

Weniger Ökonomie – mehr Patientenwohl

Karl Lauterbach will eine große Krankenhausreform

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

»Qualität vor Nähe«

Deutschland hat zu viele und zu viele ungeeignete Krankenhäuser, sagen Fachleute. Karl Lauterbach will das nun ändern. Doch dazu braucht er die Unterstützung der Bundesländer.

In Ostfriesland kämpfen die Menschen seit Jahren für ihre Krankenhäuser. Drei kleine Kliniken, in Emden, Norden und Aurich, sollen in regionale Versorgungszentren umgewandelt werden – dafür soll ein neues Zentralklinikum entstehen, genau in der Mitte zwischen den drei Orten. Um das zu verhindern, haben sich viele Bürger in sozialen Medien organisiert, Unterschriften gesammelt, demonstriert, Interviews gegeben und für zwei Bürgerbegehren mobilisiert.

Sie sind nicht allein: Die Deutschen lieben ihre kleinen, vertrauten Krankenhäuser vor Ort, die sie zu Fuß oder mit dem Bus erreichen können. In Deutschland gibt es mehr als 1.700 Kliniken, in vielen können weniger als 100 Patienten stationär behandelt werden. »Was die Menschen nicht verstehen: Das Krankenhaus um die Ecke ist nicht automatisch am besten geeignet«, sagt Ferdinand Gerlach, der bis Ende Januar Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit der Bundesregierung war. »Fahrzeiten von dreißig Minuten in ein spezialisiertes Krankenhaus sind bei manchem Notfall besser als zehn Minuten in ein nicht spezialisiertes Krankenhaus.«

Die als Medizinfabrik geschmähte Großklinik mag nicht sympathisch wirken, doch verfügt sie meist über eine bessere Ausstattung und geschultes Personal. Deshalb plant Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) eine »Revolution«, wie er es nennt. Die deutsche Krankenhauslandschaft soll radikal umgestaltet werden.

Der Minister verspricht: weniger Ökonomie, mehr Patientenwohl. So sollen unter anderem falsche Mengenanreize zugunsten von sogenannten Vorhaltepauschalen zurückgefahren werden. Bislang verdienen Kliniken mehr Geld, wenn sie viele lukrative Operationen oder Untersuchungen durchführen. Künftig könnten sie einen Teil der Vergütung unabhängig von der Zahl erbrachter Leistungen erhalten.

Lauterbach will auch strenger regeln, welche Behandlungen die Kliniken überhaupt durchführen dürfen. Die von ihm eingesetzte »Regierungskommission« schlägt ein dreistufiges System vor. Strikte Kriterien sollen darüber entscheiden, wer spezialisierte Therapien oder sogenannte Maximalversorgung anbieten darf, das entspräche Level 2 und 3. Kleinere Kliniken wür-

den zu medizinischen Versorgungszentren oder Grundversorgern mit eingeschränktem Spektrum erklärt, Level 1i oder 1n. Viele Kliniken würden umgewandelt – andere ganz schließen.

Klinikschließungen drohen allerdings auch ohne Reform, dann allerdings im Zuge eines »kalten Strukturwandels«. Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erwarten 60 Prozent der Krankenhäuser in ihrer Bilanz für das Jahr 2022 »zum Teil tiefrote Zahlen«. Ohne Reform, so der langjährige Gesundheitsweise Gerlach, könnten Schließungen die falschen Krankenhäuser erwischen.

Auch DKG sieht Reformbedarf

Proteste sind absehbar. Doch der mächtigste Widerstand kommt nicht von Bürgerinitiativen wie in Ostfriesland. Als die DKG Mitte Februar ihren Alternativvorschlag zum Lauterbach-Entwurf vorstellte, saß auch Boris Augurzky am Mikrofon. Der Gesundheitsökonom von der Universität Duisburg-Essen ist unter anderem Geschäftsführer der Firma Institute for Health Care Business, kurz HCB. Sie hat Lauterbachs Pläne im Auftrag der DKG gemeinsam mit der Firma Vebeto analysiert. Augurzky gehört auch der Regierungskommission an, die die geplante Reform erarbeitet hat. Agiert der Ökonom nun als eine Art Doppelagent? DKG-Vorstandsvorsitzender Gerald Gaß versicherte, es habe nahe gelegen, jemanden zu beauftragen, »der weiß, wovon er spricht«.

Früher forderte die DKG von der Politik meist eins: mehr Geld. Mittlerweile erkennt auch sie den grundlegenden Reformbedarf. »Wenn wir nichts tun, geht uns allmählich das Personal aus«, sagte Augurzky. Gaß versicherte, es sei nicht möglich, »in den heutigen Versorgungsstrukturen die notwendigen Gesundheitsleistungen von morgen zu erbringen«. Die veraltete Krankenhauslandschaft passt nicht mehr zur modernen, spezialisierten Medizin. Zu starke Veränderungen lehnt die DKG trotzdem ab. Augurzky hat in einem »Simulationsmodell« durchgespielt, was die Lauterbach-Reform in der Realität bedeuten würde: Es würden nur 232 Krankenhäuser für Maximal- und Schwerpunktversorgung übrigbleiben, der Level 2 und 3. Die DKG sieht in ihrem Alternativvorschlag 425 vor.

Für den Public-Health-Experten Reinhard Busse, Mitglied der Regierungskommission, ist dies jedoch der falsche Ansatz. »Man muss nicht sagen, wie viele fallen weg, sondern wie viele brauchen wir?« Die niedrige Zahl aus dem Simulationsmodell könne auch als Argument für

► die Reform gewertet werden. »Das heißt ja, dass wir in Deutschland derzeit sehr viele ungeeignete Krankenhäuser haben.«

Viele Patienten nicht optimal versorgt

Das geht auf Kosten der Patienten. Beispiel Schlaganfall: Laut Daten der Krankenkasse AOK wurden 257.000 von 308.000 Schlaganfallpatienten im Jahr 2018 in Kliniken mit einer Stroke Unit behandelt, die übrigen rund 50.000 wurden in Krankenhäusern ohne diese Spezialstation behandelt. Gemäß einer Übersichtsarbeit des unabhängigen Forscher-Netzwerks Cochrane sterben in Kliniken ohne Stroke Unit acht von 100 Patienten, 25 werden pflegebedürftig. »Mit« sind es ein Viertel weniger Todesfälle, sechs, und 19 Pflegebedürftige.

Beispiel Krebs: Vergleicht man die Zahlen in den Jahresberichten der Krebszentren mit denen des Deutschen Krebsregisters, wurden im Jahr 2019 lediglich rund 30.300 von etwa 60.000 neu an Darmkrebs erkrankten Menschen in einem zertifizierten Krebszentrum behandelt. Auch bei Bauchspeicheldrüsenkrebs waren es nur rund 5.600 von etwa 19.600 Neuerkrankten. Doch gemäß der sogenannten WiZen-Studie ist die Sterblichkeit für Darmkrebs in zertifizierten Kliniken etwa acht Prozent niedriger, bei Bauchspeicheldrüsenkrebs sogar rund elf Prozent.

Beispiel Herzinfarkt: Daten des Myokardinfarkt-Registers von Rheinland-Pfalz haben 2014 gezeigt: Werden Herzinfarktpatienten etwa in einer Uniklinik mit Herzkatheterlabor behandelt, sterben 9 von 100 Betroffenen. In der Kleinklinik ohne die spezielle Behandlungsmöglichkeit sind es fast 50 Prozent mehr, etwa 14. Als DKG-Chef Gaß auf Qualitätsmängel angesprochen wird, versichert er, 93 Prozent der Menschen mit Herzinfarkt würden in einer Klinik mit Herzkatheter behandelt. Das heißt im Umkehrschluss: Nur für sieben Prozent oder etwa 14.000 Patienten gilt das nicht.

Doch dazu kommen weitere 23.000, die in einer Klinik landen, die wohl kein eigenes Herzkatheterlabor hat. Noch einmal 10.000 landen in einer Klinik, in der der Herzkatheter nicht rund um die Uhr bereitsteht. Insgesamt ergibt das 47.000 von etwa 203.000 Herzinfarktpatienten, also 23 Prozent, die in Deutschland nicht optimal versorgt werden. »Bei einer so häufigen Indikation ist das ein Skandal«, sagt Kommissionsmitglied Busse.

Eine Krankenhausreform ist nötig. Ob Lauterbach seine Pläne durchsetzen kann, sei aber noch »völlig offen«, meint Ex-Gesundheitsweiser Gerlach. Er hoffe, »dass wir in Deutschland endlich die Kraft finden, die veralteten Versorgungsstrukturen nach internationalen Vorbildern weiterzuentwickeln«. Darüber entscheiden auch die Gesundheitsminister in den

16 Bundesländern. Klaus Holetschek (CSU), Minister in Bayern, wo es viele kleine Kliniken gibt, war am Tag der DKG-Presskonferenz bereits im Kampfmodus: »Deutschlandweit droht ein Klinik-Kahlschlag.«

Lauterbach weiß, dass er die Länder braucht, um seine Reform umzusetzen. Bereits Mitte Februar kündigte er an, dass es Öffnungsklauseln und Ausnahmetatbestände geben werde. So sei es bei einer Level-2-Klinik zwar wünschenswert, dass neben einer Abteilung für Geburtshilfe auch eine Stroke Unit vorhanden sei. Wenn sich dies aber lokal nicht machen lasse, sei auch denkbar, dass die Stroke Unit im Verbund mit einem Nachbarhaus vorgehalten werde. Möglichst keine Abstriche will Lauterbach dagegen an der Definition der Leistungsgruppen machen. Es könne nicht sein, dass beispielsweise eine Kardiologie in Hessen anders definiert werde als eine in Baden-Württemberg. Für die Abteilungen würden schließlich Vorhaltekosten bezahlt, und die seien bundesweit einheitlich.

Wie schwierig es wird, die Reform durchzusetzen, zeigt ein zwischenzeitlicher Streit zwischen Lauterbach und dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU), der eigentlich als Vertrauter des Bundesgesundheitsministers gilt. In NRW werden bereits seit drei Jahren Pläne vorangetrieben, um die Krankenhausplanung umzustellen. Im Mittelpunkt sollen nicht mehr Klinikbetten stehen, sondern medizinische Leistungsgruppen, die mit Qualitätsvorgaben gekoppelt sind – ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings unterscheiden sich Lauterbachs Pläne in wichtigen Details von denen Laumanns, und er soll seinen NRW-Kollegen laut *Tagesschau online* gewarnt haben, die Reform in NRW wie geplant voranzutreiben.

Länder prüfen Verfassungsmäßigkeit

In der Folge kündigte Laumann an, gemeinsam mit Holetschek und seiner Kollegin aus Schleswig-Holstein, die Verfassungsmäßigkeit der Reform in einem Gutachten prüfen zu lassen. Krankenhausplanung ist Ländersache – und der Vorschlag der Regierungskommission sieht vor, die Krankenhauslandschaft zu vereinheitlichen. Karl Lauterbach gibt sich dennoch entspannt: »Ich begrüße das, ich will eine Reform mit den Ländern gemeinsam machen«, sagte er anlässlich des Krankenhausgipfels im März. Bis zum Sommer sollen nun zumindest die Eckpunkte für die Reform stehen.

In Ostfriesland werden unterdessen 2024 die Bauarbeiten für das neue Zentralklinikum zwischen Emden, Norden und Aurich beginnen. Herzranke könnten davon profitieren – bislang hat nur eine der drei Kliniken Herzkatheterlabore.

Drei Level

Krankenhäuser werden künftig bundesweit einheitlich drei verschiedenen Leveln zugeordnet. Jeder Standort muss die für seine Stufe vorgeschriebenen Mindestvoraussetzungen erfüllen. Der Vorschlag definiert dazu 128 Leistungsgruppen. Allgemeine Bezeichnungen wie »Innere Medizin« werden durch genauere abgelöst, etwa »Kardiologie«. Ein Krankenhaus darf eine Behandlung nur abrechnen, wenn ihm die entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt wurde. Damit soll verhindert werden, dass beispielsweise kleine Kliniken komplexe Behandlungen vornehmen, für die sie technisch, personell und qualitativ gar nicht geeignet sind. Die unterste Ebene bilden Kliniken der Level 1i und 1n. 1i-Kliniken sind wohnortnahe Grundversorger, die ambulante und stationäre Leistungen integrieren (daher i), zum Beispiel können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hier Betten belegen. Es besteht die Möglichkeit, dass qualifizierte Pflegefachkräfte diese Einrichtungen leiten. Erkrankte, bei denen ein komplexer Eingriff in einem Krankenhaus des Levels 2 oder 3 durchgeführt wurde, können hier nahe bei ihrem Wohnort gesundgepflegt werden. Level-1n-Kliniken halten neben der Grundversorgung auch eine Basis-Notfallversorgung mit einer Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie vor. Level-2-Kliniken übernehmen die Regel- und Schwerpunktversorgung von Erkrankten. Vorgeschrieben sind eine Geburtshilfe, eine erweiterte Notfallmedizin, eine Stroke Unit, ein Linksherzkatheter, ferner drei chirurgische und drei internistische Abteilungen sowie fünf weitere Abteilungen. Kliniken des Levels 1 sind Maximalversorger, zum Beispiel Universitätskliniken. Hier werden zusätzliche Leistungen über Level 2 hinaus vorgehalten, dazu könnte zum Beispiel die Therapie von Verbrennungsopfern zählen.

