



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
19. März 2018, Berlin

Statement von Prof. Dr. Reinhard Busse Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Es gilt das gesprochene Wort!

Krankenhausstruktur weder bedarfs- noch qualitätsorientiert: zu viele Häuser, zu viele Betten, zu wenig Zentralisierung

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Folgenden möchte ich Ihnen die wesentlichen Probleme der deutschen Krankenhauslandschaft mit ihren Folgen für die Versorgung skizzieren und Wege zur Verbesserung aufzeigen. Das Problem sind erstens Überkapazitäten und zweitens die Zersplitterung, also die mangelnde Konzentration von akuten und komplexen Fällen.

Deutschland besitzt zu viele Krankenhäuser und insbesondere zu viele Krankenhausbetten – dies ist inzwischen von vielen Seiten akzeptiert. Ob und inwiefern die Anzahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten der entscheidende Treiber für die im internationalen Vergleich sehr hohe – und vor allem, steigende – Anzahl von Krankenhausfällen ist, darüber besteht schon weniger Einigkeit.

Steigende Fallzahlen dienen manchen immer noch als Zeichen des „steigenden Bedarfs“, obwohl sich schwerlich erklären lässt, wie wir im Krankenhaus-Report 2018 ausführen, warum es im EU15-Schnitt – trotz unseres großen ambulanten Sektors – 53 Prozent weniger stationäre Fälle aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates und je rund 40 Prozent weniger Fälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Verdauungssystems und Verletzungen gibt. Würden bei uns nur so viele Patienten stationär behandelt wie bei unseren Nachbarn, hätten wir 1,2 Millionen weniger Fälle bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und

knapp vier Millionen weniger Fälle bei den anderen fünf Krankheitsgruppen – bei knapp 20 Millionen stationären Fällen insgesamt sind dies über 25 Prozent. Das entspricht fast 14.000 Aufnahmen am Tag beziehungsweise dem gesamten Patientenaufkommen von rund 500 deutschen Krankenhäusern.

Bei ausgewählten häufigen Hauptdiagnosen sind die Unterschiede zum Teil noch größer: So liegt der EU15-Schnitt bei Hypertonie 69 Prozent unter deutschem Niveau, bei Rückenschmerzen 68 Prozent, Gonarthrose 46 Prozent, Herzinsuffizienz 45 Prozent, Diabetes 45 Prozent und Angina pectoris 42 Prozent. Dies zeigt das große Potenzial für mehr ambulante Behandlungen von Patienten auf, die gar nicht stationär behandelt werden müssten. Und es darf nicht vergessen werden, dass diese Fälle auch (unnötiges) Geld kosten.

Zusätzlich verteilen sich in Deutschland die Fälle auf eine hohe Anzahl von Krankenhäusern, die für Patienten mit bestimmten, auch häufigen und unbestrittenen Aufnahmeanlässen oftmals weder technisch noch personell adäquat ausgestattet sind. Dies manifestiert sich in großen Qualitätsunterschieden zwischen Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen pro Indikation versus solcher mit niedrigen, und zwar nicht nur bei den wenigen Indikationen, für die es in Deutschland Mindestmengen gibt.

Dies führt zu dem Aspekt, der allerdings normalerweise nicht im Zusammenhang mit den hohen Fallzahlen diskutiert wird, nämlich der verhältnismäßig geringen Ausstattung der deutschen Krankenhäuser mit klinischem Personal (also insbesondere Pflegekräfte und Ärzte). Zunächst: Wir haben pro 1.000 Einwohner mehr Pflegekräfte als im europäischen Schnitt, das heißt, dass die Aussage, dass wir „zu wenig“ Pflegepersonal haben, nur auf die Betrachtung pro Fall beziehungsweise Bettentag zutrifft. Die pauschale Forderung nach mehr Pflegepersonal verkennt dabei den engen Zusammenhang mit (a) der mangelnden Attraktivität von Krankenhäusern mit wenig Fällen pro Indikation und den damit einhergehenden mangelnden Qualifizierungsmöglichkeiten sowie (b) den zu vielen Fällen. Schließlich binden die hohen und steigenden stationären Fallzahlen natürlich auch Pflegepersonal; unser quantitativ schlechtes Patienten-Pflegekraft-Betreuungsverhältnis liegt hierin begründet. Dazu noch zwei Zahlen: Wir haben seit Jahren kontinuierlich 1,7 Betten- beziehungsweise Pflegetage pro Einwohner, in Dänemark sind es 0,7.

Die Diagnose, dass mangelnde Konzentration von stationären Fällen zu unnötigen Todesfällen führt, wird von der Politik eher als die Aussage zu den zu vielen Fällen akzeptiert, auch wenn es mit der Therapie noch hapert. So wäre es zum Beispiel notwendig, dass Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall nur in Krankenhäuser mit einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) eingeliefert und behandelt werden – rund 500 der knapp 1.300 Krankenhäuser, die Patienten mit Schlaganfällen behandeln, haben eine solche. Ebenso ist zu fordern, dass Patienten mit Verdacht auf einen Herzinfarkt nur in Krankenhäusern mit Herzkathetereinheit eingeliefert und behandelt werden dürfen – von den fast 1.400 Krankenhäusern, die Patienten mit Herzinfarkten behandeln, weisen weniger als 600 eine solche Einheit auf. Auch müsste bei Notfällen wie Schlaganfällen und Herzinfarkten garantiert sein, dass das Krankenhaus rund um die Uhr über entsprechende Fachärzte verfügt, wie dies in Dänemark selbstverständlich vorgeschrieben ist. Würden wir unsere Neurologen und Kardiologen so auf die

Krankenhäuser verteilen, dass immer genau ein Facharzt verfügbar ist, reichte es für jeweils nur rund 600 Krankenhäuser. Die Therapie kann also nicht lauten, jetzt noch die jeweils anderen rund 800 Krankenhäuser mit Schlaganfall- und Herzkathetereinheiten auszustatten.

Nun noch einmal zu den unnötigen Todesfällen: Eine im Jahr 2017 von Nimptsch und Mansky publizierte Auswertung der Krankenhaussterblichkeit von mehr als 13 Millionen Patienten in den Jahren 2009 bis 2014, die wegen 25 häufigen Indikationen stationär behandelt wurden, ergab einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Fallzahl pro Krankenhaus und der risikoadjustierten Sterblichkeit. Für diese Analyse wurden die jeweils behandelnden Krankenhäuser in jeweils fünf Gruppen eingeteilt. Dabei zeigt sich, dass in Krankenhäusern mit den meisten Patienten (Gruppen 4 beziehungsweise 5) gegenüber den Krankenhäusern in Gruppe 1 im Schnitt 17 Prozent beziehungsweise 26 Prozent weniger Patienten versterben (beim Herzinfarkt 27 Prozent beziehungsweise 31 Prozent und beim Schlaganfall jeweils sechs Prozent); statistisch signifikant ist dieser Zusammenhang bei 18 beziehungsweise 19 der 25 Indikationen. Gruppe 1 umfasst übrigens beim Herzinfarkt 65 Prozent aller Krankenhäuser und beim Schlaganfall sogar über 70 Prozent aller die jeweiligen Patienten behandelnden Krankenhäuser.

Um dem Bedarf der Bevölkerung nach guter stationärer Versorgung nachzukommen und für eine flächendeckende qualitativ gute Versorgung zu sorgen, müssen die genannten Aspekte (zu viele Krankenhäuser und Betten, zu wenig Zentralisierung) also zusammen betrachtet – und angegangen – werden. Dass dies möglich ist, zeigen Beispiele wie Dänemark, wo die Anzahl an Krankenhäusern nicht einfach nur reduziert wurde. Ambulant mögliche Behandlungen erfolgen auch ambulant, aber für Notfälle und komplexe Fälle wird eine stationäre Versorgung mit entsprechender personeller und apparativer Ausstattung rund um die Uhr vorgehalten. Die Vernetzung aller Akteure, z.B. der Notfallaufnahmen mit den Rettungswagen, tragen ebenfalls zu guten Ergebnissen bei.

KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de