1038. Bundesratssitzung am 24.11.2023

Bundesrat verzögert Krankenhaustransparenzgesetz

„Die Transparenz muss kommen. Die Transparenz, welches Krankenhaus für welche Leistung besonders gut ist, sodass der Bürger sich informiert entscheiden kann. Die Patienten brauchen das, daran werden wir nicht rütteln, davon werden wir nicht abrücken." Dies erklärte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach, nachdem in einer Abstimmung des Bundesrats mit einer knappen Mehrheit von 35 Stimmen das von ihm geplante Krankenhaustransparenzgesetz in den Vermittlungsausschuss verwiesen wurde. Das sei „in der Tendenz eine schlechte Nachricht für Patienten." Denn: Es kostet wertvolle Zeit.

>> Bereits davor hatte der Gesundheitsausschuss dem Bundesrat empfohlen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 19. Oktober 2023 verabschiedeten Gesetz die Einberufung des Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes mit dem Ziel einer grundlegenden Überarbeitung des Gesetzes zu verlangen. Was er dann auch tat.

Zeit und vor allem der Zeitpunkt, zu dem das Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, kurz Krankenhaustransparenzgesetz (1) in Kraft treten sollte, war denn auch der wesentliche Kritikpunkt einiger Ministerpräsident:innen, die sich anlässlich der 1038. Bundesratssitzung am 24.11.2023 eingefunden hatten. Die Auftaktrede hielt Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister **Karl-Josef Laumann**, Initiator eines Entschließungsantrags der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Bayern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Dessen Ziel: Für das Krankenhaustransparenzgesetz die Einberufung eines Vermittlungsausschuss gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes zu verlangen. Die im Vorfeld verfasste Protokollerklärung hält er zwar für einen „Schritt in die richtige Richtung", der jedoch die Probleme der Vergangenheit nicht aufhole. Die darin angekündigte Erhöhung des Landesbasisfallswerts stellt seiner Ansicht nach keine Antwort auf weitere Kostensteigerungen dar, vor allem nicht bei den Betriebskosten der Krankenhäuser, für die der Bund zuständig sei. Laumann: „Deswegen sitzen wir zusammen, um in der Krankenhausplanung die Betriebskostenfinanzierung eng zueinander zu bringen, denn unsere Krankenhäuser brauchen am Ende ein System, bei dem das Planungssystem und das Betriebskostensystem vernünftig ineinandergreift."

Dabei hat gegen Transparenz an sich haben weder Laumann noch seine Ministerkolleg:innen etwas, die anlässlich der Bundesratssitzung nach ihm sprachen. „Das Transparenzgesetz ist in der Zielrichtung, Transparenz über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und über die Qualität der medizinischen Behandlung herzustellen, vernünftig und richtig", erklärte der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister. Doch sei weder der Zeitpunkt richtig, noch die damit einhergehende Vordefinition von Leistungsgruppen. Im Zuge der Gespräche zwischen Bund und Ländern über die Bundeskrankenhausreform habe man sich auf die Planung von Leistungsgruppen geeinigt; ein Prozess, in dem sein Bundesland „zur Zeit mitten drin" sei.

Nun aber legt das bereits vom Bundestag beschlossene Krankenhaustransparenzgesetz fest, dass das damit zu beauftragende Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) jeden Standort eines Krankenhauses zum Zweck der Veröffentlichung im zu erstellenden Transparenzverzeichnis oder auch -portal einer Versorgungsstufe zuordnet. Dies soll laut Gesetz beispielsweise bei der Versorgungsstufe „Level 3U" (Hochschulklinik) durch einen Leistungskatalog aus mindestens je fünf internistischen und chirurgischen Leistungsgruppen, den Leistungsgruppen Intensivmedizin und Notfallmedizin sowie zusätzlich aus acht weiteren Leistungsgruppen geschehen erbracht werden. Für die niedrigste Versorgungsstufe „Level 1n" sollen das hingegen mindestens die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Intensivmedizin sowie Notfallmedizin sein.

Dieses Transparenzgesetz, so Laumanns Einwurf, nehme damit eine vorläufige Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Krankenhäusern „quasi vorweg". Dieser Akt schränke seiner Meinung nach „de facto die Planungshoheit der Länder über die Krankenhäuser erheblich" ein. Von daher sei dieses Gesetz eine „wesentliche Erschwernis" für die Krankenhausplanung der Länder. Darum sei es auch richtig, damit den Vermittlungsausschuss zu beschäftigen. Ein solches Gesetz in Kraft zu setzen, so Laumann weiter, wäre nur richtig, wenn „wir in den Ländern die faire Möglichkeit" hätten, auf Grundlage eines neuen Krankenhausplanungsgesetzes ohne Vorgaben Leistungsgruppen zuzuweisen. Laumanns Schlusswort: „Das Transparenzgesetz kommt zum jetzigen Zeitpunkt und mit einem Inkrafttreten im Oktober des nächsten Jahres einfach zu früh." Damit gab Laumann auch die von Ministerkolleg:innen angedachte Zeitlinie vor: einige Jahre. Denn: Zuerst muss das Krankenhausplanungsgesetz

Hintergrund

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz will die Bundesregierung die geplante Krankenhausreform flankieren. 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.

Dieses Transparenzverzeichnis soll begleitend zum Gesetz zur Umsetzung der Krankenhausreform im kommenden Jahr vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht werden. Dazu werden die Krankenhäuser verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) künftig folgende ergänzende Angaben zu übermitteln: Zuordnung von Leistungen zu Leistungsgruppen, Standortbezug bei Diagnosen und Prozeduren, Daten zum Pflegepersonal sowie Daten zum ärztlichen Personal. Zudem wird das InEK verpflichtet, die bei ihm vorhandenen Daten sowie Auswertungen an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Das IQTIG wertet diese Daten zusammen mit den bei ihm vorhandenen Qualitätsdaten aus und übermittelt die Auswertungen an das Bundesgesundheitsministerium zur Veröffentlichung.

Zeitachse

24.11.2023

Bundesratsitzung

19.10.2023

Pressemitteilung: Bundestag beschließt Krankenhaustransparenzgesetz

21.09.2023

Bundestagsrede zur 1. Lesung des Krankenhaustransparenzgesetzes

endgültig ausdiskutiert und verabschiedet sein. Danach müssen alle Bundesländer für sich, aber auf dessen Grundlage und der darin festgeschriebenen Definition der Leistungsgruppen diese zuweisen. Laumann, aus eigener Erfahrung in NRW: „Ich weiß, wie lange so ein Prozess läuft, bis man ihn umsetzen kann. Ich finde, diese Zeit muss man uns geben. Dann wäre ein solches Gesetz wahrscheinlich richtig schön."

„Die Zuordnung der Leistungsgruppen ist der Kerninhalt der Reform", bestärkte **Manne Lucha**, Minister für Soziales, Gesundheit und Integration von Baden-Württenberg, Laumann. Er dankte diesem für die in NRW geleistete Vorarbeit, aber auch allen andern Ländern und auch dem Bundesgesundheitsminister, dass man sich in Bund-Länder-Gesprächen über Eckpunkte verständigen konnte, die Strukturqualität mittels der Leistungsgruppen einvernehmlich zu gestalten. Nun aber tue das Transparenzgesetz so, „als gäbe es diese Leistungsgruppen schon". Das sei jedoch nicht der Fall, weshalb die damit einhergehende Zuweisung durch den Bund in die Planungshoheit der Länder eingreife.

Judith Gerlach, seit November dieses Jahres neue bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, nutzte zu Beginn ihre Redezeit für ein Plädoyer für ein Soforthilfeprogramm zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Krankenhäuser in Höhe von fünf Milliarden Euro. Ebenso müssten ihrer Ansicht nach die verkürzten Zahlungsfristen von Krankenhausrechnungen verstetigt werden, zudem sei der Bund bei der Betriebskostenfinanzierung gefordert. Sie empfindet es – ihren Worten zufolge – als ein „sehr durchsichtiges Manöver", vergütungsrelevante Aspekte in ein Gesetz zu ziehen. Aus diesem Grunde müsse das Krankenhaustransparenzgesetz im Vermittlungsausschuss landen, „denn genau da gehört es hin, weil es die Krankenhausreform in zentralen Teilen für uns vorwegnimmt" . Ebenso stellte sie „unmissverständlich klar", dass für sie wie für alle anderen ihrer Länderkolleg:innen Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser ein wirklich wichtiges Anliegen sei. Tatsache sei jedoch, das mit dem Gesetz in der jetzt vorgelegten Form vor allem transparent werde, an welchen gravierenden Mängeln dieses Gesetz leide. Zum einen mache der Bund damit den zweiten Schritt vor dem ersten. Sinnvollerweise könne - hier ist sie mit Laumann und Lucha einer Meinung - eine Veröffentlichung von Leistungsgruppen erst dann erfolgen, wenn die Zuordnung der Leistungsgruppen final durch die Planungsbehörden der Länder erfolgt ist. Von daher müsse die Veröffentlichung „unbedingt verschoben und dringend im Vermittlungsausschuss überarbeitet" werden.



„Die Verlierer sind nicht wir, sondern die Patientinnen und Patienten."
Prof. Dr. Karl Lauterbach



„Eine wesentliche Erschwernis für die Krankenhausplanung der Länder."
Karl-Josef Laumann

Ins gleiche Horn stieß **Kai Klose**, hessischer Staatsminister für Soziales und Integration. Auch seiner Ansicht nach müssen vor dem Transparenzgesetz die Zuordnung der Leistungsgruppen durch die Länder stehen. Zudem bräuchten die Kliniken ein Vorschaltgesetz im Vorfeld der Krankenhausreform, um einer kalten Marktbereinigung entgegenzutreten. Darin müsse der Bund eine Anpassung der Landesbasisfallwerte an die inflationsbedingt gestiegenen Kosten vornehmen und ein Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser in finanziellen Schwierigkeiten auf den Weg bringen. Klose: „Die Krankenhauslandschaft wird sich unstreitig verändern. Die Frage ist nur, ob wir diese Veränderungen in einem so wichtigen Bereich der Daseinsfürsorge den Markt überlassen und über uns hereinbrechen lassen wollen oder ob wir diese Veränderung steuern und gestalten wollen. Wir wollen letzteres."

Gleiches forderte **Prof. Dr. Kerstin von der Decken**, Ministerin für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein. Da die Krankenhausreform erst in einigen Jahren Wirkung entfalten werde, müssten bis dahin die Krankenhäuser überleben, damit man die Krankenhauslandschaft geordnet umstrukturieren könne. In der Zwischenzeit zeichne sich jedoch ein unkontrolliertes Krankenhaussterben ab, eine mittlere zweistellige Zahl von Krankenhäusern habe bereits Insolvenz angemeldet. Diese Entwicklung sei angesichts gestiegener Energiepreise, Inflation und höherer Tarifabschlüsse keine Überraschung. Sie forderte darum wie Gerlach ein „einmaliges Nothilfeprogramm" in Höhe von fünf Milliarden Euro, eine Anhebung des Landesbasisfallwertes um vier Prozent, die regelhafte Finanzierung der vollen Tarifsteigerungen auch außerhalb des Pflegebudgets, eine vollständige Refinanzierung der durchschnittlichen Kostensteigerungen und eine Verstetigung der kurzen Zahlungsfristen von Krankenhausrechnungen.

Melanie Schlotzhauer, Senatorin der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration von Hamburg, war die erste Rednerin, die nicht für die Anrufung des Vermittlungsausschusses stimmte. Sie ist der Meinung, dass eine Einheitlichkeit und ein Übereintreffen der Informationen aus dem Transparenz- und dem Krankenhausreformgesetz in Verhandlungen erreicht werden könne. Insofern könne sie das Inkrafttreten des Transparenzgesetzes akzeptieren. Sie stellte aber auch eine strategische Frage, die „wir uns hier alle beantworten" müssen:

„Was ist das beste Ergebnis, was wir in dieser Verhandlungssituation erreichen können?“

Dr. Andreas Philippi, niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, betonte, dass der von acht Ländern getragene und federführend von Nordrhein-Westfalen eingebrachte Entschließungsantrag, einen Weg für eine auskömmliche Finanzierung der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft aufzeige. Die dort angestrebte Regelung erkenne den Umstand an, dass der aktuelle Instrumentenkasten der bundesdeutschen Krankenhausfinanzierung für die Kliniken nicht mehr alle Herausforderungen abbildet, denen sie den sich in der derzeitigen Lage stellen müssen. Phillippi: „Es geht für die Menschen in unserem Land um die Sicherheit und die Stabilität der gesundheitlichen Daseinsvorsorge.“ Vor diesem Hintergrund sei die geplante Krankenhausreform richtig und wichtig, „ich würde sogar sagen, unumgänglich“. Doch müsse der damit einhergehende Transformationsprozess so begleitet werden, dass die Krankenhäuser diese Transformation „finanziell durchstehen können, bevor die Effekte der Systemumstellung ihre wirtschaftliche Wirkung vollständig entfalten.“ Zur nachhaltigen Absicherung dieses Reformprozesses, der die Qualität der Gesundheitsversorgung dauerhaft sichern solle, würde ein Transformationsfonds benötigt, wie er in der Protokollerklärung der Bundesregierung zum Transparenzgesetz angekündigt werde; zudem eine der Kostenentwicklung angepasste Finanzierung der laufenden Betriebskosten. Dafür müssten die gesetzlichen Grundlagen des Landesbasisfallwerts reformiert und modernisiert werden. Damit komme „das berühmte neue Geld“ ins System – hochgerechnet seien das circa 3 Milliarden Euro. Damit könnten insbesondere die Tarifsteigerungen im Gesundheitswesen schneller und unterjährig finanziert werden.

Prof. Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Chef der Staatskanzlei und Thüringer Minister für Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten, betonte, dass der Gang zum Vermittlungsausschuss als Einigungsinstanz verstanden werden müsse, nicht als Instrument von Niederlage oder Gewinn. Hoff: „Insofern verliert nicht der Bundesgesundheitsminister, wenn der Bundesrat sich mehrheitlich entscheiden sollte, den Vermittlungsausschuss anzurufen, sondern es geht darum, dass man das Beste aus einem Verhandlungsergebnis herausholt.“

Dann aber brachte er als einziger Redner Erreichbarkeit und Mindestmengen in Spiel. Das, was in der Krankenhausreform behandelt werde, betreffe den gesamten Freistaat Thüringen mit seinen ländlichen Regionen, aber auch seinen „im wesentlichen Landstädten“. Die bisherige Reformansätze des Bundesgesundheitsministeriums würden auf eine Konzentration und Ballung der stationären Versorgung in großen Krankenhäusern und in den großen Ballungszentren abzielen. Das gehe zu Lasten des ländlichen Raums. In Ländern wie Thüringen sei das Verhältnis von Zentrum zu Peripherie eben anders. Dies seien „quasi abgehängte Räume“. Andererseits sei die Zahl der Fälle in einem Krankenhaus „durchaus auch für die Qualität entscheidend“. Von daher sei das Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses, Mindeststandards zu setzen unterstützt worden. Nicht richtig sei es hingegen, den G-BA zu kritisieren, indem dessen Mindestmengenentscheidungen „quasi als kalter Strukturwandel diskreditiert“ würden. Hoff: „Das ist eine überzogene Kritik.“ Auch wenn man sich mit den daraus entstehenden Folgen auseinandersetzen müsse. Eine gute Fallzahlenqualität ist seiner Ansicht nach zwar richtig. Doch würden „viele sagen“, gar keine Versorgung sei wohl die schlechteste Versorgungsqualität. Genau das sei die Fragestellung, die für Regionen in Thüringen und andern Ländern Ostdeutschlands steht. Deshalb müsse diese Diskussion zwischen dem Bundesgesundheitsminister und den Ländern geführt werden.

Der kam gleich nach ihm an die Reihe und antwortete Hoff auch gleich auf dessen Eingangsworte, nach denen es keine Gewinner und Verlierer gebe. Natürlich gebe es diese, gab Bundesgesundheitsminister **Prof. Dr. Karl Lauterbach** zu bedenken: „Das sind nicht wir, sondern es sind die Patientinnen und die Patienten.“ Eben jene, die in den Reden, die gehalten und gehört wurden, so gut wie nicht erwähnt worden seien. Lauterbach: „Der wichtigste Punkt ist doch der, das wir mit der Transparenz geholfen werden soll, dass Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel im nächsten Jahr eine Krebserkrankung bekommen, das richtige Krankenhaus finden.“ Dies seien immerhin 500.000 Menschen, die pro Jahr erstmalig mit der Diagnose Krebs konfrontiert seien. Nun könne man die Illusion aufrechterhalten, dass alle deutschen Krankenhäuser gut seien. Dem sei aber nicht so: Die Sterblichkeitsunterschiede betragen Lauterbachs Ausführungen zufolge zum Teil bis zu 100 Prozent. „Es gibt eine doppelt so hohe Sterblichkeit in Haus A nach B, und die Menschen wissen das nicht“, erklärte der Bundesgesundheitsminister. Diesen Menschen müsse man darum helfen, aber jetzt und nicht erst in drei Jahren. Lauterbachs rhetorische Frage: „Was ist denn meine Botschaft für die 1,5 Millionen Krebskranken, die bis dahin diese Informationen nicht bekommen? Nur, weil im Moment die Krankenhäuser in wirtschaftlicher Not seien, könne man nicht sagen, welche Krankenhäuser Qualitätsdefizite haben, weil sie sich dann vielleicht nicht mehr füllten? Lauterbach: „Sind es vielleicht ihre Geschwister oder Eltern, die diese Krankenhäuser in der Übergangszeit füllen sollen?“ Das könne doch nicht richtig sein. Von daher sei Transparenz aus seiner Sicht ethisch geboten. Dieses ethische Gebot vertrete er hier nicht nur als Minister, sondern auch als Arzt: „Es geht nicht um schlechte oder gute Krankenhäuser, sondern darum, welches Krankenhaus für welche Leistung gut ist“.

Zudem sei es nicht richtig, dass das System zu wenig Geld habe. Kein Gesundheitssystem in Europa gebe pro Kopf für Krankenhäuser so viel Geld aus wie Deutschland. Dennoch werde mit der Protokollerklärung angekündigt, den Landesbasisfallwert so so zu verändern, das auch noch die Personalkosten komplett berücksichtigt würden. Zudem werde darin ein Transformationsfonds initiiert.

Doch werde dann, so zweifelt Lauterbach, alles besser, nur weil ab 2024 der Landesbasisfallwert etwas anders ausgeglichen wird? Seine kategorische Antwort: „Nein“. Denn der Grund sei ein ganz anderer: 30% der Krankenhausbetten stünden schon heute leer. Dazu komme, dass – wenn mehr ambulant statt stationär versorgt werden würde – sogar die Hälfte der Krankenhausbetten leerstünde. Lauterbach: „Das ist die Situation. Darum brauchen wir eine Strukturreform. Und an dieser Strukturreform arbeiten wir gemeinsam.“ <<

1: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0501-0600/541-23.pdf?__blob=publicationFile&v=1