



# Interviews

**Datum: 17. Mai 2023**

## **Karl Lauterbach, SPD, Bundesgesundheitsminister, im Gespräch mit Maria Grunwald**

**Maria Grunwald:** Dazu kann ich jetzt direkt mit Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sprechen. Einen schönen guten Morgen!

**Karl Lauterbach:** Ja! Guten Morgen, Frau Grunwald.

**Grunwald:** Herr Lauterbach, wir haben es gerade schon gehört. Gestern beim Ärztetag gab es durchaus viel Kritik. Viele Punkte wurden da genannt. Wir konzentrieren uns jetzt mal auf die Krankenhausreform. Da gibt es Kritik, besonders an der geplanten Einteilung der Häuser in drei Level. Level eins bietet nur noch eine Grundversorgung. Level zwei soll künftig eine sogenannte Schwerpunktversorgung anbieten. Und Level drei, das sind dann die Maximalversorger, die Unikliniken, die hoch komplexe Operationen und Behandlungen durchführen. Die Idee dahinter ist ja, dass nicht jedes Krankenhaus jede Behandlung anbieten muss, vor allem, wenn es darin keine Erfahrung hat. Trotzdem sagt Ärztepräsident Reinhardt, diese Einteilung wäre viel zu starr, und Länder wie Baden-Württemberg sehen gar jede zweite Klinik bedroht, wenn so ein starres Einteilungskorsett kommt. – Wie stehen Sie dazu?

**Lauterbach:** Zunächst einmal: Es geht hier darum, in erster Linie Transparenz herzustellen. Es ist nicht so, als wenn es diese Kliniken jetzt nicht gäbe, die nur eine Grundversorgung anbieten können, sondern wir machen ja nur transparent, welche Kliniken das sind. Daran haben viele Länder kein Interesse. Aber tatsächlich ist der erste Schritt, dass wir erst mal darstellen, wer sind diese Kliniken.

Oft ist es so, dass Kliniken, sage ich mal, in einer Stadt einen sehr guten Ruf haben, aber wenn man genau dahinter schaut, dann sieht man, dass viele der Ärzte da nicht so toll weitergebildet sind und es gibt nicht diese Geräte. Wir wollen erstens, dass die Patienten dieses Wissen auch haben. Es geht darum, die Transparenz herzustellen, was sind die Krankenhäuser, die über eine große Spannweite von Weiterbildung und auch von Geräten und dergleichen verfügen.

Zum zweiten: Der Anspruch, dass der Patient in der Klinik behandelt wird, die für diese Leistung am besten geeignet ist, das ist ja eigentlich ein Interessenanspruch, der richtig ist. Sie wollen doch wissen, bei einer Operation zum Beispiel würden die Krebspatienten nur in den Kliniken operiert, die dafür besonders geeignet sind. Wir würden das transparent machen. Die Deutsche Krebsgesellschaft geht davon aus, dass wir dann 10.000 Krebstote weniger hätten pro Jahr. Das ist ja auch etwas, da geht es um viel.

**Grunwald:** Das ist nachvollziehbar, Herr Lauterbach. Aber die Einteilung in drei Level bedeutet doch aber auch, dass bestimmte Kliniken oder Klinikbereiche geschlossen werden müssen, wenn sie nicht die Kriterien für die künftig gewünschte Spezialisierung erfüllen. Der Kahlschlag an Häusern gerade im ländlichen Raum wird befürchtet, gerade da, wo es so wieso schon Ärztemangel gibt. Warum ist das für Sie kein Problem?

**Lauterbach:** Es geht darum, dass die Transparenz von einigen nicht gewünscht wird. Es geht nicht darum, dass wir Krankenhäuser schließen. Das kann der Bund gar nicht. Wir sind ja für die Sicherstellung überhaupt nicht zuständig. Wenn jetzt beispielsweise ein Krankenhaus am Netz ist, auf dem Land beispielsweise, könnte diese Reform dieses Krankenhaus niemals dichtmachen.

Außerdem ist es so: Wenn ein kleines Krankenhaus beispielsweise hoch spezialisiert ist in einer Leistung, die es gut kann, und in der Nähe ist kein großes Krankenhaus, was das ebenfalls gut kann – wir haben keine Überversorgung -, dann kann natürlich das kleine Krankenhaus das weitermachen, beispielsweise Brustkrebsversorgung.

Es ist vielmehr so: Wenn wir diese Reform nicht machen – und das war ja auch gestern Konsens; alle wollen ja die Reform; lassen wir mal die gute Nachricht zuerst in den Vordergrund rücken -, wenn wir die Reform nicht machen, dann werden die kleinen Krankenhäuser sterben, und das versuche ich abzuwenden. Jetzt gäbe es für diese Häuser eine Pauschale für die Bereiche, die sie immer gut können, und von dieser Pauschale kann man in der Regel schon leben. Das ist auch unabhängig von der sinkenden Zahl der Fälle, die diese Krankenhäuser haben. Und wenn sie auf etwas spezialisiert sind und das wird anderswo nicht auch gebracht, keine Doppelung, dann können sie das auch weitermachen. Aber das muss der Patient auch wissen.

**Grunwald:** Wir haben immer noch das Stichwort Erreichbarkeit, wohnortnahe Versorgung, was sich die Bürger oft wünschen. Ein Patient im ländlichen Raum müsste vielleicht künftig doch deutlich länger fahren, bis er für eine etwas kompliziertere OP behandelt werden kann. Können Sie solch längere Wege ruhigen Gewissens verantworten? Das bringt die Spezialisierung ja mit sich.

**Lauterbach:** Die Deutsche Krebsgesellschaft oder auch die Universitätskliniken, mehr oder weniger alle Universitätskliniken, der Verband der Deutschen Universitätskliniken, haben gestern, auch während der Ärztetag noch lief, gesagt, sie wollen die Reform, zum Beispiel die Deutsche Krebsgesellschaft. Weshalb wollen sie die Reform? Sie wollen, dass der Patient sieht, diese Klinik ist da spezialisiert, die andere nicht. Die meisten Patienten sind auch gerne bereit, 20 Minuten weiter zu fahren oder auch eine Stunde weiter zu fahren, wenn sie eine viel bessere Chance haben, die schwere Krebsoperation zu überleben. Mir ist, ehrlich gesagt, in all den Jahren auch als Arzt nie ein Patient begegnet, der eine Komplikation hatte, und das ist ja die Folge, wenn das Krankenhaus es nicht so gut kann, weil das Personal nicht da ist, was man auch niemandem vorwerfen kann.

**Grunwald:** Für die Spezialisierung eines Krankenhauses nehme ich dann einen weiteren Weg in Kauf?

**Lauterbach:** Das macht jeder! Ich habe noch nie einen Patienten erlebt, der gesagt hat, der Eingriff ist jetzt schiefgelaufen, den hätte ich eigentlich in einer besseren, in einer größeren Klinik machen sollen, aber ich musste nicht so weit fahren.

**Grunwald:** Aber muss die Politik da nicht auch ganz klar kommunizieren, dass es so etwas wie eine wohnortnahe breite Gesundheitsversorgung so in Zukunft nicht mehr geben kann?

**Lauterbach:** Die gibt es. Die breite wohnortnahe Versorgung, die würde es nicht geben, wenn die Reform nicht käme. Die breite wohnortnahe Versorgung ist die Versorgung, die jetzt gefährdet ist, mit kleinen chirurgischen Leistungen, inneren Leistungen und mit Spezialisierung, wo kleine Krankenhäuser sich auf etwas schon spezialisiert haben. Aber das Problem ist doch im Moment, dass die großen Unikliniken alle Verluste machen, weil sie zum Teil die komplizierten Fälle, die sie gut behandeln könnten, nicht bekommen, weil die kleinen Kliniken oft diese Eingriffe machen müssen, um überhaupt über die Runden zu kommen. Das ist ja auch der Schwerpunkt, dass sich das ändert in der NRW-Reform, die ein ähnliches Ziel hat, aber nur wir im Bund können die Gelder dafür gut verteilen. Es geht um Transparenz ja oder nein. Diejenigen, die die Reform mit den Level nicht wollen, die wollen nicht, dass ganz klar steht, das ist eigentlich eine Klinik, die bis auf ein paar Spezialgebiete keine Spezialklinik ist. Wir wollen aber, dass man sich da ehrlich macht und dass man den kleinen Kliniken aber auch eine Möglichkeit gibt zu überleben.

**Grunwald:** Für diese Transparenz, die Sie gerade fordern, dass man sofort sehen kann, welche Klinik für was genau spezialisiert ist, braucht es auch Digitalisierung. Das ist ja eine weitere Baustelle, die Ihnen vorgeworfen wird, auch gestern beim Ärztetag. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen stecke noch in den Kinderschuhen. – Wie gehen Sie das an?

**Lauterbach:** Das Bundesgesundheitsministerium, das bin ich ja nicht allein. Wir haben ein riesiges und hochspezialisiertes Team mit vielen Wissenschaftlern, die helfen, auch vielen Praktikern. Wir machen Gesetze bei Krankenhausdigitalisierung, Arzneimittel-Lieferengpässe - ich könnte viele andere nennen -, die seit zehn Jahren nicht gelöst sind. Wir gehen an die großen Reformen heran, wie übrigens die Ampel in vielen Bereichen. Sie sagen ja immer, die Modernisierung. Im Gesundheitssystem ist das genauso. Seit zehn Jahren ist die Krankenhausstruktur nicht richtig, viele kleine Häuser gehen kaputt. Seit zehn Jahren ist die Digitalisierung nicht vorangekommen; wir gehen da jetzt heran, das ist richtig. Das wird ja auch von niemandem bestritten. Was die Ärzte gerne hätten, dass sie mehr beteiligt sind, und da wäre gestern eine Gelegenheit gewesen. Wenn der Minister da sitzt und muss sich erst einmal zwei Stunden die Dinge anhören und darf danach 20 Minuten ein kurzes Statement abgeben, dann ist das vielleicht auch nicht das optimale Format, um in das Gespräch zu kommen.

**Grunwald:** Dass Sie gestern am Pranger standen, das hat Ihnen nicht gefallen. Das höre ich raus. – Bleiben wir noch mal beim Stichwort Digitalisierung. Mit Ihrer Reform geht ja auch einher, dass deutlich mehr Behandlungen und OP künftig ambulant durchgeführt werden sollen bei niedergelassenen Ärzten, die aber dann mit den Kliniken gut vernetzt sein sollen, falls es Komplikationen gibt. Wie gesagt, jetzt sind wir wieder bei der Baustelle Digitalisierung. Wie schaffen Sie diese Vernetzung, die Sie brauchen und wo Sie gerade auch noch mal geschildert haben, das geht so langsam, so schleppend voran?

**Lauterbach:** Es geht schnell voran. Wir machen jetzt die Reformen, wie gesagt, die seit zehn Jahren sich verzögern, weil auch die Partner der Selbstverwaltung sich oft im Wege stehen. Wir werden das hinbekommen, indem wir diese Daten auch der elektronischen Patientenakte zur Verfügung stellen. Die Ambulantisierung, da werden wir eine Liste machen von Eingriffen, die man dann sowohl ambulant wie auch stationär machen kann. Diese Liste sollte die Selbstverwaltung machen, die Ärzte und die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft. Die haben das gar nicht hinbekommen. Wir hatten ihnen drei Monate Zeit gegeben, es gab keine Einigung. Das macht jetzt der Bund. Aber wir werden die Liste machen. Es gibt sehr viele Eingriffe, die werden nur noch in Deutschland schwerpunktmäßig stationär gemacht. Das gesamte europäische Ausland um uns herum, die Vereinigten Staaten machen diese Eingriffe ambulant mit zum Teil besseren Ergebnissen. Da müssen wir uns bewegen. Wir sind auch da weit abgeschlagen hinterher. Wir machen jetzt die Liste selbst und die Transparenz schaffen wir.

**Grunwald:** Aber ich bin immer noch beim Punkt Digitalisierung. Sie haben gesagt, wir machen die Liste jetzt selbst. Das ist eine Konsequenz. Ich komme noch mal auf die elektronische Patientenakte zurück. Das wäre eine digitale Speicherung von Daten, von Befunden, von Werten, von den Behandlungen eines Patienten. Man könnte die auf einmal abrufen. Es dauerte Jahre, bis sie vor zwei Jahren kam, und genutzt wird sie gerade mal von einem Prozent der Versicherten. Wie kann das ein Beispiel dafür sein, dass es jetzt schnell vorangeht, wie Sie vorhin sagten?

**Lauterbach:** Wir machen jetzt ein Gesetz, dass jeder automatisch diese Patientenakte hat. Technisch ist sie ja jetzt schon möglich, sie wird aber nicht umgesetzt, und wir wollen sie technisch verbessern und der Patient ist automatisch der Inhaber einer solchen elektronischen Patientenakte, es sei denn er widerspricht ausdrücklich. Dann ist er kein Patient mit elektronischer Patientenakte, weil wir es nicht gegen den Willen machen. Aber die meisten – das zeigen die Erfahrungen in anderen Ländern – die meisten Patienten, wo man das den Patienten mehr oder weniger automatisch anbietet, sie müssen sich selbst nicht kompliziert kümmern, wollen die elektronische Patientenakte. Sie wird von kaum jemandem abgelehnt.

*Äußerungen unserer Gesprächspartner geben deren eigene Auffassungen wieder. Der Deutschlandfunk macht sich Äußerungen seiner Gesprächspartner in Interviews und Diskussionen nicht zu eigen.*