

MDR Aktuell – Kekulé's Gesundheits-Kompass

Donnerstag, 30. März 2023

#22

Jan Kröger, Moderator

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé, Experte

Professor für Medizinische Mikrobiologie Virologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie Direktor des Instituts für Biologische Sicherheitsforschung in Halle

Links zur Sendung:

OECD-Gesundheitsstatistik für 2022:

<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Commonwealth Fund: Gesundheitssysteme im globalen Vergleich (31.01.2023):

<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022>

Cochrane-Analyse zur Evidenz für bestimmte Therapieformen (17.04.2022):

[https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(22\)00100-7/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(22)00100-7/fulltext)

Donnerstag, 30. März 2023

Herzlich willkommen zur 22. Folge von „Kekulé's Gesundheits-Kompass“!

- Heute geht es um ein großes Vorhaben der Bundesregierung und des Gesundheitsministers: die Krankenhausreform. An Statements und Berichten darüber mangelt es nun wirklich nicht. Aber wenn Sie finden: natürlich geht es mich was an, wo das nächste Krankenhaus ist und wie ich dort versorgt werde – aber vieles, was Politiker gerade dazu sagen, versteh ich nur zum Teil oder wirft bei mir nur weitere Fragen auf, dann sind Sie hier genau richtig. Wir erklären, worum es geht bei der Krankenhausreform und werden zentrale Begriffe wie Fallpauschalen oder Versorgungslevel so anschaulich wie möglich erklären. Wir fragen: Was bedeuten die Reformpläne

wirklich für die medizinische Versorgung außerhalb großer Städte? Und wir schauen neben den Krankenhäusern auch auf weitere Baustellen im deutschen Gesundheitssystem.

Jan Kröger

Ich bin Jan Kröger, Reporter und Moderator beim Nachrichtenradio MDR Aktuell. Alle 14 Tage, immer donnerstags, sprechen wir mit dem Arzt und Wissenschaftler Professor Alexander Kekulé. Wir liefern Schwerpunkte zu aktuellen Gesundheitsfragen und gehen auf Ihre Themenwünsche ein. Hallo, Herr Kekulé.

Alexander Kekulé

Guten Tag, Herr Kröger.

01:09

Jan Kröger

Herr Kekulé, unser heutiges Thema ist eine Reform, die derzeit noch in Planung ist. Die Krankenhausreform, den Anstoß hat eine Regierungskommission gemacht. Die hat bereits im Dezember ihren Bericht vorgelegt. Und wer derzeit die Nachrichtenlage verfolgt, wird eigentlich wöchentlich auf dem Laufenden gehalten, dass die Politik, Bund und Länder gerade über diese Reform diskutieren. Es ist also da noch einiges in der Schwebel. Wenn wir das erst einmal einordnen zu Beginn: Wie wichtig sind denn die Krankenhäuser bei alledem, was sonst noch so an Baustellen im Gesundheitssystem da ist?

Alexander Kekulé

Die Krankenhäuser verschlingen einen großen Teil des Geldes und haben den Vorteil, dass man es etwas besser regeln kann, was dort passiert, als in anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Man muss sich ja klarmachen, worüber wir hier sprechen, ist nicht eine Nebensache, sondern ungefähr zwölf Prozent unseres Bruttoinlandsprodukts. Also zwölf Prozent der Wirtschaftsleistung fließen bei uns in die Gesundheit, in den medizinischen Komplex. Da muss man eigentlich sagen, so krank können wir eigentlich gar nicht sein, dass wir so viel Geld für Gesundheit ausgeben müssen. Und die Frage ist dann natürlich, ist es gut investiert? Brauchen wir das, ist es auch so, dass es was nutzt? Werden wir dadurch gesünder, dass wir so viel Geld ausgeben? Und da ist es

dann eben so, dass sowohl bei den Arzneimittelkosten als auch bei der medizinischen Versorgungsstruktur im niedergelassenen Bereich, also in den Arztpraxen, als auch in den Krankenhäusern natürlich viele, viele Baustelle und Probleme sind. Wir geben da viel zu viel Geld aus, das sagen eigentlich alle, die sich damit befassen. Das Schlimme ist nur, wir machen das seit Jahrzehnten. Also ich beobachte das inzwischen wirklich seit vielen Jahrzehnten und immer die nächste Reform, der nächste Gesundheitsminister, der sich daran aufarbeitet. Und es ist wirklich traurig, dass wir als Gesellschaft das nicht hinbekommen, diesen medizinischen Bereich etwas effektiver und schlanker zu machen.

Jan Kröger

Nun schauen wir auf die Inhalte dieser ersten Analyse, die dann also Stein des Anstoßes war für die Reform und das allergrößte Schlagwort, das ich dem entnehme, ist: Es gibt nach Ansicht dieser Regierungskommission zu viele Krankenhaus-Standorte in Deutschland. Ein Zitat eines Mitglieds der Kommission möchte ich dafür mal vorlegen. Reinhard Busse, Berliner Gesundheitsökonom, der bemängelt auch schon länger, dass hierzulande zu viele Krankenhausbetten insgesamt vorgehalten werden. Zitat: „Die Kliniken werden dann bezahlt, wenn sie diese Betten belegen. Und dann machen sie das auch.“ Sehen auch Sie da einen so krassen Fehlanreiz?

Alexander Kekulé

Ja, das sind viele Fehlanreize. Man muss sich das erste Mal so klarmachen. Für mich ist da immer so ein bisschen der Blick über die Grenzen hilfreich. Also, wir haben im Durchschnitt – die Zahlen variieren da so ein bisschen – etwa 5,5 Betten pro tausend Einwohner. Da kann sich jetzt niemand was darunter vorstellen, was das bedeutet. Aber EU-weit ist der Durchschnitt bei 3,9 Betten pro tausend Einwohner. Das heißt also, wir haben viel mehr Betten als andere. Und es ist auch so – da gibt es viele andere Leistungszahlen, die man ja international heutzutage vergleichen kann – dass bei uns viel zu viele Leute im Krankenhaus stationär behandelt werden, die eigentlich ambulant be-

handelt werden könnten. Es gibt ja viele Situationen, wo die Krankenhäuser ihre Betten belegen, letztlich, weil sie die Betten haben, weil das notwendig ist, sozusagen für das Gesamtbudget Leistungen zu erbringen. Und dann machen sie das eben auch. Gibt ja Statistiken, die zeigen, dass wir zum Beispiel wahnsinnig viele Knieoperationen und Hüftoperationen und Herzklappenoperationen haben, auch viel mehr im Vergleich zu anderen Ländern, die genauso viel kranke Patienten haben. Auch wenn man es auf die Patientenzahlen runterrechnet. Und da ist schon sehr stark der Verdacht im Raum – oder es ist eigentlich klar, muss man so sagen – dass das ein Selbstbedienungsladen ist. Hier werden Indikationen für Therapien – das gilt nicht nur für Operationen, auch für Chemotherapie und anderes – gestellt, weil man weiß, wenn ich die und die und die Diagnose stelle und die und die Therapie mache, dann verdiene ich damit Geld. Wenn ich andere Sachen mache, verdiene ich damit nichts. Und deshalb muss man ganz klar sagen wir haben ein System, was wie eine Selbstbedienung funktioniert. Man kann also durch Abrufen bestimmter Diagnosen und Verschreibung bestimmter Leistungen das eigene Krankenhaus finanzieren. Und dieses System muss zerschlagen werden. Ja, das ist ein Krake, anders kann man es nicht sagen, gegen den wir kämpfen müssen, und der muss besiegt werden. Und ich wünsche Herrn Lauterbach sozusagen alles Gute bei diesem Versuch, da durchzukommen.

05:49

Jan Kröger

Nun haben sie einen Reformvorschlag bereits angesprochen: Mehr ambulante Behandlungen statt stationärer Behandlungen. So etwas stößt naturgemäß auch gleich auf Kritik. Diese tagesstationären Behandlungen werden aus Sicht der Krankenhäuser zu Einnahmekenürzungen führen und letzten Endes dann zu Personalentlassungen unter Schließung von ganzen Abteilungen.

Alexander Kekulé

Ich habe mal kurz bei McKinsey in der Unternehmensberatung gearbeitet, da gab es einen

ganz fiesen Spruch, der hieß: „Wenn Sie einen Teich trockenlegen wollen, dürfen Sie vorher die Frösche nicht fragen.“ Den finde ich gemein, weil die Frösche mir sympathisch sind. Aber ich möchte ein bisschen aktualisieren: Wenn sie eine Superyacht an die Kette legen wollen, dürfen sie den Oligarchen vorher nicht fragen. Und so ist es hier letztlich, klar beschweren sich die Krankenhäuser. Klar beschweren sich die Landräte, deren ganzer Stolz irgendwo ein Kreiskrankenhaus ist, und ähnliches. Und klar beschweren sich die Länder, die natürlich auch die Mittel für die Investitionsmittel für die Krankenhäuser haben wollen. Aber das darf eben nicht die Situation sein. Man darf nicht sagen: Wir brauchen jetzt Arbeitsplätze, die eigentlich überflüssig sind. Das ist ja dann so ähnlich wie im Braunkohletagebau. Klar, das macht man eine Zeit lang als soziale Abfederung. Aber das Argument, was Sie gerade gesagt haben, wird ja immer wieder ins Feld geführt. Ich kann es auch nicht nachvollziehen, denn wir wissen ja, dass im Pflegebereich eigentlich in den Bereichen, wo man es dringend bräuchte, nicht nur bei Corona, auch generell einfach zu wenig qualifiziertes Personal vorhanden ist. Das merkt man in einem großen Krankenhaus wirklich jeden Tag. Und zwar sowohl im Pflegebereich übrigens, als auch im ärztlichen Bereich. Es ist sehr, sehr schwierig, in Deutschland Personal zu bekommen. Und dann zu sagen: Wir müssten dann entlassen, das klingt so ähnlich, als würden die dann irgendwie beim Arbeitsamt irgendwie vorstellig werden. Das ist es überhaupt nicht, sondern man muss das Personal, was man hat, umstrukturieren, umverteilen, auf die Bereiche, wo es dringend gebraucht wird. Und das ist eigentlich nur gut, wenn jetzt durch Schließung eines Krankenhauses, was wirtschaftlich nicht rentabel ist und was auch von der Gesundheitsversorgung nicht benötigt wird – das muss man immer unterstreichen – wenn man dadurch Personal freisetzt, das dann in den Krankenhäusern, also dann in den Schwerpunktkliniken außenherum, dringend gebraucht wird. Dann ist es doch wunderbar.

Jan Kröger

Sie haben die Pflege schon angesprochen, das ist ein weiterer Ansatzpunkt auch für die Regierungskommission gewesen: die abzusehende schwindende Zahl an Pflegerinnen und Pflegern in den Krankenhäusern in den kommenden Jahren. Wie dramatisch ist das, was da auf Deutschland zukommt?

Alexander Kekulé

Naja, wir haben insgesamt eine Situation – das ist ja nicht nur die Pflege – wo wir wirklich in eine Katastrophe reinlaufen. Das ist der Grund, warum sich alle mit diesem Krankenhaus-Thema beschäftigen sollten. Weil wir überaltern in Deutschland. Es werden immer mehr Menschen sein, die deshalb auch in Ruhestand sind und nicht mehr einzahlen können in das System oder weniger einzahlen in das System. Zugleich brauchen diese Menschen natürlich qualifizierte Versorgung. Und es ist so, dass wir immer weniger junge Leute haben, die die Pflege machen wollen, weil der Pflegeberuf einfach auch nicht so interessant ist. Übrigens gibt es auch Signale, dass der Arztberuf weniger interessant wird. Wenn man natürlich die Ärzte ausbeutet, bis zum letzten Tag und Nacht schuftet lässt, mit 24-Stunden-Diensten und was es nicht alles gibt, dann ist das nicht mehr so ein Traumberuf, wie es vielleicht früher mal war. Und diese Gesamtentwicklung ist nicht nur auf den gesundheitlichen Bereich begrenzt. Sondern dadurch, dass das eben ein erheblich wichtiger Wirtschaftszweig ist... Also der Gesundheitsbereich, das wissen vielleicht einige nicht, ist der größte Wirtschaftszweig der Bundesrepublik Deutschland, also mehr als Automobile oder Militär. Und es ist so, dass die Finanzierung dieses riesigen Bereichs eben dazu führt, dass man mehr Geld ausgeben muss. Das wird von den Arbeitgebern letztlich bezahlt. Dadurch werden Arbeitskosten teurer in Deutschland. Wir haben sowieso weltweit mit die höchsten Arbeitskosten überhaupt. Das ist für die Investoren aus dem Ausland ein Riesenproblem, dadurch gibt es dann weniger Firmen. Und es ist so, dass wir absehen können, wenn jetzt mehr Leute in Rente gehen und die Altersstruktur sich verändert in Zukunft – was

ja unausweichlich ist – dass es quasi niemand mehr gibt, der diese Systeme bezahlt. Wenn die jetzige starke Generation, die Babyboomers, die sogenannten, alle im Ruhestand sind. Also diese ganze Dynamik abzufedern, darum geht es an dieser Stelle. Und darum ist es wahnsinnig wichtig. Und an der Basis ist es eben so, dass wir ganz konkret im Pflegebereich klar das Problem haben, dass diese Berufe unattraktiv sind.

Jan Kröger

Wenn wir noch einmal zu einem Reformvorschlag kommen: Ambulant statt stationär. Eines der Argumente, das auch Karl Lauterbach dafür ins Feld führt, ist ja, dass dadurch mehr Personal frei wird, weil dann weniger auf Nachtschichten verteilt werden muss. Stimmt das? Sehen Sie das als richtigen Ansatz?

Alexander Kekulé

Naja, jetzt muss man schon genauer erklären, wie das passiert. Also man kann nicht so einfach sagen: mehr ambulant statt stationär. Es ist bekannt, dass wir zu viel stationär machen. Das ist medizinisch ganz klar. Jetzt ist die Frage, warum sind die alle stationär? Einen Grund habe ich gerade genannt, letztlich unterm Strich sind hauptsächlich wirtschaftliche Interessen – oder auch fehlende ambulanten Strukturen, die das sozusagen hergeben. Da gab es ja schon länger – das ist nicht diesmal Thema – aber da gab es schon länger die Frage, warum wir eigentlich bei der Wiedervereinigung dieses Polikliniken-System der DDR einfach so aufgelöst haben. Ich persönlich fand es eigentlich sehr gut. Ich würde mir das auch heute noch wünschen. Ich glaube, da kennt jeder den einen oder anderen Fall, wenn man selbst in einer Großstadt lebt, wie Halle oder München. Was weiß ich, beim nächtlichen Heimwerkern fliegt ein Metallsplitter ins Auge, und das ist jetzt nicht das Schlimmste der Welt, aber Sie müssen halt zum Arzt. Machen Sie das mal. Schauen Sie mal, wie lange es dauert, bis Sie den geeigneten Arzt finden, bis er dann von Zuhause rausgeklüngelt ist, wie Sie dann behandelt werden und so weiter. Also das ist gruse-

lig, selbst wenn man wie ich – das ist ja bekannt – Beamter ist und dadurch automatisch Privatpatient. Und deshalb sage ich mal, da könnten wir viel tun, indem wir in diesem Poliklinikbereich diese Vermischung zwischen Arztpraxis und einem, sag ich mal, kleinen klinischen Betrieb, wenn man das fördern würde. Gerade im ländlichen Bereich ist es ja auch für Ärzte dann interessanter. Anstatt dass sie irgendwie so eine Landarztpraxis haben, wo sie irgendwie der einzige weit und breit sind und müssen dann gegebenenfalls selber mit ihrem Polo losfahren, nachts um zwei, um irgendwo jemanden zu besuchen. Wenn man da etwas hätte, was wie eine kleine Poliklinik zur Verfügung steht, wäre das super und könnte ja auch bedient werden von niedergelassenen Ärzten. Wie es schon mal war. Und deshalb ist der Ansatz richtig. Aber man muss überlegen: Krankenhausreform, Herr Lauterbach hat sich dieses Thema rausgenommen, meines Erachtens klugerweise, weil er weiß, da kann er bisschen was bewegen. Wenn er gesagt hätte, wie seine ganzen Vorgänger: Gesundheitsreform, wäre klar gewesen, dass er damit scheitert. Aber Krankenhausreform ist so ein kleiner Bereich. Warum kann er da was bewegen? Da kann er etwas bewegen, obwohl die Medizin in Deutschland Ländersache ist und damit auch die Krankenhausplanung Ländersache ist. Das ist immer ein großes Problem gewesen. Aber er sagt jetzt: Das ist mir alles egal. Ihr könnt planen, was ihr wollt. Ich bestimme einfach, was bezahlt wird. Und das ist ja immer der Ansatz in der Politik. Also Politik sagt meistens nur, wofür es Geld gibt, das ist eigentlich in demokratischen Systemen die politische Steuerung. Und deshalb kann er hier, wenn es jetzt um die Balance zwischen ambulant und stationär geht, Folgendes machen: Er kann sagen, so kleine Krankenhäuser, die also völlig nutzlos in der Landschaft rumstehen und nur seit Jahren rote Zahlen machen, ganz wenig Patienten haben, die kriegen einfach kein Geld mehr. Er macht sich da so ein bisschen schlanken Fuß und sagt: Ich löse die Krankenhäuser nicht auf, ich schließe da nix, aber die kriegen halt kein

Geld mehr. Und im gleichen Atemzug verbessert das System – das es ja ein bisschen die Idee – die Notfallversorgung. Und wenn man jetzt sich das praktisch vorstellt, was passiert dann, wenn das Schwerpunktkrankenhaus weiter weg ist? Ich sage mal, man muss da vielleicht 45 Minuten fahren, in manchen Regionen Deutschlands, oder sogar eine Stunde, bis man dann dort ist mit dem Auto. Dann heißt es natürlich, dass die Ärzte tendenziell mehr ambulant machen werden. Da wird man sich eben noch einmal überlegen, ob man jetzt Dinge, die eigentlich überhaupt nicht ins Krankenhaus gehören, unbedingt im Krankenhaus behandelt. Und wenn jemand im Krankenhaus ist, wird er sagen: Ich will schnell wieder nach Hause, damit ich auch wieder in meiner privaten, heimatischen Umgebung bin. Und dadurch kann er indirekt sozusagen eine Verschiebung veranlassen. Er kann es nicht unmittelbar anordnen, dass jetzt mehr ambulant passieren soll. Das kann der Bundesgesundheitsminister nicht.

14:53

Jan Kröger

Sie sprechen damit einen zentralen Punkt, aber eben auch einen ganz zentralen Kritikpunkt an dieser Reform an, nämlich die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum. Und jetzt müssen wir ein bisschen mal in die Details dieser Reform gehen. Da gibt es ein Schlüsselwort, nämlich Versorgungslevel und Leistungsgruppen. Fangen wir mal an mit den Versorgungsleveln. Nach denen sollen Krankenhäuser künftig sortiert werden. Aber was hat es damit auf sich?

Alexander Kekulé

Das ist eben der Versuch vom Bund sozusagen den Ländern da reinzuregieren. Darum sind die Länder auch so ungehalten. Der Bund sagt jetzt, okay, wir haben ja bis jetzt schon immer so eine Art Versorgungsstufen gehabt. Die waren nicht kostenrelevant, also nicht für die Kostenerstattung von Bedeutung. Aber natürlich bei der Krankenhausplanung ist doch logisch, wenn man eine Universitätsklinik hat, das ist ein großes Krankenhaus, das nennt man dann Maximalversorgung. Manche sagen von sich

selbst sogar, sie würden da Supramaximalversorgung machen. Dann gibt es so eine mittlere Versorgungsstufe. Und dann so die einfache Versorgungsstufe, das ist ja ganz klar wie beim Facharzt beim hochspezialisierten. Und das soll jetzt in die Struktur der Kostenerstattungen für die Krankenhäuser einfließen. Da sagt man jetzt, die erste Stufe – das heißt jetzt erstmal Level als Arbeitstitel, ich hoffe, dass man ein deutsches Wort noch dafür finden wird – ist die Grundversorgung. Die Grundversorgung hat quasi die Idee, dass es wohnortnah dafür sorgt, dass Patienten nicht für jeden Kram in die Oberstadt fahren müssen oder sonst wohin, gerade im ländlichen Bereich. Und diese Grundversorgung, Stufe 1 oder Level 1, hat quasi zwei Varianten bei der jetzigen Planung. Das eine heißt 1-N. Das ist Notfallversorgung, das sind Krankenhäuser, die sollen also eine kleine Innere Abteilung und eine kleine Basis-Chirurgie haben, dass man mal eine Platzwunde nähen kann, dass man einen Sportunfall, wo sich jemand einen Fuß verstaucht oder auch gebrochen hat, hinbekommen kann. Sie brauchen dafür wegen der Operation eine kleine Intensivstation, die jetzt auch nicht die volle Leistung bringen muss. Sechs Betten ist da sozusagen die Mindestgröße. Und dann sollen sie eine kleine Basis-Notaufnahme haben, weil das eben dieses Level 1-N für Notfallversorgung ist. Wichtig ist, dass bei diesem 1-N tatsächlich ein Facharzt oder die Fachärzte, wenn man mehrere hat, rund um die Uhr verfügbar sein müssen. Also es muss auch nachts jemand da sein. Ist ja klar. Wenn man Notfälle hat – ich habe es gerade mit dem Splitter im Auge beschrieben, was auch immer es ist – da muss man natürlich nachts verfügbar sein. Kann man nicht einfach so zumachen, wie eine Arztpraxis, sodass man eigentlich so was Ähnliches hätte wie eine rund um die Uhr geöffnete größere Arztpraxis. Eigentlich so etwas wie eine Mini-Poliklinik. Die haben natürlich auch ein paar Betten. Aber es ist nicht die Idee, dass man da lange behandelt, sondern eher so ein, zwei Nächte mal, wenn sich einer den Fuß gebrochen hat. Wichtig ist, die dürfen keine weiteren Abteilungen haben. Das ist dieses Level

1-N. Und parallel gibt es noch, da drunter sozusagen, die absolute Unterklasse. Das ist das Level 1-I, das sind sozusagen die Sitzengebliebenen in der ganzen Reform, um es mal so gemeint zu sagen. Zumindest fühlen die sich so. Vielleicht für die, die es nicht mitbekommen haben: In diesen Krankenhäusern sind die extrem frustriert, zum Teil, weil sie glauben, dass, wenn sie unter 1-I fallen, dann Schluss ist mit dem echten Krankenhausbetrieb. Das heißt dann „I“ wegen Grundversorgung mit integrierter, ambulant-stationärer Versorgung. Was heißt das? Das heißt, es ist eigentlich so etwas wie eine Arztpraxis, wo man halt auch mal übernachten kann. Das ist gedacht zum Beispiel für die Nachsorge. So ist der Plan. Also, wenn jemand in einem großen Krankenhaus operiert wurde und eigentlich nach drei Tagen nur deshalb nicht entlassen wird, weil man sagt: Naja, es wäre ganz schön, wenn auch zwei, drei Tage lang jemand draufschaut, falls es eine Nachblutung gibt oder so, der kann noch nicht nach Hause. Oder jemand ist nicht gehfähig und zu Hause gibt es niemanden, der sich um ihn kümmert. Und dann sollen die in diese 1-I-Krankenhäuser, sogenannten Krankenhäuser, ausgelagert werden. Die haben dann mindestens eine Abteilung Chirurgie oder Innere, also wesentlich weniger als ein 1-N-Krankenhaus. Und die dürfen sich nicht beteiligen an der Notfallversorgung, haben keine Ambulanzen oder sowas. Das ist dann letztlich, kann man sagen, so etwas wie ein Sanatorium, würde man sich wahrscheinlich eher vorstellen. Dort sind auch die Ärzte nicht ständig da, sondern machen nur Visiten, kommen nur bei Bedarf des Weges. Es ist es sogar angedacht, kam von Herrn Lauterbach, dass die unter Umständen sogar unter pflegerischer Leitung stehen könnten. Also dass jemand aus dem Pflegebereich das ganze Haus leitet. Das ist eigentlich kein richtiges Krankenhaus mehr, sagen viele Leute. Und bin ich auch der Meinung, dass es das nicht ist. Ich persönlich – um das an der Stelle gleich abzukanzeln – halte gar nichts davon. Ich meine, die sollte man als Krankenhäuser einfach schließen und aus dem Budget rausnehmen. Wenn man der Meinung

ist, dass ein Krankenhaus dort nicht mehr gebraucht wird, wo auch immer das ist, ist einfach Schluss an der Stelle. Das ist die ehrlichere Ansage. Statt da so ein Feigenblatt zu konstruieren, Level 1-I. Die sollen dann auch übrigens nicht mehr über Fallpauschalen – werden wir gleich noch mal drüber reden – also über das normale Finanzierungssystem laufen, sondern über sogenannte Tagespauschalen. Das heißt also, die werden dann finanziert, so wie man das 2003 oder in den Jahren davor auch schon abgeschafft hat, im Rahmen der Einführung der Fallpauschalen. Das heißt, es geht dann dahin zurück, dass die dann wieder davon profitieren, je länger die Patienten abgelagert werden. Darum glaube ich, das ist ein Moloch, es wird ein Selbstbedienungsladen für nicht lukrative Betriebe. Und ich bin absolut dafür, dass man dieses Level 1-I überhaupt nicht als Krankenhaus bezeichnet. Sondern es gibt so viele Dinge, die wir brauchen. Ich meine jetzt nicht unbedingt eine Partylocation für irgendwelche Leute, die in einem alten Krankenhaus als Loft feiern wollen. Aber wir haben ja irren Bedarf an Pflegeheimen, die wir dringend bräuchten, auch normale Altenheime. Auch im weitesten Sinne im Sozialversicherungsbereich, also außerhalb der reinen medizinischen Versorgung, haben wir enormen Bedarf, gerade wegen der alternden Bevölkerung. Und ich würde das komplett in den sozialen Bereich rüberschieben, statt jetzt da so ein Scheinkrankenhaus draus zu machen. Ich sehe auch gar nicht, welcher Arzt in so einem 1-I (Level)... also selbst wenn sie nur Visiten machen sollen, was soll das? Das würde ich abschaffen. Und das Level 1-N halte ich für sinnvoll, um das noch zu sagen. Das würde ich aber im ländlichen Bereich sehr stark unter Beteiligung der Arztpraxen machen. Denn das würde ungemein die Attraktivität einer Arztpraxis auf dem Land erhöhen. Wenn Sie dann zugleich Referenz-Arzt für so ein Notfallzentrum sind. Ich hatte es vorhin schon gesagt, müssen Sie nachts nicht mehr raus, haben trotzdem interessantere Fälle. Es gibt eine kleine Intensivstation. Das würde also diese Arbeit im ländlichen Bereich wesentlich attraktiver machen, sodass ich dieses Level 1-N

für Notfallversorgung sinnvoll finde. Aber muss man ganz klar sagen – da gibt es ja ganz einfache Rechnungen – da braucht man nicht so viele von. Weil wenn man sagt: Innerhalb von einer halben Stunde mit dem Privat-Pkw oder 20 Minuten, 10 Minuten mit dem Notarztwagen soll jemand in so eine Notfallversorgung kommen, dann kann man ausrechnen, braucht man ein paar hundert davon. Das heißt also, die allerallermeisten Krankenhäuser, die jetzt diese Grundversorgungsstufe bisher nur hätten, würden dann zugemacht werden in Deutschland. Bzw. nicht zugemacht, sondern sie würden keine Förderung mehr bekommen, also keine Finanzierung mehr aus dem solidarischen Pakt der Versicherten. Rein unter Effizienz-Gesichtspunkten finde ich das absolut richtig, und zwar für die Patienten, aber auch für die Ärzte und Pflegepersonal.

Jan Kröger

Aber ganz genau daran entzündet sich ja auch die Kritik, nicht nur aus den Ländern, sondern vielmehr ja noch aus den Landkreisen, wo es dann ja auch ganz genau konkret um das dortige Kreiskrankenhaus geht und eben um den möglichen Verlust desselben. Wie können Sie Menschen, die in solchen Regionen wohnen und Angst haben, dass sie eben beim Heimwerken nachts sich den Splitter ins Auge hauen und schlechter versorgt werden, wie können Sie denen das begründen?

Alexander Kekulé

Das ist eben genau das, was man mal erklären muss. Und darum ist es gut, dass wir darüber reden. Ich war ja auch lange Rettungssanitäter und Notarzt und kenne wirklich dieses Geschäft. Es gibt ja letztlich zwei Gründe, ins Krankenhaus zu müssen. Der eine ist, man hat eine geplante Operation. Da ist es meistens so, dass sich der Patient ja wünscht, in einem besseren Krankenhaus zu sein, selbst wenn es nur eine nicht so wichtige Operation ist. Wenn bei Ihnen ein Stück vom Darm rausgenommen oder eine Magenoperation gemacht wird, wollen Sie ja auch nicht, dass es Komplikationen gibt und man dann hinterher länger bleiben muss. Oder sogar jemand stirbt dann an den

Komplikationen. Diese geplanten Operationen, da ist die Idee – und an der Stelle sollte ich vielleicht erklären, was ein Level-2-Krankenhaus in dieser Strukturreform ist – dann eigentlich gut in ein Schwerpunktkrankenhaus zu gehen. Das sind die sogenannten Krankenhäuser der Regel- und Schwerpunktversorgung. Das ist das Level 2, zweite Stufe. Die haben dann so simpel gesagt alles, was man braucht. Das ist wie ein supergut ausgestattetes Kreis-Krankenhaus. Wenn Sie mal sich irgendwo vorstellen, so eine ganz tolle Kreisklinik oder ein sehr gutes städtisches Krankenhaus, was alles hat. Also mindestens zwei internistische Abteilungen, die ständig mit Chefarzten ausgerüstet sind, mindestens drei chirurgische Abteilungen, Notaufnahme, die also alles hat und Fachärzte dafür zur Verfügung hat, eine zertifizierte Einheit für Schlaganfälle, die sogenannte Stroke-Unit, plus mindestens fünf weitere Leistungsgruppen. Dazu gehört dann zum Beispiel die Geburtshilfe. Das wird jetzt alles neuerdings in Leistungsgruppen eingeteilt, was hier ganz sinnvoll ist. Also nicht mehr, dass man sagt: Innere Medizin, sondern dass man genau guckt, was genau. Zum Beispiel Abteilung für Schlaganfälle und Ähnliches oder eben für Geburtshilfe. Das wären dann auch aufgerüstete Kreiskrankenhäuser, die wirklich sozusagen Medizin *State of the Art* nach dem Stand der Wissenschaft anbieten. Und da wollen Sie doch hin bei einer geplanten Operation. Da wollen Sie doch nicht irgendwie zu so einem Heini gehen, der ein paar Häuser weiter ist und zufällig da sitzt gerade, vielleicht kurz vor seinem Ruhestand, und das macht, was die Krankenkassen immer so gemein als Gelegenheitsoperationen bezeichnen. Wir wissen, dass in Deutschland – das ist ja mal ausgewertet worden – von den Operationen, die so gemacht werden, ein Großteil der ärztlichen Leistungen, also der größere Teil, über 50 Prozent, von Krankenhäusern gemacht werden, die das nur ganz selten tun. Also wenn Sie, was weiß ich, irgendeine Tumorentfernung haben, dann wollen Sie doch zu einem Arzt gehen, der das echt kann und oft macht und zertifiziert ist und international im Austausch steht. Und ich glaube, das

ist bei den meisten Menschen so, wenn man sie genau aufklärt und ihnen erklärt, wie es in der Medizin so zugeht. Das heißt also, dieses Bedürfnis, ich muss mein Krankenhaus gleich um die Ecke haben, ist so ein komischer Reflex, der geschürt wird, zum Teil eben auch von den Landräten, die wollen, dass ihr Kreis Krankenhaus als Symbol irgendwie stehenbleibt. Dann gibt es die zweite Situation. Das ist der echte Notfall. Da können Sie natürlich nichts planen. Da können Sie nicht sagen, was wollen Sie da? Die allerallermeisten Notfälle sind so, dass sie aus Sicht des Patienten ganz fürchterlich sind – aus Sicht des Notarztes ein kleines Problem. Ich würde sagen, 90 Prozent sind so, dass man die ratzfatz erledigen kann. Zum Beispiel mein Splitter im Auge. Da würde das dann in der Praxis so aussehen, dass Sie hier in der Nähe erreichbar so ein Notfallzentrum haben, was genau solche Kleinigkeiten, den beim Sport gebrochenen Fuß oder so etwas, verarzten kann. Und wenn die dann auf dem Röntgenbild sehen, oh, das ist eine komplizierte Fraktur, das will ich jetzt lieber nicht operieren. Dann machen die da eine stabilisierende Schiene drum. Und dann fahren sie eben 40 Minuten, im schlimmsten Fall, zum Spezialisten, der das dann operiert. Das würde ich als Patient auch so wollen. Und dann haben Sie ganz wenige Fälle – das sind vielleicht zehn Prozent, schon eine hohe Zahl – da geht es echt um die Wurst. Und an die denken wir alle: Herzinfarkt, da muss aber sofort was passieren. Da kann ich Ihnen sagen, das läuft so: Ob Sie da überleben oder nicht, entscheidet sich hauptsächlich daran, was der Notarzt macht. Wir haben in Deutschland das Prinzip, dass wir im notärztlichen Dienst – das gilt für den Rettungsdienst allgemein, aber der Notarzt ist natürlich besser ausgestattet als der normale Rettungswagen – dass wir die Menschen vor Ort so stabilisieren, dass sie definitiv den Transport überleben werden. Und da ist meine Empfehlung – das ist jetzt bei Herrn Lauterbach noch nicht im Programm drinnen, aber ich kann mir vorstellen, dass das durchaus eine Überlegung ist – dass man diesen Rettungsdienst, Notarztendienst, so stärkt, dass man quasi diese unmittelbaren

Notfallsituationen überall in Deutschland in kürzester Zeit managen kann, dass ein Notarzt am Ort ist. Irgendwo in der Peripherie heißt es dann vielleicht mehr Hubschrauber hinstellen, weil man da mit einem Rettungswagen nicht so schnell dort ist. Und in den meisten Bereichen ist es so, dass ein Rettungsfahrzeug schnell genug am Einsatz ist. In Großstädten ist es sowieso so, dass die normale Alarmzeit irgendwo unter 10 Minuten liegt. Und wenn man das den Leuten erklärt, dass man ihnen sagt: Pass mal auf, in Notfällen ist, egal, wo ihr in Deutschland wohnt, alles so geplant, dass, ich sage mal, innerhalb von 10 Minuten einer da ist, notfalls mit dem Hubschrauber. Und dass ihr dann wirklich versorgt werdet, in den wenigen Fällen, wo es wirklich auf die Minuten ankommt. Und alles andere optimieren wir doch lieber und da kommt ihr dann in das Krankenhaus, zu dem Arzt, der das am besten kann. Ich glaube, das würde wirklich jeder verstehen. Und dann hört auch diese Hysterie auf, dass jetzt jeder unbedingt ein Krankenhaus nebenan haben will.

28:52

Jan Kröger

Wir kommen nun zu einem zweiten Kernstück der Krankenhausreform. Da geht es um eine Reform des Systems der Fallpauschalen, eingeführt vor gut 20 Jahren im deutschen Gesundheitssystem. Einer der stärksten Befürworter, damals auch Berater der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, war ein Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Köln, der das System der Fallpauschalen damals so begründet hat:

„Fallpauschalen sind Pauschalen, die gezahlt werden für die Leistungen, die das Krankenhaus bringt, die sind dann relativ genau beschrieben. Und DRGs, wie der Name schon sagt, Diagnosis Related Groups, also diagnosebezogene Fallgruppen, bezahlen nicht, was gemacht wird, sondern im Prinzip die Diagnose, mit der der Patient ins Krankenhaus kommt. Und dann ist es dem Krankenhaus weitgehend überlassen, wie behandelt wird. Es wird immer die gleiche Pauschale abgerechnet. Das hat den Vorteil zum Beispiel, dass die Pauschale völlig unabhängig davon ist, wie lange der Patient

behandelt wird. Wir haben in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland eine sehr lange Verweildauer, und wenn jetzt DRGs eingeführt werden – es gibt den gleichen Preis, egal, wie lange der Patient behandelt wird – dann haben die Krankenhäuser den Anreiz, so kurz wie möglich den Aufenthalt zu gestalten.“

Der damalige Professor für Gesundheitsökonomie ist mittlerweile Bundesgesundheitsminister, denkt aber nun mittlerweile ganz anders über das Fallpauschalen-System. Was ist da in den letzten knapp 20 Jahren passiert, das zu diesem Sinneswandel geführt hat? Nicht nur bei ihm, sondern auch bei anderen Menschen im Gesundheitswesen?

Alexander Kekulé

Es geht darum, das DRG-System, wenn man so will, zu reformieren. Ich hatte es schon mal angedeutet: Damals, als es eingeführt wurde – der Lauterbach-Ton stammt aus der Zeit – war es so, dass man nach Tagen bezahlt wurde, und das ging einfach nicht mehr. Und deshalb ist es absolut sinnvoll und richtig, dass diese Fallpauschalen eingeführt wurden, dass man einfach sagt: ein Blinddarm bringt soundso viel Geld im Mittelwert. Die jetzige Krankenhausfinanzierung funktioniert letztlich so: Es gibt eine Fallpauschale für jede Art von Behandlung, sage ich mal. Da gibt es bestimmte sogenannte Basisrichtwerte, nach denen quasi ausgerechnet wird, wieviel Geld kriegt ein Krankenhaus dafür? Die Krankenhäuser verhandeln, bevor das Jahr beginnt, mit den Krankenkassen, wieviel Geld sie im nächsten Jahr kriegen werden. Und da legen sie einen Plan vor, wie viele Behandlungen, von welcher Sorte sie planen. Das sieht man schon: Oh, die müssen also planen, wer wie krank wird und wer dann zu ihnen kommt und diese Planung dann auch einhalten. Das ist ein gewisses Problem heutzutage. Und dann sagt man, okay für die Behandlung kriegst du das, für den Blinddarm kriegst du das und das, für die Lebertransplantation gibt es mehr Geld, für Knie und Hüfte – wer hätte es geahnt – gibt es ziemlich viel Geld. Darum wird so viel gemacht. Und dann gibt es noch den sogenannten Landesbasisfallwert. Der Landesbasisfallwert ist sozusagen ein Landesbezogener Faktor, dass ärmere Länder nicht so viel zahlen müssen für ihre Krankenhäuser wie reiche. Fragen Sie mich nicht, ob

das sinnvoll ist oder nicht. Aber so wird es gemacht. Und dieser Landesbasisfallwert wird dann quasi multipliziert mit den im nächsten Jahr zu erwartenden Krankheitsfällen des Krankenhauses. Diese zu erwartenden Krankheitsfälle alle zusammen haben den englischen Namen Case Mix, also die Mischung der Fälle, die da so kommen. Und diese Multiplikation aus dem Case Mix und dem Landesbasisfallwert gibt dann das Budget. Das kriegt das Krankenhaus, und wenn das Jahr abgelaufen ist, gibt es eine Schlussabrechnung, wo noch mal geguckt wird, wieviel davon ist wirklich eingetreten? Das hat zur Folge, dass natürlich die Krankenhäuser – bundesweit, das ist es überall so – mit ihren Ärzten hauptsächlich über so Dinge wie Case Mix und Deckungsbeitrag reden. Heißt konkret: Werden wir es schaffen unseren Case Mix, wie wir den angemeldet haben bei der Kasse, wo wir auch Geld dafür gekriegt haben, tatsächlich einhalten? Nein, da brauchen wir noch fünf Knieoperationen, sonst kommen wir da nicht hin. Wie ist es denn mit der Orthopädie? Können wir da nicht was machen? Da macht ihr eben eine Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Orthopäden und erklärt, wie wahnsinnig wichtig das und das am Knie ist. Das hat nichts mit einzelnen Fachrichtungen zu tun. Es geht auch in anderen Fällen so. Aber man sieht sofort, wer so ein bisschen den Kürzeren zieht dabei, zum Beispiel Kindermedizin. Kinder, da ist sowohl die Diagnostik nicht besonders teuer, die brauchen nicht ständig Herzkatheter und so Zeug, mit denen man Geld verdienen kann, als auch die Therapie. Die werden auch nicht dauernd operiert. Ja, und die eine Platzwunde, die man sich beim Fahrradfahren zugezogen hat, bringt kein Geld. Das heißt also, Kinder fallen schonmal hinten runter. Die Geburtshilfe ist auch nicht so attraktiv, weil die auch häufig aufwendig ist. Von der Neonatologie, also von der Neugeborenenversorgung. Das heißt, das sind Bereiche, die dann zu wenig Geld verdienen. Und andere, mit denen kann das Krankenhaus sozusagen Kasse machen. Und das wird dann ganz offen... Der Ärztliche Direktor steht dann vorne, meistens in einem größeren Konferenzsaal, und erklärt seinen Ärzten den Case Mix. Wie man da jetzt wieder ist und welche Abteilung zu dem zum Gesamt-Krankenhausbudget positiv beige-

tragen hat, durch Einnahmen, also einen positiven Deckungsbeitrag geleistet hat, und welche nicht. Ich sage das auch deshalb, weil zum Beispiel mein Fachgebiet, also diese ganze Mikrobiologie und Infektionsdiagnostik, natürlich formal gesehen überhaupt keinen Deckungsbeitrag leistet. Weil da sitzen keine Patienten, sondern nur die Bakterien von den Patienten im Labor rum. Und deshalb kann man damit auch niemanden anlocken in dem Sinn, das ist sozusagen nicht das Schaufenster des Krankenhauses. Und deshalb wurde und wird da gespart, dass es kracht, mit der Folge, dass wir natürlich bei Corona gemerkt haben, dass wir in Deutschland im Bereich Infektionsmedizin nicht gut dastehen. Das gilt auch für andere Bereiche. Röntgen ist zum großen Teil schon ausgesourct worden, machen irgendwelche Dienstleister. Und so gibt es eben dadurch eine komische Verschiebung im Krankenhaus. Und das ist eine Folge der Fallpauschalen, die eigentlich mal ganz toll waren, ja, die eigentlich richtig waren. Und eine andere Folge, die man erkannt hat, ist: Es gibt einfach Bereiche, die sind pflegeintensiv und andere sind nicht so pflegeintensiv. Und jetzt sind natürlich Krankenhausmanager auch nicht auf den Kopf gefallen. Die können das ausrechnen und haben das schon länger gemacht und rechnen dann eben aus welchem Case Mix sie zusammenstellen müssen, um beim Pflegepersonal sparen zu können. Da gibt es ja gewisse Schlüssel, wieviel Pflegepersonen man zum Beispiel auf einer Intensivstation braucht und so. Die sind in der letzten Zeit auch angehoben worden. Und dann sagen die: Okay, so Fälle, wo wir viel Personal für brauchen, die versuchen wir doch mal rauszunehmen aus unserem Case Mix. Das hat dann eben zur Folge, dass nicht mehr genug Geld fürs Personal da ist, am Ende des Tages. Und was man eben in der ersten Stufe jetzt schon gemacht hat – das ist schon umgesetzt seit einiger Zeit – dass diese Fallpauschalen, also diese DRGs, aus denen hat man rausgenommen – seit 2020 ist es in Deutschland so – die Kosten für die Pflege. Da hat man erkannt, dass es so nicht weitergeht. Und hat gesagt, okay, die Pflege wird komplett separat gerechnet. Das hat zur Folge, dass die Krankenhäuser für die normale Behandlung weniger Geld kriegen. Das sind dann die sogenannten

A-DRGs. Da weiß man nicht, wofür A steht, abgespeckt wahrscheinlich. Da ist also quasi Fallpauschale ohne Pflege. Und die Pflege gibt es sozusagen jetzt extra, und die soll da extra bezahlt werden. Und da gibt es dann eben eigene Pflegesätze, Pflegebudgets, die dann sozusagen umgerechnet werden, nach Tagen, die die Patienten im Krankenhaus waren. Da wird geschätzt, für welchen Fall bleibt welcher Patient wie lange da? Dadurch gibt es das Geld für die Pflege jetzt extra. Das war bis jetzt nur ein relativ kleiner Teil der Finanzierung. Was passieren soll bei der Reform dieses Gesetzes ist, dass dieser Teil, der rausgenommen wird aus den Fallpauschalen, der also insgesamt bezahlt wird – man spricht dann auch von Vorhaltepauschalen, das ist so die Idee – dass dieser Anteil bei im Moment so 20 Prozent wird der diskutiert. Und Herr Lauterbach redet schon davon, dass er 60 Prozent der Krankenhäuserkosten über diese Vorhaltepauschalen machen will.

Jan Kröger

Nun aber die entscheidende Frage ist ja doch: Was bedeutet diese Vorhaltepauschale? Klar, es soll mehr Geld dafür geben, dass überhaupt das Krankenhaus da ist und eben im Notfall auch agieren kann, im Notfall auch operieren kann. Was heißt das aber nun für die Reform, eine Vorhaltepauschale von 60 Prozent?

Alexander Kekulé

Also ich halte da von einem grundsätzlichen Ansatz nix. Richtig ist es, den Pflegebereich extra zu bewerten. Das ist sicherlich auch sinnvoll, den teilweise unabhängig von den Fallpauschalen zu machen, um eben diese negativen Anreize, von denen ich gerade gesprochen habe, rauszunehmen. Aber letztlich stabilisieren sie damit nur das schief liegende System. So eine Vorhaltepauschale würde ja dann wieder jedes Krankenhaus bekommen. Und ich befürchte, dass das eine Kostenexplosion macht, gerade wenn sie eben noch dieses 1-I mit reinnehmen. Diese Krankenhäuser, die dann irgendwelche Pauschalen bekommen, Vorhaltepauschale plus Bettensätze nach belegten Betten. Ich glaube, dass wir dann letztlich den Leerstand finanzieren und das kann es ja nicht sein, sondern wir müssen überlegen, welche Leistungen sind überhaupt gut für die Gesundheit? Was bringt was für die Gesundheit der

Menschen? Diese Leistungen müssen wir bezahlen. Und da halte ich von diesem Übergang auf diese Vorhaltepauschalen nichts. Das ist so ein bisschen entstanden aus der Corona-Zeit. Und der Ansatz ist ja mal grundsätzlich richtig, dass man sagt, es gibt Dinge, die wollen wir von unseren Krankenhäusern, die sind aber nicht in den Fallpauschalen abgebildet. Also wenn Sie zum Beispiel sagen – das war ja so das große Thema bei Corona – wir haben nicht genug Intensivbetten als Reserve, dann sagen die Krankenhäuser: Wir halten uns ja gar keine Reserve-Intensivbetten, weil wir brauchen halt nicht so viel, und es ist wahnsinnig teuer. Und da kann man durch so eine Vorhaltepauschale sagen: Okay, für bestimmte Krisenzeiten sollen die das haben. Oder anderer Situation: Ein Krankenhaus – aber das geht eben nur für Level-2- oder Level-3-Krankenhäuser – hat bestimmte Spezialmethoden auf Lager. Da können Sie zum Beispiel eine Lebertransplantation machen. Dann ist es sinnvoll, wenn das nur wenige Schwerpunktkliniken machen natürlich, zu sagen, die kriegen dann für diesen Bereich eine Vorhaltepauschale. Sowas Ähnliches gab es übrigens schon immer, dass die Maximalversorger bestimmte Zulagen bekommen haben von den Ländern bzw. von den Kassen auch. Das wird halt hier ein bisschen strukturiert und das ist auch richtig. Aber da muss man eben sehr konkret sagen für was. Was haltet ihr da vor? Wieviel Geld braucht ihr dafür? Und brauchen wir das wirklich? Das ist eine gesamtpolitische Debatte. Und ich habe so ein bisschen die Befürchtung, dass hinter diesen Vorhaltepauschalen dann die Hand aufgehoben wird, um das eigentlich grundsätzlich gute Fallpauschalensystem zu umgehen. Ja, es war in der Pandemie so, dass wir auf vielen Intensivstationen zeitweise Engpässe hatten, die ganz massiv waren. Die hatten hauptsächlich den Grund, dass es zu wenig Personal gab. Das Problem hätte man durch eine Vorhaltepauschale, in dem Sinne, auch nicht lösen können. Die hatten zum Teil ja das Geld fürs Personal. Aber sie hatten kein Personal. Die Corona-Zahlen haben da eigentlich Dinge ans Tageslicht gebracht – was ganz interessant ist – was man vorher nicht so wusste, weil man eigentlich diese Erfassung nicht hatte. Dadurch, dass eben die Belegungszahlen so genau erfasst wurden, dann irgendwann mal im Verlauf der Pandemie, hat man

gesehen, dass eben von den gemeldeten Betten im allgemeinen Bereich, ich meine, 85 Prozent regelmäßig neu besetzt wurden, also 15 Prozent unbesetzt blieben. Und im Intensivbereich war es noch etwas deutlicher, und zwar deshalb, weil man zu wenig Personal hatte. Das heißt also, das Problem, sage ich mal, wenn es irgendwo Versorgungsengpässe gibt, ist nicht, dass man jetzt alle mit der Gießkanne mit einer Vorhaltepauschale bedienen sollte. Sondern man muss ganz konkret überlegen, woran liegt es, dass wir zu wenig Pflegepersonal haben und zu wenig Ärzte haben? Dieses strukturelle Problem müssen wir lösen, und das ist etwas, was weit über das hinausgeht, was man mit so einer Krankenhausreform und insbesondere einer Reform des Finanzierungssystems lösen kann.

41:32

Jan Kröger

Einmal das strukturelle Problem. Aber es ist ja auch eine ganz grundsätzliche Frage dahinter, nämlich: Wie ökonomisch sollen unsere Krankenhäuser und unser Gesundheitssystem arbeiten? Oder wollen wir sie schlicht ähnlich wie Schulen, Straßen, Eisenbahnen einfach als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge sehen?

Alexander Kekulé

Naja, es ist letztlich beides. Die Grundfrage – und das ist das, was ich eigentlich meine, was in der Debatte zu kurz kommt – die Grundfrage, die wir stellen müssen, ist: Wir als Solidargemeinschaft, wieviel wollen wir ausgeben für unser aller Gesundheit? Das ist die zentrale Frage. Wann wollen wir auch anderen Menschen helfen und auch, dass uns selber geholfen wird? Wollen wir irrsinnig viel Geld dafür ausgeben, dass Leistungen nicht notwendig sind und nur nicht notwendige Leistungen bezahlt werden? Wollen wir Geld dafür ausgeben, dass Leute teure Risikosportarten machen, sich dabei verletzen, und dass dann die Solidargemeinschaft der Versicherten bezahlen muss, wenn sie dann beim Skifahren irgendwo beim Helikopterski sich das Bein gebrochen haben oder sonst was, einschließlich dem Flug dann ins Spezialkrankenhaus? All diese Dinge müssen wir mal strukturell uns überlegen. Und dann wird man natürlich darauf kommen, dass man bestimmte Leistungen haben will oder

nicht. Das ist dann, wenn Sie so wollen, staatlich. Aber ich es geht ja eigentlich noch über das Steuerthema hinaus. Ich meine, diese Krankenhäuser werden ja grundsätzlich theoretisch wie die Mediziner finanziert, aus den Beiträgen. Also, wenn Sie jetzt an die gesetzlichen Krankenkassen denken. Und es ist aber zusätzlich, dass zweistellige Milliardenbeträge aus Steuermitteln zugeschossen werden, weil das eben nicht reicht. Wollen wir uns alle wirtschaftlich da weiter so strangulieren? Und wenn ja, ist es was, was wir brauchen? Und dass man dann natürlich im nächsten Schritt sagt: Ja, okay, das ist die Leistung, die wir haben wollen. Das ist eine politische Frage oder eine gesellschaftliche Frage, dass man im nächsten Schritt sagt, die Leistung wollen wir gerne so preisgünstig wie möglich haben. Und nicht, dass da irgendeiner wahnsinnige Gewinnspannen macht auf der Strecke. Das ist ja ganz klar. Sodass es aus meiner Sicht kein Widerspruch ist zwischen der Frage, was politisch gesteuert werden soll und was sozusagen wirtschaftlich funktionieren soll. Und das staatliche System, da gab es schon vor Jahren Wirtschaftsprüfergesellschaften, die bewiesen haben, dass zum Beispiel private Klinikunternehmen viel weniger Overhead-Kosten haben, also viel weniger Verwaltungskosten haben als staatlich organisierte Betriebe, sodass ich finde, da darf man nicht so einen Gegensatz aufmachen, sondern die Privatwirtschaft ist da sinnvoll, wo sie Dinge ökonomisieren kann. Und da soll sie auch Geld verdienen. Ich bin dagegen, dass der Staat quasi wie in früheren sozialistischen Systemen alles selber macht.

44:24

Jan Kröger

Was heißt das denn dann für Sie persönlich? Was wäre Ihr Vorschlag? Was wollen wir uns leisten innerhalb unseres Gesundheitssystems?

Alexander Kekulé

Das kann man natürlich nicht so in einem Satz sagen. Aber ich glaube, der wichtigste Blick ist erstmal, ich hatte es eingangs gefragt: Ist unser System eigentlich so viel besser, wie es teurer ist? Erstens, man kann diese Zahlen nachgucken, die OECD hat ja da Ländervergleiche. Und auch bei *Our World in Data* kann man

nachgucken, wer was wie ausgibt, wie die Gesundheit aussieht. Und es gibt Hunderte von Studien darüber. Diese Studien haben seit Jahrzehnten immer eines gemeinsam: Das deutsche Gesundheitssystem ist entweder das teuerste oder das zweit teuerste oder das dritt teuerste der Welt, je nach Jahr, in dem sie es anschauen. Nur noch getoppt von den USA typischerweise. Die USA geben noch mehr Geld pro Bevölkerung oder als Anteil vom Bruttoinlandsprodukt für die Gesundheit aus. Und umgekehrt ist es so, dass wir für dieses teuerste System eine höchstens mäßige Versorgung haben. Ich sage mal ein paar Zahlen, die zum Beispiel relevant sind. Man hat, man nennt das Gesundheits-Indizes, internationale, und die werden ja immer wieder erhoben. Klassiker ist zum Beispiel die Lebenserwartung. Ja, in Deutschland ist die Lebenserwartung heute höher als vor 20 Jahren. Aber das liegt – das sagen alle Studien – nicht am Gesundheitssystem, sondern das liegt an besserer Ernährung, besserer Vorsorge, im Ländervergleich sauberes Wasser. Impfung spielt eine Rolle und dass zum Beispiel auch weniger geraucht wird. Solche Dinge spielen eine Rolle, also nicht die medizinische Versorgung, über die wir hier reden, und schon gleich gar nicht die Krankenhäuser. Im Gegenteil: Die Krankenhäuser machen ja auch krank durch multiresistente Erreger und ähnliches. Nur mal so bei der Lebenserwartung: Die längste Lebenserwartung von den entwickelten OECD-Ländern – das Cern vergleicht natürlich nicht Indien mit Deutschland oder ähnliches – hat Japan mit 84,7 Jahren, jetzt Mittelwert. Auf Platz zwei liegt die Schweiz mit 84 Jahren. Danach kommt zum Beispiel Spanien, Island, Norwegen, Schweden. Italien ist vor uns, Luxemburg, auch Israel, was in diesen Studien immer mit drinnen ist. Ich habe nicht alle vorgelesen, sondern nur die, die, die vielleicht so wichtig sein können. Dänemark noch mit 81,4 Jahren. Österreich ist vor uns. Achtung, Polen ist vor uns. Und dann kommt mit 80,9 Jahren Deutschland. Schlechter als Deutschland – da hätte ich von hinten lesen können – sind von den relevanten üblichen Verdächtigen nur die USA. Bei denen ist die Lebenserwartung drei Jahre weniger als bei uns. Das heißt also, was wir da alles reinpumpen, führt nicht zu längerer Lebenserwartung

in Deutschland. Das muss einem Mal zu denken geben. Es gibt auch einen anderen Index, der genommen wird, ohne jetzt genau zu erklären, wie der berechnet wird. Das nennt sich die vermeidbare Sterblichkeit. Also wieviel Todesfälle wären nach einem bestimmten Algorithmus, den man dafür ansetzt, wahrscheinlich vermeidbar gewesen? Da ist auf einem der obersten Plätze Israel. Dann kommt Japan, Schweiz, Spanien, Schweden und so weiter. Luxemburg, Holland, Polen wieder, Griechenland. Und dann irgendwo hinter Griechenland kommen Deutschland und noch schlechter die USA. Alles, was Sie sich anschauen an Indizes, sieht ähnlich aus wie das, was ich gerade vorgelesen habe. Das heißt also, wir sind, obwohl wir von den genannten mit Abstand das meiste Geld für die Gesundheit ausgeben, im unteren Mittelfeld. Und das heißt eigentlich ganz einfach folgendes: Es liegt nicht am Gesundheitssystem. Es liegt nicht an mehr Geld, sondern es muss verbessert werden. Und da hat Herr Lauterbach Recht. Die Zahlen, die ich jetzt vorgelesen habe, sagt er nicht öffentlich als Gesundheitsminister, aber er kennt die natürlich. Und der hat natürlich recht, wenn er sagt, es muss die Struktur verbessert werden. Und das ist eben auch der Wunsch, durch diese Bildung dieser Zentren, dieser Level-2-Krankenhäuser, die dann vernünftige Medizin *State of the Art* machen sollen. Ich sage noch zwei Sachen, die ich ganz toll finde, aus diesen Gesundheits-Indizes. Wenn man mal guckt, wie viele Menschen – Stichwort Vorsorge – sind eigentlich für Dickdarmkrebs gescreent worden, Darmspiegelung auf gut Deutsch? Das soll man ja bekanntlich spätestens ab dem 50. Lebensjahr, vielleicht schon ab 45, immer mal wieder machen. Dann ist es so: Auf Platz 1 liegt Holland mit 72 Prozent der Menschen über 50, die gescreent sind. Dann liegen vor uns noch die USA, Kanada, Japan, Korea, Frankreich. Und Deutschland: 20 Prozent, ein Fünftel. Auch bei der Vorsorge sind wir relativ weit hinten, geben aber das meiste Geld aus. Aber wo wir Nummer 1 sind – haben Sie noch eine Idee, wir Nummer 1 sein könnten, außer bei den Kosten?

Jan Kröger

Da müssen Sie mir jetzt helfen.

Alexander Kekulé

Wir sind die absolute Nummer eins bei der Zahl der Kernspin-Untersuchungen. Das ist richtig teuer. Da verdienen Leute dran. Wir machen so viel Kernspins wie nirgendwo sonst auf der Welt gemacht werden. Also daher, wir brauchen diese Strukturreformen. Wir müssen überlegen, was ist überhaupt notwendig in der Medizin und was ist nicht notwendig? Und da ist eben wichtig, dass man sich anschaut: Wieviel Prozent unserer Untersuchungen, die wir machen, unserer Therapien, die wir machen, sind eigentlich überhaupt durch wissenschaftliche Studien gedeckt? Da gibt es eine Arbeit – die können wir vielleicht sogar auf die Webseite bringen – die hat die Universität Oxford im letzten Jahr veröffentlicht, zusammen mit vielen Partnern. Auch deutsche Partner waren dabei. Und die haben sich mal wieder – da gibt es schon viele ältere Studien – angeschaut: Wieviel Prozent der medizinischen Leistungen sind überhaupt eigentlich evidenzbasiert? Also wo gibt es einen Beleg dafür, dass die funktionieren? Wir haben ja bei Corona die Evidenzbasis zum Beispiel beim Tragen von Masken rauf und runter diskutiert. Und da gibt es eben diese sogenannten Cochrane Reviews. Das sind so international anerkannte Metaanalysen, wo quasi alle vorliegenden Studien mal ausgewertet werden, um zu gucken, wie ist die Evidenz insgesamt? 2008 haben die so eine Graduierung eingeführt, dass sie sagen, es wird erstens festgestellt: Wie hoch ist die Qualität der Evidenz? Also wie sicher ist das Ergebnis? Und zweitens: Wie stark ist die Empfehlung, diese Therapie zu machen? Also das sind quasi zwei Standbeine dieser ganzen Cochrane Reviews. Und daraus macht man dann sozusagen Qualitätsindex. Und die ganzen Therapien werden dann nach hoher Qualität, mittlerer Qualität, niedrige oder sehr niedrige in vier Stufen eingeteilt. Es ist so, dass nur etwa fünf Prozent der angewandten Therapien in die sehr hohe Qualitätsstufe kommt. Das heißt, bei nur gut fünf Prozent der Therapien ist es wissenschaftlich klar erwiesen, dass sie was bringen. Wenn Sie zusammenfassen, hohe und mäßige Qualität – man könnte ja sagen, wenn jemand krebskrank ist, dann sagt er, mir ist es egal, wie sicher das ist, ich will es einfach mal versuchen, auch wenn es nur eine mäßige Studienlage

gibt, dass es was wirkt; gibt ja solche Situationen, wo der Patient und der Arzt sich dafür entscheiden – dann ist es aber immer noch so, dass weniger als die Hälfte aller Therapien, weniger als 50 Prozent in diese zwei Gruppen, hoch oder moderat, kommen. Oder andersherum gesagt: Bei über der Hälfte aller Therapien, die gemacht und bezahlt werden, ist es so, dass quasi keine oder nur eine schlechte Evidenz-Beweislage existiert dafür, dass die was bringen. Mindestens ein Drittel der Leistungen, die bezahlt werden, machen die Menschen nicht gesünder. Es ist sogar gut möglich, dass es die Menschen kränker macht. Bei dieser Studie, die ich gerade zitiert habe, ist auch rausgekommen, dass Nachteile, also schädliche Wirkungen von Therapien, nur dreimal so selten berichtet werden wie angebliche Nutzen von Therapien. Das heißt also, wir haben eine Untererfassung bei den Schäden. Man muss einfach sagen, insgesamt könnte man, wenn man Nutzen und Risiken abwägt, mindestens ein Drittel der Kosten einfach streichen aus dem Katalog. Da habe ich jetzt noch gar nicht von den leerstehenden Betten gesprochen, sondern wirklich von den Therapien, die nicht notwendig sind. Dann gibt es bei der Diagnostik ganz viele Dinge, die doppelt und dreifach gemacht werden. Wenn Sie an die ganzen Labortests denken. Da ist ja die Politik dran. Herr Lauterbach will über Digitalisierung des Gesundheitswesens diese Dubletten verhindern. Bis hin zu der Frage: Wie viel könnte man eigentlich ambulant machen, was bisher stationär passiert. Das heißt, wir müssen uns als Gesellschaft – das ist für mich eigentlich das Wichtigste – überlegen: Was wollen wir eigentlich von der Medizin? Was wollen wir bezahlen über die Solidargemeinschaft? Ich finde eben, wenn es um vermeidbare Risiken geht, muss man darüber reden. Ja, kann man nicht über die Zigarettensteuer einen Teil der Gesundheitskosten durchs Rauchen finanzieren? Kann man nicht über Einnahmen aus Skiliften in irgendwelchen Luxusressorts einen Teil der Kosten für die Unfälle sich erstatten lassen? Vielleicht noch ein letzter Anstoß. Ja, das kann man nicht abschließend beantworten. Aber den größten Teil der Kosten verursacht jeder von uns für Dinge, die nicht erfolgreich waren. Und das sind erstens Therapien für unheilbare Krankheiten. Da sind die Menschen leider so,

dass sie sagen: Gebt mir alles, was ihr habt, egal, ob es wirkt oder nicht. Und die Pharmaindustrie und auch die Medizin profitiert davon, weil der Patient so verzweifelt ist. Und zweitens, kurz vor dem Lebensende. Da ist es so, dass die Intensivbett-Therapie, kurz bevor jemand stirbt, das allerallermeiste Geld im ganzen Leben schluckt, mit dem Ergebnis, dass er stirbt hinterher. Also aus rein medizinisch trockener Sicht, dann nicht erfolgreich. Und ich glaube, wir müssen uns als Gesellschaft überlegen, wollen wir so wahnsinnig viel Aufwand betreiben für Therapien, die dann selbst in den besten Studien, die das Optimum sozusagen rausgeholt haben, aus Sicht der Pharmahersteller zum Beispiel, nur eine Verlängerung der Überlebenszeit von statistisch zwei Monaten bringen oder so? Solche gibt es massenweise, kosten wahnsinnig viel Geld. Und müssen wir unbedingt alle unseren Lebensabend an Schläuchen, an Apparaten verbringen für ein wahnsinniges Geld, dafür, dass wir... vielleicht stirbt man dann ein, zwei, drei Wochen später. Ich sage es mal so – das soll nicht zynisch sein. Aber ich glaube, wir müssen uns überlegen, was wollen wir eigentlich von der Medizin? Ich glaube, bei manchen Fragen ist es ganz einfach. Das war diese Sache mit dem Unfall, dem Notarzt auf dem Land. Das soll zackzack gehen, da ist auch die Chance, dass die Medizin was bringt, extrem hoch. Und dann gibt es eben diesen riesigen Bereich, der die größten Kosten verursacht, der eigentlich möglicherweise gar nicht wirklich gebraucht wird, wenn wir in uns gehen und uns überlegen, ist das eine Verbesserung der Lebensqualität?

54:48

Jan Kröger

Damit sind wir am Ende der 22. Folge von „Kekulé's Gesundheits-Kompass“. Die nächste Folge gibt es in zwei Wochen. Vielen Dank für heute, Herr Kekulé. Wir sprechen uns nächsten Donnerstag wieder, dann in „Kekulé's Corona-Kompass“. Bis dahin, tschüss!

Alexander Kekulé

Gerne, bis dahin, Herr Kröger, tschau!

Jan Kröger

Wenn Sie eine Frage haben oder ein Thema, über das sie mehr erfahren möchten, dann

schreiben Sie uns eine Mail an gesundheits-kompass@mdraktuell.de. Den Podcast „Kekulés Gesundheits-Kompass“ können Sie nachhören unter *Audio & Radio* auf mdr.de, in der ARD Audiothek, bei YouTube, Apple Podcasts und überall, wo es Podcasts gibt.

MDR Aktuell: „Kekulés Gesundheits-Kompass“