

## Klinikreform

# „Es darf keine windigen Ausnahmen geben“

Die Vorhaltefinanzierung muss neu berechnet werden, fordert Wulf-Dietrich Leber. Lob spendet der GKV-Mann für die Einführung der Leistungsgruppen. Dem Transformationsfonds und dem Level 1 kann er hingegen nichts abgewinnen.

Herr Leber, vor einem halben Jahr sagten Sie, die Vorhaltepauschale habe nur so viele Unterstützer, weil völlig unklar sei, wie sie funktioniert. Nun ist die Zahl der Befürworter tatsächlich drastisch gesunken. Glauben Sie noch, dass die Vorhaltepauschale etwas Positives bewirken kann?

Die Zustimmung ist geschwunden, weil alle Vorhaltefinanzierung als ein „bedingungsloses Grundeinkommen“ interpretiert haben – Geld, das man auch bekommt, wenn man weniger Patienten versorgt. Was jetzt vorliegt, ist kompliziert und doch nicht ganz ohne Fallbezug.

Die Fallzahlunabhängigkeit ist wohl vom Tisch. Was müsste sich aus Ihrer Sicht verändern, damit die Vorhaltefinanzierung eine positive Wirkung erzielt?

Nötig ist ein neues Verständnis von Vorhaltung als Versorgungsverpflichtung mit klarem Bezug zu der zu versorgenden Bevölkerung. Dazu liegen inzwischen Modellrechnungen vor.

Sie spielen auf das Planungstool an, dass das BMG demnächst den Ländern zur Verfügung stellen will und das auf eine Rechenmaschine des GKV-Spitzenverbands zurückgeht. Welche Wirkung könnte damit erzielt werden und wie lässt es sich in die Planung sowie Finanzierung von Krankenhausversorgung einbinden?

Es ermöglicht, den Bedarf in der Bevölkerung auf die umliegenden Krankenhäuser herunterzubrechen und so die tatsächliche Versorgungsrelevanz der Standorte nach Leistungsgruppen differenziert zu erkennen. Der GKV-Spitzenverband hat früh einen Bevölkerungsbezug in seine Versorgungsmodelle eingebaut – insofern freut es uns, dass dieser Ansatz nun Verbreitung findet.

Lehnen Sie eine Vorhaltepauschale generell ab?

Die Entscheidung für die Leistungsgruppen ist eigentlich nur auf Überschriftenebene getroffen worden. Es gab keine Anhörung der Fachgremien, keine öffentliche Debatte – insofern sind die Pauschalen ein Blindflug. Erst wenn der Leistungsgruppengrouper und das konkrete InEK-Konzept im Herbst 2024 vorliegen sowie die Ausnahmen

und die Mindestvorhaltezahlen per Rechtsverordnung festgelegt wurden, kann man über die Finanzierungsreform brauchbare Aussagen treffen. Richtig wäre es, in einem lernenden System zumindest die Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung in die Hände der gemeinsamen Selbstverwaltung zu legen.

Sie gehören zu jener Fraktion, die das NRW-Leistungsgruppensystem zum Geldverteilen für ungeeignet halten. Wo liegen die Vor- und Nachteile bei den jetzt geplanten 65 Leistungsgruppen?

Bundeseinheitliche Leistungsgruppen sind für mich die zentrale Innovation dieser Reform. Alles andere ist zweitrangig. Dabei haben die Leistungsgruppen drei Funktionen: Gemacht sind sie für die Planung und dafür sind sie brauchbar – auch wenn ich mir mehr Differenzierung gewünscht hätte. Die zweite Funktion ist Qualitätssicherung. Durch Mindestvorhaltezahlen können die Leistungsgruppen zu einem gewissen Grad Gelegenheitsversorgung verhindern. Die G-BA-Verfahren ersetzen sie allerdings nicht. Die dritte Funktion ist die Verteilung von Vorhaltefinanzierung. Dafür halte ich sie wenig geeignet, weil sie die Komplexität nicht abbilden. Es hat ja einen Grund, dass wir 1.300 DRGs haben, um die Versorgungsleistung abzubilden.

„Zu einem gewissen Grad Gelegenheitsversorgung verhindern“ – das klingt nicht begeistert, im Gegenteil. Welche Erwartungen hatten Sie an die Leistungsgruppen?

Die Leistungsgruppen sind mit ihren zum Teil sehr leicht zu erfüllenden Qualitätsanforderungen eher eine Qualitätssicherung an der unteren Grenze. Was fehlt, ist die Bedarfsorientierung. Diese ist auch im NRW-Planungsmodell nicht zu finden. Wie viele Urologien braucht Köln – müssen es fünf sein oder reichen drei? In NRW soll das am Ende der Gesundheitsminister Karl Laumann entscheiden. Im Bundesgesetz steht dazu gar nichts.

Was erwarten Sie, wenn das InEK den Grouper für die Vorhaltepauschale präsentiert, in dem auch fünf neue Leistungsgruppen enthalten sind?



## „ Wenn sich der Transformationsfonds am Strukturfonds orientiert, ist das verlorene Geld.

Dr. Wulf-Dietrich Leber ist seit 2008 Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.  
Foto: GKV-Spitzenverband

Die fünf zusätzlichen Leistungsgruppen sind auf Zuruf entstanden – und sie waren keine gute Idee. Denken Sie nur an Notfallmedizin: Ist die Hälfte aller Krankenhausfälle in diese Gruppe einzusortieren oder nur ganz wenige Intensivfälle? Bei den übrigen Leistungsgruppenelementen erwarte ich künftig keine große Veränderung, da der entsprechende Ausschuss nur auf Initiative der Bundesländer oder des BMG tätig wird. Wichtig ist, dass es keine windigen Ausnahmen geben wird, etwa indem Kliniken Anforderungen durch Kooperationen aushebeln können. Jeder Standort muss die Kriterien für sich erfüllen.

Mit dem KHVVG will der Gesundheitsminister das Level 1i aus der Taufe heben – auch das ist eine Idee der Regierungskommission. Was für eine Relevanz könnten solche Versorgungseinheiten bekommen?

Derzeit ist das Level 1i ein Fabelwesen ohne klare Konturen. Es bietet keine neuen Optionen in Richtung ambulante oder sektorübergreifende Versorgung. Das Level ist vor allem eine Öffnung der Kliniken in Richtung Pflegeversicherung. Problematisch scheint mir die Möglichkeit zur Neugründung von Level-1i-Häusern. Am Ende haben wir

Level-1i-Häuser vor allem in den Ballungsgebieten und binden dadurch Personal. Besonders relevant erscheint mir dieses Level beim jetzigen Stand nicht, vor allem weil die Länder darüber entscheiden. Eine solche Herabstufung ist weder für die Klinik noch den Landkreis attraktiv – es sei denn als Alternative bleibt nur noch die Schließung. Es könnte also sein, dass wir am Ende nur eine Handvoll Level-1i-Kliniken bekommen.

Level-1i-Häuser sollen Tagessätze bekommen, die hauspezifisch und kostendeckend sein sollen. Wie bewerten Sie diese Finanzierungsidee?

Das wird zu mehrjährigen, hochgradig konfliktären Verhandlungen führen. Was ist eine ambulante Leistung, was teilstationär, was sind Pflegeleistungen? Fragen, über die sich beide Seiten vortrefflich streiten können. Das ist ein völlig neues und aufwendiges Verhandlungsregime, bei dem es zu einer ähnlichen Budgetblockade kommen könnte, wie wir sie gerade beim Pflegebudget erleben.

Sie haben kürzlich bemerkt, dass jeder Monat, in dem nicht fünf Kliniken vom Netz gehen, ein verlorener



## Das KHVVG wird die GKV-Ausgaben jährlich um fünf Milliarden Euro erhöhen.

Monat sei. Das klingt vor allem nach Provokation. Wie sähe denn ein realistisches Szenario aus?

Ich finde die Vorstellung, dass wir erst mal alle Standorte erhalten und in fünf Jahren mit der Bereinigung beginnen, noch viel unrealistischer. Die Krankenhausreform beginnt jetzt, die Zeitenwende im Gesundheitswesen ist da. Wir haben weder das Geld noch das Personal für alle Kliniken. Ein „Rundum-sorglos-Paket“ für Kliniken ist nicht realistisch.

Dann beantworten Sie bitte die Gretchenfrage: Wie schafft die Politik es, dass die richtigen Kliniken vom Netz gehen?

Ausgangspunkt muss der Bedarf sein und die Frage, ob in der Umgebung andere Krankenhäuser existieren, die die Versorgungsaufgabe übernehmen können. Die neuen Modelle, die von Mitgliedern der Regierungskommission entwickelt wurden, geben erste Antworten. Es ist wichtig, dass wir bundeseinheitliche Kriterien entwickeln.

Derzeit ist die Planungsunsicherheit für Kliniken groß. Wer jetzt Abteilungen verkleinert oder Leistungen ambulantisiert, verspielt möglicherweise Vorhaltebudget, denn das orientiert sich an stationären Fällen. Kann man von Wirtschaftsbetrieben wie Krankenhäusern dennoch erwarten, dass sie jetzt genau das tun?

Den negativen Einfluss der Debatte ums Vorhaltebudget sehen wir auch ganz real bei den Hybrid-DRG. Sie werden aus den DRG herausgelöst und sind nicht mehr Teil des Krankenhausbudgets. Im ersten Schritt hatten sich Kassen und Kliniken noch auf 200.000 Fälle geeinigt, die als Hybrid-DRG aus der stationären Versorgung herausgelöst werden, das sind immerhin fünf Prozent von den vier Millionen Tagesfällen. In der zweiten Runde werden es wohl höchstens noch 60.000 Fälle sein, die hinzukommen. Angesichts der geplanten Vorhaltepauschale ist der Elan bei den Kliniken für Hybrid-DRG weitgehend verpufft.

Was wären aus Ihrer Sicht wichtige Eingriffe, die der Reform zum Erfolg verhelfen könnten?

Einerseits dürfen wir die Leistungsgruppen nicht verwässern und andererseits muss die Vorhaltefinanzierung neu geschrieben werden – und zwar jetzt. Das kann das BMG nicht auf später verschieben, denn die Vorhaltepauschalen treten sowieso erst richtig 2029 nach dem Abschluss der Konvergenzphase in Kraft. So lange können wir nicht warten. Auch die Quasi-Abschaffung der Rechnungsprüfung ist falsch. Die Kassen lassen jetzt schon weniger als zehn Prozent der Rechnungen prüfen, das ist bereits ein Stichprobenmodell – noch weniger lädt zum Rechnungsbetrug ein. Außerdem muss der Transformationsfonds fundamental verändert werden.

Der Transformationsfonds schlägt im Kassenlager hohe Wellen. Welchen Effekt würde es auf die Kassenwelt haben, wenn die rund 25 Milliarden Euro in den Fonds abfließen?

Es ist ein starkes Stück, dass der Minister aus der Bundesbeteiligung über Nacht eine Belastung der Beitragszahler gemacht hat. Dass die private Krankenversicherung nicht beteiligt ist, scheint auch keinen zu stören. Wenn sich der Transformationsfonds am Strukturfonds orientiert, ist das verlorenes Geld. Man schaue sich die neuesten Kennzahlen 2023 des Bundesamts für Soziale Sicherung zur Zweckentfremdung der Gelder des Strukturfonds an. Das darf es nicht noch einmal geben. Wir haben den Strukturfonds als Marktaustrittsbeihilfe geplant. Daraus ist ein Fonds zur strukturellen Erhaltung geworden. Es gab im vergangenen Jahr keinen Euro aus dem Fonds, der für Schließung, also Marktberreinigung, ausgegeben wurde.

Wie sollte der Fonds ausgestaltet sein?

Der Bund muss sich beteiligen. Die Mittel sollten keinesfalls Einnahmen der Länder werden. Der Transfer muss über die Entgelte gehen, damit alle Kostenträger beteiligt sind. Nicht zu Unrecht wird das Modell des Artikels 14 nach der Wende diskutiert. Außerdem müssen die Kassen ein stärkeres Mitspracherecht bei der Vergabe bekommen. Statt der Länder sollten die Kliniken direkt die Anträge stellen. Benötigt wird ein klarer Fokus auf den Abbau von Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten. Die Länder selbst haben wenig Motivation, Kliniken zu schließen – auch deshalb sind die Gelder aus dem Strukturfonds nur teilweise abgerufen worden. Aus unserer Sicht ganz wichtig: Erst muss eine Strukturberreinigung beschlossen sein, dann kann Transformationsgeld fließen.

Sie haben gerade auch die Abrechnungsprüfung angesprochen. Kliniken empfinden die Praxis der Rechnungsprüfung einerseits als Gängelung andererseits auch als Auswuchs der Bürokratie. Gesundheitsminister Karl Lauterbach verspricht weniger Bürokratie und hat alle Verbände aufgefordert, Vorschläge zu machen. Welche hat der GKV-Spitzenverband eingebracht?

Die Zeiten von Komplexitätsreduktion waren immer Zeiten des Niedergangs. Deshalb wäre ich vorsichtig damit, permanent den Bürokratiehammer zu schwingen. Wir haben eine wahnwitzige Bürokratiendebatte, die sich vor allem um Erlöserweiterung dreht. Ganz besonders die Position der DKG ist bigott: Wenn Bürokratie Geld bringt, wie bei der Pflegepersonalbemessung, dann ist sie gut. Geht es aber um die Personaluntergrenzen, die keinen Strich des Pflegepersonals erfordern, dann ist das System angeblich schlecht. Das ist keine tragbare Art, Bürokratie zu diskutieren.

**Und wo ließe sich Bürokratie einsparen?**

Natürlich gibt es zwischen DKG und GKV auch Schnittmengen. Die Anzahl der ambulanten Abrechnungsformen, derzeit sind es 24, ist grotesk und lässt sich reduzieren. Ebenso kann man eine Schnapsidee wie die Tagesbehandlungen wieder abschaffen. Auch die inflationäre Entwicklung von Zu- und Abschlägen müsste zurückgedreht werden.

Im Grunde macht Lauterbach vieles von dem, was Sie sich wünschen: Er verwehrt den Kliniken Geld aus der Gießkanne. Er will mit der Reform das Umfeld für schnelle Klinikschließungen schaffen. Er fordert Zentralisierung und mehr Qualitätstransparenz. Was macht er Ihrer Ansicht nach falsch?



**Lauterbach muss Kurs halten, damit der gute Teil der Reform erhalten bleibt.**

Bislang ist noch nicht erkennbar, dass Lauterbach die Gießkanne in den Keller gestellt hat. Die volle Tarifrefinanzierung ab 2024 und der volle Korridor bei der Verhandlung des Veränderungswertes ab 2025 sind zwei wesentliche Effekte, die dabei als Gießkannen deutliche Mehrausgaben verursachen werden. Auch die vielen KHVVG-Sondertöpfe – zum Beispiel für die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, Hochschulkliniken, Stroke-Units, Traumatologie oder Pädiatrie – bedeuten insbesondere ab 2027 jährlich rund 720

Millionen Euro an Mehrausgaben für die GKV. Daneben stehen weitere Mehrbelastungen durch den Transformationsfonds und die Mindereinnahmen durch die Stichprobenprüfung. Das KHVVG wird so die GKV-Krankenhausaussgaben schrittweise erhöhen, insgesamt auf jährlich rund fünf Milliarden Euro ab dem Jahr 2027.

**Glauben Sie, der Reformprozess wäre auf einem besseren Niveau, wenn der Minister die Selbstverwaltung stärker eingebunden hätte?**

Die Selbstverwaltung zu ignorieren und eine Redaktionsgemeinschaft mit den Ländern zu initiieren, war auf jeden Fall ein fundamentaler Fehler. Das hat die Republik ein Jahr gekostet. Derzeit gibt es vor allem Ungereimtheiten und bei der Vorhaltepauschale hat sich das BMG offenbar verrannt.

**Sie sind kein Freund der Landeskrankenhausplanung. Doch ist es sinnvoll, die Länder so rauszuhalten, wie es Minister Lauterbach nun tut?**

Die Redaktionsgemeinschaft von Bund und Ländern ist gescheitert – weil die Länder vor allem Reformverhinderer sind. Ich kenne keine einzige Forderung der Länder, die diese Reform besser macht. Verwässerung, Verzögerung und Forderungen nach mehr Mitteln sind das Einzige, was von den Ländern kommt. So gesehen muss Lauterbach Kurs halten, damit der gute Teil der Reform erhalten bleibt.

Das Interview führte Jens Mau.



**| BIBLIOMEDMANAGER**

## Reha-Newsletter

Monatlich die wichtigsten Meldungen  
aus der Reha-Branche



[bibliomedmanager.de/reha](https://bibliomedmanager.de/reha)