Lauterbachs Spannungsbogen über die in seiner Amtszeit vorbereiteten und noch angedachten Gesundheitsreformen

„Hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“

Mit keinem Wort ging Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach bei der Auftaktverstanstaltung des Welttags der Patientensicherheit 2023 auf die Forderungen der Vorsitzenden des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Dr. Ruth Hecker, ein, die ihn in ihrer Eröffnungsrede mahnte, die „Stimme der Patientinnen und Patienten zu stärken“ und dazu aufforderte, bundesweit „Patientenerfahrungen durch standardisierte und sektorenübergreifend Befragungen“ zu erfassen. Der lies sich allerdings nicht von seinem vorbereiteten Redemanuskript abbringen, indem er einen Spannungsbogen über die in seiner Amtszeit bereits vorbereiteten, beschlossenen, geplanten und angedachten (und sogar bisher unbekannten) Gesundheitsreformen zog. Auf seine Frage, warum diese erst jetzt und obendrein so spät kämen: „Dann hätte man mich früher ins Amt wählen müssen.“

>> Sicherlich zur Erleichterung der APS-Vorsitzenden bestätigte Lauterbach, dass die Patientensicherheit ein „sehr wichtiges Thema“ sei, das sich durch „unsere Arbeit im Bundesgesundheitsministerium als Team durchzieht“ – dies gelte für alle zur Zeit in Arbeit und Beschlussfassung befindlichen Gesetze als auch Patientenrechte- und Präventionsgesetze. Anders als die APS-Vorsitzende Dr. Ruth Hecker, die in ihrer Eröffnungsrede auf den globalen Aktionsplan für Patientensicherheit der WHO hinwies und monierte, dass das aktuelles Krankenhaus-Transparenzgesetz zwar wesentliche Strukturkriterien aufgreife, aber den Begriff Patientensicherheit überhaupt nicht erwähne, nutzte Lauterbach seine Redezeit für einen Rundumschlag über die Gesundheitsgesetzgebung seiner bisherigen Amtszeit.

Seinen Ausführungen zufolge ist bei allen Gesetzen die Ergebnisqualität der wichtigste zu beachtende Parameter. Es nütze gar nichts, wenn ein Behandlungs- und Betreuungsprozess gut gelaufen und alles perfekt dokumentiert sei, doch zum Schluss die Überlebensquote dann nicht so gut ausfalle, wie sie hätte sein können. Deutschland leiste sich mit 12,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts das teuerste Gesundheitssystem in Europa und verzeichne dennoch eine unbefriedigende Lebenserwartungsentwicklung. Trotz seines teuren Systems sei Deutschland bislang nicht in der Lage, die Lebenserwartung so günstig zu beeinflussen, wie es vielen anderen EU-Länder gelänge – wie etwa Spanien, Portugal, Italien, Frankreich, Belgien, Schweden, Finnland, Norwegen oder Dänemark; im Gegenteil. mit jedem Jahr werde Deutschland bei der Entwicklung der Lebenserwartung etwas schlechter.

Zu diesem Thema habe er gemeinsam mit Professor Dr. Stephan Baldus von der Uniklinik Köln, so führte Lauterbach weiter aus, einen Artikel geschrieben, obwohl er „wenig zur wissenschaftlichen Arbeit“ komme. In diesem Artikel (s. Seite 40) werde der Frage nachgegangen, was das grundlegende Problem sei und warum Deutschland bei der Lebenserwartung so schlecht abschneide. Und das, obwohl hierzulande doch eigentlich viel gemacht worden sei – angefangen bei Vorsorge- und Mindestmengengesetzen, strukturierten Versorgungsprogrammen. Trotzdem sinke in Deutschland die Lebenserwartung im dritten Jahr nacheinander.

„Sicherlich auch coronabedingt“, schränkte Lauterbach ein. Doch damit Corona die Lebenserwartung habe senken können, müsste es bei vielen Betroffenen Vorschäden gegeben haben und damit eine größere Wahrscheinlichkeit, später Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes oder auch eine Demenz zu entwickeln. Lauterbach: „Wir müssen mit einer Demenzwelle rechnen, weil wir wissen, dass bei älteren Menschen, die vorgeschädigte Gefäße im Gehirn haben und Covid bekamen, diese Gefäße oft stärker beschädigt worden sind.“ Ähnliches gelte auch für den Schlaganfall. „Wir haben da wichtige Herausforderungen vor uns“, gab der Bundesgesundheitsminister die Marschrichtung vor, „wir haben damit etwas, woran man arbeiten kann und muss“, weil man ziemlich genau die Probleme kenne.

Dazu müsse man sich zuerst die Problemlagen und deren Befund anschauen, die oft schon alt, aber dennoch relevant seien. Dies sei zum Beispiel der Fakt, dass es sehr große Lebenserwartungsunterschiede von rund zehn Jahren zwischen Reichen und Armen im untersten und obersten Quintil gebe. Um diese Diskrepanz deutlich zumachen, begann Lauterbach ein Gedankenspiel einer Wunderheilung: Was wäre, wenn es zum Beispiel gelänge, alle Krebserkrankungen zu heilen? Dann, so der Minister, würde – was ja gut sei – die Lebenserwartung in der gesamten Bevölkerung um zwei bis drei Jahre steigen. Was brauche es aber, fragte er seine Zuhörer, für einen riesigen Faktor, wenn der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen reich und arm zehn Jahre ausmacht? Um diesen Unterschied maßgeblich zu verringern, brauche es große Faktoren – doch gebe es dazu in Deutschland sehr wenig brauchbare Forschung; und zudem eine Forschung, die schon sehr früh einsetzen müsse. Beispielsweise bei der Vorbeugung für Herzerkrankungen, wobei man schon bei Kindern ansetzen müsse. Denn viele Eltern würden überhaupt nicht verstehen, dass ihre Kinder sehr wahrscheinlich Risikofaktoren tragen, wenn in ihrer Verwandtschaft früh Herzinfarkte und Schlaganfälle vorkommen. Daher würden Kinder in einigen Ländern gezielt beim Übergang ins Erwachsenenalter auf diese Risikofaktoren hin untersucht. In Deutschland aber nicht.



Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Gleiches beim Lipoprotein „klein a“ (Lp(a)), einem genetischen Risikofaktor, der dazu führe, dass Frauen mehr zu Fehlgeburten neigen und später deutlich verfrüht Schlaganfälle und Herzinfarkte bekämen. Lauterbach: „Das kann man aber schon bei Kindern feststellen.“ Und sich dann danach verhalten, womit man Schlaganfälle zeitlich weit ins höhere Lebensalter verlagern könne. Lauterbach: „Doch in Deutschland wird das gar nicht untersucht.“ Sein Lösungsansatz ist es daher, systematischer als bisher zu arbeiten und vor allem jungen Menschen vor Spätfolgen zu schützen, was in anderen Ländern – vor allem skandinavischen – längst gemacht

Zitationshinweis
Stegmaier, P.: „Hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 38-39. http://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2541

werde, deren Lebenserwartung damit auch weit besser ausfalle als die in Deutschland. Um das zu ändern, kündigte er an, ein Gesetz auflegen zu wollen, um die Früherkennung bei vielen Risikofaktoren zu stärken. Dies solle dann aber „ein gutes Präventionsgesetz“ sein, indes keine Prävention, die ein Teil Kassenmarketing sei, das nur dazu da sei, positive Deckungsbeiträge in eine Kasse bringen, aber gewiss nicht in der Lage sei, den Zehn-Jahres-Unterschied bei der Lebenserwartung zwischen Reich und Arm anzugehen.

Doch spiele, seinen Worten zufolge nicht nur die Prävention eine große Rolle, sondern auch die Krankenhausversorgung – auch hier gebe es in Deutschland sehr große Behandlungsunterschiede bei der Versorgung. So falle zum Beispiel die Sterblichkeit um 25 Prozent geringer aus, wenn eine Mammakarzinom-Operation in einem zertifizierten, onkologischen Zentrum durchgeführt werde – wohlgemerkt im gleichen Stadium der Erkrankung. Lauterbach: „Das ist jede vierte Frau, das ist ausgesprochen nennenswert.“ Da stelle sich ihm doch die Frage, „weshalb wir denn nicht überall so wie in zertifizierten Behandlungszentren behandeln würden und damit jede vierte Frau retten?“ Das sei eine Frage, der man nachgehen und der man sich stellen müsse, wie es nun eben das „riesige Krankenhausgesetz“ tue.

Ziel dessen sei es, dass künftig im Prinzip jeder so gut wie in den besten Kliniken behandelt werden könne. Das sei auch der Grund, weshalb alle deutschen Universitätskliniken, die Deutsche Krebsgesellschaft, viele andere Fachgesellschaften und die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften hinter dieser Reform stünden, was man bei einer SPD-geführten Gesundheitsreform doch recht selten erlebe. Natürlich gebe es auch auch Konflikte in der Sache, beispielsweise mit privaten Krankenhausträgern. Hier werde argumentiert, dass doch nicht jeder Schwererkrankte in einer Spezialklinik behandelt werden könne, so viele Spezialkliniken gebe es doch gar nicht. Seine rhetorische Gegenfrage: „Wie machen das denn die skandinavischen Länder?“ Die Lösung wäre es, dass nicht jede Erkrankte eine Spezialklinik aufsuchen müsse, sondern in jedem Krankenhaus so gut behandelt werden müsse, wie in einer Spezialklinik. Eine etwaig längere Fahrzeit würde bei der enormen Krankenhausdichte in Deutschland nicht ins Gewicht fallen, sich im Zweifel nur um wenige Minuten verlängern. Er jedenfalls kenne keine einzige Patient:in, die eine etwas längere Fahrzeit von vielleicht 20 Minuten gegen ein 25prozentiges Risiko zu versterben tauschen würde.

Dazu brauche es jedoch Transparenz. Das Krankenhaustransparenzgesetz, das deutlich machen solle, wo die Qualität gut sei und wo nicht, werde jedoch von einigen Bundesländern abgelehnt. Da werde argumentiert, gab Lauterbach zu Protokoll, dass, wann man die Ergebnis-Unterschiede öffentlich machen würde, einige Häuser, die jetzt schon Schwierigkeiten mit der Qualität hätten, sich nicht mehr füllen würden. Lauterbach: „Aber sollen sich denn diese Häuser beispielsweise mit Krebspatienten füllen?“ Und ans Auditorium gerichtet: „Mit mit ihnen, mit ihren Verwandten, ihrer Mutter oder ihrem Vater?“ Transparenz sei damit eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Qualität – und Patientenrechte seien auch Informationsrechte.

Beispiel Schlaganfallversorgung: Rettungsdienste würden jene Kliniken anfahren, die sich für die Notdienstaufnahme angemeldet hätten und damit oft an der Klinik vorbeifahren, die für die Schlaganfallversorgung die besser geeignete Klinik gewesen wäre. „Wir verlieren jedes Jahr ausweislich der Berechnung unserer Regierungskommission des Jahr rund 5.000 Menschen, die den Schlaganfall nicht überleben“, erklärte der Bundesgesundheitsminister. Und dies obwohl die Versorgung in einer Spezialklinik nicht teurer sei. Eingerechnet der ob weniger Komplikationen wohl sogar viel noch günstiger. Lauterbach: „Auch das ist sehr nennenswert.“ Neben den rund 5.000 umsonst Gestorbenen gebe es aber auch noch jene, „die zwar noch mal durchkommen, aber danach Pflegefälle sind“. Deshalb müsse seiner Ansicht nach die Schlaganfallversorgung in Stroke Units deutlich ausgeweitet werden. Das würde nach Anfangsinvestitionen wenig kosten, weil nachlaufende Kosten verhindert würden, bis hin zur Budgetneutralität.

Es gebe in Deutschland aber auch noch eine Versorgungsart, die noch prekärer sei; nämlich jene, die in einer Art Parallelstruktur statt- oder meist auch gar nicht stattfindet. Darum brauche es Gesundheitskioske. Das oft gehörte Gegenargument, dass man damit niedergelassenen Ärzten die Arbeit wegnehmen würde, lässt er nicht gelten: „In die Stadtteile, in denen es schon jetzt keine Hausärzte mehr gibt, werden auch keine mehr hinkommen.“ Gesundheitskioske stellen seiner Ansicht nach eine Versorgungsstruktur für diejenigen dar, die sonst überhaupt keine Versorgung haben, und – wenn sie schwer erkranken oder Komplikation auftreten – bisher für teuer Geld in eine Notfall- oder Uniklinik gebracht und dort versorgt werden müssen. Da wären doch Gesundheitskioske wie „Die Kümmerei“, die er kürzlich in Köln besucht habe, besser und effizienter. Zudem würden dort Menschen versorgt, die überhaupt keine Krankenversicherung haben und es werde in 14 Sprachen gearbeitet.

Zuletzt ging Lauterbach noch auf einige ihm ebenso wichtige Punkte ein. Zum einen auf die elektronische Patientenakte. Die darin gespeicherten Behandlungsdaten würden nicht nur helfen, die Versorgung zu verbessern, sondern Patient:innen auch dann unterstützen, wenn eine gestützte Zweitmeinung erforderlich sei oder wirklich Behandlungsfehler passiert seien. Diese seien viel leichter nachzuweisen, wenn die Dokumentation schon erfolgt sei; und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem noch gar nicht klar war, das sich je einer entwickeln könne. Lauterbach: „Wenn alle wichtigen Daten in der elektronischen Patientenakte gesammelt sind, haben Patient:innen eine ganz andere Voraussetzung.“ Seinen zweiten Punkt machte der Gesundheitsminister bei dem Versuch, dass Arzneimittel wieder stärker in Deutschland und Europa produziert werden sollen, um Lieferengpässe zu vermeiden – zehn Jahre sei das dafür nötige Gesetz liegen geblieben. „Wenn Sie jetzt sagen“, wandte sich Lauterbach wieder ans Auditorium, das alles hätte viel früher kommen müssen, dann – so sein O-Ton – „hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“.

Seine letzten Punkte: Härtefallfond, Neujustierung der Beweislast und Patientenrechtegesetz. Zwar wolle er den Eckpunkten des Gesetzes nicht vorgreifen, doch sei ein wichtiger Punkt die Einsichtnahme in die Patientenakte und ein weiterer der perfekt gewährleistete Datenschutz samt Datensicherheit. Lauterbachs Bitte, gewandt an das Aktionsbündnis Patientensicherheit: „Lassen Sie sich nicht verunsichern. Diejenigen, die die Transparenz der elektronischen Patientenakte scheuen, werden mit dem Argument des Datenschutzes versuchen, Sie auf die Seite derjenigen zu ziehen, die die Transparenz nachher ablehnen. Denken sie viel darüber nach: Es sind am Schluss ihre Daten, die sie jetzt nicht haben.“ Die wichtigste Arbeit für eine Verbesserung der Patientensicherheit ist und bleibt Lauterbachs Ausführungen zufolge einerseits eine bessere Vorbeugung, andererseits eine bessere Behandlungsqualität. Sein Versprechen: „An beidem werden wir konsequent arbeiten. Ich lade Sie ein, uns auf diesen Weg zu begleiten.“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier