Die von Karl Lauterbach zwecks Krankenhausreform installierte Expertenkommission will in großem Stil die stationäre Versorgung zurückfahren und auf lange Sicht niedergelassenen Ärzten überantworten. Während Kritiker darin die nächste Stufe eines organisierten Kliniksterbens sehen, verspricht der Gesundheitsminister geringere Kosten, mehr Qualität und weniger Pflegenotstand. Seine Berater führen hingegen ziemlich offen den großen Kahlschlag im Schilde, zu dem er sich selbst auch schon einmal bekannt hat. Aber das ist lange her und damals hatte er nichts zu sagen. Das waren noch bessere Zeiten, findet **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/221007-Kehraus-im-Krankenhaus-NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Kaufhäuser? Wer kennt sie noch? Das sind Geschäfte, in denen man so ziemlich alles bekommt, was man zum Leben braucht: Essen, Kleidung, Schreibwaren, eben das volle Sortiment. Heute gibt es reihenweise Großstädte, in denen man derlei nicht mehr antrifft, und wo es Karstadt oder Kaufhof noch gibt, siechen sie ihrem Ende entgegen, wofür die Beschäftigten mit immer neuen Entbehrungen bluten. Die Schuldigen sind das Internet und riesige Shopping Malls, die die City zuklotzen und für praktisch jeden Artikel einen eigenen Laden vorhalten. Aber fehlt mal Nähgarn oder ein Hosenknopf, ist man aufgeschmissen.

Wie im Einzelhandel vollzieht sich auch in der Krankenhauslandschaft eine folgenschwere Gezeitenwende: Weg vom Vollversorger, hin zu immer mehr Spezialisten. Schuld daran hat vielleicht ein bisschen die Digitalisierung, aber viel mehr eine seit 20 Jahren mit Brachialgewalt vorangetriebene Ökonomisierung und Privatisierung, denen mit der Einführung der Fallpauschalen nach dem DRG-System (Diagnosis Related Groups) der fruchtbarste Boden bereitet wurde. Unter dem Vorwand, damit vermeintlich ausufernde Kosten des bis dahin noch weitgehend solidarischen Gesundheitswesens zu bändigen, stieg die BRD in der Folgezeit zum Land mit dem weltweit höchsten Anteil an Klinikbetten in privatwirtschaftlicher Trägerschaft auf. Wobei die aktuell rund 40 Prozent nur eine Durchgangsmarke sind.

Aushungern mit System

Häuser in staatlicher Regie verloren und verlieren dagegen massiv an Substanz

beziehungsweise verschwanden haufenweise von der Bildfläche. 1991 zählte man hierzulande noch über 2.400 Kliniken mit insgesamt 666.000 Betten. 2019 waren es noch 1.914 Spitäler mit 494.000 Betten, was einem Rückgang von 21 beziehungsweise 26 Prozent entspricht. Ein wesentlicher Faktor der Entwicklung ist die Unterfinanzierung durch die Länder, die ihrer gesetzlichen Verpflichtung, die erforderlichen Investitionsmittel der Kliniken (duale Krankenhausfinanzierung) bereitzustellen, nicht nachkommen. Von den Notwendigkeiten stemmen sie seit langem bestenfalls die Hälfte. Das kann man Sparpolitik nennen oder Aushungern mit System.

Die Folgen sind jedenfalls ein gigantischer Sanierungsstau, wodurch die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber den Privaten immer weiter erodiert, sowie ein chronisch defizitärer Klinikbetrieb, weil die ohnehin knapp bemessenen Leistungsvergütungen durch die Krankenkassen zweckentfremdet in andere Bereiche fließen, um den Laden irgendwie am Laufen zu halten. Mit Corona hat sich die Lage noch verschärft: 2020 und 2021 gab es bundesweit jeweils rund 2,5 Millionen weniger Behandlungsfälle als noch 2019 und das laufende Jahr bestätigt bisher diesen Trend. In der Konsequenz schreiben derzeit etwa 60 Prozent aller Standorte rote Zahlen und jeder fünfte gilt als insolvenzgefährdet.

Hilfe tut da bitter not und Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) tut auch so, als wolle er helfen. Im Mai berief er die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, die die Weichen für eine für 2023 geplante große Krankenhausreform stellen soll. In der Vorwoche legte das 17-köpfige Gremium seine bis dato „zweite Stellungnahme“ vor. Der Titel des Papiers: „Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens.“

Und raus bis Du?

Im Kern empfehlen die Experten darin, „sämtliche bislang vollstationär erbrachten Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen, soweit dies medizinisch vertretbar ist“. Spätestens zum 1. Januar 2023 sollen demnach alle nicht unbedingt nötigen Klinikübernachtungen vermieden und die Betroffenen im klinischen Tagesbetrieb versorgt werden. Dafür müssten sie dann mithin an mehreren Tagen in Folge in der Klinik erscheinen, wobei auch zweitägige Unterbrechungen möglich wären. Bei der Vorstellung der Pläne sprach der Kommissionskoordinator Tom Bschor von einem „Gamechanger“ und schätzte, dass künftig bis zu 25 Prozent der Therapien ambulantisiert werden könnten.

Das Ganze hätte, so es denn hinhaut, den Nebeneffekt, dass es weniger Pflegekräfte bedürfte, wie Lauterbach anmerkte. Weniger Übernachtungen bedeuteten weniger Betten und damit weniger Pflegeaufwand. Mittels geringerer Belegungszahlen ließen sich Lasten

reduzieren und durch den Wegfall von Nacht- und Wochenenddiensten die Attraktivität des Berufs steigern. Bschor ergänzte: „Nacht- und Wochenenddienste gelten als die am meisten belastenden. Sie sind familienfeindlich und gegen den Biorhythmus." Das ist zwar mitfühlend, ändert aber nichts an der Grundmisere. Eine echte Wende in der Pflege ließe sich nur mit durchgreifend besseren Arbeitsbedingungen und deutlich höheren Gehältern einleiten. Genau das steht aber nicht auf der Reformagenda, weil es die Profitmargen der großen Krankenhauskonzerne und kleinen Privatkliniken schmälern würde. Kranke und mit ihnen gewiss noch mehr Beschäftigte vor die Tür zu setzen, passt da viel besser ins Kalkül.

Kein Zweifel: Wo eine stationäre Behandlung medizinisch nicht angezeigt ist, weil keine Gefährdung durch die nächtliche Abwesenheit besteht, macht es wirtschaftlich Sinn, die Betreuung ambulant vorzunehmen. Wobei sicher nicht alle Betroffenen ein mehrmaliges Aufsuchen des Krankenhauses als Zugewinn erachten, während es andere sehr wohl vorziehen werden, im eigenen Bett zu nächtigen. Deshalb will man auch nicht auf Zwang setzen, sondern auf Freiwilligkeit, oder wie Bschor es ausdrückte: „Es gibt auch Patienten, die sagen, sie haben Angst zu Hause, sie trauen sich das nicht zu. Das muss berücksichtigt werden." Die Frage ist nur, ob solche Befindlichkeiten im rauen Klinikalltag zählen und ob nicht auch in Grenzfällen ökonomische Handlungsmotive bei der Entscheidung „hierbehalten oder wegschicken" den Ausschlag geben.

Goldenes Hüftgelenk

Denn natürlich soll sich das Ausquartieren lohnen, wofür man das DRG-System um eine Sonderberechnung ergänzen will. Im Ergebnis fallen die eingesparten Kosten größer aus als die Vergütungskürzungen durch die wegfallenden Übernachtungen. Thomas Strohschneider, ehemaliger Chefarzt bei einem privaten Klinikkonzern, schildert in seinem jüngst erschienenen Buch „Krankenhaus im Ausverkauf" sehr eindrücklich, wie Mediziner unter dem ständigen Druck der Geschäftsleitung beziehungsweise des Klinikeigners mitunter Diagnosen stellen und Therapien verordnen, die medizinisch zweifelhaft, kontraproduktiv oder gar gefährlich sind, nur um beispielsweise die Planzahlen beim Einbau künstlicher Hüftgelenke zu erfüllen.

Wie viel leichter könnte da in Zukunft das Votum fallen, Oma Erna mit ihrem leichten Bluthochdruck für die Nacht ins heimische Schlafzimmer abzuschieben. Das Beispiel ist überspitzt, steht aber für sicherlich nicht wenige Fälle im täglichen Geschäft, in denen die fragliche Entscheidung Spitz auf Knopf steht und die Alternative Mehreinnahmen oder Mehrkosten das ärztliche Urteilsvermögen trüben könnte. Überhaupt muss man fragen, warum in Deutschland vergleichsweise mehr vollstationäre Behandlungen erfolgen als anderswo. Lauterbach verwies auf eine rund 50 Prozent höhere Quote als in den

Nachbarländern, um damit das Bild von Rückständigkeit hervorzurufen. Aber: Könnte die hohe Quote nicht auch ein Gütesiegel sein und ein Beleg dafür, dass das Wohl und die Sicherheit der Patienten einen höheren Stellenwert genießen als etwa in England oder Polen? Die Wahrheit liegt sicherlich irgendwo in der Mitte zwischen beiden Positionen.

Klarer lässt sich sagen, dass die Lauterbach-Kommission ganz sicher keinen Beitrag zu einer „bedarfsgerechten" Versorgung leisten wird. Dafür sind viele der Beteiligten einfach zu neoliberal gestrickt. Das Mantra der sogenannten Gesundheitsökonomen lautet stattdessen, die Versorgungslandschaft radikal zu bereinigen, um so den Kuchen der durch die Beitragszahler finanzierten Erlöse auf noch weniger Profiteure zu verteilen. Denkfabriken wie die Bertelsmann Stiftung, die Wissenschaftsakademie Leopoldina oder die Robert Bosch Stiftung wollen die Zahl der Kliniken nach der Leitlinie „Effizienz, Spezialisierung, Zentralisierung" auf wenige hundert der aktuell noch rund 1.900 Standorte eindampfen. Zum Beispiel trommeln die Bertelsmänner für eine Reduzierung auf 600, um, wie es heißt, „viele Komplikationen und Todesfälle" zu verhindern.

Schließung heißt jetzt „Umwandlung"

Die jüngste Veröffentlichung dieser Machart von Anfang September geht auf das Konto der Stiftung Münch, eines mit „Gesundheitsökonomie" und „Netzwerkmedizin" befassten Thinktanks. Geworben wird in der Studie für eine umfassende „Umwandlung" von Allgemeinkrankenhäusern in „ambulante Kliniken, Überwachungskliniken und Fachkliniken". Damit sind auch sogenannte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemeint, also hochspezialisierte Häuser ohne Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft und Notfallversorgung. Vor allem sie stehen gegenwärtig im Fokus von Renditejägern, weil sie mit ihrem Geschäftsmodell das Maximum aus dem DRG-Vergütungssystem herausholen.

Dieses belohnt insbesondere Spezialeingriffe wie das Einsetzen von Prothesen, wogegen die Behandlung multimorbider und alternder Patienten häufig mit finanziellen Verlusten einhergeht. Da diese Fälle aber zur Hauptklientel von Allgemeinkrankenhäusern gehören, stehen eben diese Vollversorger, gerade solche in ländlichen Regionen, in großer Zahl mit dem Rücken zur Wand. Entweder machen die Häuser früher oder später dicht oder sie werden zur Beute der großen Klinikketten, die sich die lukrativen Filetstücke herausgreifen und die defizitären Abteilungen abwickeln: Kinderkliniken, Kreißsäle, Notaufnahmen. Und schwupps ist wieder ein echtes Krankenhaus von der Bildfläche verschwunden.

Besagte Stiftung Münch, die dieses Geschäftsgebaren mit ihrer „Expertise" pusht, wird vom Vorstandsvorsitzenden Boris Augurzky geführt. Er ist außerdem Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit" beim Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), das

unlängst eine Studie zu den Auswirkungen von Klinikschließungen veröffentlicht hat – mit den Befunden: „Längere Fahrzeiten, weniger Krankenhausaufenthalte“. Die Autoren folgern, die Schließung einer Klinik könne „zu einer besseren Behandlungsqualität führen“ und eine „wichtige Maßnahme“ sein, „um die Effizienz zu erhöhen und eine personelle Mindestbesetzung zu gewährleisten“. Abwicklungen müssten „sorgfältig geplant werden und mit Konzepten zur Ausweitung der ambulanten Versorgung einhergehen“.

„Resilient gegen Lobbydruck“

Und für eben diesen großen Sprung in der Ambulantisierung setzt sich jetzt auch Lauterbachs Expertenrat ein, in dessen Mitte – dreimal dürfen Sie raten – der gute Herr Augurzky sitzt, neben ähnlich gesonnenen Leuten wie Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Daneben steht dieser dem uni-internen, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Gesundheitsökonomischen Zentrum Berlin (BerlinHECOR) vor, für das Gesundheit zuallererst ein Gegenstand „umfassender Leistungsmessung“ ist. Busse hatte mitten in der Hochphase der Pandemie im Frühjahr 2021 den Schneid, die in der Krise eingebrochenen Patientenzahlen zum Anlass zu nehmen, Strukturen der Überversorgung zu geißeln, weshalb „eine echte Reform hin zu technisch und personell adäquat ausgestatteten Krankenhäusern überfällig ist“.

Bei solch einer Besetzung nimmt es nicht wunder, dass Lauterbach – der Wegbereiter des Fallpauschalensystems, der erklärte, dass „jeder weiß, dass wir in Deutschland mindestens jede dritte, eigentlich jede zweite, Klinik schließen sollten“ – voll des Lobes ob der Ergebnisse ist und zwecks Umsetzung rasch zur Tat schreiten will, um, wie das Handelsblatt (hinter Bezahlschranke) titelte, die Krankenhauslandschaft zu „retten“. Und den Nörglern von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und vom GKV-Spitzenverband, die die Hoppladihopp-Attitüde beim Großreformieren ohne Mitsprache durch Verbands- und Patientenvertreter rüffeln, beschied der Gescholtene, sein Haus sei „sehr resilient, was Lobbydruck angeht“.

Das wäre ein guter Lacher zum Abschluss, gäbe es nicht noch diejenigen zu würdigen, die die Krankenhäuser wirklich retten wollen. „Entsetzt“ äußerte sich die „Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern“ ob der neusten Pläne. Die Kommission strebe mit einer breiten Ambulantisierung der klinischen Leistungen eine „deutliche Bettenreduktion“ an, beklagten die Aktivisten in einer Medienmitteilung und weiter: „Das ist die Aufgabe des gesundheitspolitischen Konsenses in Deutschland.“

Mit Hybridantrieb auf Geisterfahrt

Die Aktivisten sagen ein „organisiertes Kliniksterben“ in mehreren Stufen voraus: Über das DRG-System würden Anreize gesetzt, sich auf ambulante Behandlungen zu konzentrieren. Parallel führe das Definieren von Mindestmengen für stationäre Leistungen dazu, dass kleine Krankenhäuser sukzessive aus der stationären Leistungserbringung herausgedrängt werden. Zudem wolle die Kommission auf längere Sicht sogenannte Hybrid-DRGs einführen, mit denen ambulante Therapien auch von niedergelassenen Ärzten vorzunehmen wären. Nicht spezialisierten Kliniken käme damit noch mehr Kundschaft abhanden und Vollversorgern mit ihrer untervergüteten Rundum- und Notfallmedizin gerieten zur Ausnahmeerscheinung. Die Aktionsgruppe warnt:

> „Viele Einwohner in ländlichen Regionen werden ein Allgemeinkrankenhaus mit stationärer Notfallversorgung nicht mehr binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen. Dies kann bei eskalierenden Krankheitsverläufen lebensentscheidend sein.“

Noch ein Wort zu den Hybrid-DRGs, mit welchen die Kommission in einer „zweiten Reformstufe“ bisher stationäre Behandlungen in den vertragsärztlichen Bereich verlagern will. Denn irgendwo müssen Kranke ja hin, wenn es künftig nur noch wenige hundert Spitäler gibt. Allerdings wird das Kliniksterben seit langem von einem nicht minder verheerenden Praxissterben begleitet, gerade auf dem Land. Immerhin wurde der Trend wenigstens ein bisschen gebremst durch das vor drei Jahren von Ex-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) aufgelegte Terminservice- und Versorgungsgesetz. Seitdem setzt es bei Neupatienten nicht mehr den bis dahin fälligen 20-Prozent-Abschlag beim Honorar. In der Folge sollen nach Verbandsangaben wieder mehr Termine vergeben und mehr Patienten behandelt worden sein.

Gut so, sollte man meinen. Anders tickt Spahn-Nachfolger Lauterbach. Der will die Regelung nämlich wieder kippen, um so über sein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Krankenkassen zu entlasten. Dagegen läuft in diesen Tagen der geballte Berufsstand Sturm. Aus Protest blieben allein in Hamburg am Mittwoch etliche Praxen geschlossen und ein Offener Brief der Kassenärztlichen Bundesvereinigung warnt, „dass wir keinen Weg sehen, wie wir die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf dem bisherigen Niveau aufrechterhalten können“, was womöglich bedeute: „weniger Neupatienten und weniger Sprechzeiten“.

Frage: Wie soll das erst werden, wenn der Krankenhausbetrieb in Zukunft an Onkel Doktor outgesourct ist? Nun ja, wenn es ganz eng wird, könnte vielleicht der nächstbeste der 1.000 „Gesundheitskioske“ einspringen, die Lauterbach aufbauen will. So einer findet sich

bestimmt bald in jedem Einkaufszentrum.

Titelbild: Abraham_stockero / Shutterstock