„Wir haben zu viele zu schlechte Krankenhäuser“

Der Gesundheitssystem-Experte Reinhard Busse hat die aktuellen Reformpläne für Kliniken mit entwickelt. Ein Gespräch darüber, wann der weitere Weg ins Krankenhaus der bessere ist

Interview: Christina Berndt und Felix Hütten

Ist es zumutbar, wenn manche Patienten 40 Minuten in die nächste Klinik brauchen? Auch darum geht es in der Reformdebatte. FOTO: DPA

Im Auftrag der Bundesregierung hat eine Kommission Pläne für eine Reform der Krankenhauslandschaft erarbeitet. In der vergangenen Woche haben die Gesundheitsminister fast aller Bundesländer nun einem Eckpunktepapier zugestimmt, das in weiten Teilen auf den Vorschlägen der Regierungskommission beruht. Der Gesundheitssystemforscher Reinhard Busse von der TU Berlin ist Mitglied der Kommission und erklärt, warum er eine Reform für dringend nötig hält.

SZ: Nachdem es anfänglich erheblichen Widerstand gegen Ihre Krankenhaus-Reformpläne gab, liegt jetzt tatsächlich ein Beschluss der Landesgesundheitsminister vor. Sind Sie glücklich?
Reinhard Busse: Das ist ein Erfolg, entscheidend für den langfristigen Erfolg der Reform aber wird die Umsetzung in den Bundesländern sein. Den Krankenhäusern und den Patienten wird es nur besser gehen, wenn nicht mehr jedes Krankenhaus jede Behandlung anbietet, sondern manche Eingriffe nur noch an bestimmten Zentren möglich sind.

Und? Wie stehen die Chancen?
Man hört schon, dass einzelne Bundesländer, vor allem im Osten, sagen: Wir sind für die Reform, aber bei uns wird sich nichts ändern, bei uns ist alles gut. Mit dieser Einstellung wird am Ende womöglich nur ein bisschen Geld verschoben, ohne dass es eine echte Reform der Krankenhauslandschaft gibt. Dabei ist die unbedingt nötig.

Weshalb? Das deutsche Gesundheitssystem gilt doch als eines der besten der Welt.
Es ist in jedem Fall eines der teuersten – und dabei nicht sehr effizient, was den Nutzen für die Bürger angeht. Viele Menschen, auch viele Politiker, haben immer noch das Bild von einem kleinen, sympathischen Krankenhaus in ihrer Stadt im Kopf. Sie vergessen, dass sich die Medizin in den vergangenen 40 Jahren dramatisch geändert hat. Wir haben inzwischen zu viele zu kleine und zu schlechte Krankenhäuser, die sich nicht an den Fortschritt der Medizin angepasst haben.

„Wir sollten uns fragen: Wie viele Krankenhäuser brauchen wir?“

In Ostfriesland sollen die Krankenhäuser in Emden, Aurich und Norden schließen, stattdessen soll – von allen Städten einige Kilometer entfernt – in dem Örtchen Georgsheil eine Zentralklinik entstehen. Dagegen gibt es Widerstand. Verstehen Sie die Sorgen?
Ich verstehe die Sorgen. Sie entstehen, weil die Politiker nicht offen mit den Menschen reden. Georgsheil ist klein, aber es liegt mittendrin – an der Schnittstelle der Bundesstraßen nach Emden, Aurich und Norden. Man muss der Bevölkerung vermitteln, dass ein neues, gut ausgestattetes Klinikum an diesem Ort besser für sie ist als das, was sie bisher haben.

Ein Krankenhaus in der eigenen Stadt zu wissen, gibt vielen Menschen Sicherheit.
Das Gefühl kann ich nachvollziehen, aber es ist nicht vernünftig. Das Krankenhaus um die Ecke ist nicht automatisch das beste. Gucken wir noch mal nach Ostfriesland: Im Krankenhaus in Aurich gibt es Herzkatheter für die Behandlung von Herzinfarkten und in Emden die Einheit zur Versorgung akuter Schlaganfallpatienten. Im Durchschnitt müssen die Patienten also viel weiter gefahren werden als mit einer Zentralklinik in der Mitte.

Bei einem Schlaganfall zählt jede Minute, die Patienten aus Emden müssten mit der neuen Zentralklinik weiter fahren als bisher.
Die meiste Zeit bis zur Behandlung eines Schlaganfalls vergeht, bis die Bürger einen Rettungswagen rufen, also bis sie überhaupt zur Entscheidung gelangt sind, dass sie ins Krankenhaus müssen. Eine Aufklärungskampagne, dass man schnell den Rettungswagen rufen sollte, könnte diesen Zeitverlust für Einzelne auf jeden Fall wettmachen. Und wenn die Rettungswagen dann das nächstgelegene Krankenhaus anfahren, so wie bislang oft, dann bedeutet das häufig weiteren Zeitverlust. Wir haben 1700 Krankenhäuser in Deutschland, nur 340 davon haben eine zertifizierte Schlaganfalleinheit. Die Wahl des nächsten Krankenhauses ist also in vier von fünf Fällen die falsche! Beim Herzinfarkt in zwei von drei Fällen.

Haben die Rettungsleitstellen denn keinen Überblick darüber, welche Behandlungen in welchem Krankenhaus angeboten werden?
Die Diagnose steht bei vielen Patienten im Rettungswagen doch noch gar nicht fest. Nicht jeder Schlaganfallpatient hat eindeutige Symptome. Deshalb wollten wir als Regierungskommission die Krankenhäuser in Versorgungsstufen einteilen: Häuser vom Level 3 sind Maximalversorger, die können im Prinzip alles. Die Level-2-Häuser erbringen die wichtigsten Leistungen, auch kompliziertere, etwa die Behandlung von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Geburten. Level-1-Häuser machen nur die Basics, die auf Level 1n noch die kleineren Notfälle.

Die Landesgesundheitsminister aber lehnen Ihr Konzept der drei Versorgungsstufen ab.
Überall in der Welt – außer bei uns – gibt es das Konzept eines General Hospital, in dem Spezialisten aus verschiedenen Fachrichtungen zusammenarbeiten und Patienten mit unklaren Beschwerden gut erstversorgt werden. Das sollten bei uns die Krankenhäuser ab Level 2 abdecken. Mit den Leveln hätten wir endlich mal definiert, was ein Krankenhaus welcher Stufe eigentlich leisten muss.

Als Kompromiss soll im Internet nun abrufbar sein, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Aber wie sollen Patienten einschätzen, ob eine Klinik hohe Komplikationsraten hat, weil dort schwierige Fälle behandelt werden – oder weil schlechte Arbeit geleistet wird?
Beispiel Geburten: Den Rohdaten zufolge sterben in großen Kliniken mehr Neugeborene als in kleinen. Wenn man aber das Risiko einberechnet, mit dem die Schwangeren in die Klinik kamen, dann dreht sich das Bild komplett. Dann sterben in den kleineren Häusern dreimal mehr Kinder als in den großen. Das Konzept der Risikoadjustierung der Öffentlichkeit zu vermitteln, ist aber schwierig. Ich möchte eigentlich auch nicht, dass der Bürger ein Mini-Medizinstudium absolvieren muss, um zu verstehen, welches Krankenhaus für ihn geeignet ist. Deshalb wären eindeutige Versorgungsstufen ein wichtiges Element gewesen.

Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie. FOTO: TU BERLIN

Wenn die Daten so klar sind: Weshalb wehren sich dann auch manche Ärzte und Krankenhäuser gegen die Reform?
Als Wissenschaftler frage ich mich oft, um wen es in unserem Gesundheitswesen eigentlich geht. Lange stand im Krankenhausfinanzierungsgesetz, der Grund für das Gesetz sei die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Nicht etwa das Patientenwohl! Selbst der Gesetzgeber denkt also eher an das Wohl der Krankenhäuser als an das der Patienten. Da ist es vielleicht kein Wunder, dass es die Krankenhäuser auch tun.

Aber müssten nicht Ihren Plänen zufolge tatsächlich viele Krankenhäuser schließen?
Wir sollten uns fragen: Wie viele Krankenhäuser brauchen wir? Die Antwort ist: 500 gut ausgestattete Krankenhäuser vom Level 2 und 3 reichen für 95 Prozent der Bürger. Jedes Haus würde dann im Umkreis von bis zu 30 Minuten etwa 160 000 Bürger versorgen, das entspricht übrigens etwa sieben Herzinfarkten und neun Schlaganfällen pro Woche. Für die übrigen fünf Prozent der Bevölkerung bräuchte man noch ein paar zusätzliche Krankenhäuser mit Notaufnahmen, und natürlich braucht man Fachkliniken. Insgesamt würden also weniger als 1000 Krankenhäuser in Deutschland vollkommen reichen.

Wie wollen Sie denn sicherstellen, dass auch Menschen in sehr entlegenen Regionen noch gut versorgt sind?
In wirklich dünn besiedelten Gebieten ist es schwierig, alle wichtigen Leistungen in 30 Minuten erreichbar zu machen. Es geht hier aber um sehr wenige sehr dünn besiedelte Gebiete, das betrifft insgesamt vier bis fünf Millionen Menschen.

Für diese Menschen ist das aber ein Problem.
Im Einzelfall sind Level-1n-Häuser nötig. Aber man muss sich auch klarmachen: Eine gute Versorgung bekommt man damit nicht unbedingt. Denn wenn eine Krankheit zu selten vorkommt, dann sind die Ärzte in diesem Haus nicht in deren Behandlung geübt. Deshalb kann es für Patienten im Zweifelsfall besser sein, einen längeren Weg zurückzulegen. Man muss die Regionen einzeln anschauen, ob man es den Menschen dort zumuten kann, dass sie 40 Minuten ins Krankenhaus fahren müssen. Man kann sie auch verstärkt über Telemedizin anbinden. Und man muss in Rettungswagen und Hubschrauber investieren. Es ist nicht zu verstehen, warum bei uns – anders als in unseren Nachbarländern – nachts keine Rettungshubschrauber fliegen.

Die CSU in Bayern wettert gegen die Reform, sie spricht von einem „Klinik-Kahlschlag“ und „eiskaltem Strukturwandel zulasten des ländlichen Raums“.
Ich bin nicht sicher, ob diese Politiker es nicht ehrlich sagen wollen – oder wirklich nicht verstehen. Eines meiner Lieblingsbeispiele ist der Elbe-Elster-Kreis im südlichen Brandenburg. Dort gibt es drei Krankenhäuser, pro Altkreis eins. Den Menschen vor Ort hat die Politik versprochen, dass alle Kliniken bleiben, weil sie angeblich total wichtig sind. Aber keines der Häuser hat einen Herzkatheter, keines hat eine Schlaganfalleinheit.

„Die Zahl der Eingriffe einer Operateurin ist aber nicht allein entscheidend.“

Aber ist ein größeres Krankenhaus automatisch besser? In einem kleinen Krankenhaus werden zwar weniger Brustkrebs-Operationen durchgeführt, dafür aber immer von derselben Ärztin. Diese operiert also wahrscheinlich mehr Patientinnen als mancher Arzt in einer Uniklinik.
Die Zahl der Eingriffe einer Operateurin ist aber nicht allein entscheidend. Wir müssen immer auch die spezifische Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals und die technische Ausstattung mitbedenken. Und auch die Verfügbarkeit: Von den 1058 deutschen Krankenhäusern, die Patienten mit Herzinfarkt behandeln, hat jedes zweite einen Herzkatheter. Aber als Patient kann man sich nicht sicher sein, dass der auch in Betrieb ist, wenn man dort ankommt. Die Chance, in einem großen Krankenhaus zu jeder Uhrzeit kompetent versorgt zu werden, ist einfach größer.

DIZdigital: Alle Rechte vorbehalten – Süddeutsche Zeitung GmbH, München
Jegliche Veröffentlichung und nicht-private Nutzung exklusiv über www.sz-content.de
A117650549
cberndt