

VdK-Podcast "In guter Gesellschaft"

Folge 44: Wolf Heitland, ist die Krankenhausreform eine Chance für unser Gesundheitssystem?

Hinweis: Dieses Transkript wurde mit Unterstützung einer Software erstellt. Fehler in der Transkription bitten wir zu entschuldigen.

Intro mit Wolf Heitland: Die Fachkrankenpfleger haben einfach überhaupt keine Zeit mehr, vernünftig sich um Patienten zu kümmern. Also das muss sich einfach ändern.

[Intro-Musik]

Verena Bentele: Hallo, ich bin Verena Bentele und ihr hört in guter Gesellschaft. Als Präsidentin des VdK, dem größten Sozialverband Deutschlands, beschäftige ich mich mit der Frage, was Politik und Menschen tun können, um aus unserer Gesellschaft eine gute Gesellschaft für alle zu machen. Und das tue ich gemeinsam mit euch in diesem Podcast. Es wird kritisch und konkret, ja manchmal sogar unbequem. Aber für etwas Gutes lohnt es sich zu kämpfen, oder? Heute hört ihr in guter Gesellschaft mit Professor Dr. Wolf Heitland. Er ist ein erfahrener Bauch und Lungenchirurg und leitete zuletzt die Klinik für allgemein, viszeral und minimalinvasive Chirurgie am Isarklinikum in München. Er hat mehr als 100 wissenschaftliche Publikationen verfasst und wurde als Mitglied renommierter Fachgesellschaften mehrfach ausgezeichnet. Unser jetziges Gesundheitssystem ist zu teuer und zu ineffektiv und der Reformbedarf ist richtig groß. Durch die anstehende Krankenhausreform sollen Krankenhäuser effizienter arbeiten können und vor allem die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt rücken. Genau darüber möchte ich heute mit Professor Heitland sprechen. Ist die Krankenhausreform eine Chance für unser Gesundheitssystem? Freut euch auf meinen Gesprächspartner. Viel Spaß beim Zuhören. Heute ist mein Gast, Professor Wolf Heitland, herzlich willkommen. Das ist schön, dass Sie da sind und mit mir über die Krankenhausreform diskutieren.

Wolf Heitland: Ich freue mich. Danke für die Einladung.

Verena Bentele: Sehr schön. Ja... Sie sind als langjährig praktizierender Arzt ja ein Experte im Thema. Wie wird in Krankenhäusern gearbeitet? Was wird da gemacht? Und deswegen meine erste Frage. Wenn Sie was Gravierendes hätten und ein Krankenhaus suchen, wie würden Sie erst mal Ihr Krankenhaus auswählen? Das ist ja für viele Patientinnen und Patienten ein großes Thema. Wonach würden Sie auswählen? Da gehe ich hin.

Wolf Heitland: Na gut, ich habe natürlich das Privileg, dass ich aus dem Fach komme und ganz genau weiß, mit welcher Erkrankung würde ich in welches Krankenhaus gehen? Das ist ja eine der Überlegungen, die man vonseiten Herrn Lauterbachs hat. Und das ist ja auch gesetzlich bereits verbrieft. Das Krankenhaus Transparenzgesetz ist im Ansatz eigentlich sehr vernünftig. Dass man die Zahlen, die Ergebniszahlen inklusive der Komplikationsraten in Deutschland veröffentlichen soll, ja quasi muss. Und man hat ja auch im Jahr, ich glaube im Mai 2024 war es, diesen Online Krankenhausatlas eingebracht. Den habe ich mir mal angeschaut, den finde ich vom Ansatz her richtig, aber von dem, was drinsteht, ganz furchtbar. Wenn man dann sieht, dass gewisse Leistungen hinterlegt werden mit viel oder wenig oder sehr viel, dann ist es für einen Betroffenen viel zu wenig. Auch die Angabe von Komplikationsraten, das kann ein Normalbürger überhaupt nicht richtig lesen. Die Komplikationsraten sind unheimlich abhängig von dem Krankengut, das auf sie trifft. Wenn Sie jetzt an München denken, dann sind die Ergebnisse der Patienten, die aus dem Hasenberg kommen, wesentlich schlechter als der der Patienten, die aus Grünwald kommen. Alleine schon deshalb, weil sie ganz andere körperliche Voraussetzungen von ihrer

Gesundheit her mitbringen. Das heißt, man muss sehr, sehr gut lesen können, um wirklich mit den Daten, die heute veröffentlicht sind, was anfangen zu können. Das möchte Herr Lauterbach natürlich schon verbessern. Der Ansatz ist auch völlig richtig, aber da muss noch einiges differenziert gut gemacht werden.

Verena Bentele: Also wenn jetzt Personen aus dem Hasenberg - für alle, die nicht aus München sind: ein eher ärmeres Viertel in unserer Stadt München, Grünwald ein wohlhabendes Viertel - wenn Personen aus verschiedenen Hintergründen mit verschiedenen finanziellen Bedingungen, aber auch eben verschiedenen medizinischen Bedürfnissen für sich die richtige Behandlung suchen, ist der Krankenhausatlas in der heutigen Form jetzt sicherlich nicht der Wegweiser im Gesundheitssystem, den Menschen brauchen. Was bräuchte es denn wirklich als einen guten Kompass, damit sich Personen, die eben nicht vom Fach sind, gut orientieren können und eine fundierte Entscheidung treffen können?

Wolf Heitland: Ich glaube schon, dass der richtige Weg über die niedergelassenen Ärzte ist. Die niedergelassenen Ärzte können sich es ja gar nicht erlauben, ihre Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus mit einer Versorgungseinrichtung zu schicken, wo sie nicht überzeugt sind, dass die Ergebnisse gut sind. Deshalb denke ich schon, dass man da vertrauen soll auf die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen mit ihrer Expertise jetzt zum Beispiel in einem Raum wie München, darauf würde ich mich als Patientin oder Patient heute verlassen.

Verena Bentele: Aber gut, machen wir mal ein fiktives Beispiel. Wir haben viele Mitglieder auf dem Land im VdK. Und wenn im ländlichen Bereich ein kleines Krankenhaus steht und der örtliche Arzt die Patientin, den Patienten alle nicht dahin empfehlen würde, ist in der Realität wahrscheinlich nicht wirklich vorstellbar, sondern natürlich werden die dort hingeschickt und das führt ja auch, kommen wir gleich noch zu, zu vielen Problemen. Wenn dann eben Personen in Krankenhäuser vor Ort geschickt werden, wo es schön nah ist, wo vielleicht nicht die Spezialisten sind, wo sind da vielleicht auch die, die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen noch mehr gefragt, eben auch ihre Verantwortung anzunehmen. Gerade wenn man nicht so eine Auswahl hat wie in München.

Wolf Heitland: Das wird ja eigentlich durch das Krankenhaus Versorgungsverbesserungsgesetz, das ja im Mai durch das Bundeskabinett durchgegangen ist, aber noch nicht verabschiedet ist, soll das ja deutlich verbessert werden. Die Überschrift ist ja eigentlich Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus. Und da hat, finde ich, Nordrhein-Westfalen einen Vorsprung bereits, indem sie in ihr Gesundheitssystem eingefügt haben diese Versorgungsqualität anhand von Leveln. Kann ich gleich noch etwas dazu sagen. Und natürlich auch an Versorgungsgruppen. Da sind 65 somatische Versorgungsgruppen eingeführt worden, die die, würde ich mal sagen, High End Medizin abbilden. Und das wird letztendlich dazu führen, dass man, das ist ja Länderhoheit, dass die Länder den Krankenhäusern diese Versorgungsstufen zuerkennen, die Erfahrung haben und auch hoffentlich nachweisbare Qualität für diese 65 Gruppen. Zum Beispiel jetzt aus meinem Fachgebiet Speiseröhrenkrebs, zum Beispiel Bauchspeicheldrüsenkrebs, zum Beispiel Transplantationsmedizin und vieles andere mehr. Und diese Versorgungsgruppen, die werden in einem Krankenhaus, das jetzt vielleicht, Sie haben gesagt, in einem kleineren Krankenhaus gar, nicht mehr vorgehalten. Diese Krankenhäuser dürfen ab 2027, wenn es denn dann so kommt, diese Leistungen gar nicht mehr anbieten. Auf der anderen Seite werden sie dann eine Zuerkennung bekommen, entweder Level eins, also Grundversorgung oder Level eins i. Das sind dann die strukturübergreifenden Versorgungsstrukturen. Und auch diese Strukturen müssen natürlich dann qualitativ überprüft werden und begleitet werden. Und dann weiß man schon, dass man in einem solchen, auch kleinerem Krankenhaus für die, sag ich mal, Grund- und Regelversorgung sehr gut aufgehoben ist. Und ich kann das nur aus meiner Historie bestätigen. Ich komme ja aus einer sehr großen kommunalen Einrichtung und viele meiner Oberärztinnen und Oberärzte sind letztendlich auch Chefs geworden. Gar nicht in größeren Krankenhäusern, sondern in kleineren

Versorgungskrankenhäusern. Und die machen dort eine ganz hervorragende Qualität, haben aber nicht den Anspruch, dann die High End Chirurgie zu machen. Das ist eines der Probleme, die auch geändert werden sollen, also die Änderung der Vergütungsstrukturen, dass einfach die oder bestimmte Eingriffe sehr viel besser dotiert werden als andere. Und das muss natürlich auch geändert werden. Also diese auch kleineren Kliniken müssen, auch das ist ja im Gesetz vorgesehen, eine Form der Vergütung bekommen, damit sie existent bleiben können.

Verena Bentele: Aber jetzt müssen wir mal ein bisschen Tacheles reden. Ich meine, es geht ja auch bei den Kliniken darum, Geld zu verdienen. Und was wir aus vielen Gesprächen und Informationen von Mitgliedern wissen, dass eben doch Behandlungen vorgenommen werden, die lukrativ sind, die sich vielleicht im Nachhinein auch als nicht so sinnvoll oder nötig herausstellen. Wie sehen Sie denn das gerade, wenn in kleineren Krankenhäusern nicht die High End Chirurgie gemacht werden sollte, die aber gut bezahlt wird, der Eingriff oder die neue Hüfte, die da eingebaut wird, dann sind doch schon die Krankenhäuser auch ein bisschen verführt, es zu tun. Wie kann man diesen Teufelskreis durchbrechen?

Wolf Heitland: Ja, Sie haben völlig recht, das ist eine gewisse Gefahr. Wir müssen die Krankenhausstruktur in Deutschland unterscheiden. Inzwischen sind circa 50 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, und es versteht sich von selbst, dass ein Krankenhaus in privater Trägerschaft ganz anders Geld verdienen will und muss als ein Krankenhaus, das nun von den Kommunen oder der Universitätsklinik getragen wird. Natürlich müssen alle Geld verdienen, aber der Ansatz von Privatkliniken muss, das muss man auch akzeptieren, ob man will oder nicht, muss ein anderer sein, als wenn ich in der Hinterhand schon auch noch die Kommunen habe, die zu teilen. Das wissen Sie, wie viel Prozent der Krankenhäuser in Deutschland eigentlich insolvent sind, wenn die dafür geradestehen. Aber das soll ja geändert werden durch die Änderung der Vergütungsstruktur. Man will die... Ich gehe noch ein bisschen weiter zurück. 1972 hat man das Krankenhausfinanzierungsgesetz in Deutschland eingeführt, das eigentlich die duale Finanzierung vorsieht. Etwa 90 Prozent der - das war damals so - der Einnahmen der Krankenhäuser kamen über die Krankenversicherung und 10 Prozent mussten per Gesetz von den Ländern eingebracht werden. Und dem sind die Länder nach und nach immer weniger gerecht geworden. Wenn Sie etwas heute sehen, dann ist der Investitionsstau und das ist eigentlich das, was von der dualen Finanzierung gemacht wird, der ist gewaltig. Und das war so der Ansatz, dass man die Vergütungsstruktur ändern will. Man möchte also heute die Einnahmen ausbauen. Ja, wenn heute ein Krankenhaus sich finanziert, unabhängig von der dualen Finanzierung, dann sind das heute 80 Prozent der Einnahmen über die sogenannten DAG die wir im Jahr 2004 eingeführt haben und 20 Prozent durch das inzwischen abgespaltene deutsche Pflegebudget. Und auf Dauer auch wieder ab 2027 möchte man die Einnahmen aus den DAG halbieren. Und damit wird natürlich auch der Anreiz, solche Eingriffe, die im DAG hochpreisig abgebildet sind, zurückfahren. Und 40 Prozent der Einnahmen für die Kliniken sollen dann halt über die Vorhalt der Vergütung kommen. Das finde ich im Ansatz eigentlich ganz vernünftig. Wenn Sie unter der Hand zu teilen hören, das, was eigentlich verboten ist, Leistungsverträge abgeschlossen werden mit verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten, dann ist das eigentlich furchtbar. So nach dem Motto: Wenn Sie im nächsten Jahr nicht, und das ist ja das Ihre Frage indirekt, wenn Sie im nächsten Jahr nicht 50 Knieprothesen mehr operieren, dann müssen wir uns von Ihnen trennen. Das kann ja eigentlich vom theoretischen Ansatz nur gehen, wenn man die Indikation bricht.

Verena Bentele: Also im heutigen Ansatz ist es schon so oder in der heutigen Finanzierungsstruktur, dass auch viele Eingriffe, Behandlungen, Operationen gemacht werden, die nicht nötig sind, die zwar viel Geld bringen, die aber eigentlich unnötig sind. Ich habe mal eine Zahl gelesen. 80 Prozent der Rückenoperationen könnte man sich eigentlich sparen. Oder hat mir ein Arzt-Kollege von Ihnen mal berichtet, hier aus München. Und das fand ich eigentlich ganz erschreckend. Das man, wie gesagt, 80 Prozent der Rückenleiden, man eigentlich konservativ behandeln könnte.

Wolf Heitland: Ja, Sie haben völlig recht, aber das ist natürlich vom Ansatz her nicht so lukrativ, als wenn Sie es operieren. Das geht ja genau in Ihre Richtung. Ich habe mal mit einem, wie ich heute auch noch finde, wirklich sehr guten Rückenchirurgen zusammengearbeitet, der zu mir gesagt hat, maximal 10 Prozent der Patientinnen und Patienten, die zu mir kommen, die ich zu einer Operation geschickt werden, operiere ich. Der Rest kann in aller Regel erst einmal konservativ sehr gut behandelt werden. Das kostet aber auch Zeit, und da müssen die Patientinnen Patienten auch mitmachen. Physiotherapie ist kein Vergnügungshof, da muss man schon als Patientin, Patient auch mitmachen. Und wenn dann ein Arzt oder Ärztin vielleicht sagt, na ja, wir können sie auch operieren, dann ist man oft erstaunt, dass manche diesen Weg fast noch besser finden als in Konservativen.

Verena Bentele: Gut, aber die Frage, die wir vielleicht auch noch mal anschauen müssen, ist schon, ob es gut ist, dass eben auch an der Klinikversorgung so viel Geld verdient wird. Und gerade für private Anbieter haben Sie es ja auch schon angemerkt, ist das natürlich ein Hauptziel, auch wirtschaftlich lukrativ zu arbeiten. Nicht nur so, dass es sich trägt, sondern natürlich auch Gewinne zu erzielen. Ist das für so ein Thema wie die Gesundheitsversorgung ein richtiger Ansatz, wenn es um Patientenversorgung, um das Wohl der Patienten und Patientensicherheit geht?

Wolf Heitland: Wenn Sie wirklich... Eine Maxime: Was du nicht willst, dass man dir tut, das füg auch keinem anderen zu. An dem habe ich mich eigentlich immer orientiert. Und was ganz interessant ist, wenn Sie einmal so jetzt in den Kreisen der Ärztinnen und Ärzte fragen: Was würden Sie denn bei Ihren Angehörigen operieren lassen? Würden Sie das genauso machen? Und dann möchte ich eigentlich mit der Antwort sehr vorsichtig sein. Da sind leider nicht alle so. Da wird mit zweierlei Maß gemessen. Das finde ich eigentlich schade.

Verena Bentele: Wenn wir uns jetzt mal die Krankenhauslandschaft in Deutschland ein bisschen anschauen. Jetzt befinden wir beide uns hier in München. Es gibt aber wie gesagt in Bayern, in Baden Württemberg, in Nordrhein Westfalen, in vielen anderen Regionen natürlich ganz viele ländliche Gebiete. Und da ist die Verteilung der Krankenhausedichte ja extrem unterschiedlich. Wissen Sie denn ungefähr, wie weit das Krankenhaus das nächstgelegene, das für Sie in Frage kommt, von Ihrem Zuhause weg ist?

Wolf Heitland: Sie meinen jetzt mich persönlich? Na gut, ich bin in fünf Minuten da. Aber Ihre Frage ist doch eigentlich zu Teilen durch ein Gesetz unterlegt. Es müssen Patienten eine Grund- und Regelversorgung erfahren können. Das gilt ja für die Flächenländer, Mecklenburg Vorpommern zum Beispiel. Sie müssen innerhalb von 30 PKW Minuten das nächste Krankenhaus anfahren können. 30 PKW Minuten, dann nehmen Sie mal, je nach Verkehrsdichte, sind es vielleicht 30 Kilometer. Das finde ich, ist schon noch zumutbar. Anders können wir das finanziell nicht abbilden. Und ich denke schon, dass wenn Sie eine entsprechende High End Versorgung brauchen, dann sehen Patientinnen und Patient ist auch immer ein, da immer für die selektive Behandlung gedacht, dass sie dann auch weiterfahren. Denken Sie an Transplantationsmedizin. Wenn wir mal ganz hoch einsteigen, dann sind Patientinnen, Patienten schon bereit, wenn sie ihnen erklären, dass sie für ihre Bauchspeicheldrüsen-Operation vielleicht auch mal eine Stunde fahren. Etwas anderes ist die Notfallversorgung. In der Notfallversorgung müssen wir, glaube ich, ganz anders denken.

Verena Bentele: Also ich bin deswegen mit der Frage eingestiegen, weil genau das ja der Punkt ist für mich mitten in München wohnend oder auch mitten in Berlin arbeitend und wohnend ist natürlich das nächste Krankenhaus auch extrem nah. Aber auf der einen Seite ist ja nicht immer die Nähe das Entscheidende. Darauf wollte ich, will ich auch noch so ein bisschen mit raus. Sondern eben auch die Frage, wo ist meine Behandlung? Vielleicht auch gut, wo kann sie gut durchgeführt werden, wo sind Spezialisten? Das ist ein wichtiges Thema und natürlich auch eine ganz große Frage: Was macht es emotional für Patientinnen und Patienten aus, wenn sie eben wissen, das nächste Krankenhaus ist vielleicht nicht ums

Eck oder das nächste Krankenhaus in meiner Kleinstadt wird vielleicht auch geschlossen oder ändert sich in der Versorgungsstruktur und bietet eben Notfallversorgung, vielleicht Geburten an, aber nicht mehr eine Vollversorgung. Und das sehen wir eben gerade in der Diskussion mit Mitgliedern ganz intensiv, dass die Emotionalität in dem Thema riesig ist. Wie berechtigt ist Ihrer Meinung nach die Angst von vielen Patientinnen und Patienten, dass die Versorgung schlechter wird, wenn Krankenhäuser schließen oder sich verändern in ihrer Struktur?

Wolf Heitland: Ich glaube, das Wichtigste ist, dass man mit den betroffenen Menschen in den verschiedenen Orten vernünftig redet. Man muss es ihnen schon nahebringen. Wir können uns einfach, obwohl wir wirklich sehr, sehr viel, wie ich persönlich finde, sehr viel Geld im Gesundheitssektor in Deutschland haben, wir können es uns nicht leisten, dass wir, ich sage mal eine Stroke Unit in jeder kleinen Stadt haben. Das ist finanziell einfach nicht abzubilden. Das ist, das...

Verena Bentele: Braucht man für Schlaganfälle, nur für die... für das nicht Fachpublikum. Genau das ist die Behandlungseinrichtung, die man benötigt, um Schlaganfälle schnell und zielführend zu behandeln.

Wolf Heitland: Ja, Sie haben völlig recht, wenn Sie zum Beispiel das Thema Stroke Unit oder Schlaganfall nehmen. Natürlich kann man heute ganz, ganz hervorragende Ergebnisse machen, wenn man zur richtigen Zeit in die richtige Klinik kommt. Das ist völlig richtig. Da brauchen Sie aber schon ein Armamentarium von Spezialistinnen, Spezialisten, entsprechende technologische Ausrüstung. Das können Sie leider in einer kleineren Klinik nicht abbilden. Das ist finanziell nicht machbar. Und dann gilt es natürlich darum, dass man diese Patienten, wir reden ja jetzt mehr in die Richtung Notfallmedizin, dass man diese Patienten mit entsprechenden Transportmöglichkeiten, Transportwegen wirklich schnell dem richtigen Krankenhaus zuführt. Sie haben angesprochen Berlin. Das ist ganz interessant. Es gibt inzwischen mobile Stroke Units. Das kennen Sie vielleicht. Das will man zunehmend machen, dass man zum Beispiel bereits, das wäre für die ländliche Gegend natürlich, nicht für Berlin Stadt gedacht, für die ländliche Gegend schon toll, wenn man bereits in diesem Wagen eine Computertomographie machen kann. Dann Telemedizin verbunden ist mit dem nächstmöglichen Krankenhaus, die seine Stroke Unit vorhält. Und dann kann man die Ergebnisse, aber das jetzt, wir greifen einen Teil heraus, kann man verbessern. Aber Sie sprachen ja mehr die elektive Medizin an und wenn man mal zusammenzählt, was die Grund- und Regelversorgung leistet, dann wird mehr als 90 Prozent der Leistung, die in der Krankenhausmedizin ausgebildet sind, wird in Krankenhäusern der Grund und Regelversorgung möglich sein. Das muss einfach vorgehalten sein. Also eine allgemeine innere Medizin, eine allgemeine Chirurgie, das muss möglich sein.

Verena Bentele: Emotionen spielen bei dem ganzen Thema Krankenhausreform natürlich einfach eine Riesenrolle. Das sehen wir in einem Bundesland wie Bayern. Wir sehen es in vielen anderen Bundesländern, dass dort eben von politischer Seite das Thema meines Erachtens nicht mit dem nötigen Druck vorangetrieben wird, weil niemand in irgendeiner Weise den Menschen vor Ort sagen will, es verändert sich ja was. Und gerade, wenn die eben Ängste groß sind Das Krankenhaus ist schon bald weg und ich werde dann vielleicht nicht mehr gut behandelt. Könnte man ja theoretisch auch über die Wege zum Krankenhaus diskutieren, wie man die verbessern kann. Sie hatten gerade die 30 Minuten mit dem PKW angesprochen oder eben auch mit Krankenwagen, Hubschraubern usw. Also auch da gibt es ja viele Möglichkeiten oder mit mobilen Einheiten, aber das hat meines Erachtens ein deutlich zu geringen Fokus im Moment. Was wäre Ihrer Meinung nach wirklich das Wichtigste, gerade im ländlichen Raum, was sich durch eine gelungene Krankenhausreform verbessern müsste für die Menschen?

Wolf Heitland: Na gut, die Notfallversorgung muss in den ländlichen Räumen neu aufgestellt sein. Das soll ja auch gemacht werden, dass das ganze Rettungswesen zum

Beispiel soll neu in der Verantwortung geändert sein. Wenn wir... Wir haben heute wirklich sehr, sehr gut ausgebildete Rettungssanitäter und Rettungssanitäter. Die Frage ist, wie viel Medizin darf man diesen Damen und Herren überantworten? Das wird auf den Prüfstand gestellt. Das ist jetzt wieder für die Notfallversorgung ganz wichtig. Was Sie angesprochen haben, das ist mir ganz wichtig. Das lese ich auch in den Zeitungen immer. Ich war zu Teilen schon auch in kleineren Landkrankenhäusern, wo man so etwas mitbekommt. Diese Ängste der Bevölkerung: Werde ich hier noch sehr gut versorgt? Und das muss man den Damen und Herren vermitteln, dass es sicherlich sehr viel sinnvoller ist, letztendlich als Erstversorgung in ein Krankenhaus der Grund und Regelversorgung zu gehen, wo man sehr gut versorgt ist. Und dann in Krankenhäuser weitergeht, die eben die entsprechende Expertise haben, auf bestimmten, jetzt operativen oder in der interventionellen oder hämatologisch, onkologische oder was auch immer, Fragestellung. Ich halte das für sehr vernünftig, dass man eben gerade mit diesen Leistungsgruppen, das hat man ja in Nordrhein Westfalen gemacht, offen auf der ersten, auf den ersten Blick sehr vielen Krankenhäusern Prozeduren weggenommen hat, die sie bisher gemacht haben, weil man sich konzentrieren will auf Kliniken und Versorgungseinrichtungen, die damit eine sehr viel bessere Expertise bekommen. Wenn Sie an die Chirurgie denken, Chirurgie ohne Komplikationen gibt es nicht. Die Ergebnisse der Chirurgie stehen und fallen mit der Beherrschung der Komplikation Und die Beherrschung der Komplikation setzt voraus, dass Sie damit Erfahrung haben. Und Erfahrung haben Sie nur, wenn Sie so etwas sehr häufig und viel machen. Und das kann man, das muss man einfach den Patientinnen, Patienten vor Ort vermitteln, dass das Ganze letztendlich für sie zum Vorteil dient und nicht zum Nachteil.

Verena Bentele: Da müsse man sich natürlich aber auch auf eine gemeinsame Erzählung einigen, von politischer Seite, von medizinischer und vielleicht auch das ist eine Thematik, die mich sehr umtreibt, auch andere kreative Konzepte ein bisschen mehr zulassen oder denen mehr Raum geben, wie zum Beispiel vor Ort das Einbinden von sogenannten Gesundheitskiosken, Kiosks oder Community Health Nurses. Also, das frage ich mich auch immer, ob wir nicht auch ein bisschen zu wenig noch über die Versorgungsstrukturen ums Krankenhaus rum diskutieren? Wie ist da Ihre Erfahrung mit eben auch der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten oder eben dem Gesundheitskiosk? Ist das eine sinnvolle Ergänzung, um wirklich auch Versorgung sicherzustellen, gerade im ländlichen Raum?

Wolf Heitland: Ja, man muss natürlich wieder trennen, obwohl man es in letzter Konsequenz als Team zusammenführen muss. Man muss Pflege und Ärztinnen und Ärzte muss man einfach integrieren. Diese Trennung habe ich eigentlich nie verstanden. Ich bin ja schon in einem Alter, wo ich das ganz anders erlebt habe, wo einfach eine ganz andere Teamarbeit da war, wo auch sehr viel weniger Bürokratie war. Ja, man muss solche Strukturen sehr viel besser nutzen. Man merkt es ja schon, das gab es ja früher in dem Maße nicht, die ambulanten Pflegedienste integriert werden. Man muss lernen, eine gleiche Sprache zu sprechen. Man muss die Patientinnen, Patienten.... Wenn man gerade an die Ambulantisierung der Medizin denkt, muss man sehr viel früher überantworten, an entsprechende Strukturen, die dieser Aufgabe gewachsen sind. Das denke ich, ist doch auch mit Ihre Frage.

Verena Bentele: Genau. Also das ist genau auch ein Thema, das uns natürlich intensiv umtreibt. Intensiv sollen ja auch Behandlungen viel mehr in den ambulanten Bereich verlagert werden, zum Beispiel eben zu Fachärztinnen, Fachärzten in Tageskliniken eben in ambulanten Strukturen. Und für mich als Laien klingt das eigentlich schon auch nach einem sinnvollen Weg. Dass wir auf der einen Seite mehr auch schauen, was man ambulant machen kann, aber auf der anderen Seite sollte ja dringend auch eben die Versorgungsstruktur, die streng getrennt ist, in Deutschland in vielen Teilen zwischen ambulant stationärer Versorgung deutlich besser verzahnt werden. Woran scheitert das in Deutschland, dass wir uns hier nicht schon viel, viel früher auf den Weg gemacht haben, um hier besser Hand in Hand zu arbeiten und vielleicht auch Patienten mal mehr ambulant zu behandeln und nicht immer stationär für Themen, wo es gar nicht sein muss.

Wolf Heitland: Ja, das ist ja, Sie haben das ja angesprochen, das ist ja für mich so, auch für mich auch eine Crux in Deutschland immer gewesen, Diese, früher, inzwischen ist es nicht mehr ganz so, strenge sektorale Trennung der Medizin. Wir haben auf der einen Seite die ambulante Medizin und wir haben auf der anderen Seite die Krankenhausmedizin und das muss sehr viel besser integriert werden. Das geht ja auch inzwischen, das ist ja dieses Eckpunktepapier der Notfallversorgung, was ich sehr vernünftig finde. Dass man nun die kassenärztliche ambulante Versorgung, das ist ja auch in der Notfallsituation primär eigentlich eine Aufgabe der niedergelassenen Ärzte und die ambulante Versorgung in den Klinik Notfallzentren, zusammenführt, möglichst auch räumlich sehr nah. Übrigens könnte man eins auch noch machen, gerade für den Notfall an Situation. Das hat man in Zürich zum Beispiel sehr gut gemacht. Man hat Leitstellen mit ausgewiesenen Fachärzten aller Gebiete bestückt, wo die Patienten, die Betroffenen anrufen, können, ihre Fragen loswerden. Und dann hat man 80 Prozent der letztendlich Patientinnen, Patienten, die sonst in die Notfallambulanzen oder zu den Niedergelassenen gegangen wären, hat man abfangen können, ohne dass man dadurch die Versorgung verschlechtert hat. Es gibt durchaus Strukturen, die man schaffen kann, die da helfen können.

Verena Bentele: Welche Vorteile wären für Sie denn wirklich die dringend erforderlichen für Patientinnen und Patienten an der ganzen Reform? Uns interessieren natürlich viele Dinge, auch die Kosten. Aber jetzt gucken wir erst einmal auf die Patienten und Patientinnen. Was müsste Ihrer Meinung nach wirklich am dringendsten geändert werden? Dass sich vor allem die Versorgungsqualität für die Menschen verbessert. Wenn Sie Gesundheitsminister wären.

Wolf Heitland: Das ist nicht ganz einfach, weil das natürlich ein extrem komplexes Thema ist. Ich glaube, dass sehr viele Patientinnen Patienten mit ihren Anliegen einfach nicht die Zeit finden bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Zunächst einmal, weil einfach der Durchlauf viel zu hoch ist. Ich glaube, dass ein Patient, eine Patientin, sehr viel mehr Gesprächsbedarf hat. Das ist es erste, das ist vertrauensbildend. Das ist aber kaum abzubilden. Wenn Sie heute die die Budgetierung auch der Niedergelassenen nehmen, die als Hausarzt die Summe je nach Bundesland, ich sage mal zwischen 50 und 70 Euro pro Quartal bekommen und da sollen sie ihre Patientinnen Patienten eigentlich ein ganzes Quartal betreuen, dann weiß man von vornherein, dass das eigentlich kaum geht. Dann kann man sich nicht die Mühe machen, mit dem Betroffenen mal eine halbe Stunde zu reden. Ich glaube, dass sehr viele Probleme, die somatisch in den Praxen auch aufschlagen, ja vielleicht doch auch psychosomatisch ausgelöst werden. Eine bessere Betreuung von der menschlichen Seite her benötigen. Und das kommt in unserem Gesundheitssystem zurzeit einfach zu kurz. Wir haben auch viel zu viel, denke ich persönlich, viel zu wenig Hausärztin und Hausärzte. Wer möchte diesen Job noch machen? Das ist so anstrengend, Hausbesuche zu machen und ich denke, das würde eigentlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität sehr viel beitragen.

Verena Bentele: Wir haben ja insbesondere natürlich ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, die intensiv medizinische Betreuung brauchen, die vielleicht auch häufiger medizinische Betreuung brauchen. Gerade in den Krankenhäusern sind ja wirklich ältere Patientinnen und Patienten in meinen Augen oft eine Zielgruppe, die eben auch hohen Bedarf haben. Zum Beispiel, dass ihnen Behandlungen erklärt werden oder Medikamenteneinnahme noch mal genau beschrieben wird. Was ist denn für Menschen heute ein wirklicher Mehrwert? Oder wäre ein Mehrwert in der Krankenhausreform damit gerade für die der sogenannte Drehtüreffekt, also dass sie ins Krankenhaus kommen, zu schnell vielleicht entlassen werden, die Betreuung nicht ganz optimal ist. Auch danach, dann kommen sie wieder rein. Wie kann man solche Effekte so ein Stückweit durchbrechen für die Menschen?

Wolf Heitland: Also ich finde, was eine ganz tolle Einrichtung ist, ist die sogenannte früh geriatrische Komplexbehandlung. Aber wenn Sie sehen, was dort vorgehalten ist an

verschiedenen Betreuungsmöglichkeiten, angefangen von der Ergotherapie, von der Physiotherapie, da mag man darüber schmunzeln, Musiktherapie. Verschiedene Facharztgruppen, die diese Damen und Herren betreuen, das sind ja in der Regel multimorbide Patienten. Die haben ja erhebliche Vorerkrankungen.

Verena Bentele: Ältere Menschen mit mehreren Vorerkrankungen, die dann in so eine geriatrische Einrichtung kommen...

Wolf Heitland: Ja, genauso ist es.

Verena Bentele: ...um es mal zu übersetzen.

Wolf Heitland: Die dort einfach eine Rundumbetreuung erfahren, wie man sie früher in dieser Qualität hat, nicht abbilden können. Das finde ich ganz hervorragende Einrichtungen. Dann müssten halt die Betroffenen, das gilt zunächst einfach für Patientinnen und Patienten über 70 Jahre, das ist so eine der Grundvoraussetzung, müsste man näher differenzieren. Die nach einer Erstbehandlung zum Beispiel, nehmen Sie eine Schenkelhalsfraktur, die ein älterer Mensch sich zugezogen hat, die dann sehr rasch in solchen Einrichtungen sehr gut rehabilitiert werden. Das sind schon ganz spezielle Themen, aber der Altersmedizin muss man sich bei uns ja schon zuwenden, weil unsere Altersstruktur ganz anders ist als vor 30, 40 Jahren.

Verena Bentele: Was für mich immer eine ganz spannende Frage ist. Wenn Sie jetzt auf Ihre Zeit zurückblicken als medizinischer Leiter, als Professor in einem großen Träger und wissen, wie dort gearbeitet wurde. Was sind denn die Dinge, wo Sie sagen, das hätten wir eigentlich die letzten 30 Jahre anders machen sollen?

Wolf Heitland: Frau Bentele, wenn ich zurückdenke, ich habe 47 Jahre Krankenhausmedizin, Krankenhauschirurgie auf dem Buckel und ich wollte eigentlich eins nie werden. Ich wollte nie Chirurg werden. Ich bin begeistert worden von einem Arzt in einem kleinen ländlichen Krankenhaus und von der Teamarbeit, die ich dort vorgefunden habe. Die Bürokratisierung, die, die ja eins auch der Themen sein sollte, Entbürokratisierung, die muss einfach kommen. Bei mir war es in diesem ländlichen Krankenhaus so, ich habe eigentlich wirklich ganz streng medizinische Arbeit verrichtet, Dokumentation ganz wenig. Operationsberichte geschrieben, Entlassungsbriefe geschrieben. Die Versorgung auf den Stationen haben die Fachkrankenpflegekräfte gemacht. Die haben das auch sehr gerne gemacht. Die haben das ja gelernt, die müssen ja drei Jahre für sowas lernen. Und das sind alles Dinge, die in meinen Augen verloren gegangen sind. Es ist fast schon eher eine sektorale Trennung. So empfinde ich es zwischen Pflege und Ärztinnen, Ärzte. Alleine schon deshalb, weil die die Dokumentationspflicht so enorm ist, das muss einfach verschlankt werden. Wir müssen dafür sorgen, dass in erster Linie jetzt mal in den Krankenhäusern, kann man aber weiter runterbrechen auf die Versorgungsstrukturen auch im ambulanten Sektor, dass einfach diese Dokumentationspflicht aufhört, dass die Krankenschwestern, Fachkrankenpfleger einfach am Patienten sind. Heute ist die Dokumentation so exorbitant, das ist einfach ganz furchtbar. Die vielen Fachkrankenpfleger haben einfach überhaupt keine Zeit mehr, vernünftig sich um Patienten zu können. Also das muss sich einfach ändern.

Verena Bentele: Und natürlich eine wesentliche Frage der ganzen Reform ist auch immer noch das Geld. Jetzt gibt es ja die Idee, dass die gesetzlich Versicherten deutlich mehr investieren sollen in die Transformation der Krankenhauslandschaft, was uns als Sozialverband natürlich zugegebenermaßen ärgert, weil dann die Krankenversicherungsbeiträge steigen werden, das ist schon absehbar. Und erst mal sollen die Privatversicherten deutlich weniger belastet werden und sich da nicht so beteiligen. Und auf der anderen Seite hatten sie vorher auch die Investitionskosten angesprochen der Länder, die nicht in erforderlichen Ausmaß übernommen werden. Was bedeutet für Sie denn

wirklich auch eine solide und faire Finanzierung der ganzen Krankenhausreform? Und ohne Geld, wissen wir als beide Schwaben wird es nicht gehen.

Wolf Heitland: Deshalb unausgegoren. Sie haben das ja angesprochen in diesen Transformationsfonds. Der soll ja in den nächsten zehn Jahren 50 Milliarden umfassen. Und dieser Transformationsfonds soll zur Hälfte von den gesetzlichen Krankenversicherungen kommen. Das müssen Sie den gesetzlichen Krankenkassen erst mal vernünftig verklickern. Wo sparen Sie denn das Geld, das Sie in diesen Transformationsfonds eingeben müssen? Zum einen wird Ihnen erklärt, dass Sie an den DAG Ausgaben sparen, weil man ja die DAG um etwa 40 Prozent entlasten will. Wer bezahlt dann die Vorhaltevergütung? Auch das muss ja aus irgendeinem Geld kommen. Also Sie haben recht, die Kassen haben die Sorge, dass sie einfach das Ganze nur auffangen können, bis diese ganzen Effekte, die Herr Lauterbach sich verspricht, durch die Krankenhausreform, bis sie finanziell zugunsten der Kassen so aufschlagen, dass sie diese 50 Milliarden oder zur Hälfte jedenfalls in den nächsten zehn Jahren stemmen können. Und Sie haben völlig recht, das habe ich ja vorher auch gesagt, die Kliniken müssen, weil sie investitiv sonst gar nicht agieren können, einen Teil der Einnahmen für die Investitionen ausgeben. Das kann... Mich wundert immer, dass die Kassen da so wenig Stellung beziehen. Das darf ja gar nicht im Interesse der Kassen sein, dass die Gelder eigentlich zweckentfremdet werden. Diese Gelder sind ausschließlich vorgesehen, die DAG Einnahmen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Verena Bentele: Ja, das ist für mich auch ein Punkt, der wirklich spannend bleibt, wie gerecht die Finanzierung wird, aber vor allem wie auch der Wille, der politische, erzeugt werden kann, dass das Thema wirklich angepackt wird. Außer in Nordrhein Westfalen, wo wir ja wirklich gute Ansätze erleben, sind die anderen Bundesländer da in meinen Augen sehr träge und haben vor allem das Ziel, dass sich niemand in ihre Krankenhausplanung einmischt. Und das ist vorerst meine Abschlussfrage, bevor wir zu unserer nächsten Rubrik kommen. Was bedeutet für Sie eine wirklich gute Krankenhausplanung, für die die Länder verantwortlich sein wollen, aber dann eben auch verantwortlich sein sollten?

Wolf Heitland: Plakativ kann man das natürlich leicht ausdrücken, aber das im Inhalt entsprechend zu verändern, ist nicht einfach. Die Versorgungsqualität, was immer sie unter Qualität letztendlich verstehen, muss an oberster Stelle stehen. Die Patientinnen, Patienten haben ein Anrecht, dass sie nach dem besten Stand der Wissenschaft menschlich versorgt werden, sowohl von dem Ansatz, dass sie optimal therapiert werden. Aber dazu gehört auch eine optimale menschliche Versorgung. Und das müssen die Kranken, das müssen die einzelnen Länder natürlich schaffen mit den Mitteln, die ihnen zur Verfügung stehen. Und die Strukturen, der Rahmen, der soll ja schon vorgegeben werden durch diese Versorgungsstufen, die man einführt, also diese Level Struktur. Dagegen wird natürlich von sehr vielen Interessenvertretern Sturm gelaufen und natürlich durch die Einteilung in die Leistungsgruppen. Und das müssen die Kliniken... Die Länder müssen ja diese Leistungsgruppen dem Bund, oder welche Kliniken sie welchen Leistungsgruppen zuerkennen, müssen oder sollen sie ja dann dem Bund melden. Und da bin ich eigentlich noch sehr gespannt. Da müsste man, aber die Zeit haben wir sicher nicht, ins Detail gehen für einzelne Erkrankungen, wie viel Krankenhäuser man dann eigentlich überhaupt noch braucht. Und ich habe das sehr lange miterlebt, weil ich mitverantwortlich war für die Zuerkennung von Ausbildungsermächtigungen in der Weiterbildungsordnung der Ärzte, jetzt für mein Fachgebiet die Bauchchirurgie. Und da habe ich gesehen, wie unterschiedlich die einzelnen Länder diese Weiterbildung-Ermächtigung zuerkennen. Das ist auch wieder ganz interessant. Wir haben ja nicht nur die Verantwortung für heute, wir haben ja die Verantwortung für die Zukunft. Sie müssen doch auch in der Lage sein, jungen Ärztin und Ärzten die Möglichkeit einer Erfahrungssammlung zu bieten, die ihnen eines Tages ermöglicht, diese schwierigen Fragestellungen überhaupt zu machen. Und wenn Sie in jedem Krankenhaus alles machen, dann wird niemand genügend Erfahrung haben, um auf höchstem Niveau das eines Tages zu machen. Also da steckt unheimlich viel Arbeit. Und meine Befürchtung, ich habe ja nun das große Glück, dass ich völlig unabhängig bin, meine

Befürchtung ist, dass zu viel von Interessengruppen hineingeredet wird und eine optimale Struktur damit vielleicht nicht so zustande kommt, wie man es sich wünschen würde.

Verena Bentele: Ja, das finde ich auf jeden Fall spannend. Zumal wir im Moment wirklich vor allem politische Scharmützel erleben, die auf der Ebene stattfinden: Misch dich nicht ein, lass mich mein Ding machen. Aber die Länder haben ja schon seit vielen Jahren die Aufgabe, eine gute Krankenhausplanung zu machen. Und jetzt wird's halt akut, weil viele Krankenhäuser defizitär, viele Krankenhäuser defizitär arbeiten. Ist auf jeden Fall eine sehr unglückliche Situation, in der jetzt Reformschritte angestoßen werden sollten. Wir haben eine Rubrik in dem Podcast, wo ich Ihnen fünf Satzanfänge gebe und Sie bitten würde, die Sätze jeweils zu beenden. Aber wirklich vor allem wichtig wäre, ein Satz darf ein längerer sein mit ein paar Kommas, aber keine fünf Sätze. Das wäre super. Dann starten wir. Eine gute Gesundheitsversorgung bedeutet für mich...

Wolf Heitland: ...dass sie den betroffenen Patientinnen und Patienten zu Gute kommt.

Verena Bentele: Patientinnen und Patienten brauchen derzeit am meisten...

Wolf Heitland: ...den richtigen Ort, die richtige Ärzte zur richtigen Zeit.

Verena Bentele: Ich wünsche mir von Gesundheitsminister Lauterbach, dass...

Wolf Heitland: ...er mehr auf Fachleute hört, als ich den Eindruck habe, dass er es zurzeit macht.

Verena Bentele: Ich hoffe, er hört sich das an, das nur Kleine Anmerkung der Moderatorin hier. Vor der Krankenhausreform muss sich niemand fürchten, weil...

Wolf Heitland: ...zumindest einige Ansätze aus meiner Sicht zielführend sind.

Verena Bentele: Die Versorgung im Krankenhaus wird in Zukunft...

Wolf Heitland: ...sich von der heutigen Versorgung deutlich unterscheiden.

Verena Bentele: Vielen, vielen Dank. Das war tatsächlich kurz und knackig. Ich sehe schon, wenn man Ihnen eine Aufgabe stellt, wird die in Leistungssportler-Manier super bewältigt. Am Schluss würde mich aber natürlich noch interessieren, wenn die Krankenhausreform wirklich erfolgreich umgesetzt wäre, wenn auch der Klinikatlas funktionieren würde, woran würden Patientinnen und Patienten das für sich wirklich spüren?

Wolf Heitland: Sie würden das, denke ich, nur indirekt spüren und mittel- bis langfristig, weil das Entscheidende für die Patientinnen, Patienten ist die Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität, die sie menschlich erreichen. Das halte ich nach wie vor für extrem wichtig, dass sie eine menschliche Medizin machen. Ich habe meinen Mitarbeitern und Mitarbeitern eigentlich immer eins gesagt. Ihr müsst erst mal Arzt werden, bevor ihr Chirurg werden könnt. Ich denke, dass das nach wie vor extrem wichtig ist, dass das Patientinnen und Patienten spüren. Aber die Ergebnisqualität, das ist das Entscheidende für die Betroffenen. Und die Ergebnisqualität, das müssen sie, das muss man sehr gut werten. Wenn zwei das Gleiche tun, ist es noch lange nicht das Gleiche.

Verena Bentele: Super. Ganz, ganz herzliches Dankeschön! Das waren ganz spannende und tolle Einblicke und ich bedanke mich herzlich für unser gutes Gespräch.

Wolf Heitland: Ich danke Ihnen! Ich glaube, wir können noch Stunden reden.

Verena Bentele: Auf jeden Fall. Das Thema gibt ganz viel her und unsere Zuhörerinnen und Zuhörer sind immer ganz gespannt, wenn sie neue Eindrücke bekommen. Also herzliches Dankeschön von meiner Seite.

Wolf Heitland: Ich danke Ihnen!

Verena Bentele: Wie immer möchte ich auch dieses Mal meinen ganz persönlichen Lichtblick mit euch teilen. Und auch zum Thema Krankenhausreform gibt es einen Lichtblick. Nordrhein Westfalen ist bundesweiter Vorreiter im Thema Krankenhausreform. Bei einer Pressekonferenz in Berlin zogen die Landesregierung und aber auch die Akteure in der Krankenhauslandschaft eine positive Zwischenbilanz. Der Nordrhein westfälische Gesundheitsminister Karl Josef Laumann betonte, dass das Modell des Bundeslandes NRW eine Blaupause auch für andere Bundesländer sein könnte. Die Einführung von Leistungsgruppen stellt klare Qualitätsvorgaben in den Mittelpunkt und sichert eine optimale stationäre Versorgung. Durch den Abbau von Doppelstrukturen wird zudem der Wettbewerb um Ressourcen gestärkt. Das Modell hat ein echtes Potenzial für eine umfassende Reform auch auf Bundesebene. So, liebe Hörerinnen und Hörer, das war's für dieses Mal in guter Gesellschaft. Ich hoffe, es hat euch gefallen und ihr seid auch das nächste Mal wieder dabei, wenn ich einen spannenden neuen Gast einlade. Also abonnieren nicht vergessen auf allen gängigen Plattformen und dann hören wir uns bald Tschüss.

Veröffentlichungsdatum: 4.9.2024

Podcast online: <https://www.vdk.de/mediathek/podcast/podcast-wolf-heitland-ist-die-krankenhausreform-eine-chance-fuer-unser-gesundheitssystem/>

© Sozialverband VdK Deutschland