



DR. MED. MICHAEL A. WEBER

Der vlk warnt: Die Gesundheitsreform kann jeden Einzelnen negativ treffen, wenn nach dem Kliniksterben die Kapazitäten für die zügige Versorgung der Bevölkerung nicht ausreichen

BRITTA WILKENS

Im Gespräch mit Privatdozent Dr. med. Michael A. Weber, Präsident des Verbandes leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e. V. (vlk), wird schnell klar, dass nicht alles bei der Reform unseres Gesundheitssystems optimal läuft. Gesundheitspolitik ist primär Ländersache und kann nicht so einfach vom Bundesgesundheitsminister an sich gerissen und verändert werden. Das Ziel seines Ministeriums, die Krankenhauslandschaft radikal zu verändern, Kliniken zu schließen, Kompetenzzentren für schwierige medizinische Leistungen aufzubauen, begrüßt nicht zuletzt der vlk-Chef, doch über das Wie, da gehen die Meinungen deutlich auseinander.

20–30 Prozent der Kliniken sollen nach den Plänen von Prof. Dr. Karl Lauterbach geschlossen werden. Um dies durchzusetzen, wird den Krankenhäusern aktuell bundesweit eine adäquate Finanzierung bis hin zum Inflationsausgleich verweigert. Es kommt, wie es kommen muss: Viele Kliniken befinden sich bereits heute am finanziellen Limit. Immer mehr Insolvenzverfahren sind anhängig. PD Dr. Weber befürchtet, dass aktuell endlos viele versorgungsrelevante Strukturen unwiederbringlich zerstört werden, was aber erst 2026/2027 merkbar zum

Tragen kommen wird. Dann, wenn der amtierende Gesundheitsminister wohl nicht mehr im Amt sein wird. Der vlk fordert daher von Bundesgesundheitsminister Lauterbach, endlich das Gespräch mit den zuständigen Ländern aufzunehmen, um ein strukturiertes Vorgehen in die Wege zu leiten.

„Die Lage in den Bundesländern ist höchst unterschiedlich. So haben Flächenländer andere Anforderungen an das System als Stadtstaaten“, erklärt PD Dr. Weber. Doch wo der eine oder andere Mindeststandard nicht vollumfänglich gegeben ist, bedeutet das die Schließung des Gesundheitszentrums. Die Folge: Es kommt von einer Minder- zu einer Nichtversorgung, wie bereits jetzt in einigen ostdeutschen Bundesländern. Der vlk fürchtet zudem, dass auch große Kliniken wie die Charité nicht in der Lage sein werden, die Kapazitäten von zehn geschlossenen Brandenburger Kliniken zu kompensieren.

Eine weitere Forderung Lauterbachs ist die Abschaffung der sogenannten Gelegenheitsversorgung. Das ist richtig, wer möchte auch eine OP am offenen Herzen von einem Chirurgen durchführen lassen, der diese durchschnittlich fünf- bis zehnmal pro Jahr ausführt? Doch wo liegt die notwendige Erfahrungs-

grenze? Warum kommt gerade jetzt die Einführung von Mindestvorhaltezahlen im letzten Moment im Gesetzentwurf neben den erprobten Mindestmengen des G-BA? Liegt sie bei 50 oder 100? Und was, wenn das Klinikum über das Jahr nur 99 durchgeführt hat? Muss dann die Abteilung geschlossen werden? Der vlk fordert darum die Einführung von Zahlenkorridoren, um Fehlanreize der Leistungsausweitung zum Erreichen dieser Zahlen zu verhindern, was aber auf taube Ohren stößt.

Und dann ist da ja auch noch das Krankenhausverbesserungsgesetz. Doch statt Überregulierung abzubauen, scheint die knapp 200 Seiten starke Vorlage weitere Hürden in den Alltag des Klinikpersonals zu bringen. Hinzu kommen die Pläne des Bundes, diese Strukturreform ohne die Bereitstellung finanzieller Mittel umzusetzen. Dabei hat die Zentralisierung allein in Dänemark mit seinen knapp sechs Millionen Einwohnern viele Milliarden gekostet. Zum Schluss noch eine weitere Posse aus Berlin: Ambulantes Operieren spart viel Geld und ist somit politikseitig und natürlich von Patientenseite gewünscht. Man fragt sich nur, warum die Honorierung ambulanter Eingriffe gegenüber stationären Interventionen deutlich schlechter ausfällt und damit kein Anreiz geschaffen wird, der das Projekt stärker voranbringen könnte.

Experten