

Trauerspiel mit der Gesundheit

Knappe Kassen, mäßige Versorgung: Eine Reform für Kliniken und Arztpraxen ist überfällig. Die Politik aber zaudert. Das hat Gründe

Mit großen Zielen gestartet, auf ein wenig ambitioniertes Projekt reduziert: Die Krankenhausreform erfährt unter der Ägide von Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) herbe Rückschläge. Sie verfehlt aus der Sicht von Experten zentrale Ziele, was die Qualität der medizinischen Versorgung angeht. Auch die Einsparziele des 50-Milliarden-Euro-Projekts stehen in Gefahr, heißt es.

Experten des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen warnen schon Anfang Februar, ein jährliches Einsparpotenzial von bis zu neun Milliarden Euro gehe verloren, werde die Reform nicht sauber umgesetzt. Weil sich die Kontrahenten in Bund und Ländern wiederholt verhakten, musste die Abstimmung über die Anpassung des 50-Milliarden-Euro-Projektes wiederholt verschoben werden.

Landespolitiker sträubten sich mit allen Mitteln gegen Veränderungen und setzten Ausnahmen durch. Beispielsweise sollen für zweimal drei Jahre Genehmigungen auch an Krankenhäuser erteilt werden, die Qualitätskriterien nicht erfüllen.

Dazu kommen weitere Schwachstellen „Ursprünglich war geplant, dass die Län-

der bei der Festlegung unentbehrlicher Standorte auch berücksichtigen, wie viele Autominuten die nächste Klinik entfernt ist“, sagt etwa der Wiesbadener Gesundheitsökonom Thomas Kolb. „Davon verabschieden wir uns.“ Kolb konstatiert wie viele andere Experten eine „Verwässerung der Krankenhausreform“, so Kolb. „Ich sehe das mit großer Sorge.“

„Ein Patient, der eine neue Hüfte braucht, kann den Eingriff heute in nahezu jedem Krankenhaus mit einer chirurgischen Fachabteilung vornehmen lassen“, sagt Kolb. „Praktisch alle Einrichtungen behaupten, die erforderliche Expertise vorzuweisen.“ Drastisch formuliert sei es ein wenig so, „als würde man ein Auto zur Reparatur in eine x-beliebige Werkstatt bringen und nicht in die Fachwerkstatt“.

Wenig Mut in der Politik

Kolb erklärt die Beharrungskräfte auf lokaler und regionaler Ebene mit politischen Zwängen. „In der Hälfte aller deut-

schen Bundesländer haben wir demnächst Kommunal- oder Landtagswahlen“, gibt er zu bedenken. „Stellen Sie sich einen Bürgermeister vor, der mutig genug wäre, zu sagen: ‚Wählt mich, aber das Krankenhaus muss ich auf jeden Fall schließen.‘ Seine Chancen, im Amt zu bleiben, dürften das nicht verbessern.“

Ein Fortschritt wäre es für die Versicherten mancherorts schon, wenn sich Kliniken dazu entschließen könnten, mehr Patienten ambulant zu behandeln, am besten in Zusammenarbeit mit örtlichen Arztpraxen. Aber auch die Ambulantisierung steckt in Deutschland trotz wiederholter Anläufe in den Kinderschuhen.

Beispielsweise werden in Deutschland 99,7 Prozent aller Leistenbrüche stationär operiert, so Kolb. In Dänemark sind es gerade mal 14,7 Prozent. Nicht ganz so gravierend, aber immer noch groß sind auch die Unterschiede bei der Entfernung von Mandeln und Gallenblasen.

Ein Grund, warum die Krankenhäuser vielfach darauf bestehen, Patienten bei sich unterzubringen: Die Vergütung für stationäre Eingriffe ist signifikant höher als für ambulantes Operieren. Sie hilft den Häusern, ihre Fixkosten hereinzuspielen. Für den Verschluss der Bauchwand bei einer Hernie zahlen die Kassen an eine Arztpraxis knapp 700, beim stationären Eingriff im Krankenhaus über 3700 Euro.

Viel wäre gewonnen, wenn unabhängige Instanzen in oder außerhalb des Krankenhauses regelmäßig die Qualität der Behandlung überprüfen würden. Aber dies ist eher die Ausnahme als die Regel. Theoretisch, sagt Kolb, könne ein Krankenhaus geschlossen werden, weil es beispielsweise deutlich mehr Komplikationen in der Patientenbehandlung hat, als statistisch zu erwarten wären.

„Diese Option ist aber äußerst unwahrscheinlich“, so der Professor. „Die Bundesländer müssen stets entscheiden, was die bessere Alternative darstellt: Erhalt des vermeintlich schlechteren Krankenhauses oder Schließung desselben.“ Also werde im Fall des Falles auf einen „Kritischen Dialog“ gesetzt: Zusammen mit der Klinik versucht man, der Ursache der Fehler auf den Grund zu gehen. Das kann helfen, Missstände zu beseitigen – eine Garantie dafür haben die Patienten aber nicht. ■

SUSANNE STEPHAN



Gesundheitsökonom Thomas Kolb mahnt wirtschaftlich sinnvolle Lösungen an



Versorgung im Krankenhaus: große Unterschiede beim medizinischen Niveau