



Interviews

06.01.2022, 08:10 Uhr

Krankenhausreform – Interview mit Manfred Lucha, Grüne, Gesundheitsminister in Baden-Württemberg

Engels: Die Finanzierung von Krankenhäusern ist eine komplexe Angelegenheit. Als Akteure wirken Bund und Länder, die Kliniken und natürlich die Krankenkassen. Viele Kliniken stecken nach den Corona-Jahren in finanziellen Schwierigkeiten. Vor einigen Wochen hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach nun Reformvorschläge für die Krankenhäuser gemacht. Sie sehen neben einer Basisfinanzierung für die Grundversorgung mehr Spezialisierung in mehreren Stufen vor. Gestern berieten Bund und Länder erstmals über die Vorschläge, und am Telefon ist nun Manfred Lucha. Er ist Gesundheitsminister in Baden-Württemberg. Er gehört den Grünen an, und er ist der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz. Guten Morgen, Herr Lucha.

Lucha: Guten Morgen, Frau Engels.

Engels: Was sagen Sie denn zu den Reformvorschlägen von Herrn Lauterbach?

Lucha: Die Reformvorschläge und die Einsetzung der Expertenkommission ist ja ein Resultat des Koalitionsvertrages aus dem Jahr 2021, den ich ja auch für die grüne Seite mit verhandeln durfte. Insofern hat Professor Lauterbach ganz konsequent die ersten Schritte umgesetzt und eine sehr gute Grundlage geboten, auf der wir jetzt bedarfsgenau und auch ressourcengenau die Gesundheitsversorgung besser und weiter entwickeln können.

Engels: Bayerns Gesundheitsminister Holetschek fürchtet, dass diese Form der Spezialisierung, die die Expertenkommission und Karl Lauterbach anstreben, dazu führt, dass die Krankenhauslandschaft auf dem Land ausdünn und der Weg hin zu

Klinikzentralisierung führt, für ein Flächenland eine schlechte Wahl. Haben Sie nicht die Sorge bei sich?

Lucha: Ich teile diese Sorge von dem Kollegen aus Bayern, dem sehr geschätzten Kollegen aus Bayern, nicht. Wir sind ja auch ein Flächenland, und wir haben im Prinzip ja schon begonnen, Konzentrationen zu bilden, weil auch diese Reform wird zeigen, dass für eine gewisse Qualität und eine Disziplinenbreite benötigen Sie Größen, Disziplinengrößen. Was für uns aber wichtig ist, und diese Reform gibt es, dass wir im Prinzip im ambulant-stationären Bereich, im Übergangsbereich, im Sektorenübergreifenden, wo wir Ressourcen aus stationärer und ambulanter Disziplin nutzen können, das wird und soll diese Reform und schon vorgezogen eine kleine Versorgungsreform bieten, und das wäre für uns als Flächenland ein ganz wichtiger Schritt. Die Zentrenbildungen haben in den letzten Jahren ja schon begonnen, nur, und das hat Professor Lauterbach mit seiner Kommission jetzt ja richtig erkannt, es sind Kliniken, die eigentlich gut aufgestellt sind, aufgrund dieser Finanzierungsströme und Entgeltstrukturen in die Schiefelage geraten, und das darf natürlich nicht sein.

Engels: Da kommen wir gleich noch hin. Dann machen wir es doch erst mal ganz konkret. Ist es bei Ihnen in Baden-Württemberg schon so, wenn Sie sagen, Sie haben da auch schon erste Schritte eingeleitet, so, dass viele Menschen schon für schwierigere Eingriffe weiter fahren müssen und kleine Kliniken wirklich nur noch die Basisversorgung machen?

Lucha: Es ist tatsächlich so, wir haben ja sogenannte strukturierte Planungsprozesse mit unseren Landkreisen, und Sie haben immer die Situation, eine Unterschriftenliste vor Ort hat Tausende von Unterschriften, aber wenn es dann eine etwas herausfordernde Behandlung ist, wird natürlich die Klinik gewählt, die dann tatsächlich die Expertise hat, die die Mindestmengen hat, die die Routinen hat. Beste Beispiele sind ja Schlaganfälle oder Polytrauma oder auch Herzinfarkte. Da brauchen Sie einen Linksherzkatheter, da brauchen eine Stroke Unit. Das muss klar definiert sein. Das braucht Größe, das braucht Kompetenz, und die können Sie nur in größeren Einheiten abbilden. Was die Menschen aber brauchen, und das ist die Sorge, die uns in unseren jetzt mehrjährigen Planungsprozessen mit viel Bürgerbeteiligung, auch unser Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung gesorgt hat, was ist, wenn ich mich um 22:00 Uhr tief in den Finger schneide, wer ist dann für mich noch wohn-

ortnah? Aber dafür brauche ich kein ganzes Krankenhaus mit einer ganzen Musikkapelle, sondern da brauche ich zielgerichtet Angebote. Ich brauche Angebote für Menschen, ältere Menschen, in der Nachsorge zwischen Klinik und Zuhause, sogenannte Genesungsbetten. Das wird vor allem in dem Level 1i und den Primärversorgungszentren in Zukunft möglich werden, muss möglich werden, und das sind die zielgenauen Ansätze.

Engels: Sie haben eben angesprochen, dass das System der Kliniken in der Schiefelage steckt durch Strukturschwächen der Art der Finanzierung. Müssen sich da aber nicht zum Teil auch die Länder an die eigene Nase fassen, denn das Krankenhausplanungsrecht liegt ja nun mal bei den Ländern, und viele Kliniken halten Ländern vor, dass für Investitionen und Gebäudeerhalt, wofür ja die Länder zuständig sind, zu wenig Geld in den letzten Jahren an die Krankenhäuser gegangen ist und man dort mühsam versucht hat, das selber aus eigenen Mitteln querzufinanzieren. Müssen also die Länder hier mehr Geld auch in ihre Kliniken stecken?

Lucha: Also, da würde ich fast sagen, ich wasche nicht meine Hände in Unschuld. Das wäre zu salopp formuliert, aber als in Baden-Württemberg Ministerpräsident Kretschmann 2011 die Regierung übernommen hat, war es tatsächlich so, dass die CDU/FDP-Vorgängerregierung so gut wie keine eigenen Finanzmittel mehr in die Krankenhausinvestitionen steckte. Wir haben das verxfacht. Wir haben auch die Sonderprogramme des Bundes alle zusätzlich kofinanziert, so dass wir einen Horizont haben, dass wir alle bedarfsgerechten Klinikvorgaben auch in einer realistischen Finanzierungsphase sehen. Auch wir müssen überlegen, dass aufgrund auch der gestiegenen Kosten durch Inflation noch mal zu sehen, ob wir da Mittel aufstocken, aber wir sind da schon sehr, sehr aktiv. Das Problem war aber die Entgeltstruktur. Es gibt zwei Dinge, die jetzt noch mal komplett auf den Prüfstand müssen. Das eine ist der sogenannte Landesbasisfallwert, der im Prinzip ermittelt, welchem Bundesland welcher Ausgangsmultiplikationsfaktor zur Verfügung steht. Der muss natürlich weg. Länder wie Baden-Württemberg mit den heute schon geringsten Bettenmessziffern wurden dafür bestraft, und wir müssen noch mal ganz intensiv an das Ausgleichssystem der Kassen, den sogenannten Morbi-RSA, weil starken, planungsstarken Kassen wie bei uns Geld entzogen wird. Auch hier brauchen wir eine Neuordnung. Die muss mit dieser Reform, die Karl Lauterbach mit seinen Experten vorgelegt hat, an der wir im Übrigen schon immer wieder zwischendrin mit beteiligt wurden, vorliegen. Dann gibt es auch einen Sinn.

Engels: Die Klinikreform ist ein Konzept, was am Ende auch von allen Ländern mitgetragen werden muss, denn das Krankenhausplanungsrecht liegt bei den Ländern. Wird es so weit kommen oder sind die Interessen der einzelnen Länder einfach zu unterschiedlich?

Lucha: Also, es ist tatsächlich so, eine der großen kollektiven Erfolge der jetzigen Debatte ist, dass es ein bundesratszustimmungspflichtiges Gesetz wird. Hier wird von vornherein mit offenen Karten gespielt. Hier wird die Mitarbeit der Länder eingepreist. Wir haben jetzt klare Arbeitsstrukturen, auch die, die wir über unsere Gesundheitsministerkonferenz, über unsere Gesundheitsbehörden zur Verfügung stellen. Das sind jetzt die Arbeitsgremien, und wir werden dann die Ländervertretungen, Herr Holetschek für die CDU-geführten Länder, Frau Schlotzhauer für die SPD-geführten und ich als Vorsitzland mit dem Bund und den Experten alle Schritte in Arbeitsetappen abarbeiten, und am Schluss werden wir als im Bundesrat dafür sorgen, dass es zustimmungswürdig ist und dass wir Länder uns hinter dieses Gesetz dann auch stellen.

Engels: Dann machen wir hier einen Schnitt, was die Krankenhäuser angeht, und kommen noch kurz auf Corona zu sprechen, denn seit gestern wurde ja bekannt, dass Einreisende aus China nun doch auch in Deutschland einer Schnelltestpflicht unterliegen sollen. Bringt das etwas, wenn man nicht jeden Test auch zugleich sequenziert, das heißt, auf neue, möglicherweise gefährliche Varianten untersucht?

Lucha: Das war die Entscheidung, die Minister Lauterbach im Zuge seiner Beratungen auf EU-Ebene uns so mitgeteilt. Wir werden tatsächlich trotzdem noch darauf achten sollen, dass wir aus diesen Flugzeugen das Abwasser monitoren, dass wir dort auch sequenzieren. Baden-Württemberg sequenziert ohnehin selbstständig immer noch weiter seine Proben. Insofern müssen wir das beobachten, und noch mehr beobachten müssen wir natürlich jetzt die Entwicklung im Nordosten der USA, was diese neue Variante macht, ob sie tatsächlich wieder stärkere Krankheitsfälle und Krankheitstiefe auslöst. Da hatten wir ja vorgestern über Ihre Medien gehört, dass es die ersten stärkeren Klinikeinweisungen gibt. Auch hier gilt natürlich, dass wir bei uns sequenzieren, sequenzieren und ganz genau beobachten, wie es sich entwickelt.

Engels: Sie sprechen es an, möglicherweise eine gefährlichere Untervariante in den USA, das ist noch nicht so klar, aber bräuchte man dann nicht auch Testpflicht für Flugzeuge aus den USA noch in viel stärkerem Maße?

Lucha: Das ist genau der Punkt, den dann Minister Lauterbach im Kreise seiner europäischen Kolleginnen und Kollegen besprechen muss. Wir stützen uns da ja auf dieselben Daten aus dem Robert-Koch-Institut und unseren eigenen Landesgesundheitsämtern und Institutionen, die sequenzieren und über Survey-Strukturen verfolgen, aber wir sind da im Geleitzug mit der Bundes- und Europapolitik als Länder.

Engels: Manfred Lucha, der Gesundheitsminister von Baden-Württemberg und Grünen-Mitglied, vielen Dank für das Gespräch heute früh.

Lucha: Danke auch, Frau Engels.

Äußerungen unserer Gesprächspartner geben deren eigene Auffassungen wieder. Der Deutschlandfunk macht sich Äußerungen seiner Gesprächspartner in Interviews und Diskussionen nicht zu eigen.