

**Krankenhausreform**

# "Dieses Gejammer, das System sei kaputtgespart, ist einfach Quatsch"

Es fehlt dem Gesundheitssystem nicht an Geld. Es ist nur falsch verteilt, sagen zwei Mediziner, die den Plan für Karl Lauterbachs Krankenhausreform entwickelt haben.

Interview: **Claudia Wüstenhagen**

13. Dezember 2022, 14:10 Uhr / [102 Kommentare](#) /

EXKLUSIV FÜR ABONNENTEN



*Nicht jedes Krankenhaus braucht so viel Hightech, damit die Versorgung besser wird. Hier ein OP-Saal für Augen- und HNO-Operationen im Universitätsklinikum Essen. © Jonas Güttler/dpa*

*Weniger ökonomischer Druck, bessere Medizin: Karl Lauterbach verspricht, das System der Krankenhäuser zu revolutionieren*

*[<https://www.zeit.de/gesundheit/2022-12/krankenhaeuser-finanzierung-reform-bundesgesundheitsminister-karl-lauterbach>]. Den Plan dafür haben 17 Mediziner und Wissenschaftlerinnen*

*[<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bm-lauterbach-stellt-krankenhaus-kommission-vor.html>] ausgearbeitet. Zwei von ihnen sind Christian Karagiannidis und Reinhard Busse. Der eine ist Intensivmediziner, der andere forscht zum Management im Gesundheitswesen. Hier erklären sie, wie sie das Kliniksystem vor dem Kollaps bewahren wollen.*

**ZEIT ONLINE:** Herr Karagiannidis, Sie arbeiten selbst im Krankenhaus, sind Internist und Intensivmediziner, retten Tag für Tag Menschenleben. Was hat es Ihnen bedeutet, eine Therapie für das ganze Krankenhaussystem zu entwickeln?



**CHRISTIAN KARAGIANNIDIS**

ist Intensivmediziner an der Lungenklinik Köln-Merheim, Leiter des Divi-Intensivregisters und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin.

**Christian Karagiannidis:** Wir merken jeden Tag, dass das System vor die Wand fährt. Wir ärgern uns seit Jahren unter anderem darüber, dass alle Krankenhäuser in Deutschland alles machen dürfen und dadurch zum Teil eine unheimlich schlechte Qualität entstanden ist. Dass ich jetzt die Möglichkeit habe, Teil einer Gruppe zu sein, die das System grundlegend verändern kann, ist ein gutes Gefühl – zumal Karl Lauterbach uns völlig freie Hand gelassen hat. Zugleich ist es eine Belastung. Wenn wir jetzt Fehler machen, könnten die im System verankert werden.

**REINHARD BUSSE**

ist Mediziner, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies.



**ZEIT ONLINE:** Herr Busse, was hat Sie motiviert, bei diesem Mammutprojekt mitzumachen?

**Reinhard Busse:** Ich will Gesundheitssysteme besser machen – damit am Ende mehr Gesundheit rauskommt und das in einem angemessenen Verhältnis zu dem Geld steht, was wir reinstecken. Nicht allen ist klar, wie dringend wir diese Reform brauchen. Mehr Geld ist nicht die Lösung und mehr Personal gibt es nicht. Wir haben jetzt eine Antwort, wie wir es trotzdem schaffen können.

**ZEIT ONLINE:** Ihr Plan klingt wie eine Verheißung: Der ökonomische Druck in den Kliniken soll sinken, es soll bessere Medizin für die Menschen geben und das Ganze soll nicht mehr kosten. Ist das nicht ein unrealistischer Wunschtraum?

**Busse:** Nein, eines der Hauptprobleme ist doch, dass wir Patienten im Krankenhaus behandeln, die gar nicht stationär behandelt werden müssten. Das ist ineffizient. Diese Patienten profitieren nicht von der Behandlung, mitunter geht es ihnen dadurch sogar schlechter, weil sie einen Krankenhauskeim bekommen. Und dann gibt es Patienten, die zwar zu Recht ins Krankenhaus kommen, mit einem Herzinfarkt etwa, die aber im falschen Krankenhaus behandelt werden. Wir behandelten Herzinfarkte in mehr als 1.000 Krankenhäusern, aber nur 500 davon haben überhaupt den nötigen Linksherzkatheter, die restlichen behandeln das falsch.

**Karagiannidis:** 13,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes wandern ins Gesundheitswesen – ziemlich viel im internationalen Vergleich. Tendenz steigend. Aber wir haben auch einen substanziellen Anteil von überflüssigen Behandlungen. Diese Ineffizienz kann man auch positiv sehen: Wir haben unglaubliche Reserven im System, die wir mobilisieren können – ohne dass Patienten dadurch insgesamt schlechter versorgt sind.

## DIE REFORMPLÄNE

Das deutsche Krankenhaussystem steht vor dem größten Umbau seit Jahrzehnten. Nach den Plänen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) soll sich insbesondere das **Vergütungssystem ändern, das derzeit auf Fallpauschalen basiert**. Auch die Struktur der Krankenhauslandschaft soll sich wandeln, damit Kliniken sich stärker **auf Leistungen konzentrieren, für die sie am besten qualifiziert sind**.

## FALLPAUSCHALEN

Bisher werden die Krankenhäuser über Fallpauschalen vergütet. Sie werden also nach Fällen bezahlt, den sogenannten DRG (*disease related groups*). **Je nach Diagnose bekommt eine Klinik für die Behandlung einen fixen Betrag**, egal wie kompliziert, lang oder hochwertig die Behandlung ist.

**Die Kritik daran:** Das System setzt falsche Anreize, denn es verleitet dazu, **möglichst viele Patienten zu operieren** oder technisch aufwendig zu behandeln, um mehr abrechnen zu können. Zugleich benachteiligen Fallpauschalen Klinikbereiche, die **hohe Personal- und Fixkosten haben**, etwa um Betten für Notfälle vorzuhalten. **Die Folge ist eine Unterversorgung**. Kinderkliniken und Geburtshilfe sind Beispiele.

## VORHALTEVERGÜTUNG

Nach den Reformplänen soll der **Anteil der Fallpauschalen abgesenkt** werden. Krankenhäuser bekämen dann künftig zusätzlich auch Geld für Vorhalteleistungen – also **unabhängig davon, wie viele Fälle sie behandeln**. Eine Klinik könnte hohe Personalkosten dann besser decken, auch wenn gerade weniger Behandlungen anfallen. **Für Notfälle und etwa hohe Infektionswellen** wäre sie dann besser gerüstet.

## LEISTUNGSGRUPPEN

Der Reformplan sieht vor, medizinische Gebiete in 128 Leistungsgruppen zu unterteilen, zum Beispiel **Intensivmedizin, Geburtshilfe, Gastroenterologie oder Kardiologie**. Nach der Leistungsgruppe richtet sich der Anteil der Vorhaltevergütung.

Welche Leistungsgruppen ein Krankenhaus anbieten darf, **hängt unter anderem von der Versorgungsstufe ab**.

**DREI STUFEN**

Nach dem Plan sollen Krankenhäuser künftig drei Stufen zugeordnet werden:

- Die **regionale Grundversorgung** für die Bevölkerung in der Breite
- Krankenhäuser mit **Regel- und Schwerpunktversorgung**
- **Maximalversorger**: hoch spezialisierte Krankenhäuser, wie zum Beispiel Unikliniken

Welche Stufe ein Krankenhaus erreicht und welche Leistungsgruppen es anbieten kann, hängt von bestimmten Voraussetzungen ab, wie etwa Fachpersonal, Kompetenz und Erfahrung sowie Ausstattung (zum Beispiel Hubschrauberlandeplatz).

**WANN KOMMT DAS ALLES?**

Der Plan liegt nun vor, ein **Gesetzesentwurf** aus dem Bundesgesundheitsministerium soll folgen. Die Autorinnen des Konzepts empfehlen eine **schrittweise Umsetzung innerhalb von fünf Jahren**. Doch ob das Konzept wie geplant umgesetzt wird, ist ungewiss. Mit Widerstand ist zu rechnen. **Die Bundesländer müssen mitziehen**. Außerdem ist das Gesundheitswesen bekannt für den **Einfluss von Lobbygruppen**, wie Verbänden und Unternehmen, die versuchen dürften, ihren Einfluss geltend zu machen.

**ZEIT ONLINE:** Sie wollen das reine Fallpauschalensystem überwinden. Wo sieht man die Nachteile dieses Systems besonders deutlich?

**Karagiannidis:** Damit ich als Klinik Geld verdiene, muss ich Patienten behandeln. Wir sind zu 100 Prozent davon abhängig. Einige versuchen, möglichst viele Leistungen zu erbringen, die besonders viel Geld einspielen. Die erfordern meist viel Technik, wie Hüftimplantationen oder die Implantation von Herzklappen über die Leiste. Wer davon viel macht, verdient gut. Und das wollen dann alle machen. Bei der Implantation von Aortenklappen über die Leiste waren wir 2018 weltweiter Spitzenreiter und seitdem haben wir Steigerungsraten von mehr als zehn Prozent pro Jahr.

**ZEIT ONLINE:** Das muss einen misstrauisch machen?

**Karagiannidis:** Es ist ein Warnsignal. Wenn es so stark aus dem Ruder läuft, dann stimmt etwas nicht, dann haben wir zumindest in Teilen eine Übertherapie. Wenn aber derselbe Patient, der am Anfang attraktiv war, weil er eine Herzklappe brauchte, drei Wochen später mit Harnwegsinfekt oder Lungenentzündung kommt, dann ist er nicht mehr attraktiv, weil es dafür

deutlich weniger Geld gibt. Man sieht daran, wie Übertherapie und Unterversorgung zusammenhängen. Und die Schere dazwischen geht immer weiter auf.

**Busse:** Wir haben 50 Prozent mehr stationäre Fälle als unsere Nachbarländer. Das liegt auch daran, dass viele Leute in die Notaufnahme kommen, die gar nicht im Krankenhaus behandelt werden müssten. Das passiert zwar in anderen Ländern auch – aber der Unterschied ist: Bei uns nehmen die Krankenhäuser fast die Hälfte dieser Patienten dann auch stationär auf. In Dänemark sind es nur 20 Prozent. Assistenzärzte neigen dazu, Patienten sicherheitshalber aufzunehmen. Das ist aber auch ökonomisch getrieben. Wenn Sie den Patienten nur ambulant in der Notaufnahme sehen und da Arbeit reinstecken, bekommen Sie am Ende vielleicht nur 100 Euro. Nehmen Sie ihn auf, gibt es deutlich mehr.

**ZEIT ONLINE:** Dann wiederum gibt es die Unterversorgung. Ganze Bereiche wie die Kinderkliniken oder die Geburtshilfe sind durch das Fallpauschalensystem benachteiligt. Wie wollen Sie das ändern?

Thema

## Kinderkliniken

Jörg Dötsch

**"In manchen Regionen gibt es inzwischen eine starke Unterversorgung"**

[<https://www.zeit.de/gesundheit/2022-11/kinderkliniken-infektionswelle-gesundheitssystem-joerg-doetsch-interview>]

Notstand in Kinderkliniken

**Die Betten stauen sich auf den Gängen**

[<https://www.zeit.de/wirtschaft/2022-12/kinderkliniken-notstand-fallpauschale-karl-lauterbach-reform>]

**Karagiannidis:** Die Kinderkliniken sind deutlich weniger techniklastig, weil man Kinder häufig keinen großen Prozeduren unterzieht. Und man braucht mehr Personal, um Kinder gut zu betreuen. Gewinn lässt sich so kaum erwirtschaften. Unser System wird da den Druck rausnehmen, weil wir Vorhaltung einführen wollen. Die Kinderkliniken bekommen dann 40 Prozent und die Kindernotaufnahmen und -Intensivstationen sogar 60 Prozent ihres Budgets dafür, Kapazitäten für Kinder anzubieten.

**ZEIT ONLINE:** Sie könnten ihre Personalkosten decken, unabhängig davon, wie viele Patienten sie behandeln?

**Karagiannidis:** Ja, gerade bei Kindern schwankt die Belegung. Im Sommer gibt es weniger Fälle, im Winter viele Infektionen. Außerdem hat die Politik nach

unserem Modell die Möglichkeit, einen Fonds einzurichten, damit die Kinderkliniken noch mal mit bis zu 20 Prozent besser vergütet werden, als ihnen vielleicht kalkulatorisch zusteht.

**ZEIT ONLINE:** Dieser Fonds ist ein Sonderfall. Grundsätzlich aber soll nach Ihren Plänen nicht mehr Geld ins System kommen. Ist das nicht ein Nullsummenspiel, weil die knappen finanziellen Ressourcen nur anders verteilt werden?

**Busse:** Mir ist wichtig, eines klarzumachen: Dieses Gejammer, das System sei kaputtgespart, ist einfach Quatsch.

**ZEIT ONLINE:** Warum ist das Quatsch?

**Busse:** Unser Gesundheitssystem gibt – anteilig am Bruttoinlandsprodukt – weltweit nach den USA am zweitmeisten Geld aus. Und es gibt auch mit am meisten für stationäre Versorgung aus. Wenn unser Krankenhaussystem ein Patient wäre, würde man sagen: Dem geht's eindeutig schlecht. Aber während die einen ihm noch mehr Medikamente geben wollen, sagen andere, der leidet schon an Überdosierung, wir müssen die Therapie verringern.

**ZEIT ONLINE:** Wenn Sie sagen, dass die Umverteilung innerhalb des Systems ausreicht, muss die Überversorgung gigantisch sein.

**Busse:** Da wir 50 Prozent mehr Krankenhauspatienten haben als die Nachbarländer, bedeutet das: Wir könnten fünf Millionen stationäre Fälle weniger haben. Wir reden hier über richtig große Zahlen.

## **Auch die Ärzte haben Fehler gemacht**

**Karagiannidis:** Über die Vergütung allein kann man das Problem aber nicht lösen. Wir wollen Mindeststandards setzen. Da haben wir in Deutschland ein Problem. Ein Beispiel ist die ECMO in der Pandemie. Damit behandeln wir Covid-Patienten mit akutem Lungenversagen, ihr Blut dabei wird mit Sauerstoff angereichert. In Deutschland sind während der Pandemie 70 Prozent der ECMO-Patienten gestorben. Im internationalen Schnitt haben dagegen 60 bis 70 Prozent überlebt, also diametral entgegengesetzt.

**ZEIT ONLINE:** Das heißt, in Deutschland haben viele Menschen die ECMO bekommen, für die das gar keinen Nutzen bringen konnte? Oder wurde die ECMO von Personal ausgeführt, das nicht qualifiziert genug war?

**Karagiannidis:** Beides. Wenn man diese Behandlung in ganz vielen Krankenhäusern in Deutschland macht, kann nicht überall die Fachexpertise da sein, die für so eine extrem komplexe Therapie nötig ist. Ein Krankenhaus beherrscht diese Behandlung nur dann gut, wenn es mindestens 30 bis 50 Anwendungen pro Jahr macht. Und das schaffen nur wenige. Wir verteilen die

Thema

**Klinikreform**

Krankenhausreform

**Die Operation kann beginnen**[<https://www.zeit.de/gesundheit/2022-12/krankenhausreform-karl-lauterbach-finanzierung-kliniken>]

Krankenhausreform

**Städte fordern "schnell wirkendes Rettungspaket" für Kliniken**[<https://www.zeit.de/gesundheit/2022-12/krankenhaeuser-kliniken-reform-staedtetag>]

Behandlung also auf zu viele Kliniken und die machen dann individuell zu wenig. Dem Personal fehlt Erfahrung. Auch die Erfahrung zu sehen: Dieser Patient wird nicht profitieren, egal welche Maschine der Welt ich ihm einbaue.

**Busse:** Und das gilt für viele Bereiche, auch für Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs. Die Therapien verteilen sich auf zu viele Krankenhäuser. Und die kommen dann auf die Idee, noch mehr Fälle zu rekrutieren, um ihre Fixkosten zu decken.

**ZEIT ONLINE:** Herr Karaginnidis, Sie haben in der Pressekonferenz mit Karl Lauterbach betont, die Ärzte seien Teil des Problems – sie hätten auch Fehler gemacht. Was haben Sie sich und Ihren Kollegen vorzuwerfen?

**Karagiannidis:** Wir stecken als Ärzte auch deshalb im Hamsterrad, weil wir immer mehr machen. Wir Mediziner treffen die Entscheidung, ob wir behandeln oder nicht. Und es gibt nicht immer eine ganz klare und harte Indikation, sondern viele Graubereiche.

**ZEIT ONLINE:** Es ist also nicht eindeutig, ob etwa eine OP wirklich gerechtfertigt ist.

**Karagiannidis:** In den meisten Fällen schon, aber der Graubereich ist nicht unerheblich. Und es betrifft nicht nur OPs. Deshalb neigen wir in Deutschland zur Übertherapie. Den ökonomischen Anreiz hat man ja im Hinterkopf. Es gab in den letzten 20 Jahren in Krankenhäusern viele Verträge, in denen stand: Bei den und den Leistungssteigerungen gibt es einen Gehaltszuschuss. Das wurde und wird inzwischen wieder gestrichen, da hat schon ein Wandel stattgefunden. Aber dass wir das mitgemacht haben und nicht von vornherein Stopp gesagt haben, dass wir nicht laut genug gesagt haben, das System läuft gravierend fehl – das ist auch unsere Schuld.

**ZEIT ONLINE:** Die festen Gelder, die Krankenhäuser nach Ihrem Plan bekommen würden, sollen – je nach Fachgebiet – 40 oder 60 Prozent der Vergütung ausmachen. Wie kommen Sie auf diese Quoten?



**Busse:** Deutschland ist das einzige Land, das nur Fallpauschalen bezahlt. Andere Länder nutzen dieses System auch, aber nicht so extrem. In Norwegen etwa teilen sich die Einnahmen der Kliniken ungefähr fifty-fifty auf: Die kriegen ein festes Budget und zu 50 Prozent sind die variablen Kosten über Fallpauschalen gedeckt. Davon haben wir uns leiten lassen. Man muss überlegen, wie groß die Fixkosten sind, wie viel Personal man vorhalten muss. Da kommt man auf die Größenordnung, die wir vorschlagen.

**ZEIT ONLINE:** Der genaue Anteil der Vorhaltefinanzierung richtet sich nach den Fachgebieten, die eine Klinik bietet. Was steckt dahinter?

**Busse:** Wir unterteilen die Medizin in Leistungsgruppen: etwa invasive Kardiologie oder Gastroenterologie. Für die meisten dieser Gruppen bekommen Kliniken einen Vorhalteanteil von 40 Prozent. In anderen Gebieten, wie Notfall- oder Intensivmedizin legen wir noch was drauf, weil die hohe Fixkosten haben und unnötige Behandlungen hier besonders nachteilig sind, da ist der Anteil 60 Prozent. Zwischendurch hatten wir sogar noch höhere Prozentzahlen für die Vorhaltung angedacht, aber dann gäbe es einen Anreiz, zu wenig Patienten zu behandeln.

**ZEIT ONLINE:** Sie wollen außerdem das Krankenhaussystem in eine Art Pyramide mit drei Stufen gliedern. Da gibt es die breite Basisversorgung auf der unteren Stufe, darauf kommen spezialisierte Kliniken und oben die Maximalversorger, also die ganz großen Kliniken mit vielen Spezialistinnen. Was ist das Ziel?

**Karagiannidis:** Wir haben in Deutschland, so irre das klingt, so gut wie keine Definition, was ein Krankenhaus ist und schon gar keine Definition, was ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung können muss und welche Ausstattung sie haben muss. Es ist kaum vorstellbar, aber in diesem Land, wo jede Schraube eine Din-Norm hat, sind solche grundlegende Dinge nicht definiert. Der erste Hintergrund unseres Pyramiden-Modells ist, dass jedes Krankenhaus je nach Stufe dieselben Mindeststandards erfüllen muss. Egal, ob ich in Berlin, Köln oder im Bayerischen Wald in ein Krankenhaus gehe – wenn es das Label Level zwei trägt, ist da auch Level zwei drin.

**ZEIT ONLINE:** Was zeichnet die Levels eins, zwei und drei aus?

**Karagiannidis:** Level eins ist die regionale Grundversorgung. Die soll in der Nähe sein, aber da darf in Zukunft nicht mehr alles gemacht werden. Bestimmte Leistungsgruppen, also Behandlungen dürfen in unserem Modell nur Krankenhäuser auf einem bestimmten Level erbringen.

**Busse:** Derzeit darf bei uns jedes Dorfkrankenhaus eine Operation an der Wirbelsäule durchführen, es gibt niemanden, der das untersagt.

**ZEIT ONLINE:** Was sollen die regionalen Grundversorger Ihrer Ansicht nach anbieten?

**Karagiannidis:** Die Akutpflege und die normale internistisch-chirurgische Therapie. Als Internist können Sie 80 Prozent der Erkrankungen ohne große Technik diagnostizieren und therapieren. Das haben wir aber ein bisschen verlernt in unserem Fallpauschalensystem. Wir neigen dazu, viel Technik einzusetzen. Aber viele Erkrankungen sind zum Beispiel Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen, Rückenschmerzen, die keiner Operation bedürfen. Es braucht zwar manchmal die Übernachtung im Krankenhaus und die Überwachung, etwa wenn eine Lungenentzündung schwerer verläuft, aber da reicht ein Antibiotikum, da brauche ich keine Hightechmedizin.

**ZEIT ONLINE:** Hightech gibt es erst ab Stufe zwei?

**Karagiannidis:** Je spezialisierter die Medizin, desto überregionaler die Versorgung. Eine Herzklappen-OP oder komplexe onkologische Therapie muss ich nicht in jedem Dorf machen.

### **Wohnortnahe Versorgung? "Man gaukelt den Menschen was vor"**

**Busse:** Auf der zweiten Stufe findet man den Herzkatheter, die Schlaganfalleinheiten, die Brustkrebstherapie, die Geburtshilfe mit angeschlossener Kinderklinik. All das, was man eigentlich unter einem Krankenhaus versteht. Level drei sind die Maximalversorger, die ein noch breiteres Spektrum an Fachabteilungen haben.

**ZEIT ONLINE:** Wie passt das zu dem Wunsch vieler Menschen nach einer wohnortnahen Versorgung?

**Busse:** Da kommt man in den Spagat zwischen Erwartungen und Realität: Viele sagen, ich brauche ein Krankenhaus in der Nähe, wenn ich einen Herzinfarkt oder Schlaganfall habe. Aber die meisten Krankenhäuser in Deutschland können das gar nicht adäquat behandeln. Man gaukelt den Bürgern also was vor und wir wollen, dass damit Schluss ist. Es soll klar sein: Ein Stufe-zwei-Krankenhaus übernimmt die Fälle, die Technik erfordern – Herzinfarkt, Schlaganfall. Diese Klinik hat eine bessere Ausstattung und die Ärzte müssen nachts nicht erst in die Klinik gerufen werden, wenn ein Notfall kommt.

**ZEIT ONLINE:** Also lieber den weiteren Weg in ein spezialisiertes Krankenhaus auf sich nehmen, wo auch nachts um drei die Kardiologin mit dem Herzkatheter bereitsteht?

**Busse:** Genau, Qualität vor Nähe. Unser Kommissionskollege Boris Augurzky hat ausgerechnet: Wenn man die Krankenhausstruktur neu aufbauen würde,

kämen wir mit weniger als 400 Standorten hin und trotzdem könnte jeder ein Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten erreichen.

**ZEIT ONLINE:** Das heißt, dass Krankenhäuser schließen müssen?

**Busse:** Für Krankenhäuser der Stufe zwei und drei ist die Antwort eindeutig nein. Von denen haben wir 425. Es gibt einzelne Orte, die zwei Level-zwei-Krankenhäuser haben, von denen mittelfristig vielleicht eins schließen wird. Aber wir reden über die 1.300 anderen auf der niedrigsten Stufe. Da werden wir sicher Schließungen sehen. Aber eher in großen Städten als im ländlichen Raum. In Regionen wie im südlichen Mecklenburg-Vorpommern oder im nördlichen Sachsen-Anhalt wären die Level-zwei-Kliniken zu weit weg, da brauchen wir regionale Versorger, die auch eine Notaufnahme haben.

**Karagiannidis:** Grundsätzlich sind Schließungen nicht unsere Intention. Wir brauchen diese Akutpflegebetten auf Level eins. Man darf zwei Punkte in Deutschland nicht unterschätzen: Wir haben 40 Prozent Singlehaushalte und die Bevölkerung altert. Wir müssen diese Menschen akutpflegerisch versorgen können.

**ZEIT ONLINE:** Noch mal zu den Schließungen: Natürlich sagt keine Stadt freiwillig, wir machen bei uns drei Kliniken zu. Wie stellen Sie sich das vor?

**Karagiannidis:** Viele Kliniken kämpfen ums Überleben, auch die großen. In unserem Modell hätten sie eine echte Chance. Sie können untereinander ihre Leistungsgruppen tauschen, um ihr Profil zu schärfen. Angenommen, Krankenhaus A macht sehr viel Kardiologie und ein bisschen Gynäkologie, und bei Krankenhaus B ist es genau umgekehrt. Da ist es sinnvoll, dass Haus B die Kardiologie an A abgibt und dafür für die Gynäkologie zuständig wird. Und wenn die Geschäftsführer sehen, dass es Sinn hat, zwei Standorte zu fusionieren, dann werden das viele akzeptieren. Vernetzte Kliniken können die Patienten optimal verteilen. Am Ende profitieren alle davon, vor allem die Patientinnen und Patienten, weil es mehr Qualität gibt.

**Busse:** Meine Lieblingsbeispiele sind Ostfriesland oder der Elbe-Elster-Kreis. In solchen Landkreisen haben wir häufig zwei, drei kleine Krankenhäuser, die alle nicht so richtig gut ausgestattet sind. Dort muss es eine Debatte geben: Wollen wir lieber drei schlecht ausgestattete Kliniken, in denen man sowieso keine komplexen Behandlungen bekommt – oder wollen wir die lieber durch ein echtes Krankenhaus ersetzen?

**ZEIT ONLINE:** Wer entscheidet, welcher Stufe ein Krankenhaus zugeordnet wird?

**Karagiannidis:** Die Voraussetzungen sind hart, man kann nicht ohne Weiteres in ein höheres Level springen. Dafür müssen Sie eine 24-Stunden-Verfügbarkeit

von qualifiziertem Fachpersonal garantieren, und das ist schwer, weil der Markt für Pflegekräfte und Ärzte leer ist. Dazu kommen Vorgaben zur Ausstattung. Das Label vergeben nach unserem Plan letztlich die Bundesländer. Nordrhein-Westfalen geht voran, die reformieren ihr System schon und haben auch Leistungsgruppen eingeführt. Wenn jetzt noch unser Vergütungssystem dazu kommt, wird es richtig stark, denke ich. NRW kann Europas Modellregion einer modernen Krankenhauslandschaft werden.

**ZEIT ONLINE:** Bei der Umsetzung Ihrer Reformpläne müssen die Länder mitziehen. Der Bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek findet Ihre Vorschläge aber planwirtschaftlich und nicht akzeptabel, weil sie in die Kompetenz der Länder eingreifen. Was sagen Sie dazu?

**Karagiannidis:** Der Bund regelt Finanzierung und Qualität und die Länder regeln die Planung. Deswegen stützen wir uns auf Vergütung und Qualität. Und meine Botschaft an Klaus Holetschek ist: Gerade für Bayern bietet unser System riesige Chancen, weil Bayern viele kleine Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft hat. Die kriegen die Möglichkeit, sich in einem schwierigen Umfeld neu zu positionieren. Ich glaube, der kluge Geschäftsführer erkennt das auch. Bayern wird ein großer Profiteur sein. Aber vielleicht muss man da auch erst mal zwei Nächte drüber schlafen.

**ZEIT ONLINE:** Auch von NRW-Gesundheitsminister Laumann kam Kritik: Ohne mehr Geld gehe es nicht, allein schon um die Gehaltserhöhungen des Personals zu tragen. Welche Botschaft haben Sie für ihn?

**Karagiannidis:** Unser Modell ist inflationsangepasst. Und dass der Anteil am Bruttoinlandsprodukt in den nächsten Jahren etwas steigen wird, ist in Anbetracht des medizinischen Fortschritts klar. Aber es darf nicht ausufern. Mit mindestens fünf Millionen weniger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland in den kommenden zehn Jahren werden die Krankenkassenbeiträge sonst explodieren. Das ist für Normalverdiener nicht mehr zu stemmen. Ich halte unser Modell deshalb für alternativlos. Wenn wir so weitermachen wie bisher, kippt das System.

**ZEIT ONLINE:** Was heißt das, wenn das System kippt?

**Karagiannidis:** Diese Schere aus Überversorgung und Unterversorgung geht immer weiter auseinander. Das neue Normal in den Krankenhäusern ist, dass wir ein Drittel der Betten nicht mehr betreiben können, weil es kein Personal gibt. Das wird noch extremer werden.

**Busse:** Wichtig ist mir folgende Beobachtung: Wir haben zwar gemessen an der Bevölkerung sogar mehr Pflegepersonal als andere Länder. Aber wir dünnen es zu sehr aus, weil wir so viele Krankenhäuser und Betten haben. Auch das gehen wir mit unserer Reform an.

**Karagiannidis:** Wir müssen verhindern, dass wir englische Verhältnisse kriegen, wo sich die Rettungswagen vor den Notaufnahmen stauen und die Patienten einen Tag lang nicht versorgt werden oder Menschen fünf Jahre lang auf eine Operation warten. Solche Zustände werden wir nicht über Nacht bekommen, aber es ist absehbar, dass wir durch den demografischen Wandel und immer weniger Pflegekräfte ein richtiges Problem kriegen, spätestens Ende der Zwanzigerjahre, wahrscheinlich früher.



