Wissenschaftliches Symposium des WiDO zur Verabschiedung von Jürgen Klauber

Das „Wunder von Wertheim" der evidenzfreien Politik

Der 10. September dieses Jahres war ein durchaus besonderer Tag für das deutsche Gesundheitssystem. Kurz nach Mittag stellte der BMC in seinem Onlineformat „Spotlight" sein aktuelles Impulspapier vor, in dem „ein neues Kapitel für die Gesundheitsversorgung" auf- und eine „sektorenunabhängige Versorgung mit Value-Based Care" vorgeschlagen wurde (Seite 42 ff.). Nur wenige Stunden später folgte mit einem wissenschaftlichen Symposium die Verabschiedung von Jürgen Klauber – 30 Jahre lang Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) – zu dessen Schwerpunktthema „Versorgungsqualität". Die zeitliche Übereinstimmung mag rein zufällig sein, zeigt aber eines überdeutlich: Angesichts der auf diesem hochrangig besetzten Symposium präsentierten Zahlen, Daten und Fakten ist wahrlich nicht die Erkenntnis das Problem, sondern die Abwesenheit von Evidenz bei viel zu vielen politischen Entscheidungen, wie etwa beim „Wunder von Wertheim".

>> Faktengestützt eröffnete Prof. Dr. Ellen Nolte von der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Sie präsentierte eine ganze Reihe internationaler Untersuchungen wie etwa den Numbeo Health Care Index (1), den Commonwealth Fund (2) oder die OECD-Publikation „Health at a Glance: Europe 2024" (3). Sie zeigte damit auf, dass Deutschland weniger ein Problem mit dem Zugang zur Versorgung oder eines mit der Chancengleichheit hat, wohl aber eines, wenn es um Versorgungsprozesse, Ergebnisse und vor allem die koordinierte Versorgung geht. All das mündet laut Nolte in ein negatives Fazit: Zwar liegt Deutschland zum Beispiel bei der Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate bei den meisten Krebsarten über dem EU-Durchschnitt, doch sei das „deutsche System teuer im Vergleich zu dem, was produziert wird". Für eine bessere Zielerreichung sei die Bewertung von Qualität und Leistungsfähigkeit unerlässlich, die eine wichtige Orientierungshilfe zur Identifikation von Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems darstelle. Nolte: „Die Leistungsbewertung kann das Gesundheitssystem nur verbessern, wenn sie durch eine klare Vision und Einbettung in die Governance-Strukturen gestützt wird."

Extrem hart ins Gericht ging mit der Politik Prof. Dr. Reinhard Busse vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin. In seinem Vortrag „Qualitätsverbesserung in der stationären Versorgung: Stand und Perspektiven der Krankenhausreform" (5) nahm er kein Blatt vor den Mund. Er forderte: „Man muss sich ehrlich machen, was die tatsächliche Versorgung angeht." Auch sei er absolut dagegen, dass Darlehen in Zuschüsse umgewandelt würden, weil das „nur unnötig den Druck" rausnehmen würde, den es brauche, damit Bewegung ins System kommt. Busse: „Wir wollen alle nicht, dass das System richtig gegen die Wand crashed, doch die Gefahr ist groß."

Diese Warnung untermalte Busse, Mitglied der inzwischen beendeten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, mit zahlreichen Fakten, Zahlen und einigen recht verstörenden Hinweisen; verstörend deshalb, weil damit klar wurde, wie Politik oft jenseits jedweder Evidenz handelt.

Ad 1: Zahl der Krankenhausbetten

Laut Busse gibt es in Deutschland um 50% mehr Krankenhausbetten als im EU-Durchschnitt. Und ebenso 50% mehr, als in unseren direkten Nachbarländern vorgehalten werden. Das Problem sei jedoch, dass Busses Worten zufolge die Krankenhäuser dafür bezahlt werden, dass sie die Betten benutzen. Normalerweise bekommen sie Geld dafür, dass sie Kranken in Betten packen, doch sei während der Corona-Pandemie ein anderes Geschäftsmodell dazugekommen, indem sogar für leere Betten bezahlt worden sei, anstatt nach Qualität zu vergüten.

Aus dieser Fehlsteuerung ergeben sich für den Gesundheitsökonomen zwei sich überlappende Problemlagen.

Die Patienten werden nicht nur auf viel zu viele Krankenhäuser, sondern auch noch auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser verteilt. Darüberhinaus gibt es nach Busse Fälle, die entweder unangemessen sind und eine zu hohe Verweildauer aufweisen. So würde hierzulande jeder Krebspatient 3,5-mal im Durchschnitt in ein stationäres Bett gepackt, in den Niederlanden nur 1,2-mal. Busse: „Beim Thema Krebs sieht man, dass wir eine besonders drastische Übernutzung der stationären Kapazitäten haben."

Dies ziehe unnötige Kosten nach sich und fördere Ineffizienz. Zudem würden die vielen falsch versorgten Patienten unnötig Personal binden. Damit machte er auch Schluss mit den Larmoyanz, es gäbe zu wenig professionell Pflegende. „Wir haben in Deutschland am drittmeisten aktives Pflegepersonal nach Finnland und Irland." Aber: zu wenig Pflegepersonal dort, wo es wirklich gebraucht wird. Und auch zu wenig Ärzte, weil sie außerhalb der Kernarbeitszeit oft mehr als 30 Minuten benötigen würden, um am Patienten zu sein, was wiederum unnötig schlechte Qualität induziere.

Ad 2: Strukturprobleme: Notwendige Fälle werden zu häufig in Krankenhäusern mit inadäquater Ausstattung behandelt

In Deutschland werden nach Analysen des letzten Qualitätsmonitors in 1.200 Krankenhäusern Patienten mit Herzinfarkt behandelt. Nur 600 davon haben jedoch die Möglichkeit für Linksherzkatheter-Untersuchungen, die der genauen Diagnose von Herzerkrankungen wie der koronaren Herzkrankheit (KHK) oder einem Herzinfarkt dient. Wobei evident sei, dass der Einsatz dieser Katheteruntersuchung bzw. PCI die Sterblichkeit, Reinfarkt und Schlaganfall erheblich reduziert (von 14% auf 8%).

An der Stelle kommt nach Busse oft der Einwurf: Aber was ist auf dem Land? Und der wohlfeile Ruf, man müsse die dortige Bevöl-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Das „Wunder von Wertheim" der evidenzfreien Politik", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/25), S. 40–41. http://doi.org/10.24945/MVF.05.25.1866-0533.2763

kerung lieber schlecht versorgen als gar nicht.

Um diese Fehlannahme zu widerlegen, hat sich der Ökonom einen ländlichen Bereich in Niedersachsen, das Weser-Ems-Gebiet, vorgenommen und auf einer Karte die Krankenhäuser mit und ohne Linksherzkatheter samt den jeweils dort behandelten Fallzahlen markiert. Und dann analysiert, wie weit die Fahrstrecke ausfällt, wenn ein Krankentransport nicht zum allernächsten, sondern zum nächsten Haus mit adäquater Ausstattung fährt. Sein wenig erstaunliches Ergebnis: „Ich habe keinen einzigen Krankenhausstandort gefunden, der weiter als 30km vom nächstgelegenen Haus mit Linksherzkatheter entfernt ist. Es ist ein vollkommener Irrglaube, die Leute müssen so schlecht behandelt werden, weil das nächste gute Krankenhaus zu weit weg ist."

Das hier detektierte Problem tritt nach Busse auch beim Thema Schlaganfall auf: Über 1.000 Krankenhäuser behandeln Schlaganfälle, doch haben nur 354 zertifizierte Stroke-Units. Dies wohlwissend und evident, dass die Überlebenszeit bei Stroke-Units deutlich besser ausfällt: Die 1-Jahres-Sterblichkeit liegt in Häusern mit vs. ohne Stroke-Unit ein Viertel niedriger (23% vs. 30%). Ähnliches gelte beim Thema Krebs, wo die WiZen-Studie für Behandlungen in Krebszentren deutlich höhere Überlebenschancen ausweise, bei 11 Krebsarten sogar deutliche Überlebensvorteile bis zu 23%.

Und dennoch klage das Land Schleswig-Holstein, in dem 19 Krankenhäuser Patientinnen mit Brustkrebs behandeln, aber nur 10 ein Brustkrebszentrum ausweisen, gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Hätte er die Zahlen von Brandenburg genommen, sehe das Verhältnis noch schlechter aus, setzte Busse dazu.

Und was ist erneut mit dem Land?

Hier hat sich Busse den Raum Berlin/Brandenburg herausgenommen, wo es im Durchschnitt 3 Bauchspeicheldrüseneingriffe pro Tag gibt. Und dennoch würden diese Eingriffe in 33 Krankenhäusern (seit 1.7.23 auch in Strausberg) durchgeführt: 13 in Kaulsdorf, 14 im St. Hedwig und 17 in Bad Saarow – und all das trotz einer vom G-BA definierten Mindestmenge von 20.

Schon im Vorausblick auf die vielleicht doch irgendwann kommende Krankenhaushausreform fragt Busse: „Wie viele davon werden wohl die Leistungsgruppe Bauchspeicheldrüseneingriffe bekommen, wenn ein Krebszentrum keine Bedingung ist?" Sein Tipp: „Ich glaube, dass ziemlich genau 33 Krankenhäuser diese Leistungsgruppe zugewiesen bekommen."

Ad3: Das Huhn-Ei-Problem

Seine Frage: „Haben wir so viele Betten, weil wir so viele Fälle haben, oder so viele Fälle, weil wir so viele Betten haben?" Hier ist nach Busse zu wissen, dass Deutschland in den OECD-Ländern nach Bulgarien an zweiter Stelle steht. Insgesamt liege die Zahl der Krankenhausfälle Zweidrittel über dem OECD-Schnitt. In der Schweiz gebe es hingegen 25% weniger, in Dänemark 40% und in Großbritannien und den Niederlanden sogar 50% bzw. 60% weniger. Seine Rechnung: „Hätten wir die gleichen Fälle wie die Schweiz, hätten wir 12,5 Millionen statt 16,5 Millionen stationäre Fälle, wären wir Dänemark nur 10 Millionen."

Bei all diesen vielen Fällen, die in Deutschland pro Jahr stationär in Krankenhäusern behandelt werden, lautet bei ungefähr 1% die Hauptdiagnose Diabetes. Busses böse Frage: „Warum werden diese Patienten überhaupt stationär behandelt?" Die Antwort gab er selbst: „Entweder weil es keine ambulante Versorgung gab oder die ambulante Versorgung so schlecht war, dass die Patienten stationär eine Amputation brauchen." Dieser Aussage werde sicher die KBV nicht zustimmen, doch sei die Frage sei legitim: „Was machen diese Patienten im Krankenhaus?" Erschwerend kommt laut Busse noch hinzu, dass es hierzulande deutlich höhere Raten an vermeidbaren „ambulant sensitiven" Krankenhausfällen gibt als in allen anderen EU-Ländern.

Nach einem Ausflug in das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sowie das im Entwurf befindliche Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG), in dem die ursprünglich von der Kommission vorgeschlagenen Versorgungsstufen (Level) mit krankenhausweiten Mindestanforderungen gestrichen und die Leistungsgruppen ausgehöhlt worden seien, ging Busse auf Gegenwart und mögliche Zukunft ein.

Dummerweise hätte er vor drei Jahren, als die Kommission den Reformvorschlag erarbeitet und vorgelegt hatte, das Gefühl gehabt, „es gäbe Politiker, die das, was wir vorschlagen, verstanden hatten".

Das glaubt er nun nicht mehr.

Hier warf er einen Blick auf die Krankenhausreform des Landes-Nordrhein-Westfalen.

Hier sei zwar seitens der Politik ein Gestaltungswillen bzgl. des Hauptproblems, dass Krankenhäuser zu häufig unnötig operieren wollen, zu erkennen. Doch bleibe es bei einigen Indikationen weiterhin bei einer Überversorgung, da das alte Fallzahlen-Ist das neue -Soll darstelle. Auch werde in NRW das Hauptproblem der zu vielen Standorte mit zu vielen Betten nicht angegangen.

Noch schlimmer: Im Bundesland Baden-Württemberg hätte sogar ein schon insolventes Krankenhaus wiedereröffnen müssen, was das ARD-Morgenmagazin als das „Wunder von Wertheim" bezeichnet hätte. Darüber kann Busse nur den Kopf schütteln: Im Main-Tauber-Kreis gibt es nach seinen Ausführungen vier Krankenhäuser für 130.000 Einwohner. Wenn man die Zahl bundesweit ausrollen würde, würde es hierzulande sogar 2.500 Krankenhäuser geben.

Doch nun habe die Stadt Wertheim einen privaten Betreiber gefunden, der als Defizitausgleich bis zu 2,75 Millionen Euro pro Jahr bekommt. An dem Morgen, als das ARD-„Morgenmagazin" über den Fall berichtet hätte, wären 20 der 80 vorhandenen Betten belegt gewesen. Wenn man das auf ein Jahr hochrechne, müsse die Kommune pro Patient 2.000 Euro zusätzlich zu dem bezahlen, was auf der Seite der Krankenkassen anfällt. Würde man den Betrag wiederum auf den Bundesschnitt mit seinen 16,5 Millionen Krankenhausfällen hochrechnen, würde sich der Krankenhausetat um 33 Milliarden vergrößern.

Punkto Qualität: Auf der Webseite des betreffenden Krankenhauses sei nachzulesen, es behaupte, eine Stroke-Unit zu haben, halte aber weder eine Fachabteilung Neurologie noch ein CT im Haus (nur „über Partnerpraxis") vor. Auch Herzinfarkt werde explizit als Indikation genannt, obwohl es keinen Linksherzkatheter gebe; Patienten würden stabilisiert und danach weiterverlegt. Busse: „Das ist völlig gegen die Leitlinie, aber man darf auf Webseiten einfach alles behaupten." Seine Frage: „Was ist mit der Effizienz, was mit der Versorgungsqualität? Wir dürfen gespannt sein, welche Leistungsgruppen die zugeordnet bekommen." <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1. https://t1p.de/lccoq
2: https://www.commonwealthfund.org/
3: https://t1p.de/zywwl
4: https://t1p.de/fnu5x
5: https://t1p.de/k3hmj