internistische Intensivtherapie, Diabetologie, Kardiologie, Gastroenterologie, minimalinvasive Chirurgie, Neurologie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Paeger zog zudem einen Vergleich des Umgangs mit der aktuellen Kostenentwicklung für die Gesundheitsversorgung der DACH-Länder und ihre Kostenentwicklung und Umsetzung. Die Ameos-Gruppe betreibt auch in der Schweiz und in Österreich Kliniken.

In der Schweiz verlangen die Spitäler von den Krankenversicherungen Base-Rate-Erhöhungen, die den Kostensteigerungen entsprechen. Folge: Die Prämien steigen. „Dafür gerät der zuständige Bundesrat, der die Marktwirtschaft laufen lässt, in die Kritik und wird vom Wähler abgestraft“, so Paeger. In Österreich kalkuliert der Gesundheitsfonds eines jeden Bundeslandes die notwendige Erlösentwicklung in enger Abstimmung mit dem Landesrat für Gesundheit.

In Deutschland, so der Ameos-CEO, sind die tatsächlichen Kostensteigerungen für Krankenhäuser in den Jahren 2022 und 2023 um 13 % stärker gestiegen als die Krankenhausergelte. „Kostensteigerungen überlässt die Bundesregierung weiterhin der Marktwirtschaft, Erlössteigerungen werden mit einem ungeeigneten System planwirtschaftlich festgelegt“, kritisiert Paeger. Eine größere Verärgerung der Versicherten bzw. der Wähler werde so vermieden. Im Vergleich zu den fatalen Effekten dieser Marktentwicklung der letzten beiden Jahre seien die Effekte einer möglichen Krankenhausstrukturreform ab 2029 fast zu vernachlässigen, so das Fazit Paegers.

Sind Krankenhäuser in der gegenwärtigen Situation überhaupt noch sanierbar? Antworten auf diese Frage gab **Ulrich Hornstein**, Experte für Klinikmanagement bei der HC&S AG. Es komme darauf an, so der erfahrene Klinikmanager. Er nannte unter anderen Maßnahmen die Verweildauersteuerung, ein tragfähiges medizinisches Konzept, zeitnahe Rechnungsstellung, die Umsetzung der ESG-Kriterien und ein Patientenportal für alle Versorgungsstufen als probate Mittel, ein Krankenhaus besser aufzustellen. Erfolgversprechend seien Best Practice Konzepte wie beispielsweise das Smart Hospital, die Living Clinic Community, die Slow Clinic und die Me Clinic. *kri* ■

Mehr Kompetenz wagen: Pflege als Treiber im Gesundheitswesen

Welche Auswirkungen könnte die Krankenhausreform des Bundes auf die Pflege und auf die Ausbildung von Pflegefachkräften in den Kliniken haben? Dies war eine der zentralen Fragen am dritten Kongresstag des 47. Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf, der unter der Überschrift: „Mehr Kompetenz wagen: Pflege als Treiber im Gesundheitswesen“ stand. Auch in puncto Pflege lässt das KHVVG eine Folgeabschätzung vermissen, kritisierte **Prof. Dr. Michael Isfort**, Vorstandsmitglied im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Man weiß es einfach nicht, wie sich die Ausbildung von Pflegefachkräften in Kliniken durch die Bundes-Klinikreform verändern könnte. Das ist insofern dramatisch, weil es ja schon jetzt oft zu wenig Pflegefachpersonal gibt. Wobei die Analysen der Experten an dem Punkt unterschiedlich ausfallen: während Isfort der Ansicht ist, dass wir noch nie so viele Menschen in der Pflege hatten wie heute und die Pflege in ihrem Fundament

nicht bedroht ist, kommt Pflegewissenschaftler **Prof. Dr. Michael Simon** zu gegenteiligen Ergebnissen. Er klagt über einen Mangel an Pflegefachkräften in deutschen Kliniken. Auch **Ingo Böing**, Referent für Pflege im Krankenhaus beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), moniert einen Mangel an Pflegefachkräften am deutschen Klinikbett im Vergleich zu den meisten anderen Ländern. Und erst seit Einführung des Pflegebudgets wachse überhaupt der finanzielle Anteil für die Pflege.

Fakt ist, dass Krankenhäuser Teil der praktischen Ausbildung bei etwa der Hälfte aller angehenden Pflegefachkräften in Deutschland sind. Die Kliniken sind somit ein wichtiger Ausbildungsmotor im Sektor Pflege. Umso fahrlässiger ist es, blindlings auf Kliniken zu verzichten, ohne vorher den Bestand zu evaluieren. „Wir brauchen eine Liste der Kliniken, die Ausbilder sind und wir brauchen eine regionale Wirtschaftsanalyse“,



DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß, Nilgün Özel, Vizepräsidentin DRK Westfalen-Lippe, die Präsidentin der Pflegekammer NRW, Sandra Postel und die DBfK-Vorsitzende Dr. Sabine Berninger. Foto: Messe Düsseldorf, cillmann

forderte Isfort. Die Politik müsse die gravierenden Veränderungen, die sie mit ihren Gesundheitsreformen auslöse, durch Analysen flankieren, lautete Isforts Appell an Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach** (SPD).

Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), kann sich sogar vorstellen, dass Pflegeazubis künftig nicht nur auf einer Station ausgebildet werden, sondern auch im Skills-Lab. Eine Ausbildungsform, die in China offenbar schon weit verbreitet ist, wie später der vierte Kongresstag mit dem Schwerpunkt China zeigte. Allerdings wird in der Volksrepublik China die Profession Pflege inzwischen nur noch als Pflegewissenschaft im Studium vermittelt und ist dort kein Ausbildungsberuf mehr.

Zurück nach Deutschland und zum KHVVG. In dem Reformwerk aus dem Hause Lauterbach ist die Pflege deutlich unterrepräsentiert. Überhaupt nur an zwei Stellen findet das Wort Pflege in dem Gesetzeswerk Erwähnung, stellte Vera Lux klar. Der Begriff Pflegequalität komme im KHVVG gar nicht vor. Die Klinikreform der Bundesregierung berge Risiken für die Pflege, so Lux: Die Anzahl der Kliniken sinke, Ausbildungsplätze gingen verloren, die ambulante pflegerische Versorgung sei nicht gesichert, die Pflegekompetenz werde nicht berücksichtigt, der Digitalisierungsgrad sei nicht ausreichend und die Bürokratie wachse weiter an.

Dennoch sieht Lux auch Chancen in dem Reformwerk für die Pflegepraxis. So sei eine Beteiligung der Pflegeberufe bei der Wei-

terentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätsmerkmale möglich. Es könne eine bessere Personalausstattung in der Pflege geben. Die Personalkosten der Pflege würden krankenhausspezifisch individuell nach dem Selbstkostendeckungsprinzip durch das Pflegebudget vollständig bezahlt und für einzelne Fachbereiche wie Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke-Unit etc. gebe es Zuschläge. Die Konzentration von Pflegefachpersonal auf weniger Kliniken könne auch Vorteile bringen.

Auf NRW-Ebene war die Pflege von Anfang an mit im Boot bei der Landes-Klinikreform im bevölkerungsstärksten Bundesland, stellte CDU-Gesundheitsstaatssekretär **Matthias Heidmeier** klar. Er unterstrich damit die Relevanz der Profession Pflege bei politisch veranlassten Veränderungsprozessen in der Kliniklandschaft. NRW habe sich hier deutlich anders verhalten als der Bund, der bei seinen Reformen relevante Gruppen ausgrenze, statt sie einzubeziehen.

Pflegerische Selbstverwaltung durch Pflegekammer NRW

Das Laumannsche Gesundheitsministerium hilft sogar der Pflege, sich selbst zu organisieren und spendierte der neugegründeten Pflegekammer in NRW eine Anschubfinanzierung in Höhe von 6 Mio. € für die ersten drei Jahre. Dennoch musste sich **Sandra Postel**, Präsidentin der Pflegekammer in NRW, wegen einer möglichen künftigen „Zwangsgebühr“ von Pflegekräften

im Publikum kritisieren lassen. Der Mitgliedsbeitrag wird perspektivisch 5 € im Monat, 60 € im Jahr betragen. „Wir schaffen mit der Pflegekammer die Grundlage für eine Lobby für die Pflege“, stellte Postel klar. Lediglich Menschen mit Pflegebedarf hätten eine noch schlechtere Lobbyvertretung als die Pflege selbst, klagte Postel. Die Kammer schaffe Berufsrecht und eine Stimme in der Politik und in der Öffentlichkeit. „Die Pflegekammer ist elementar wichtig“, assistierte auch DBfK-Präsidentin Lux. Dennoch haben es bisher nur NRW und Rheinland-Pfalz geschafft, eine solche berufsständische Körperschaft zu gründen. DBfK-Vorsitzende **Dr. Sabine Berninger** betonte: „Es ist schön zu erleben und auch zu zeigen, dass sich die Pflegekammer als elementar wichtige pflegerische Selbstverwaltung und die Berufsverbände heute und hier gemeinsam für die Pflege einsetzen. Denn auch im aktuellen politischen Umbruch ist es für die Politik und uns alle alternativlos, jetzt nach guten und tragfähigen Lösungen zu suchen, um den Pflegeberuf zukunftsfest aufzustellen.“

Carsten Hermes, Pflegewissenschaftler der Pflegekammer NRW, ergänzte: „Egal, wie unbestimmt und unsicher es sich gerade alles anfühlt, wir müssen unbedingt daran festhalten, lokale Ressourcen und Expertisen zusammenzuschließen und das trägerübergreifend. Im ärztlichen Bereich gibt es dieses Denken schon, im pflegerischen Bereich müssen wir da noch weiterkommen.“

Zurück zur Klinikreform des Bundes und der Rolle der Pflege darin. Vernichtend fällt das Urteil des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) e. V., **Dr. Gerald**

Gaß, aus: „Die aktuelle Krankenhausreform hat an keiner Stelle einen entscheidenden Fortschritt für die Pflege.“ Ähnlich sieht das auch NRW-Pflegekammerpräsidentin Sandra Postel. Sie lehnt die Klinikreform des Bundes in der jetzigen Form ab. Im Rahmen der Reform ist für Böing, Referent für Pflege im Krankenhaus beim DBfK, das Pflegebudget und dessen Erhalt zentral: „Der Personalabbau in der Pflege findet seit Jahrzehnten statt. Mit dem Pflegebudget ist hier eine Trendumkehr erreicht worden. Das Pflegebudget ist deshalb genau der richtige Weg, um Pflege im Krankenhaus zu finanzieren und darf im Rahmen der Krankenhausreform auf keinen Fall infrage gestellt werden.“ Böing sieht die Gefahr, dass durch die geplante Einführung der Vorhaltevergütung sogar ein Anreizsystem geschaffen werde, künftig an der Pflege zu sparen. Für ihn ist zudem zwingend, dass die Pflege künftig bei den Budgetverhandlungen der Kliniken mit den Krankenkassen mit am Verhandlungstisch sitzen müsse.

Eine Gemeinsamkeit zeigte sich bei dem starken Appell gegen einen Rechtsruck in der Gesellschaft. „In diesen turbulenten Zeiten müssen wir uns auch als Pflegenden klar gegen Rassismus und Extremismus stellen. Wir brauchen politische Grundlagen, um alle Menschen pflegen zu können, und dazu brauchen wir auch die Rahmenbedingungen“, forderte Sandra Postel. Sie verwies auf die Demonstration von 30 000 Pflegenden aus der Wohlfahrtspflege. „Ein Zeichen dafür ist auch, dass wir uns solidarisch mit den Kolleginnen und Kollegen zeigen, die heute auf die Straße gegangen sind, um die Relevanz der Wohlfahrtspflege zu verdeutlichen.“ **tak** ■

Neue Wege mit dem Thementag China

Mit dem Thementag China beschritt der Deutsche Krankenhaustag am letzten Kongresstag neue Wege. Unter dem Titel „Daseinsvorsorge in älter werdenden Gesellschaften“ wurde in Zusammenarbeit mit der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Health Care Management (DCG-Health) ein vielfältiges Diskussions- und Vortragsprogramm angeboten. Mit einem Aktionsplan setzen auf bundespolitischer Ebene Deutschland und China ihre Zusammenarbeit derweil fort. Der Plan enthält Maßnahmen auf den Gebieten nicht-übertragbarer und übertragbarer Krankheiten, Weiterentwicklung der deutsch-chinesischen Gesundheitswirtschaft sowie Traditionelle Chinesische Medizin (TCM). Die besondere Bedeutung Chinas zeigen auch die Teilnehmerzahlen an der Medica. Allein 1250 Unternehmen aus China stellten bei der weltgrößten Medizinmesse aus.

In ihrem Grußwort stellte die stellvertretende Generalkonsulin **Jana Ludwig** die Bedeutung der Zusammenarbeit in den Vordergrund. Allerdings schon aufgrund der Größe Chinas könnten die Unterschiede zwischen der Volksrepublik und der Bundesrepublik Deutschland nicht größer sein. China hat 1,4 Milliarden Einwohner, Deutschland 84 Millionen. Entsprechend un-

terschiedlich sind auch die Patientenzahlen, Beispiel Geburtshilfe. Während in einer chinesischen Klinik im Jahr schon mal 30 000 Kinder auf die Welt kommen, müssen hiesige Geburtshilfestationen oftmals schließen, weil sie zu wenig Geburten haben und dadurch nicht rentabel sind.

Gemeinsamkeiten zeigen sich aber bezüglich der alternden Gesellschaft und den entsprechenden Herausforderungen. Allerdings verfügt China nur über eine Basis-Krankenversicherung und über keine Pflegeversicherung. Nur sehr Wohlhabende können sich in der Volksrepublik einen Pflegeheimplatz leisten.

Kai Wang, stellvertretender Geschäftsführer im Forschungsinstitut für Krankenhausverwaltung des National Komitees für Gesundheit Chinas, skizzierte, dass das Gesundheitswesen in China grundsätzlich staatlich organisiert sei. Ziel sei der medizinische Schutz der Bevölkerung. Es gebe mehr als 1 Million Gesundheitseinrichtungen in dem Land. Ausschließlich in staatlichen Einrichtungen fänden Forschungen und hochspezialisierte Behandlungen statt. 60 % des Gesundheitspersonals arbeite in Kliniken. Im Jahr 2023 habe es in China 9,55 Milliarden medizinische Konsultationen gegeben. Im Bereich Tradi-

tioneller Chinesischer Medizin (TCM) gebe es 92 000 Einrichtungen mit insgesamt 1,7 Millionen Betten.

In China gibt es 36 600 Krankenhäuser mit fast 7,4 Millionen Betten, so **Dr. Qiumei Jiang-Siebert**, Vorständin der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege in Berlin. Die Gesundheitsausgaben betragen 2021 insgesamt 7.559,36 Mrd. Yuan (etwa 6,5 % des BIP).

Prof. Dr. Zhang Zhongde, Präsident am Guangdongkrankenhaus für Chinesische Medizin, Guangzhou, hob die Bedeutung der TCM als „eine der besten Medizin“ hervor. Auch bei klassisch schulmedizinischen Behandlungen wie etwa bei Operation finde TCM zum Beispiel in Form der Arzneimittelgabe Anwendung.

Yajun Li, Geschäftsführer im Northwest Women's and Children Hospital in Xi'an, beschrieb, dass in seiner 1800-Betten-Klinik jährlich 2,3 Millionen Patienten ambulant und 70 000 stationär von 2787 Mitarbeitern versorgt werden. 30 000 Geburten jährlich verzeichne die Klinik, und nehme damit eine Spitzenposition im Vergleich der Provinzen ein. Seitdem China die Ein-Kind-Politik aufgegeben habe, gebe es wieder mehr Geburten in dem Land. Signifikant gesenkt worden seien sowohl die Neugeborenen- als auch die Frauensterblichkeit in der Klinik. Die Qualitätsrichtlinien würden auf politischer Ebene in der Provinzregierung für die Kliniken festgelegt, für die Umsetzung der Richtlinien sei das Management in den Kliniken vor Ort verantwortlich.

Eine aktuelle Reform der Krankenhausfinanzierung in China, so **Prof. Dr. Ge Zhang**, Chefarzt der Allgemeinchirurgie im Shaanxi Workers Hospital, setze bei der Finanzierung der Ärzte an. So werde den Klinikärzten ein Festgehalt (40 %) gezahlt und Boni (60%). Das Bonussystem könnten die Kliniken selbstständig ausformulieren. Variabel seien zum Beispiel Zuschüsse zum Arbeitslosengeld, zur Unfallversicherung oder bezahlte Urlaubstage. Ziel sei es, die Effizienz und die Arbeitsqualität zu erhöhen. Ein Modell, das in Deutschland undenkbar ist.

Der 48. Deutsche Krankenhaustag wird vom 17. bis 20. November 2025 wieder im Rahmen der Medica in Düsseldorf stattfinden. *tak*

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit verzichten wir darauf, ausdrücklich geschlechterspezifische Personenbezeichnungen zu differenzieren. Die gewählte Form schließt grundsätzlich alle Geschlechter gleichberechtigt ein. Daher bitten wir Sie, die „klassische“ Schreibweise in unserer Zeitschrift eine Entscheidung im Sinne einer besseren Lesbarkeit und klareren Information zu sehen.

KERN

180 JAHRE
seit 1844
KERN & SOHN

KOMFORTABEL UND ZUVERLÄSSIG IHREN PATIENTEN ZULIEBE



www.kern-sohn.com

PROFESSIONAL MEASURING