Größere Kliniken haben oft Spezialstationen, wie die Corona-Station im Klinikum Darmstadt.
Foto Frank Röth

IM GESPRÄCH

Lauterbachs Revolution

Die Reformpläne des Ministers könnten dazu führen, dass viele kleine Kliniken schließen – zum Wohle der Patienten.

Von Martina Keller

In Ostfriesland kämpfen die Menschen seit Jahren für ihre Krankenhäuser. Drei kleine Kliniken, in Emden, Norden und Aurich, sollen in regionale Versorgungszentren umgewandelt werden – dafür soll ein neues Zentralklinikum entstehen, genau in der Mitte zwischen den drei Orten. Um das zu verhindern, haben sich viele Bürger in sozialen Medien organisiert, Unterschriften gesammelt, demonstriert, Interviews gegeben und zwei Bürgerbegehren initiiert.

Sie sind nicht allein: Die Deutschen lieben ihre kleinen, vertrauten Krankenhäuser vor Ort, die sie zu Fuß oder mit dem Bus erreichen können. In Deutschland gibt es mehr als 1700 Kliniken, in vielen können weniger als 100 Patienten stationär behandelt werden. „Was die Menschen nicht verstehen: Das Krankenhaus um die Ecke ist nicht automatisch am besten geeignet", sagt Ferdinand Gerlach, der bis Ende Januar Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit der Bundesregierung war. „Fahrzeiten von dreißig Minuten in ein spezialisiertes Krankenhaus sind bei manchem Notfall besser als zehn Minuten in ein nicht spezialisiertes Krankenhaus." Die als Medizinfabrik geschmähte Großklinik mag menschlich nicht sympathisch wirken, doch verfügt sie meist über eine bessere Ausstattung und geschultes Personal.

Deshalb plant Gesundheitsminister Karl Lauterbach eine „Revolution", wie er es nennt. Die deutsche Krankenhauslandschaft soll radikal umgestaltet werden. Der Minister verspricht: weniger Ökonomie, mehr Patientenwohl. So sollen unter anderem falsche Mengenanreize zugunsten von sogenannten Vorhaltepauschalen zurückgefahren werden. Bislang verdienen Kliniken mehr Geld, wenn sie viele lukrative Operationen oder Untersuchungen durchführen. Künftig könnten sie einen Teil der Vergütung unabhängig von der Zahl erbrachter Leistungen erhalten.

Lauterbach will auch strenger regeln, welche Behandlungen die Kliniken überhaupt durchführen dürfen. Die von ihm eingesetzte Regierungskommission schlägt ein dreistufiges System vor. Strikte Kriterien sollen darüber entscheiden, wer spezialisierte Therapien oder sogenannte Maximalversorgung anbieten darf, das entspräche Level 2 und 3. Kleinere Kliniken würden zu medizinischen Versorgungszentren oder Grundversorgern mit eingeschränktem Spektrum erklärt, Level 1i oder 1n. Viele Kliniken würden m umgewandelt – andere ganz schließen.

Proteste sind absehbar. Doch der mächtigste Widerstand kommt nicht von Bürgerinitiativen wie in Ostfriesland. Als die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) am vergangenen Montag ihren Alternativvorschlag zum Lauterbach-Entwurf vorstellt, sitzt auch Boris Augurzky am Mikrofon. Der Gesundheitsökonom von der Universität Essen-Duisburg ist unter anderem Geschäftsführer der Firma Institute for Health Care Business, kurz HCB. Sie hat Lauterbachs Pläne im Auftrag der DKG gemeinsam mit der Firma Vebeto analysiert. Augurzky gehört auch der Regierungskommission an, die in mehrmonatiger ehrenamtlicher Tätigkeit die geplante Reform erarbeitet hat. Agiert der Ökonom nun als eine Art Doppelagent? DKG-Vorstandsvorsitzender Gerald Gaß versichert, es habe nahegelegen, jemanden zu beauftragen, „der weiß, wovon er spricht".

Früher forderte die DKG von der Politik meist eins: mehr Geld. Mittlerweile erkennt auch sie den grundlegenden Reformbedarf. „Wenn wir nichts tun, geht uns allmählich das Personal aus", sagte Augurzky. Gaß sagt, es sei nicht möglich, „in den heutigen Versorgungsstrukturen die notwendigen Gesundheitsleistungen von morgen zu erbringen".

Die veraltete Krankenhauslandschaft passt nicht mehr zur modernen, spezialisierten Medizin. Zu starke Veränderungen lehnt die DKG trotzdem ab. Augurzky hat in einem „Simulationsmodell" durchgespielt, was die Lauterbach-Reform in der Realität bedeuten würde: Es würden nur 232 Krankenhäuser für Maximal- und Schwerpunktversorgung übrig bleiben, der Level 2 und 3. Die DKG sieht in ihrem Alternativvorschlag 425 vor.

Für den Public-Health-Experten Reinhard Busse, Mitglied der Regierungskommission, ist dies jedoch der falsche Ansatz. „Man muss nicht sagen, wie viele fallen weg, sondern wie viele brauchen wir?" Die niedrige Zahl aus dem Simulationsmodell könne auch als Argument für die Reform gewertet werden. „Das heißt ja, dass wir in Deutschland derzeit sehr viele ungeeignete Krankenhäuser haben."

Ob es Patienten in spezialisierten Kliniken wirklich besser ergeht? Beispiel Schlaganfall: Die Daten der Krankenkasse AOK zeigen, dass 257.000 von 308.000 Schlaganfallpatienten im Jahr 2018 in Kliniken mit einer spezialisierten Stroke Unit behandelt wurden, die übrigen rund 50.000 wurden in Krankenhäusern ohne Spezialstation behandelt. Gemäß einer Übersichtsarbeit des unabhängigen Forscher-Netzwerks Cochrane sterben in Kliniken ohne Stroke Unit acht von 100 Patienten, 25 werden pflegebedürftig. „Mit" sind es ein Viertel weniger Todesfälle, sechs, und 19 Pflegebedürftige.

Beispiel Krebs: Vergleicht man die Zahlen in den Jahresberichten der Krebszentren mit denen des Deutschen Krebsregisters, wurden im Jahr 2019 rund 30.300 von etwa 60.000 neu an Darmkrebs erkrankten Menschen in einem zertifizierten Krebszentrum behandelt. Auch bei Bauchspeicheldrüsenkrebs waren es nur rund 5600 von etwa 19.600 Neuerkrankten. Doch gemäß der Wi-Zen-Studie ist die Sterblichkeit für Darmkrebs in zertifizierten Kliniken etwa acht Prozent niedriger, bei Bauchspeicheldrüsenkrebs sogar rund elf Prozent.

Beispiel Herzinfarkt: Daten des Myokardinfarkt-Registers von Rheinland-Pfalz haben 2014 gezeigt: Werden Herzinfarktpatienten etwa in einer Uniklinik mit Herzkatheterlabor behandelt, sterben neun von 100 Betroffenen. In der Kleinklinik ohne die spezielle Behandlungsmöglichkeit sind es fast 50 Prozent mehr, etwa 14. Als DKG-Chef Gaß auf Qualitätsmängel angesprochen wird, versichert er, 93 Prozent der Menschen mit Herzinfarkt würden in einer Klinik mit Herzkatheter behandelt. Das heißt im Umkehrschluss: Nur für sieben Prozent oder etwa 14.000 Patienten gilt das nicht. Doch dazu kommen weitere 23.000, die in einer Klinik landen, die wohl kein eigenes Herzkatheterlabor hat. Noch einmal 10.000 landen in einer Klinik, in der der Herzkatheter nicht rund um die Uhr bereitsteht. Insgesamt ergibt das 47.000 von etwa 203.000 Herzinfarktpatienten, also 23 Prozent, die in Deutschland nicht optimal versorgt werden. „Bei einer so häufigen Indikation ist das ein Skandal", sagt Kommissionsmitglied Busse.

Eine Krankenhausreform ist nötig. Ob Lauterbach seine Pläne durchsetzen kann, ist noch „völlig offen", meint Gerlach, der langjährige Gesundheitsweise. Er hoffe, „dass wir in Deutschland endlich die Kraft finden, die veralteten Versorgungsstrukturen nach internationalen Vorbildern weiterzuentwickeln". Darüber entscheiden auch die Gesundheitsminister in den Bundesländern. Klaus Holetschek, Minister in Bayern, wo es viele kleine Kliniken gibt, ist am Tag der DKG-Pressekonferenz im Kampfmodus: „Deutschlandweit droht ein Klinik-Kahlschlag." Er spricht von einer „mutwilligen Zerstörung der deutschen Krankenhauslandschaft".

In Ostfriesland werden die Bauarbeiten für das neue Zentralklinikum zwischen Emden, Norden und Aurich 2024 beginnen. Herzkranke könnten davon profitieren – bislang hat nur eines der drei Kliniken Herzkatheterlabore.