

DIAGNOSE

Der Newsletter für Gesundheitspolitik

- ▶ »DAS IST SCHON EIN BLUTIGES INSTRUMENT GEGEN DIE SELBST-BLOCKADE«
- ▶ WAS MACHT EIGENTLICH EINE INTEGRATIONSBEAUFTRAGTE?
- ▶ KOMMENTAR VON KAI HANKELN

1 | 2023



KLINIKREFORM: DREI-KLASSEN-MEDIZIN MIT FOLGEN

Von Franz Jürgen Schell

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat bei der Präsentation der Vorschläge seiner Expertenkommission für eine Klinikreform von einer »Revolution« und einer »Entökonomisierung« gesprochen. Obwohl Lauterbach die Planungshoheit der Bundesländer betont, entzieht er durch die feste Zuordnung auf drei Level und eine daran angeknüpfte Festlegung der Leistungsgruppen der Mehrheit der Krankenhäuser dermaßen die wirtschaftliche Grundlage, dass sie auf Dauer kaum überlebensfähig sein werden.

Während die Fachwelt die Vorschläge erschrocken diskutiert und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine dunkel drohende Analyse vorstellte, bleibt die Öffentlichkeit weitgehend entspannt. Womöglich deutet man den Aufschrei zu Unrecht als Lobbyismus oder die Darstellungen sind noch zu abstrakt, so dass der Bürger noch nicht erfasst hat, was das für seine unmittelbare Versorgung bedeutet.

Wie sich die Folgen tatsächlich auswirken werden, hat unser Autor Gerrit Wiesmann recherchiert und mit Klinikchefs gesprochen, deren Häuser unterschiedlichen der neu einzuführenden Levels angehören. Er schildert ihre Erwartungen und Befürchtungen angesichts dieser Pläne. Obwohl eine grundsätzliche Bereitschaft für eine Reform besteht, beklagen alle die fehlende Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und sehen teils dramatische Folgen nicht nur für ihre eigenen Kliniken voraus.

Bei einer Umsetzung wie vorgesehen, gäbe es auch für etablierte und in der Fachwelt renommierte Abteilungen oder Kliniken keine Zukunft und Patienten müssten sich zu tausenden neue Behandlungsangebote suchen. Wie das konkret aussehen könnte, illustriert unser Karikaturist Heiko Sakurai mit gewohnt spitzer Feder.

Im Kommentar widmet sich auch Asklepios CEO Kai Hankeln der Klinikreform. Obwohl er selbst schon lange eine Reduktion der

Klinikzahlen fordert, kann er den Plänen kaum Gutes abgewinnen. Er bemängelt eine fehlende, durchdachte Strukturplanung. Stattdessen sollen durch eine Verschlechterung der Bedingungen wilde Klinikschließungen provoziert werden.

Weitere Probleme wie die ausufernde Bürokratie und der verschärfte Mangel an Fachpersonal werden sich seiner Meinung nach keinesfalls bessern, sondern durch die zu dokumentierenden Vorgaben nur weiter verschärfen.

Noch ein Hinweis in eigener Sache: Aufmerksamen Lesern ist sicher aufgefallen, dass wir mit »Was macht eigentlich ...« eine neue Rubrik eingeführt haben. Hier wollen wir zeigen, welche unterschiedlichen Arbeitsfelder es in deutschen Krankenhäusern gibt – auch jenseits von Patientenzimmern und Operationssälen.

Dr. Franz Jürgen Schell ist Medizinischer Pressesprecher der Asklepios Kliniken.

»DAS IST SCHON EIN BLUTIGES INSTRUMENT GEGEN DIE SELBSTBLOCKADE«

Die Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Lauterbach erntet heftige Kritik: In ihrer jetzigen Form könnte sie zu einer ungeordneten und überzogenen Schrumpfkur werden. **Von Gerrit Wiesmann**

»Absurd« nennt Markus Horneber die Idee, dass das Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main sein überregional bedeutsames Brustkrebszentrum bald schließen müsste. Doch sagt der Vorstandschef von Agaplesion, einem christlichem Gesundheitskonzern mit über 20 Kliniken, genau das werde passieren, sollte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sich durchsetzen. Nach dessen Krankenhaus-Reform würde Frankfurts drittgrößte Klinik mit ihren 700 Betten für Krebsbehandlungen künftig keine Finanzmittel mehr bekommen.

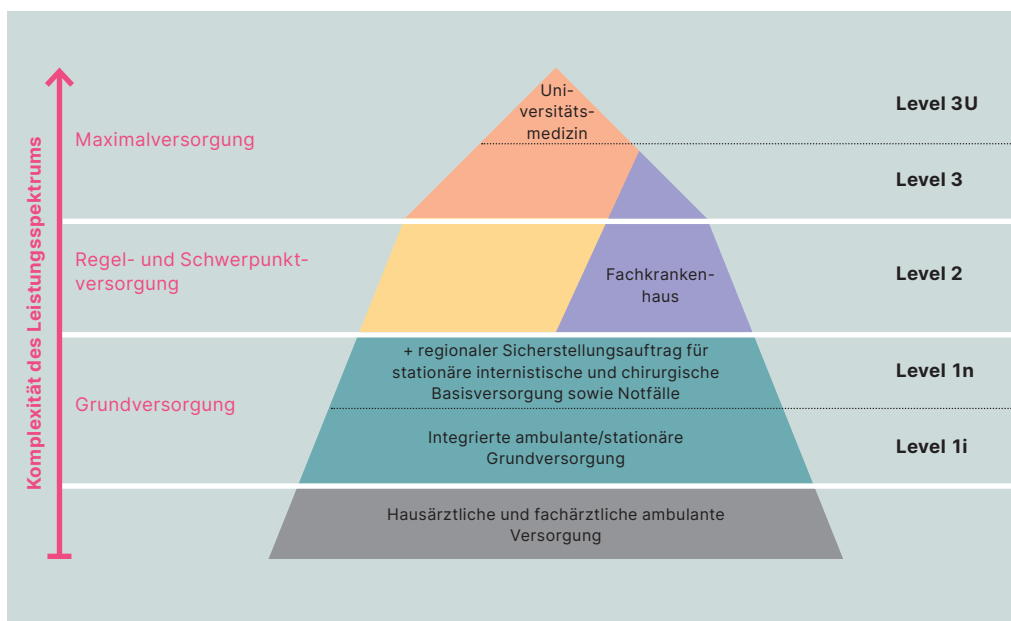
»Die Logik erschließt sich mir nicht,« sagt Horneber: Weil »das Markus« keine stroke unit für Schlaganfälle habe und vor ein paar Jahren die Geburtshilfe wegen fehlender Neonatologie mit einer benachbarten zusammenschloss, wäre die Klinik kein krebstherapietauglicher Regel- und Schwerpunktversorger einer neuen Krankenhausversorgungstufe zwei. Sie wäre als Grund- und Notfallversorger der neuen Versorgungsstufe eins nur für »die internistische und chirurgische Basisversorgung« vorgesehen – und somit nicht für Spezial-Behandlungen.

Das Markus Krankenhaus ist eine von hunderten deutschen Kliniken, die im Zuge der angedachten Krankenhaus-Reform einzelne oder alle Abteilungen schließen müssten. Denn Lauterbachs »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung« möchte die Einteilung aller Häuser in drei strikte, einheitliche Versorgungs-»Level« Vorhaltezahungen koppeln. Diese sollen zwischen 20 und 40 Prozent der Kosten decken, was aber auch die bestehende Vergütung pro Behandlungsfall schmälern würde.

Gerade das Angebot der Level-1-Klinken wäre stark eingeschränkt, was bei stationären Behandlungen zu großen wirtschaftlichen Verlusten führen dürfte, die von den neuen Vorhaltepauschalen nicht gedeckt werden. Eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Auftrag gegebene Studie schätzt, dass von 1.697 Kliniken nach jetzigem Plan nur 82 Häuser der Level-2- und 150 der Level-3 zuzuordnen wären. Da etwa die Geburtshilfe diesen Häusern vorbehalten werden soll, würde die Anzahl der Standorte von 593 auf 227 fallen.

»Das ist schon ein blutiges Instrument gegen die Selbstblockade,« sagt Marcel Koch, Geschäftsführer des Erzgebirgsklinikums mit vier künftigen Level-1-Kliniken in Annaberg, Stollberg, Zschopau und Olbernhau. Weil die Länder sich nicht an eine geordnete Reform über die Krankenhausplanung herangetraut hätten, mache der Bund das nun über die Finanzierung. »Die Länder können weiterhin planen, wie sie wollen. Aber eine Klinik, die nicht levelkonform ist, wird künftig keine Vorhaltekosten ersetzt bekommen.«

Die »breite Masse« der Häuser müsste sich mit dem Wirtschaften in der Versorgungsstufe eins zurechtfinden, meint Koch. Die DKG-Analyse schätzt, dass 834 Häuser in der Level 1n (Grundversorgung plus einfache Notaufnahme) und in 416 der Level 1i (eine ambulante Versorgung finanziert über Tagesspauschalen) landen könnten. »Die meisten Level-1-Häuser wären zum Sterben verdammt,« sagt Koch. »Viele gerade in der Level 1n werden ihre Kosten nicht decken können und dank ihres Leistungsprofils Probleme haben, Personal zu finden.«



Lauterbachs Rezept für Deutschlands Kliniken: bundeseinheitliche Versorgungstufen

Künftig soll jedes Krankenhaus je nach Ausstattung einer Versorgungsstufe zugeordnet werden. Je höher dieses »Level«, um so mehr Leistungen wird es anbieten dürfen. Mehr Zentralisierung dürfte viele kleinere Häuser überflüssig machen.

Quelle: Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung



Die Anzahl der Standorte für Geburtshilfe könnte sich nach jetzigen Reformvorschlägen halbieren.

Diese Perspektive stellt viele Verantwortliche vor ein Dilemma. Grundsätzlich sei es gut, dass eine Reform endlich in Angriff genommen werde. Doch Koch befürchtet ein ungeordnetes Krankenhaussterben im ländlichen Raum. »Es wird dort zu großen Kollateralschäden kommen,« sagt Koch. »Das ist verwerflich, gerade weil die Überversorgung in den Ballungsräumen nicht wirklich angegangen wird.« Horneber prophezeit auch in Städten »chaotische Zustände«: »Wie es dort laufen soll, ist im Reformvorschlag nicht richtig ausgetüftelt.«

Damit der Strukturwandel nicht ungewollt Nötiges wegfegt, werden die Rufe nach Ausnahmen bei der Zuweisung der Versorgungstufen laut. Um »erhebliche Verwerfungen« einer notwendigen Reform zu vermeiden, fordert etwa die DKG Länderöffnungsklauseln, damit regionale Bedürfnisse weiterhin gedeckt werden können. Auch die Länder, die im Bundesrat die Reform mittragen müssen, fordern Änderungen, was beispielsweise das Erzgebirgsklinikum hoffen lässt, zwei seiner vier Häuser doch noch in der Level 2 platzieren zu können.

Doch das dürfte zu einer Gratwanderung werden. »Der Grundgedanke der levelbezogenen Vorhaltepauschalen muss bleiben, es darf keinesfalls für einzelne Leistungen eine Erstattung von Vorhaltekosten geben,« sagt Jochen Werner, Vorstandschef des Universitätsklinikums Essen. Wenn sich jedes Krankenhaus wie beim Fallpauschalensystem die »Rosinen herauspicken« dürfe, werde der Reformdruck verpuffen. »Jede Klinik würde versuchen, sich über gewisse Leistungen und deren Vorhaltepauschalen Finanzspritzen zu sichern.«

Aber auch Werner sagt, dass eine Reform berücksichtigen muss, dass der Bedarf an Leistungen »in Mecklenburg-Vorpommern

anders ist als in den Ballungsräumen«. Aber auch deshalb sei zu bemängeln, dass der Einsatz der Krankenhaus-Finanzierung als Reformhebel durch den Bund viele wichtige Details ausblende. »Die Zusammenführung von ambulanter und stationärer Behandlung geht nicht ohne mehr Digitalisierung, der Strukturwandel hängt auch von Technologie ab,« sagt er. »Darüber steht viel zu wenig im Reformvorschlag.«

Bis Juli will der Bundesgesundheitsminister mit seinen Länderkollegen Eckpunkte für die Gesetzgebung erarbeiten, sodass die Reform am 1. Januar 2024 in Kraft treten kann. Derzeit geben sich die Länder konstruktiv, doch Werner sagt, er sei »gespannt, was jetzt noch kommt – was zum Beispiel machen die Bayern?« Die Bayerische Landesregierung hatte kurz vor der Landtagswahl 2018 öffentlichkeitswirksam einen Rettungsschirm für kleine Krankenhäuser beschlossen – und die nächste Landtagswahl steht dort im Oktober an.

Doch Bayern lehnt die Reform nicht grundsätzlich ab. Denn zum einen dürfte sie die Position von Ländern und Kommunen in der Kliniklandschaft stärken: Laut DKG-Studie wären 63 Prozent aller Level-2- und Level-3-Häuser in öffentlicher, 68 Prozent der prekärer situierten Level-1-Häuser in freigemeinnütziger und privater Hand. Zum anderen winkt Geld: Bayern etwa fordert einen 100-Milliarden-Fonds, um die Klinik-Neuordnung zu finanzieren. Sollte sich Lauterbach mit (s)einer Reform durchsetzen, dürfte sie für den Bund teuer werden.

Gerrit Wiesmann schreibt als freier Journalist unter anderem für den »Economist«. Zuvor war er Korrespondent der »Financial Times« und der »Financial Times Deutschland«.

Impressum

Herausgeber: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA | Rübenkamp 226, 22307 Hamburg | E-Mail: rune.hoffmann@asklepios.com | www.asklepios.com
V.i.S.d.P.: Rune Hoffmann | Redaktion: Brunswick Group, Berlin | Gestaltung: berndt & fischer, berlin gbr
Bildnachweis: Heiko Sakurai (S. 1), Shutterstock (S. 3), Asklepios Klinik Altona (S. 4 oben), Asklepios Kliniken (S. 4)

WAS MACHT EIGENTLICH EINE INTEGRATIONSBEAUFTRAGTE?

Wer: Monique Beutel, 39

Wo: Asklepios Klinik Altona

Seit wann: September 2018

Damit beschäftige ich mich: ...qualifizierte internationale Pflegefachkräfte für Deutschland und unsere Klinik zu gewinnen und ihr Ankommen, ihre Integration zu unterstützen. Ich begleite den kompletten Prozess von der Personalauswahl, der Vorbereitung der Einreise über die engen Begleitung der neuen Kolleg:innen in den ersten Tagen und Wochen in Hamburg bis zur beruflichen Eingliederung in unsere Klinik. Bei wichtigen Meilensteinen wie der Berufsankennung, der Wohnungssuche oder dem Familiennachzug unterstütze ich und bin Ansprechpartnerin.

Das macht mir Spaß: Die Vielseitigkeit der Aufgaben, mit denen man zu tun bekommt. Dabei arbeite ich mit vielen verschiedenen Bereichen und Organisationen innerhalb wie außerhalb der Klinik zusammen. Ich lerne durch meine Tätigkeit immer wieder interessante Menschen und deren teils bewegenden Hintergrundgeschichten kennen. Meine Arbeit hilft, motivierte und qualifizierte Kolleg:innen fürs #teamaltona zu finden und ich freue mich sehr darüber, wenn diejenigen gut hier ankommen, Freunde in der Klinik finden oder ihre Familien nachholen können.

Das könnte besser sein: Leider sind die Zeitpunkte von Ankunft und Arbeitsbeginn der internationalen Kolleg:innen nur schwer planbar



Monique Beutel (r.) mit einer neuen Kollegin aus dem Iran

und verschieben sich oft nach hinten. Gründe dafür liegen nicht selten an den sich in die Länge ziehenden behördlichen Vorgängen. Das ist für die die Betroffenen sehr zermürbend. Hier würde ich mir schnellere und einfachere Verfahren wünschen.



Kommentar von Kai Hankeln

VERDRÄNGUNGSWETTBEWERB DURCH »ENTÖKONOMISIERUNG«

Eine grundlegende Strukturreform der deutschen Kliniklandschaft fordern viele schon seit Jahren, darunter auch ich. Der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vorgelegte Entwurf, basierend auf den Beratungen seiner Expertenrunde, enttäuscht total. Der einzige positive Aspekt dabei: Es wird in ein paar Jahren deutlich weniger Kliniken geben als heute. Das ist tatsächlich dringend notwendig. Sinnvollerweise würde man so etwas systematisch planen, um die erforderliche Versorgung sicherzustellen. Der Lauterbach-Plan hingegen verfolgt einen radikalen darwinistischen Ansatz. Daher wird seine Reform ein Weg des Leidens werden. Er wird verheerend werden. Betrachten wir die aktuelle Ausgangssituation. Zahlreiche Kliniken sind durch explodierende Kosten, Personalmangel und reduzierte Fallzahlen in Insolvenzgefahr und beginnen mit einem Handicap. Die Aufteilung in verschiedene Versorgungsebenen bedeutet unterschiedliche Startpositionen – und Überlebenschancen, bzw. eben keine. Von den ca. 500 Level 1i und weitere 700 Krankenhäuser des Levels 1n sowie Fachkliniken dürfte kaum eines langfristig bestehen. Der EBM zur Abrechnung ambulanter Leistungen genügt dafür nicht,

ebenso wenig wie eine Vorhaltepauschale von 20 Prozent. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat dazu eine Auswertungsanalyse vorgelegt – mit düsteren Aussichten für die Versorgung. Die Fachkliniken sollen »baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe 2 und 3 integriert werden«. Wie soll das gehen, zumal bei unterschiedlicher Trägerschaft? Kann die Leistung nicht in einem Level 2- oder Level 3-Haus fortgesetzt werden, gelingt die Refinanzierung nicht. Weil diese Konflikte nicht alle lösbar sind, werden zahlreiche Fachkliniken verschwinden. Als Folge werden nicht mehr alle Leistungen überall angeboten werden und es dürfte zu Rationierungen kommen, wie man sie aus staatlich organisierten Systemen kennt. Wie werden sich die Krankenhäuser auf die Reform einstellen? Es wird zu einer Massenflucht in höhere Level kommen. Das Hamsterrad der DRGs wird durch eine steile Kletterwand ersetzt – schmerzhaft Abstürze inklusive. Um die geforderten Voraussetzungen zu erreichen, beginnt ein verschärfter Wettbewerb um das ohnehin knappe Fachpersonal. Viele Mittel werden investiert werden, um Vorgaben zu erfüllen und so ein höheres Level zu erreichen. So wie wir es auch bei den DRG-Abrechnun-

gen kennen, werden die Kostenträger alles tun, um Ausgaben zu vermeiden und kontrollieren wollen, ob für die Vorhaltepauschalen Voraussetzungen erfüllt sind – was den bürokratischen Aufwand erhöht. Es gibt auch besonders groteske Fälle. So haben wir einen Maximalversorger im Konzern, der mehrere überregional bekannte und renommierte Abteilungen hat, aber keine Geburtshilfe. Ohne sie wird die Klinik aber statt Level 3 auf Level 1 heruntergestuft. Sollte man jetzt also dort eine Geburtshilfe aufbauen, obwohl das nächste Krankenhaus mit bestehender Geburtshilfe nicht einmal zwei Kilometer entfernt liegt? Viele Träger werden sich mit ähnlichen Fragen auseinandersetzen müssen. In einem unterschätzen wir Lauterbach jedoch, seinem rheinischen Humor: Von einer »Entökonomisierung« zu sprechen und die Krankenhäuser in einen gnadenlosen Verdrängungswettbewerb zu schicken, der durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen entschieden wird, zeugt von einem ganz besonderen Sinn für Ironie.

Kai Hankeln ist CEO der Asklepios Kliniken und operativer Geschäftsführer der Regionen Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.