

Lauterbachs Krankenhausreform: Nix Halbes und nix Ganzes

Von Peter Helmes

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hat „eine Revolution“ für die Krankenhäuser angekündigt. Zukünftig werde es weniger um Ökonomie und mehr um Medizin gehen. Doch aus den Bundesländern kommt Widerstand gegen die Reformpläne.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) möchte die medizinische Versorgung und Organisation der Krankenhäuser in Deutschland grundlegend reformieren. Der Bundestag hat dazu bereits ein kleines Gesetzespaket beschlossen; die Zustimmung des Bundesrates steht aber noch aus. Das erste Gesetzespaket soll ohnehin nur der Auftakt sein.

Lauterbach hatte eine Kommission beauftragt, die am 6. Dezember 2022 ausführliche Pläne für eine Gesundheitsreform vorgelegt hatte. Die Experten schlagen zum einen weitreichende Änderungen bei der Abrechnung mit einer Abkehr vom reinen Fallpauschalen-Prinzip vor, zum anderen eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser.

Am 5. Januar 2023 haben die Beratungen von Bund und Ländern über die Reformvorschläge begonnen. Eigentlich sollen bis zum Sommer Eckpunkte für einen Gesetzentwurf vorliegen. Doch es gibt Gegenwind, insbesondere aus den Bundesländern, die sich die Krankenhausplanung nicht aus der Hand nehmen lassen wollen. Drei Länder wollen sogar die Verfassungsmäßigkeit der von der Bundesregierung geplanten Reform überprüfen lassen.

Am 2. Dezember 2022 hatte der Bundestag mit den Stimmen der Ampelparteien bereits eine kleine Reform verabschiedet. Der Bundesrat stimmte dieser am 16. Dezember zu. Sie sieht unter anderem mehr ambulante Untersuchungen, sowie einen neuen Pflegeschlüssel und mehr Geld für Kinderkliniken vor.

Ambulant statt stationär

Bestimmte Klinikuntersuchungen sollen künftig auch ohne Übernachtung möglich und von den Krankenhäusern abzurechnen sein. Das soll tagsüber mehr Kapazitäten beim knappen Pflegepersonal schaffen, wenn Nachtschichten nicht mehr besetzt werden müssen. Vor allem für ältere Menschen entfalle so auch das oft problematische Gewöhnen an die neue Umgebung. Ansteckungsrisiken würden verringert, heißt es im Entwurf. Möglich sein sollen Tagesbehandlungen nur mit Einwilligung der Patienten. Medizinisch dürften sie für komplexe oder risikoreiche Behandlungen in der Regel nicht in Betracht kommen. Besser im Krankenhaus bleiben sollten Patienten auch, wenn zu Hause eine Versorgung über Nacht nicht gesichert ist.

Neuer Pflegeschlüssel

Für bessere Bedingungen bei den oft überbelasteten Pflegekräften soll ein neues Instrument zur Personalbemessung beitragen. Dazu soll die Idealbesetzung für Stationen mit der Realität abgeglichen werden. Vorgesehen ist eine schrittweise Einführung, beginnend mit einer Testphase ab 1. Januar 2023. Ab 2025 soll die Personalbemessung dann scharf gestellt und auch sanktioniert werden.

Kinderversorgung

Auch die Kinderkliniken sollen durch die Reform gestärkt werden. Die Reform zielt auf eine grundlegende Stabilisierung. So sollen Kinderkliniken für 2023 und 2024 jeweils 300 Millionen Euro mehr Geld zur Verfügung gestellt werden. Garantiert werden soll damit das Erlösvolumen der Vor-Corona-Zeit von 2019, auch wenn Kliniken tatsächlich nur 80 Prozent davon erzielen. Die Finanzierung soll so auch unabhängiger von der leistungsorientierten Logik werden.

Um das Netz der Kliniken mit Geburtshilfeabteilungen zu erhalten, sollen die Länder zusätzliches Geld bekommen – und zwar jeweils 120 Millionen Euro für 2023 und 2024. Die Personalkosten für Hebammen sollen ab 2025 umfassender abgesichert werden. „Jede Hebamme, die im Krankenhaus arbeitet, wird voll finanziert“, versprach Lauterbach.

Probleme mit der Fallpauschale

Die Finanzierung der Krankenhäuser läuft aktuell fast ausschließlich über Fallpauschalen. Diese werden – der Name sagt es – pro behandelten Fall gezahlt. Die Krankenhäuser bekommen also für eine bestimmte Behandlung eine Pauschale in festgelegter Höhe. Krankenhäuser brauchen in diesem Abrechnungssystem viele Patienten, um wirtschaftlich tragfähig arbeiten zu können. Insbesondere kleine Kliniken auf dem Land haben dazu oft nicht genügend Fälle.

Die Fallpauschalen schaffen aber nicht nur Anreize für möglichst viele Behandlungen. Krankenhäuser würden durch das System auch motiviert, Eingriffe zu machen, bei denen der Aufwand fürs Krankenhaus in einem guten Verhältnis zum Ertrag steht, sagte Klaus Emmerich von der bundesweiten Bürgerinitiative „Bündnis Klinikrettung“ im März 2022 im Deutschlandfunk. Emmerich hat 18 Jahre für kommunale Krankenhäuser als Betriebswirt gearbeitet. Im Fokus seiner Arbeit standen Fallpauschalen: „Natürlich haben auch wir uns strategisch überlegt, wenn es darum ging, unser Leistungsspektrum auszuweiten: Was rechnet sich? Was rechnet sich nicht?“

Das könne auch dazu führen, daß „Eingriffe gemacht werden, die nicht unbedingt medizinisch notwendig sind, nur damit das Krankenhaus überleben kann“, sagte Bundesgesundheitsminister Lauterbach am 6. Dezember 2022 im Deutschlandfunk. Zudem seien ganze medizinische Fachbereiche in diesem System schwer finanzierbar, etwa Kinderheilkunde, Pflege, aber auch oft die Spitzenmedizin.

Ein zentrales Problem der Bezahlung nach Fallpauschalen ist zudem, daß kein Geld für das Bereithalten von medizinischer Infrastruktur gezahlt wird. Die Corona-Pandemie hat sehr deutlich vor Augen geführt, wie wichtig medizinische Kapazitäten sein können – auch wenn sie eben nicht dauerhaft gebraucht werden.

Die Fallpauschalen hatte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) im Jahr 2003 eingeführt. Die Fallpauschalen lösten damals die Bezahlung nach der Liegezeit ab. Kernziel dieser Reform war, die Liegezeiten zu reduzieren und damit Kosten zu sparen. Denn im internationalen Vergleich waren Patienten in Deutschland damals wesentlich länger in stationärer Behandlung. Einer der wichtigen Berater von Ulla Schmidt war damals der heutige Gesundheitsminister Lauterbach. „Wir haben die Ökonomie zu weit getrieben“, gestand Lauterbach bei der Vorstellung seiner Reformpläne.

Wie sollen Krankenhäuser zukünftig abrechnen?

Die Pläne der Regierungskommission zielen darauf, das bisherige Vergütungssystem grundlegend zu ändern. So soll es künftig sogenannte Vorhaltebudgets geben – Kliniken

sollen dann auch für das Vorhalten von Leistungen bezahlt werden. Die Kommission empfiehlt einen festen Betrag etwa für Personal oder Technik.

Die Vorhaltepauschalen sollen ein Drittel der Leistungen abdecken. Zwei Drittel sollen auch zukünftig durch Fallpauschalen bezahlt werden. Damit werde wirtschaftlicher Druck von den Kliniken genommen. Intensivmediziner und Kommissionsmitglied Christian Karagiannidis verglich das bei der Vorstellung der Vorschläge mit den Aufgaben der Feuerwehr, bei der auch die Vorhaltung ihrer Leistung bezahlt werde.

Kleine Krankenhäuser vor dem Aus?

Von Schließungen ist in den Plänen keine Rede, manche Krankenhäuser sollen aber künftig nur noch eine Basisversorgung und damit weniger Leistungen als bisher anbieten. Die Reformpläne sehen eine grundlegend neue Einteilung von Krankenhäusern vor. Sie sollen in drei Level eingeordnet und entsprechend gefördert werden.

- **Level eins** sieht die Grundversorgung vor, also medizinische und pflegerische Basisversorgung, zum Beispiel grundlegende chirurgische Eingriffe wie Blinddarmoperationen oder Notfälle wie gebrochene Beine. Diesen Krankenhäusern käme eine „herausragende Bedeutung“ zu, sagte der Koordinator der Regierungskommission, Tom Bschor. Sie sollen eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Gesetzgeberisch solle ermöglicht werden, dass sie von qualifizierten Pflegefachleuten und nicht von Ärzten geführt werden.
- **Darüber hinaus soll es das Level zwei** für die Regel- und Schwerpunktversorgung geben. Dabei geht es um Krankenhäuser, die im Vergleich zur Grundversorgung noch weitere Leistungen anbieten. Hier gäbe es dann beispielsweise auch eine Notfall-Schlaganfall-Station und vieles mehr.

Die lediglich grobe Zuweisung von Fachabteilungen wie „Innere Medizin“ zu Krankenhäusern soll durch genauer definierte Leistungsgruppen abgelöst werden, zum Beispiel „Kardiologie“. Grund ist, daß Krankenhäuser derzeit gewisse Fälle wie Herzinfarkte, Schlaganfälle oder onkologische Erkrankungen zu häufig auch ohne passende personelle und technische Ausstattung behandeln. Behandlungen sollen künftig nur noch abgerechnet werden können, wenn dem Krankenhaus die entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt wurde. Dafür müssen genau definierte Voraussetzungen erfüllt werden, etwa bei personeller und apparativer Ausstattung.

- **Manche Fachgruppen soll es nur bei Level drei** geben, hierunter würden beispielsweise Universitätskliniken fallen. Eine solche Spezialisierung wäre medizinisch sinnvoll. Ärzte können sich so auf Fachbereiche fokussieren, hier Erfahrung aufbauen und damit auch bessere Leistungen anbieten.

Für jedes Level sollen einheitliche Mindestvoraussetzungen gelten. „Damit würden erstmals einheitliche Standards für die apparative, räumliche und personelle Ausstattung gelten – und damit die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten maßgeblich erhöht werden“, heißt es in den Reformvorschlägen.

Hilft die Reform gegen den Personalmangel?

Zu den Plänen gehört, daß mehr Behandlungen ambulant statt stationär erfolgen sollen. Damit bräuchte es dann auch weniger Nachtschichten in der Pflege – und das würde mehr Einsätze

am Tag ermöglichen. Ziel ist es also, das zur Verfügung stehende Personal effizienter einsetzen zu können.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach geht zudem davon aus, daß die Reform die Arbeitsbedingungen verbessern wird. Er hofft, daß dadurch mehr Fachkräfte gehalten bzw. gewonnen werden können. Seit 2018 sei die Zahl der Auszubildenden in der Pflege um 20 Prozent gestiegen, da sei man auf dem richtigen Weg. Aber: „Wir verlieren aber sehr viele Menschen aus dem System heraus, Ärzte und Pflegekräfte, die diese starke Ökonomisierung nicht mittragen wollen.“ Es brauche eine Struktur, die dazu beiträgt, dass Menschen gerne im Krankenhaus arbeiten.

Welche Streitpunkte gibt es bei den Reformplänen?

Kritik an den Reformplänen von Lauterbach kommt vor allem von der Union und aus den Bundesländern, die um ihre Kompetenzen bei der Krankenhausplanung fürchten. Nordrhein-Westfalen, Bayern und Schleswig-Holstein haben deshalb Widerstand angekündigt. „Wir wollen keine faulen Kompromisse“, sagte Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU). Man wolle per Gutachten die Verfassungsmäßigkeit der von der Bundesregierung geplanten Reform überprüfen lassen – das ist Vorstufe einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) betonte bereits im Dezember im Deutschlandfunk: „Eine Krankenhausplanung, gemacht von wem auch immer, aus einer Zentrale in Berlin, die kann nicht funktionieren.“

Krankenhäuser seien regional viel zu unterschiedlich aufgestellt. „Krankenhausplanung ist Ländersache und muss auch Ländersache bleiben“, sagte Laumann. Auch seine Kollegen aus Bayern und Schleswig-Holstein sehen die Versorgung in der Fläche durch die vom Bund geplante Reform bedroht.

Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha teilt diese Sorge nicht und verteidigte die Reform-Vorschläge im Dlf. Schon jetzt gebe es eine Konzentration auf spezialisierte Kliniken, betonte der Grünen-Politiker. Dennoch pocht der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz auf die Zuständigkeit der Länder bei der Krankenhausplanung. Diese sei und bleibe Ländersache. Lucha versicherte aber. „Sie wird nicht angetastet.“

Zielgenauere medizinische Versorgung auch in der Fläche

Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha (Grüne) zeigt sich zuversichtlich, daß die Krankenhausreform zu einer besseren Versorgung im ambulant-stationären Bereich führen wird. Die Zentralisierung von Kliniken sei der richtige Weg.

NRW-Gesundheitsminister Laumann (CDU) Zweifel an Finanzierbarkeit der Krankenhausreform

Etwas anders sieht es bei den geplanten Änderungen bei den Abrechnungen aus. Daß die Fallpauschalen grundlegend infrage gestellt würden, begrüßt NRW-Gesundheitsminister Laumann. Für echte Veränderungen müßte aber auch mehr Geld in die Hand genommen werden, forderte der CDU-Politiker. Das Gesundheitssystem brauche ständig mehr Geld, um steigende Lohnkosten und medizinischen Fortschritt zu finanzieren. Im Moment gebe es eine „massive strukturelle Unterfinanzierung“. Das knappe Geld lediglich neu zu verteilen, könne die Verhältnisse nicht verbessern, weder für die Patienten noch für die Mitarbeitenden. **Das größte Problem, der Personalmangel, werde durch die geplante Reform nicht angemessen adressiert.**

Die Techniker Krankenkasse kritisiert den geplanten Pflegeschlüssel. Das Instrument löse kein einziges Problem in der Pflege – im Gegenteil. Vorstandschef Jens Baas sagte der Deutschen Presse-Agentur: „Statt neuer Kolleginnen und Kollegen wird die geplante Pflegepersonalbemessung den Pflegekräften jede Menge zusätzlichen Bürokratieaufwand bescheren.“

(Quellen: Dlf, Volker Finthammer, Philipp May, Johannes Kuhn, Theo Geers, Tobias Armbrüster, Michael Watzke, Bundesministerium für Gesundheit, dpa, KNA, epd, AFP, pto)

20.03.2023