Serie Teil 2: Der Gesundheitscampus Seelow

Ein Zukunftslabor der wohnortnahen Versorgung

Auf den Fluren des Krankenhauses Seelow stehen Leitern, aus der Decke hängen Kabel. Wo bis vor Kurzem Patientinnen und Patienten lagen, arbeiten jetzt Handwerker. Das Bild, das der Journalist des Nordkuriers, Benjamin Lassiwe, bei seinem Besuch im Herbst 2025 (1) zeichnete, fasst die Lage der kleinen Klinik in der Kreisstadt von Märkisch-Oderland treffend zusammen: Hier wird nicht abgewickelt, hier wird umgebaut. Aus dem klassischen Landkrankenhaus der Grundversorgung mit einst 90 Betten soll binnen vier Jahren ein „Gesundheitscampus" werden – ein Ort, an dem ärztliche, therapeutische und pflegerische Leistungen unter einem Dach zusammenlaufen und wo dann je nach Bedarf entsprechend versorgt wird. Für Brandenburgs Gesundheitsministerin Britta Müller (2) ist Seelow nicht weniger als ein „wahres Leuchtturmprojekt für Brandenburg". Für Katja Thielemann, die Geschäftsführerin des Hauses, ist es vor allem eines: der hartnäckige Versuch, Versorgung am Leben zu halten, während ringsum die wirtschaftlichen Grundlagen wegbrechen. Doch: Ob dieser Geist und dieser Wille, die Versorgung nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern zukunftsfähig zu gestalten, die nächsten Monate und Jahre übersteht, entscheidet sich nicht im ost-brandenburgischen Seelow, sondern im nur rund 80 Kilometer entfernten Berlin.

>> Solange die nötige Vorhaltung von Landkrankenhäusern der Grundversorgung – wie Seelow eines ist – nicht verlässlich gegenfinanziert wird, solange diese meist kleineren Häuser ihre Defizite über viele Monate vorstrecken müssen und solange ihnen Vorgaben, die im selben Umfang auch für Maximalversorger gelten, übergestülpt werden, bleibt das Reallabor für die Versorgung der Zukunft ein Modell; eines, das gegen den vor allem vom Sozialgesetzbuch gesetzten Rahmen anarbeitet. Die Handwerker auf den Fluren von Seelow haben längst den leichteren Teil erledigt, auch wenn gerade noch an einem ambulanten OP-Zentrum gebaut wird. Der weit schwierigere Part – die Zukunftssicherung und damit vor allem die Finanzierung jener Versorgung, die alle behaupten erhalten und sichern zu wollen – ist noch in voller Arbeit.

Die Causa Seelow verdichtet lehrbuchhaft, worum es im größten Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft seit Einführung der Fallpauschalen geht. Seit Dezember 2024 gilt das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das die Versorgung von einer rein mengengesteuerten Logik auf eine qualitätsorientierte, gestufte Struktur umstellen soll. Es sieht unter anderem vor, dass künftig rund 350 Standorte – etwa ein Fünftel aller heutigen Krankenhäuser – als sektorenübergreifende Versorger arbeiten, im Reformjargon technokratisch „Level-1i-Häuser" genannt. Seelow ist ein Haus in ländlicher Region, welches die Notfallversorgung und damit die Daseinsvorsorge sicherzustellen hat. Es ist zugleich ein Testfall für die Frage, die über der gesamten Branche schwebt: Lässt sich wohnortnahe Medizin im dünn besiedelten Flächenland erhalten, wenn das Geld knapper wird und die Vorgaben durch das anstehende GKV-Stabilisierungsgesetz sicher noch schwieriger werden?

Was in Seelow entsteht

Das Konzept des Seelower Gesundheitscampus, den die Partner – die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg" (IGiB) auf der einen und das Brandenburger Gesundheitsministerium (MASGZ) auf der anderen Seite – gemeinsam tragen, klingt zunächst nach einer Schrumpfung, also nach einem Abbau der Versorgung: Die Zahl der vollstationären Betten sinkt von 90 auf 45. Doch bildet der rein ökonomisch bedingte Bettenabbau nur die eine Hälfte der Rechnung; die andere ist der Aufbau neuer Versorgungsformen, die den Versorgungsauftrag des Standorts gerade nicht entkernen, sondern neu ausrichten und möglichst zukunftssicher aufstellen sollen.

Konkret bleiben die Mindestvoraussetzungen für ein Krankenhaus der Grundversorgung erhalten – Innere Medizin, Notfallversorgung sowie Allgemein- und Unfallchirurgie. Zugleich werden am Standort verstärkt ambulante chirurgische Eingriffe erbracht. An der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär entsteht zudem eine sogenannte Überwachungseinheit, in der Patient:innen nach einem ambulanten Eingriff bis zu 24 Stunden beobachtet werden können, ohne formell stationär aufgenommen zu werden – jene Grauzone, in der bislang die wohnortnahe Medizin auf dem Land an formalen Aufnahmekriterien scheitert. Dazu versorgt eine Kurzzeitpflegestation mit bis zu 18 Plätzen Menschen, die vorübergehend Pflege brauchen. Hinzu kommen Physiotherapie, eine Apotheke, ein Sanitätshaus sowie Beratungs- und Koordinierungsleistungen. Perspektivisch sollen auch telemedizinische Lösungen den Zugang zu weiteren Angeboten erleichtern, ein Weiterbildungsnetzwerk soll ebenfalls Teil des Campus werden. Das ist aber Zukunftsmusik.

Spiegelbildlich zur Aufwertung des Ambulanten wird das Spezialisierte abgegeben: Das in Seelow bislang betriebene Herzkatheterlabor und die kardiologischen Angebote wandern ins rund 40 Kilometer entfernte Strausberg. Dies folgt voll einem ökonomischen Grundsatz aus der Krankenhausreform, den Katja Thielemann immer wieder betont: Nicht jeder Standort muss alles vorhalten, wenn die Region als Ganzes gut versorgt sein soll. Deshalb übernimmt im Versorgungsverbund des Landkreises jedes der drei kommunalen Häuser eine eigene Rolle: Seelow als kleinstes Haus die ländliche Grund- und Notfallversorgung samt ambulantem Zentrum, Wriezen

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used





Katja Thielemann ist Geschäftsführerin der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, Träger von drei kommunalen Krankenhäusern: Seelow (siehe Bild), Wriezen und Strausberg. Bild: Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH.

als zweitgrößtes ebenfalls die Grundversorgung, ergänzt um ein Endoprothetik- und ein Wirbelsäulenzentrum, Strausberg schließlich die spezialisierte Medizin von der Gynäkologie und Geburtshilfe über die Gefäß- und Onkochirurgie bis zur Kardiologie. „Alles, was sich ambulant versorgen lässt, können wir hier mit hoher Qualität, sehr guter Ausstattung und qualifiziertem Personal abbilden“, beschreibt Krankenhauschefin Thielemann die neue Aufgabenteilung von Seelow.

Nur so lässt sich eine Versorgungslücke schließen, die ein einzelnes Haus nie hätte füllen können: So hätte sich beispielsweise eine niedergelassene gynäkologische Praxis in Seelow nie getragen, im Verbund aber – mit einer gut ausgebildeten Oberärztin aus Strausberg und interdisziplinär genutzten Räumen des bereits etablierten Medizinischen Versorgungszentrums in Seelow – ließ sich das Angebot etablieren. Ein Selbstläufer sei das aber nicht, sagt Thielemann; die Personalgewinnung bleibe schwierig. Ihren Standort beschreibt sie als aus dem „Dornröschenschlaf“ erwacht; eine „Revitalisierungskur“ zum Wohle der Versorgung in der Region nennt sie den Umbau, der seinen Preis hat: ein ständiges Jonglieren, um das Konstrukt irgendwie am Laufen zu halten.

Das Dilemma der Vorhaltung

Um zu verstehen, warum ein Krankenhaus, das wirklich für die Grundversorgung gebraucht wird, dennoch in wirtschaftliche Not gerät, muss man die Logik der ländlichen Versorgung kennen. Katja Thielemann erklärt sie mit der Geduld einer Frau, die seit 1992 im Krankenhausgeschäft tätig ist und seit 2021 mit der Übernahme der drei Krankenhäuser in Seelow, Wriezen und Strausberg durch den kommunalen Gesundheitsverbund der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH für alle drei Standorte verantwortlich zeichnet. Brandenburg, sagt sie, habe die bundesweit höchste Dichte an sogenannten Sicherstellungskrankenhäusern – Häuser, deren Schließung einen „versorgungsweißen Fleck“ auf der Landkarte hinterließe. Im Landkreis Märkisch-Oderland trifft dieser Status sogar auf zwei von drei Kliniken zu. Einfach ausgedrückt: Nimmt man zwei der drei Häuser aus der Gleichung, entsteht in der Region eine reale Unterversorgung.

Das Problem liegt im Bauprinzip der Krankenhausfinanzierung. Die Länder tragen die Investitionsförderung – Bauten, Medizintechnik, Instandhaltung –, die Krankenkassen zahlen über die Erlöse den laufenden Betrieb. Wo immer es liegt, muss jedes Krankenhaus die definierte Infrastruktur rund um die Uhr vorhalten, gleich ob ein Patient kommt oder nicht: 24/7-Notfallversorgung, Ärzte im Haus und Bereitschaft, Rettungsstelle in Betrieb. Aus dem Auseinanderklaffen von Vorhaltekosten und tatsächlicher Inanspruchnahme entstehen Defizite fast zwangsläufig: Man hält vor, doch die fehlende Inanspruchnahme bedeutet ständig fehlende Einnahmen. Eine ganz einfache Gleichung.

Auf der anderen Seite haben Sicherstellungskrankenhäuser einen Rechtsanspruch, sich das entstehende Jahresdefizit ausgleichen zu lassen. Doch der Ausgleich kommt erst spät – frühestens im August des Folgejahres kann der Zuschlag beantragt werden, wenn die Jahresabschlüsse vorliegen und geprüft sind. So lange muss der Träger die Defizite vorstrecken und seine Fixkosten selbst finanzieren. Das kommunale Krankenhaus Seelow erhält derzeit keine Zuschüsse seines Trägers, sondern arbeitet mit Liquiditätskrediten und balanciert die Lasten im Verbund, bis die Defizitfinanzierung greift. Auch sie deckt die Kosten nicht vollständig: Die Sicherstellungszuschläge fangen das Minus nur teilweise auf. Ohne diesen Sicherstellungscharakter, stellt Thielemann klar, hätte das

Haus aus insolvenzrechtlicher Sicht keine Chance – es fehlt die Fortführungsprognose, weil so niemals die Aussicht auf eine schwarze Null bestehe.

Hinzu kommt ein struktureller Widersinn, den die anstehende Reform des GKV-Stabilisierungsgesetzes wohl noch eher verschärft denn auflöst. Die medizinisch und ökonomisch durchaus sinnvolle Ambulantisierung verdrängt die stationäre Behandlungsnotwendigkeit. Gerade auf dem Land, mit einer oft hochbetagten Klientel, gäbe es viele Fälle, die – so Thielemann – für 24 oder 48 Stunden „ganz gut" in ein Krankenhausbett gehörten, schlicht damit jemand ein Auge auf den Patienten hat. Doch wo Leistungen ambulant erbracht werden müssen und eine stationäre Aufnahme nur unter engen Kriterien erlaubt ist, bleiben in der Fläche kaum noch stationäre Fälle. Das kleine Haus steht dann da mit – überspitzt – mehr Ärzten als Patienten, gefangen in Personal-, Struktur- und Qualifikationsvorgaben, die für einen Maximalversorger gedacht sind, sich aber, so Thielemanns Kritik, eben nicht eins zu eins auf ein grundversorgendes Landkrankenhaus übertragen lassen.

Genau hier setzt das Seelower Konzept seinen pragmatischen Hebel an. Statt das pflegerische Personal, das für mehrere Stationen vorhanden ist, mit zu wenig Patienten zu beschäftigen, wird eine Kurzzeitpflege ins Krankenhaus integriert. Dies aber nicht als eigene GmbH ausgegründet, sondern als Station unter dem Dach des Hauses, abgerechnet über die Pflegeversicherung statt über das Krankenhausentgelt. Seit Januar läuft das Angebot; von den 18 Plätzen sind im Schnitt zehn bis zwölf belegt – fast zwei Drittel. Doch bleibt die Auslastungssteuerung schwierig, weil hochbetagte Pflegebedürftige immer wieder doch krankenhausbehandlungsbedürftig werden oder – was natürlich auch vorkommt – versterben. Im Kern jedoch gelingt etwas Bemerkenswertes: Vorhandenes Pflegepersonal generiert Einnahmen und deckt vor allem einen Bedarf, der im Landkreis zwar schon lange vorhanden, aber bisher nicht zu decken war.

„Wir befinden uns im freien Fall"

So viel Aufbruch der Campus-Gedanke verströmt – die Zuversicht der Geschäftsführerin endet abrupt an der Stelle, an der die Bundespolitik ins Spiel kommt. Am 29. April 2026 hat die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf zur GKV-Beitragssatzstabilisierung verabschiedet. Für die Krankenhäuser bedeutet das Gesetz nach Berechnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sofort wirksame Erlöskürzungen von 4,6 Milliarden Euro im Jahr 2027, die bis 2030 auf 10,5 Milliarden Euro anwachsen; in Summe rund 30 Milliarden Euro über die Jahre 2027 bis 2030. Es ist dieser Sparkurs, den Thielemann mit der Bundesgesundheitsministerin verbindet – deren Namen sie im Gespräch immer wieder fallen lässt – und vor dessen gravierenden Folgen sie warnt.

Die Ausgangslage ist bundesweit schon vor diesen Kürzungen prekär. Bereits 2025 schrieben nach DKG-Angaben rund 75 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen. Etwa fünf Milliarden Euro müssen die kommunalen Träger jährlich aus ihren Haushalten bereitstellen, um die Defizite ihrer Häuser auszugleichen. Dennoch mussten zwischen 2023 und 2025 90 Krankenhäuser mit rund 39.000 betroffenen Beschäftigten ein Insolvenzverfahren durchlaufen. Eine Ende April 2026 veröffentlichte Analyse der Autoren des unabhängigen „Krankenhaus Rating Reports" zeichnet das Bild, das die geplanten Kürzungen erzeugen würden, in dunklen Farben: 2030 schrieben nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen, die Branche geriete mit durchschnittlich minus sechs Prozent in eine beispiellose Schieflage, und 49 Prozent der Standorte wiesen ein hohes Insolvenzrisiko auf.

Für ein Haus wie Seelow ist die Mechanik besonders heikel. Thielemann hält die im KHVVG angelegte Vorhaltefinanzierung für eine „Mogelpackung": Sie sei an die stationären Fälle gekoppelt – wenn aber alles ambulantisiert werde, frage sich doch, aus welchen Fällen die Vorhaltepauschale überhaupt refinanziert werden solle. Ihre Grundkritik: Die Reform fordert zugleich Ambulantisierung, finanziert aber die Vorhaltung weiter über stationäre Mengen. Wer beidem folge, sägt, so Thielemann, am eigenen Ast. „Wir befinden uns im freien Fall", sagt sie. Eine Folgenabschätzung habe es im Vorfeld nicht gegeben; niemand habe analysiert, was im Ergebnis der derzeit stattfindenden Transformation herauskomme. Die Unsicherheit nimmt sogar noch zu: Denn was die anstehende Spargesetzgebung in den nächsten fünf Jahren bringe, könne sie schlicht nicht sagen – nur dass es wohl bedeute, dass „noch mehr Geld aus unseren Töpfen rausgeht".

Bemerkenswert ist, dass diese Kritik überhaupt nicht aus einer Verweigerungshaltung kommt. Die meisten Kliniken, betont Thielemann, seien sich einig, dass eine Gesundheitsreform nötig sei. Der Vorwurf richtet sich nicht gegen den Umbau an sich, sondern gegen seine Art: gegen das Tempo, die Hektik („getrieben ohne Ende"), gegen das Diktat detaillierter Vorgaben von oben, gegen überbordende Bürokratie und gegen das Fehlen einer Übergangsfinanzierung, die das wirtschaftliche Überleben bedarfsnotwendiger Häuser bis zum Greifen der neuen Planung sichert.

Welche Reformen die Krankenhausseite fordert

In dieser Frage verweist Thielemann ausdrücklich auf ein Papier der Deutschen Krankenhausgesellschaft (3). Dabei handelt es sich um einen ganzen Katalog von Maßnahmen, mit denen sich kurzfristig Kosten senken ließen. Gemeint ist die am 8. Mai 2026 vorgelegte Forderungsliste „Deregulierung und Kostensenkung jetzt!", in der die DKG 25 sofort umsetzbare Maßnahmen bündelt.

Der Verband beziffert das so zu hebende Entlastungspotenzial immerhin auf bis zu 15 Milliarden Euro jährlich – ohne, wie die DKG betont, negative Folgen für die Versorgungsqualität. Damit weist sie das Argument zurück, das Vertreter der Koalitionsfraktionen gegen jeden Entlastungsvorschlag ins Feld führten, weil man „bei der Qualität keine Abstriche machen" wolle. Auf eben diesen Punkt zielt auch Thielemann: Qualität werde gerne wie eine Monstranz vorangetragen, sei aber als Argument oft eine leere Hülle. Ihr Haus habe keine schlechte Qualität – wenn sie diese nachweisen könne, so ihre Logik, müsse man auch zugestehen, die Versorgung nach eigenem fachlichem Ermessen bestmöglich zu organisieren.

Die Stoßrichtung der DKG-Vorschläge ist Deregulierung. Schon ihr Erwartungspapier an die 21. Legislaturperiode des Bundestages – ein Zehn-Punkte-Katalog – forderte eine „konsequente Deregulierung, Hinwendung zu Anreizsystemen und umfassendem Bürokratieabbau". Konkret verlangt der Krankenhausverband, kleinteilige Personalvorgaben durch einen „Ganzhaus-Ansatz" zu ersetzen und bundeseinheitliche Planungs-

vorgaben am flexibleren „NRW-Modell“ auszurichten. Vor allem aber pocht die DKG auf eine „echte Strukturkostenförderung“, die auch kleine Standorte der wohnortnahen Grundversorgung „fallzahlunabhängig auskömmlich“ finanziert – exakt das Problem, an dem sich Seelow abarbeitet.

Den fünften Punkt widmet die DKG dem „Krankenhaus als Gesundheitscampus“ – derselbe Begriff, unter dem Seelow transformiert wird. Krankenhäuser seien, so die Argumentation, angesichts der wachsenden Probleme der Kassenärztlichen Vereinigungen, die ambulante Versorgung flächendeckend sicherzustellen, der zentrale Anlaufpunkt für Patient:innen und müssten konsequent für die klinisch-ambulante Versorgung geöffnet werden. Wo niedergelassene Ärzte die fachärztliche Versorgung nicht mehr sicherstellen können, sollten die Bundesländer Krankenhäusern dauerhaft ambulante Aufgaben zuweisen können – jenseits der KV-Zulassungsausschüsse.

Hier deckt sich die Verbandsposition fast wörtlich mit Thielemanns eigenem Wunsch. Im Grunde, sagt sie, wäre schon viel gewonnen, wenn die Sektorengrenzen fielen und das Krankenhaus „einfach schlichtweg versorgen“ dürfte, ohne für jede Leistung eine eigene Zulassung zu brauchen und in fremden Budgets zu wildern. „Mir ist es egal, wer durch die Tür kommt und medizinische Versorgung braucht“, formuliert sie das Versorgungsverständnis, das hinter dem Gedanken des Gesundheitscampus steht. Heute aber darf das Haus einen ambulant zu behandelnden Patienten – etwa nach einem Sturz oder bei unklaren Bauchschmerzen – nur als einzige, gering vergütete Pauschale abrechnen, während dieselbe Leistung im niedergelassenen Sektor einzeln und damit refinanzierbar bezahlt wird.

Würde man dem Krankenhaus erlauben, in die ambulante Grundversorgung zu gehen, ließen sich andere Versorgungskosten vermeiden und zugleich die Vorhaltung gegenfinanzieren – die heute, so Thielemann, eben nicht gegenfinanziert ist. Sie fordert daher für solche Transformationsprojekte mehr gestalterischen und finanziellen Spielraum für die Akteure vor Ort. Es ist auch die Forderung nach Vertrauen statt Vorschrift – das zieht sich, von der DKG über die Krankenkassen bis zur Seelower Geschäftsführerin, wie ein roter Faden durch viele Stellungnahmen solcher Fälle.

Konsens als Erfolgsrezept – und seine Grenzen

Was Seelow von anderen Schauplätzen des Strukturwandels unterscheidet, ist weniger die medizinische Zielsetzung als die Art der Umsetzung. Der Umbau verlief, wie der „Nordkurier“-Artikel festhielt, bislang „völlig geräuschlos“ – ein Leuchtturm, wie Müller es bei ihrem Besuch formulierte, ohne Nebelhorn. Landrat Gernot Schmidt (SPD) führt das auf die konsequente Einbeziehung aller Beteiligten zurück: „Wir haben immer alles gemeinsam in den Gremien besprochen“, sagt er; eine zerstörerische Standortdebatte um die drei kommunalen Häuser des Kreises habe es nie gegeben. Stattdessen setzte der Kreis auf flankierende Maßnahmen wie die Rekommunalisierung des Rettungsdienstes, um den Notarztstandort Seelow dauerhaft zu sichern, und auf das MVZ-System, um fachärztliche Sprechstunden ins Land zu bringen.

Der Kontrast zu anderen Regionen ist gewollt. Im Landkreis Elbe-Elster wurde zum Beispiel die Auseinandersetzung um die Krankenhausstandorte zum Synonym für öffentliche Kontroversen und Standortdiskussionen. Im brandenburgischen Wittstock traf die Schließung eines privaten Krankenhauses die Kommune völlig unvorbereitet. Ministerin Müller nutzt beide Negativbeispiele, um ihre zentrale Lehre zu illustrieren: „Einer alleine kann es heute nicht mehr schaffen“ – Versorgung gelinge nur, wenn die Akteure frühzeitig miteinander reden und Pläne gemeinsam schmieden. In der Lausitz, mit den wirtschaftlich schwer angeschlagenen Häusern Guben und Forst, zeigt dasselbe Prinzip seine Tragfähigkeit: weg von der Konkurrenz um dieselben Leistungen hin zu einer strukturierten Arbeitsteilung nach dem Grundsatz, nicht jeder Standort müsse alles anbieten, aber jede Region müsse gut versorgt sein.

Wie weit ein solcher proaktiver Weg trägt, demonstriert das niedersächsische Holzminden, in der MVF-Fachserie als „Blaupause“ (4) für integrierte Versorgung gehandelt. Nachdem die Trägergesellschaft Agaplesion im August 2023 Insolvenz angemeldet hatte und das Krankenhaus Ende November 2023 schloss, war der Landkreis zeitweise der erste in Niedersachsen ohne jede stationäre Krankenhausversorgung. Auf der „grünen Wiese“ entstand daraufhin ein Regionales Gesundheitszentrum, das 24-Stunden-Erreichbarkeit mit einer bettenführenden Pflegeeinheit verbindet. Holzminden zeigt damit, dass solche Zentren funktionieren können und die Patientenzufriedenheit hoch ist. Aber auch, dass solche Konzepte einen erheblichen Erklärungsbedarf gegenüber allen Beteiligten erzeugen.

Es ist dieser Erklärungsbedarf, an dem auch Thielemann arbeitet. In Seelow wurde das Konzept über Jahre in vertraulichen Gesprächen vorbereitet, ehe es im vergangenen Sommer öffentlich vorgestellt wurde – ein „Plan B“, wie es ein Experte beschreibt, eine Selbstverpflichtung des Krankenhauses, eng mit dem Ministerium abgestimmt, weil die gesetzlichen Rahmenbedingungen oft zu starr und bundesweite Reformen oft zu spät kommen für wirtschaftlich bedrängte Häuser. Genau diese Haltung – nicht auf den „Fingerzeig aus Berlin“ zu warten, sondern regional und passgenau zu handeln – beschreibt die Fachpresse als das Muster, dem inzwischen mehr Regionen folgen, als man gemeinhin denkt.

Die offene Rechnung

Dennoch bleibt Seelow ein Modell auf Bewährung. Auf die Frage, wo das Haus im Transformationsplan stehe, antwortet Thielemann mit einem fast triumphierenden „80 von 100“: Es fehle im Wesentlichen nur noch der bauliche Umbau zum ambulanten OP-Zentrum, der Rest sei bereits umgesetzt. Ihre Vision für die kommenden Jahre ist nüchtern und klar: Gelingt es, wie bisher weiterzumachen und die Möglichkeiten der aktuellen Finanzierung zu nutzen, könnte das Haus die Versorgung über die Kaskade von der allgemeinen zur spezialisierten Medizin aufrechterhalten – „und komme finanziell gerade so hin“. Was aber geschehen wird, wenn das anstehende Beitragssatzstabilisierungsgesetz greift: „Ich weiß es schlichtweg nicht.“

Hier wird das Lokale wieder politisch. Sollte der erneute Spardruck die Häuser überfordern, warnt Thielemann, drohten den Standorten neue und ganz reale Existenzgefahren. Und mit ihnen die Frage, wer die entstehenden Finanzierungslücken schließen kann, damit überhaupt Versorgung aufrechterhalten werden könne. Denn eines ist sicher: Geschlossen werden kann das Seelower Haus nicht ohne Weiteres: Solange die Bemessungsgrundlagen für Versorgungssicherheit – Radien, Einwohnerzahlen – unverändert bleiben, ist der Standort versorgungsnot-

wendig. Das heißt: Irgendjemand muss die Notfallversorgung sicherstellen. Macht es das Krankenhaus nicht mehr, muss es ein anderer tun. Daraus leitet Thielemann eine schlichte Verantwortungsregel ab: „Wer A sagt, muss dann auch B sagen." Wer die Sicherstellung der Versorgung wolle, müsse am Ende auch dafür sorgen, dass jemand sie leisten könne.

Ein solcher Jemand ist zum Beispiel ein durchaus moderner und gut ausgestatteter Versorgungsstandort wie Seelow. Was sie sich dafür wünscht, ist keine Sonderbehandlung, sondern Elastizität – der Spielraum, sich zu verändern, „ohne dass es einem auf die Füße fällt", und ein wenig mehr Mut zu unorthodoxen Wegen dort, wo die Versorgung sie braucht. Sie wünscht sich, dass die Politik genauer hinschaut, auf den einzelnen Standort und das, was er tatsächlich braucht, statt „eine Blase über alles" zu werfen. Hohe Qualitätsmaßstäbe und Personaluntergrenzen seien bei Maximalversorgern sicher zu Recht gesetzt – aber was praktisch nicht notwendig ist und nicht darstellbar sei, lasse sich auch nicht verordnen.

Damit steht Seelow exemplarisch für die Zerreißprobe des deutschen Gesundheitswesens. Das Krankenhaus tut, was die Reform im Großen will – es verzahnt ambulant und stationär, baut Überkapazitäten ab und neue Angebote auf, denkt in regionalen Konzepten statt in Einzelhäusern. Es tut es obendrein früher, leiser und kooperativer als andernorts, getragen vom Schulterschluss aus Land, Kreis, Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung, den Katja Thielemann als ein „wichtiges und richtiges Signal an die Bevölkerung vor Ort" wertet. Mit dem Verbleib des Krankenhauses, so ihre nüchterne Bilanz, „wird die Gesundheitsversorgung in der Region gesichert" – gestaltet, wie sie sagt, „mit Herz, Engagement und Weitblick". <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://t1p.de/ffcht
2: https://t1p.de/qnbx9
3: https://t1p.de/6cslr
4: https://t1p.de/myb4g

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein Zukunftslabor der wohnortnahen Versorgung", „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 32–36. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2845

WHO-Handlungsaufruf zeigt konkrete Wege für eine Transformation

>> Europas Gesundheitssysteme stehen vor einem doppelten Dilemma. Sie sollen gleichzeitig widerstandsfähiger gegen die wachsenden Folgen des Klimawandels werden und dabei ihren eigenen ökologischen Fußabdruck verringern – und das inmitten von steigenden Patientenzahlen, Personalengpässen und knapper werdenden Budgets. Die Paneuropäische Kommission für Klima und Gesundheit hat in ihrem Handlungsaufruf „Pan-European Commission on Climate and Health: Call to Action" (1) konkrete Wege aufgezeigt, wie diese Transformation gelingen kann.



Ein zentrales Hemmnis liegt in der Ausbildung: Derzeit berücksichtigt nur etwa jedes fünfte europäische Land mit verfügbaren Daten klimabezogene Inhalte oder Fragen der planetaren Gesundheit in seinen Akkreditierungsstandards für Medizin- und Pflegeberufe. Das ist alarmierend. Denn wer im Gesundheitswesen arbeitet, trifft täglich Entscheidungen, die sich direkt auf Emissionen und Resilienz auswirken. Die Kommissionsmitglieder – unter ihnen Prof. Dr. Karl Lauterbach – fordern deshalb, Klimakompetenz verbindlich in die Bildungsstandards aller Gesundheitsberufe zu verankern – und zwar nicht als Randthema, sondern als integraler Bestandteil eines interdisziplinären, systemorientierten Denkens.

Einen ebenso großen Hebel sieht die Kommission in der Beschaffung. Schätzungsweise 70 bis 80 Prozent der Emissionen des Gesundheitssektors entstehen entlang der Lieferketten – von Medizinprodukten über Gebäudeenergie bis zur Logistik. Solange jedes Land seine eigenen Einkaufskriterien anlegt, bleibt der Druck auf Hersteller gering. Eine Harmonisierung nachhaltiger Beschaffungsstandards über die gesamte paneuropäische Region hinweg würde hingegen ein klares Signal an die Industrie senden: Niedrigere Emissionen, weniger Einwegprodukte und belastbare Lieferketten müssen künftig zur Grundvoraussetzung werden.

Gleichzeitig plädiert die Kommission für eine Neuausrichtung der Versorgungswege. Europas Gesundheitssysteme bräuchten einen proaktiveren Ansatz, der unnötige Behandlungen reduziert, Prävention stärkt und klimabedingte Risiken systematisch in klinische Leitlinien integriert. So sollten Behandlungsempfehlungen künftig auch nicht-medikamentöse Alternativen bevorzugen, wo dies medizinisch vertretbar ist, und auf Diagnostik mit geringerem Ressourcenverbrauch setzen. Zudem sollen Hitzealarme und vergleichbare Klimaereignisse direkt in Versorgungsprotokolle einfließen, damit die Patientensicherheit auch unter extremen Wetterbedingungen gewährleistet bleibt.

Einen oft unterschätzten Aspekt betont die Kommission besonders nachdrücklich: die psychische Gesundheit. Der Klimawandel ist nicht nur eine körperliche Bedrohung – er ist auch eine schleichende seelische Krise. Trauer und Trauma nach Überschwemmungen oder Waldbränden, Angst vor einer ungewissen Zukunft, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen – all das hinterlässt Spuren, die bislang in der klimabezogenen Gesundheitsplanung kaum berücksichtigt werden. Die Kommission fordert, psychosoziale Unterstützung nicht als nachgeordnetes Thema zu behandeln, sondern als Kernelement nationaler Anpassungsstrategien zu verankern. Gemeindenahe Angebote, psychologische Soforthilfe nach Extremereignissen und eine gestärkte Zivilgesellschaft sind nach Einschätzung der Kommission keine Luxusmaßnahmen, sondern Grundpfeiler echter Resilienz.

Schließlich fehlt es vielerorts an Transparenz und Verbindlichkeit. Mehr als drei Viertel der Länder in der Region verfügen über keine klaren Strategien zur Messung ihrer Fortschritte in Richtung klimaresilienter Gesundheitssysteme. Die Kommission spricht sich dafür aus, öffentlich zugängliche Leistungs-Dashboards zu entwickeln, die Schlüsselindikatoren zu Nachhaltigkeit und Klimaresilienz regelmäßig ausweisen. Nur was gemessen wird, kann auch verbessert werden. Gesundheitssysteme könnten nicht länger so tun, als wäre der Klimawandel eine externe Variable. Sie sind Teil des Problems – und können Teil der Lösung sein. <<

1: https://t1p.de/banvn