

Reförmchen statt Reform?

Pläne zur Umgestaltung der Kliniklandschaft sind umstritten

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Fragwürdiger Trend

Das Geschäft mit der befristeten Leiharbeit boomt. Auch Kliniken und Pflegeheime greifen zunehmend auf Fachkräfte zurück, die ihnen von Zeitarbeitsfirmen gegen Entgelt überlassen werden. Laut einer Studie der Bundesagentur für Arbeit waren 2018 in der Krankenpflege rund 22.000 (2014: 12.000) Leiharbeiter*innen tätig, in der Altenpflege lag deren Zahl im Jahr 2018 bei 12.000 (2014: 8.000). »Leiharbeit«, erklärt der Deutsche Pflegerat, habe »ihren Ursprung in den unzureichenden Arbeitsbedingungen und im Personalmangel, die eine Kompensation bei einem Ausfall des Stammpersonals nicht erlauben«. Dies sei auch nicht gut für Patient*innen und Heimbewohner*innen. »Die zu pflegenden Menschen«, so der Pflegerat, »benötigen eine Versorgung durch professionell Pflegenden, die ihnen vertraut sind und die ihre Situation, Bedürfnisse und Bedarfe kennen. Das kann Leiharbeit nicht sicherstellen«. Der Pflegerat fordert, die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen so zu verbessern, dass Leiharbeit »überflüssig« wird. Ideen dafür skizziert der Pflegerat in einem Positionspapier, adressiert an Politik, Kostenträger und Arbeitgeber. Gefordert wird zum Beispiel, regulär angestellte Pflegekräfte von pflegefremden Tätigkeiten zu entlasten und ihnen eine »angemessene Vergütung« zu zahlen, »die der beruflichen Verantwortung gerecht wird«. Wenn Leiharbeitskräfte in der Pflege eingesetzt werden, müsse dies gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen stets transparent gemacht werden.

Das zähe Ringen um die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft geht weiter. Gemäß einem Beschlussvorschlag für die Gesundheitsministerkonferenz lehnen die Bundesländer die Einteilung der Krankenhäuser in Level ab – ein zentrales Element der geplanten Reform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD). Experten befürchten, dass die Pläne verwässert werden.

Anfang Mai tagten in Reutlingen die Amtschefs der Länder, um die Gesundheitsministerkonferenz Anfang Juli in Friedrichshafen vorzubereiten. Die Leiterinnen und Leiter der Gesundheitsabteilungen aller Länder verabschiedeten einstimmig eine vertrauliche Beschlussvorlage, die BIOSKOP vorliegt. In dem Papier betonen die Amtschefs, dass Krankenhausplanung Ländersache sei und »ohne Abstriche in Länder-

hand bleiben« müsse. Vom Bund definierte und vorgegebene Level seien »für eine Krankenhausstrukturreform nicht notwendig«.

Genau diese Einteilung ist aber ein zentrales Element des Vorschlags der Regierungskommission. Vorgesehen sind drei Level, die eine bessere Versorgungsqualität gewährleisten sollen: Universitätskliniken und Maximalversorger in Level 3, Schwerpunktversorger in Level 2 und Krankenhäuser, die nur noch wenige Leistungen anbieten dürfen, in Level 1, das noch mal unterschieden ist in 1i und 1n: Kliniken des Levels 1n halten zusätzlich Notfallmedizin vor.

Welche Leistungen die Krankenhäuser auf dem jeweiligen Level anbieten dürfen, wird durch sogenannte Leistungsgruppen beschrieben, an die Strukturvorgaben geknüpft sind. Die von Lauterbach eingesetzte Expertenkommission hatte sich ursprünglich für eine möglichst feine Differenzierung in 128 Leistungsgruppen

Häusliche Pflege untersucht

»Die Politik lässt vier Millionen Pflegebedürftige, die von ihren Familien zu Hause gepflegt werden, im Stich.« Kritisiert Verena Bentele, Präsidentin des Sozialverbandes VdK – und begründet dies mit einer aktuellen Studie, erstellt im Auftrag des VdK.

Der Bundesgesundheitsminister hatte am 17. Mai einen wichtigen Termin in Berlin. Beim VdK-Bundesverbandstag war Karl Lauterbach (SPD) persönlich dabei – und bekam dort auch frisch Gedrucktes überreicht: den 236 Seiten dicken Abschlussbericht zur VdK-Pflegestudie, Titel: »Pflege zu Hause – zwischen Wunsch und Wirklichkeit«.

Laut den Zahlen des Statistischen Bundesamts wurden im Jahr 2021 fast 4,2 Millionen pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt. Die neue Studie basiert auf einer Befragung von 54.000 VdK-Mitgliedern, ausgeführt vom Pflegewissenschaftler Andreas Büscher, Professor an der Hochschule Osnabrück. »Die Datenlage ist eindeutig«, sagt VdK-Präsidentin Bentele, »wir wissen, wo es hakt und wer Unterstützung braucht – und dann folgt vonseiten der Politik nichts«.

Die Studie bilanziert, dass 91 Prozent der Pflegenden sich »freiwillig und bewusst« dafür entschieden haben, ihre Angehörigen zu Hause zu pflegen – unter Belastungen, die »enorm« und zeitaufwändig sind: 37 Prozent der befragten Pflegenden versorgten ihre Angehörigen schon länger als fünf Jahre, 23 Prozent taten

dies mindestens 40 Stunden in der Woche. Die Mehrheit der Pflegenden (59 Prozent) vernachlässigt laut Studie die eigene Gesundheit.

Trotz solcher Bedingungen haben 93 Prozent »keinen Zugang zur Tagespflege gefunden« und 62 Prozent nutzten keinen Pflegedienst. »Passende Angebote fehlen oder die Zuzahlungen sind zu hoch«, bemerkt dazu der VdK und erklärt: »Aufgrund enormer Bürokratie und fehlender Beratungsangebote werden viele Angebote nicht abgerufen. Die Pflegeversicherung spart dadurch zwölf Milliarden Euro im Jahr.«

Besonders vulnerabel sind laut Bentele pflegende Eltern, 64 Prozent unterstützen ihr Kind »regelmäßig auch in der Nacht« – und würden »bei dieser lebenslangen Aufgabe von der Politik vergessen«. Auch angesichts solcher Befragungsergebnisse fordert die VdK-Präsidentin, dass noch in diesem Jahr eine Pflegereform auf den Weg gebracht wird, die den Namen auch wirklich verdiene. »Die Nächstenpflegenden brauchen jetzt Unterstützung«, sagte Bentele am 17. Mai, die im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP »versprochene Stärkung der häuslichen Pflege muss jetzt endlich ins Gesetz«.

Ob Sozialdemokrat Karl Lauterbach die Studie des Sozialverbands von vorne bis hinten gelesen hat, ist nicht überliefert. Das am 26. Mai beschlossene Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege ist jedenfalls nicht diejenige politische Unterstützung, die Bentele sich vorstellt (→ Seite 9).

Der Abschlussbericht zur Pflegestudie steht auf der VdK-Homepage zum Download: www.vdk.de

► ausgesprochen. Der jüngste »Entwurf eines Basismodells zur geplanten Krankenhausreform«, der BIOSKOP vorliegt, orientiert sich aber an der weniger genauen Einteilung in 68 Gruppen, die Nordrhein-Westfalen bei seiner eigenen Krankenhausreform zugrunde legt – eines von vielen Zugeständnissen in der Auseinandersetzung mit den Ländern.

An der Level-Einteilung will das Bundesgesundheitsministerium aber festhalten. Sie soll sicherstellen, dass komplexe Therapien, etwa bei Herzinfarkt, Schlaganfall oder einer Krebserkrankung, künftig nur noch in Kliniken vorgenommen werden, die dafür personell, technisch und fachlich qualifiziert sind. Kleinere Krankenhäuser, die für solche Maßnahmen nicht ausgerüstet sind, sollen die wohnortnahe Grundversorgung gewährleisten.

Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung geht es auch um Geld. Das Papier der Amtschefs fordert einen weiteren Strukturfonds des Bundes, um den Umbau der Krankenhauslandschaft voranzutreiben; zudem sei ein kurzfristiger Inflationskostenausgleich nötig. Schließlich brauche es – auf Basis valider Kostenbetrachtungen und -prognosen – »die Fortschreibung der neuen Vorhaltefinanzierung und Fallpauschalen«. Laut Regierungsentwurf sollen falsche Mengenanreize durch Fallpauschalen zugunsten von sogenannten Vorhaltepauschalen zurückgefahren werden, so dass die Kliniken einen Teil ihres Geldes künftig unabhängig von der Zahl erbrachter Leistungen erhalten würden.

Länder haben keine Eile

Allzu schnell sollen Veränderungen nach dem Willen der Amtschefs aber nicht kommen. Laut ihrer Beschlussvorlage haben die Länder bis Ende 2026 Zeit, ihre Krankenhausplanung zu überarbeiten und – falls nötig – Gesetze anzupassen. Erst dann soll die sogenannte Konvergenzperiode beginnen, in der die Pläne schrittweise umgesetzt werden. Lauterbachs Berater hatten für diesen Übergang eine Zeit von fünf Jahren angesetzt. Im ersten Jahr bliebe noch vieles beim Alten – der Vorhalteanteil einer Leistungsgruppe läge bei 0 Prozent und würde dann langsam steigen. Für die Länder hingegen ist »eine angemessene Verlängerung« der bislang nur auf ein Jahr veranschlagten vergütungsneutralen Konvergenzzeit »zwingend notwendig«, so die Beschlussempfehlung.

Flankiert werden die umfangreichen Änderungswünsche der Länder von Medienberichten. »Fast jede zweite Klinik vor dem Aus«, titelte das Boulevardblatt *BILD* anlässlich eines Kamingesprächs am 23. Mai, bei dem Lauterbach den Ländern seinen Entwurf eines Basismodells vorstellte. Ärzte, Landräte und Verbände würden Alarm schlagen, schreibt *BILD* weiter: »Die Reform

von Gesundheitsminister Karl Lauterbach wird zu einem Krankenhaus-Kahlschlag!« Am Ende müssten womöglich knapp 700 Kliniken schließen, Millionen Bürger seien betroffen: »*BILD* weiß, wo: Lesen Sie nur mit *BILDplus*, wie vielen Kliniken in Ihrem Bundesland das Aus droht!«

Karl Lauterbach reagierte umgehend via Twitter und bezeichnete den *BILD*-Artikel als »Falschmeldung«, auch das Bundesgesundheitsministerium wies die Berichterstattung als »falsch« zurück. Sie beruht nach Informationen von BIOSKOP auf einer Beschreibung der aktuellen Krankenhausstruktur durch die Oberender AG/BINDOC GmbH im Auftrag des Ministeriums. Dafür wurden Krankenhäuser gemäß aktuellen Qualitätsberichten der Kliniken sowie DRG-Abrechnungsdaten nach den geplanten Leveln kategorisiert.

Laut dieser Modellierung werden von derzeit 1.719 Krankenhausstandorten in Deutschland 689 dem Level 1i zugeordnet, 422 dem Level 1n, 472 dem Level 2 und 136 dem Level 3. Die Krankenhäuser sind also relativ ausgewogen über die unterschiedlichen Level verteilt. Von Schließungen ist nicht die Rede, und Vorbehalte gegen die Level-Einteilung werden durch die Modellierung eher widerlegt als bestärkt.

Zudem wird die Zahl der höheren Level 1n, 2 und 3 noch steigen, wenn erst die Fachkliniken ausgewiesen werden, die vorläufig einer eigenen Kategorie F zugeordnet und im untersten Level 1i gelistet sind. Die genaue Definition der Kategorie Fachklinik wird offenbar noch entwickelt und dann den Leveln zugeteilt. Was bei der Modellierung allerdings zu beachten ist: Die Zahlen müssen noch weiter validiert werden, und die Modellierung beschreibt nur den Status Quo der aktuellen Krankenhausstruktur, nicht die Folgen der Reform.

Eckpunkte noch im Sommer

Gegenwind bekommt Lauterbach nicht nur von den Ländern, sondern auch von Krankenhausverbänden, Teilen der Ärzteschaft, Bürgerinitiativen oder einzelnen Landtagsabgeordneten. Der Landshuter CSU-Landtagsabgeordnete Helmut Radlmeier startete im April die Petition »Retten wir unsere Krankenhäuser«. Bis Redaktionsschluss hatten bereits knapp 60.000 Menschen unterschrieben. Maßgebliche Parlamentarier der Ampel-Koalition, etwa Janosch Dahmen, Gesundheitsexperte der Grünen-Fraktion, oder Andrew Ullmann, der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Fraktion, stehen bei der Reform hinter dem Minister. Der hält daran fest, bis zum Sommer Eckpunkte seiner Reform präsentieren zu können. Fragt sich nur, wie viele Kompromisse Lauterbach dafür eingehen will und muss. Wenn die Gesundheitsministerkonferenz am 5. und 6. Juli in Friedrichshafen am Bodensee tagt, ist mit Protesten zu rechnen. 🌐

»Gemeinwohl statt Profit«

Am 5. Juli treffen sich die Gesundheitsminister*innen aus Bund und Ländern zu ihrer nächsten Konferenz in Friedrichshafen. Vor Ort könnten sie wohl auch viele Menschen erleben, die im Gesundheitswesen arbeiten. Jedenfalls mobilisiert die Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di für eine Kundgebung »direkt da, wo die Verantwortlichen uns hören«, ihre Parole lautet: »Unser Kompass für die Gesundheitsrevolution: Gemeinwohl statt Profit, Solidarität statt Wettbewerb«. Konkret fordert Ver.di, was in den Klinikreform-Plänen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) so nicht vorgesehen ist: die komplette Abschaffung des Krankenhaus-Finanzierungssystems gemäß Fallpauschalen (DRG). Nach Auffassung von Ver.di müssten den Kliniken die tatsächlichen Kosten »bei wirtschaftlicher Betriebsführung voll erstattet werden«. Die Länder müssten »ihrer Verpflichtung zur Finanzierung von Investitionen der Krankenhäuser endlich umfassend nachkommen«, fordert Ver.di, zudem müsse die Personalbemessung für die Krankenpflege »rasch verbindlich eingeführt werden«. Im Bereich der Altenpflege tritt Ver.di dafür ein, Versorgungsverträge künftig nur noch mit kommunalen oder gemeinnützigen Pflegeeinrichtungen abzuschließen; Tarifverträge seien hier flächendeckend anzuwenden. Notwendig sei zudem, die Pflegeversicherung auch nach der jüngsten Reform weiterzuentwickeln – und zwar hin zur »Solidarischen Pflegegarantie«. Bedeutet nach Perspektive der Gewerkschaft: »Alle Bürger*innen beteiligen sich entsprechend ihres Einkommens an der Finanzierung und haben Anspruch auf Erstattung aller pflegebedingten Kosten.«