Trotz Gesetzesmarathon im Gesundheitswesen

© Alexander Limbach – stock.adobe.com

Fällt Lauterbachs Revolution aus?

Langsam, aber sicher wird für den selbsternannten Reformminister des deutschen Gesundheitswesens, Prof. Dr. Karl Lauterbach, die politische Gestaltungszeit knapp. Dies gilt insbesondere für das Herzstück seiner Reformen, die Krankenhausreform, von Lauterbach selbst als Revolution bezeichnet. Dumm nur, dass eine auf Bundesebene ausgerufene Revolution des Krankenhaussektors bereits auf der Länderebene enden kann, bevor diese überhaupt begonnen hat. Denn in der Krankenhausplanung haben die Länder das Sagen. Lauterbach bleiben nach übereinstimmender Einschätzung der sachkundigen Auguren weniger als zwei Monate für einen alle Seiten überzeugenden Gesetzesentwurf, um aus einem hyperaktiven Minister einen Reformer zu machen.

Bei den vielen von Lauterbach angekündigten und teils umgesetzten Gesetzen den Überblick zu behalten und zudem deren systemische Wirkung und Bedeutung zu erfassen, ist bei nicht täglicher Beschäftigung mit der Materie fast unmöglich, allzumal der Minister fast alle Vorschläge wie auch Gesetze und Verordnungen mit seiner Lieblingsvokabel „Reform" etikettiert.

Deshalb nachfolgend eine kurze Zusammenfassung des bisherigen Gesetzesœuvre aus dem Bundesgesundheitsministerium sowie der für 2024 geplanten Reformagenda – die es allerdings gesetzgeberisch in sich hat.

2022 – der erste Paukenschlag

Das Jahr 2022 war hinsichtlich der Anzahl neuer Gesetze noch übersichtlich. Neben neuen Regelungen im Zuge der Coronapandemie, dem Masernschutzgesetz und steigendem Mindestlohn in der Pflege war der erste Paukenschlag das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, um den für 2023 und 2024 prognostizierten ungedeckten Finanzbedarf von 17 Milliarden Euro aufzufangen. Bei den Heilberuflern traf es neben den Apotheken insbesondere die Zahnärzteschaft, denen der Minister ein „striktes" Budget für 2023 und 2024 auf Höhe des Jahresbudgets 2022 verordnete. Ganz nebenbei kassierte er die Zusagen für die Finanzierung der höheren Kosten für die gerade angelaufene neue PAR-Strecke wieder ein. Die negativen Folgen für die Zahnärzteschaft und insbesondere die neue präventionsorientierte PAR sind bekannt.

2023 – Lauterbachs Reformen starten

7 / 20 / 30 / 94 / 468 / 93 – was sich liest wie die Gewinnzahlen für ein Glücksspiel sind jedoch die veröffentlichten „Leistungsdaten" des Bundesgesundheitsministeriums für das Jahr 2023. Fleiß ist den Mitarbeitern des Bundesgesundheitsministeriums nicht abzusprechen, denn sieben Gesetze, 20 Verordnungen (Erlasse des Ministeriums, die keiner parlamentarischen Abstimmung bedürfen), 30 Berichterstattungen und 655 Antworten auf kleine, schriftliche und mündliche Anfragen wollen schließlich erarbeitet werden. Diese sieben Gesetze stehen zu Buche:

- Digital-Gesetz (Digi-G)
- Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)
- Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz
- Pflegestudium-Stärkungsgesetz
- Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)
- Krankenhaustransparenzgesetz
- Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Damit verdienen sich die damit befassten Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums bereits das Prädikat „fleißig". Gleichzeitig müssen sich jedoch die Ministeriumsmitarbeiter mit der Erarbeitung und politischen „Vorbereitung" von weiteren 13 bereits angekündigten Gesetzesvorhaben für das Jahr 2024 befassen. In diesem Zusammenhang würde ich gerne wissen, ob und wie Lauterbach seine Mitarbeiter

unter solchen Umständen motiviert und bei Arbeitslaune hält.

2024 – Finale oder Fiasko

Denn Lauterbachs Reformagenda – und nebenbei bemerkt der Erfolg seines gut 20-jährigen gesundheitspolitischen Schaffens – hängt entscheidend davon ab, ob die von ihm als Kern seiner Reform groß angekündigte Krankenhausreform tatsächlich noch in diesem Jahr in ein Gesetz gegossen und entscheidend auch rechtzeitig beschlossen werden kann. Zudem darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Krankenhausreform, so sie denn wie vorgeschlagen kommen wird, durch die Level 1i und 1n „Krankenhäuser" erhebliche strukturelle Folgen für die ambulante Versorgung haben wird.

Angesichts der Herkulesaufgabe, den stationären Sektor finanziell zu sanieren und für die Zukunft stabil aufzustellen, ist die Länge der To-do-Liste des Bundesgesundheitsministeriums mehr als bemerkenswert. Stand Anfang März sind 13 Gesetzesmaßnahmen geplant:

- Cannabisgesetz (CanG)
- Krankenhausreform
- Notfallreform
- Reform des Rettungsdienstes
- Versorgungsgesetz I (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
- Versorgungsgesetz II
- Digitalagentur
- Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin
- Medizinforschungsgesetz
- Apothekenreformgesetz
- Patientenrechtegesetz
- Pflegekompetenzgesetz
- Entbürokratisierungsgesetz[1]

Das alles sieht nicht nur nach noch mehr Arbeit, sondern auch erheblichem Verzettelungspotenzial für die 1.078 Mitarbeitenden des Bundesgesundheitsministeriums (Statista 2023) aus. Ganz abgesehen davon, dass sich politische Entscheidungsprozesse nur selten einem strikten Zeitplan unterwerfen lassen.

Drei Gesetzesvorhaben stechen heraus

Unter den auf der To-do-Liste stehenden Gesetzesvorhaben stechen aufgrund ihrer Komplexität und tiefgreifenden Veränderungen für das existente Gesundheitssystem die Krankenhausreform, Notfallreform und in Teilen die Versorgungsgesetze bzw. das GVSG hervor. Das nach wie vor kontrovers diskutierte Cannabisgesetz wurde zwar am 23. Februar vom Bundestag beschlossen, ist allerdings damit noch nicht von der Liste. Denn die letzte Hürde muss am 22. März im Bundesrat genommen werden. Die Zustimmung der Länderkammer gilt jedoch alles andere als sicher.

Krisengipfel, Versorgungsgesetz I und die Etikette

Das Jahr 2024 startete berufs- und standespolitisch spektakulär. Zumindest bei den Ärzten. Diese trafen sich in der zweiten Woche des neuen Jahres mit Minister Lauterbach zu einem Krisengipfel zur ambulanten Versorgung, Stichwort Entbudgetierung der Hausärzte. Kurz danach verkündete Lauterbach öffentlichkeitswirksam das Aus für die Homöopathie auf GKV-Kosten, da diese keinen medizinischen Nutzen habe. Beide Vorhaben sind im zweiten Entwurf des Versorgungsgesetzes I/GVSG enthalten. Dieser Entwurf soll gemäß der *ÄrzteZeitung* allerdings vom Dezember datieren. Da fragt man sich schon, warum es eines Krisengipfels bedurfte, um die frohe Botschaft der geplanten Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung unter das Volk zu bringen. Soviel zur Inszenierung eines Krisengipfels, zu dem im Übrigen die verfasste Zahnärzteschaft nicht eingeladen war. Nun denn, Themen der Zahnärzteschaft wurden auch nicht behandelt. Stillos ist es trotzdem.

Lauterbach plant echte Entbudgetierung

In dem zweiten Entwurf wird nun die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung unter dem neuen Begriff des „hausärztlichen Leistungsbedarfs" konkretisiert. Allerdings, und das ist der fundamentale Unterschied, muss der hausärztliche Honoraranteil bei höherem Leistungsvolumen durch Nachzahlungen der Kassen zu EBM-Preisen ausgeglichen werden. Damit wäre die befreiende Zahlung der Kassen auf Basis der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung Geschichte. Auf diese Weise wird auch eine Benachteiligung der fachärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Eine gute Nachricht, die allerdings noch keine Erklärung hat, wie nun die GKV-Kassen mit dieser Budgetunsicherheit umgehen sollen.

Entfall der Homöopathie reicht nicht aus

Das von Lauterbach landauf landab lautstark verkündete Ende der Homöopathie auf GKV-Kosten (und damit auch des entsprechenden Kassen-Marketings) wird die zu erwartenden Mehrkosten jedenfalls nicht aufwiegen. Aufgrund der Knauserigkeit des Finanzministers, der sich angesichts der dramatisch steigenden Belastungen der Beitragszahler noch nicht einmal scheut, versicherungsfremde Leistungen in Höhe von fast sieben Milliarden unbezahlt zu lassen, stellt sich die Frage, wo denn das Geld im System eingespart werden soll. Außer Lauterbach findet noch Geld im ambulanten System. Die doppelte Facharztschiene ist ihm ja seit über 20 Jahren ein Dorn im Auge. Aber das würde ein Gelingen der Krankenhausreform voraussetzen. Dazu später mehr.

So viel zu den Neuerungen des zweiten Entwurfs des GVSG. Nachfolgend kurz die wichtigsten Vorhaben aus dem ersten Entwurf des GVSG aus dem Sommer 2023: die Einrichtung von Gesundheitskiosken (finanziert zu 74,5 % GKV, 5,5 % PKV und 20 % Kommunen), der Aufbau von Gesundheitsregionen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung vor Ort (Bildung von Netzwerken regionaler Versorger wie Praxen, Ärztenetze, Kliniken, Pflegedienste etc.), Gründungserleichterung ärztlicher MVZ in der Rechtsform einer GmbH, Mit-

sprache der Länder in den ärztlichen Zulassungsausschüssen, Änderungen beim Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung (Mittel sollen auch ohne Unterversorgung zur Verfügung gestellt werden) und weitere Regelungen, insbesondere den GBA betreffend.

Bis dato also viel Bewegung bei den Ärzten, so gut wie keine aufseiten der Zahnärzte. Aber wer weiß schon, was aus dem Ministerium noch so alles kommen wird. Immerhin ist das GVSG als Omnibusgesetz geplant und weitere Ergänzungen sind bereits angekündigt.

Lauterbachs Revolution

Angesichts der vielen Reformen, die der Bundesgesundheitsminister für diese Legislatur angekündigt hat, sticht jedoch eine heraus: Lauterbachs große Revolution, vulgo die Krankenhausreform. Diese ist im Kontext der Reformen und abgesehen von der notwendigen finanziellen Konsolidierung des stationären Sektors tatsächlich zentral für eine neue Organisationsstruktur des Gesundheitswesens. Eng damit verbunden ist die Notfallreform, die jedoch ohne die Krankenhausreform erheblicher zusätzlicher struktureller Aufwände bedarf.

Nun ist die Notfallreform keine Erfindung von Karl Lauterbach. Bereits Hermann Gröhe, von 2013 bis 2017 Gesundheitsminister in der großen Koalition, wollte mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Notfallreform durchsetzen, die den ambulanten und den stationären Sektor miteinander verschränken sollte. Aus dieser Zeit stammen u. a. die sogenannten Portalpraxen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschloss damals eine Einteilung der Kliniken gemäß deren Leistungsfähigkeit bei Notfällen. Hier finden sich bereits 600 von 1.800 damals überprüften Kliniken, welche die Basiskriterien nicht erfüllen konnten. Diese Einteilung ist wiederum in die Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingeflossen. Mittlerweile sind wir zwei Legislaturen weiter.

Und damit zurück zur Krankenhausreform, die aufgrund der föderalen Strukturen in Deutschland der Quadratur eines Kreises gleichkommt. Anders gesagt: Der Bund, hier vertreten durch den Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, kann ohne die Zustimmung der Bundesländer, die bei der Krankenhausplanung nun mal die Hosen anhaben, keine noch so sinnvoll erscheinende Krankenhausreform durchführen. Weiß eigentlich jeder – bis eben Karl Lauterbach, der bei den Landesgesundheitsministern mit seiner Top-down-Attitüde auf Granit biss. Und so steht auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums nach wie vor: „Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Kommission wurde im Mai 2022 eingerichtet, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Sie soll Empfehlungen vorlegen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formulieren. Dabei orientiert sich die ‚Regierungskommission Krankenhaus' an Kriterien wie Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung."[2]

Als Revolutionär ungeeignet

An dieser Stelle kommt nun das Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, kurz Krankenhaustransparenzgesetz ins Spiel, mit dem Lauterbach die Landesminister zusätzlich vergrätzte. Gemäß BMG „flankiert die Bundesregierung [mit diesem Gesetz] die geplante Krankenhausreform. Das Gesetz ist Basis für die geplante Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland. Patientinnen und Patienten sollen erkennen können, welches Krankenhaus in ihrer Nähe welche Leistungen anbietet, und wie diese Klinik im Hinblick auf Qualität sowie ärztliche und pflegerische Personalausstattung abschneidet."[3] Das ist im Prinzip nichts anderes als die Einführung der in der Krankenhausreform vorgesehenen Versorgungslevel 1i bis 3 der Krankenhäuser durch die Hintertür. Diese Nummer kostete Lauterbach bereits ein halbes Jahr Zeit. Zeit, die nun für die Umsetzung seiner Revolution fehlt. Und die Moral von der Geschichte: Das Gesetz ist immer noch nicht beschlossen, denn es muss am 22. März noch durch den Vermittlungsausschuss des Bundesrates.

Doch Lauterbach gibt sich zuversichtlich, bis spätestens zum 24. April einen Gesetzentwurf für die Krankenhausreform ins Kabinett zu schaffen. Wobei, schaffen ist das eine, die Zustimmung der Minister zum Entwurf aber etwas anderes. Warum dieser so wichtig ist? Dieser Termin gilt als letzte Möglichkeit, ein seitens der Bundesländer zustimmungspflichtiges Gesetz in dieser Legislatur noch im Bundesgesetzblatt veröffentlichen zu können. Mithin brennt trotz aller zur Schau gestellten Zuversicht des Ministers bereits der Baum. Die Gefahr ist nicht klein, dass sich am Ende der Legislatur Lauterbachs Wirken weder als revolutionär noch reformierend für das Gesundheitswesen erweisen wird.

Was hat das alles mit Zahnmedizin zu tun?

Das alles klingt nicht nach Zahnmedizin. Was aber hat die Zahnärzteschaft mit der Klinikreform zu tun? Vordergründig ist sie nicht betroffen, dennoch stellt sich die Frage, welche Verortung die Politik für die Zahnmedizin vor Augen hat.

Auch wenn die Neuordnung der Versorgung noch nicht in allen Aspekten definiert ist – dies betrifft hauptsächlich die fachärztliche ambulante Versorgung – so sind die zukünftigen Ebenen jedoch bereits deutlich erkennbar. Dabei kommt der Neustrukturierung des stationären Sektors die tragende Rolle zu. Diese basiert im Wesentlichen auf den Vorschlägen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" aus Dezember 2022.[4] Diese bilden die Basis für das Eckpunktepapier Krankenhausreform,[5] auf das sich Bund und Länder im Sommer 2023 geeinigt haben. Wesentliches Merkmal ist die Einteilung

der Krankenhäuser in die sogenannten Level 1n, 1i, 2 und 3.

Gemäß den Gesetzesvorschlägen könnte die Versorgung zukünftig in sechs oder sieben Ebenen, abhängig von der zukünftigen Rolle der ambulanten fachärztlichen Versorgung, strukturiert werden:

- Aufgreifende/niederschwellige Versorgung – Gesundheitskioske, Community health nurses etc.
- Grundversorgung Hausärzte – analog zur Hausarzt-zentrierten Versorgung nach § 73b
- Hybridversorgung zwischen den Sektoren (Level 1i Kliniken, Ambulantisierung/Hybrid-DRG, AOP)
- Notärztliche Grundversorgung (hybrid [ambulanter und stationärer Sektor] in integrierten Notfallzentren, Level 1n Krankenhäuser)
- Stationäre Grund- und Fachversorgung (Level 2 Krankenhäuser)
- Spezialisierte, maximal- und hochschulmedizinische Versorgung[6]

Als funktional die Ebenen verbindendes Scharnier soll die elektronische Patientenakte fungieren. Doch für die Umsetzung des vorgenannten Szenarios fehlen noch entscheidende Gesetze, allen voran das Krankenhaustransparenzgesetz. Und hier drängt nicht nur die Zeit, um das Gesetz noch in dieser Legislatur durch das Parlament und den Bundesrat bringen zu können, sondern auch – Stichwort Entökonomisierung –, weil die Finanzlage der Kliniken immer prekärer wird.

Ob sich die Zahnmedizin in dieses Szenario einordnen lassen muss oder aufgrund ihrer Besonderheiten (Grundversorger, kein der Medizin vergleichbares klinisches Back-up, mit Ausnahme der Kieferorthopäden keine Trennung in Haus- und Fachzahnärzte, starke Präventionsorientierung, hochtechnisierte Praxen, differente Abrechnungssystematik) auf einer eigenen Umlaufbahn bleibt, wird die Zukunft zeigen. Angesichts der offenen Baustellen Lauterbachs kann man davon ausgehen, dass diese Frage in dieser Legislatur nicht mehr gestellt werden wird. Was letztlich Good News sind, denn die Entwicklung möglicher, vor allem sinnvoller alternativer Szenarien braucht Zeit und wird nicht vom Himmel fallen.

Doch das Jahr 2025 und damit das Ende der Budgetierung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes ist politisch nicht mehr so weit entfernt, wie der Blick auf den Kalender nahelegt. Bis Ende des Jahres muss der Minister jedoch das Budget 2025 für die zahnärztliche Versorgung der GKV-Versicherten klar gezogen haben. Doch dies steht im derzeitigen Reformkontext noch sehr weit unten auf der To-do-Liste des Ministers. Und genau darin liegt die Gefahr, da viele seiner Gesetzesmaßnahmen erhebliche zusätzliche Ausgaben bedeuten werden. Dass die Einnahmen der GKV weiterhin steigen werden, ist angesichts der wirtschaftlichen Lage eher unwahrscheinlich. Zudem ist der Etat für Gesundheit im Bundeshaushalt 2025 mittlerweile der zweitkleinste. Sollte der Minister es tatsächlich schaffen, auf den letzten Metern seine Krankenhausreform doch noch durchzubringen, kommen im Zuge des Transformationsfonds weitere Milliardenbelastungen – Lauterbach spricht von 50 Milliarden – davon 25 Milliarden auf die GKV zu und schränken den Verhandlungsspielraum der Zahnärzteschaft nach Auslauf der Budgetierung durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aller Voraussicht nach weiter ein. Grund zur Panik ist das jedoch nicht, sondern die Chance, das eigene Spielfeld neu zu gestalten.

Quellen:

[1] observer-mis.de/data/exchange/Monitor_Chro/BMG/Bilanz 2023_V4.pdf

[2] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor

[4] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung

[5] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html

[6] nach Dr. Albrecht Kloepfer, ix-media vom 29. Januar 2024, Seite 3

[7] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/krankenhaustransparenzgesetz.html

Der Autor im Porträt

Dr. med. Uwe Axel Richter
hat Medizin in Köln und Hamburg studiert. Sein Weg in die Medienwelt begann beim *Hamburger Abendblatt*, danach wechselte er in die Fachpresse. Er sammelte seine journalistischen Erfahrungen auf sämtlichen journalistischen Positionen ebenso wie als Herausgeber, Verleger und Geschäftsführer bei verschiedenen Medienunternehmen. Zuletzt als Chefredakteur der *Zahnärztlichen Mitteilungen* in Berlin tätig, verfolgt er gewohnt kritisch die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen.

Kontakt zum Autor unter
uweaxel.richter@gmx.net