

Montag, den 19. März 2018

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

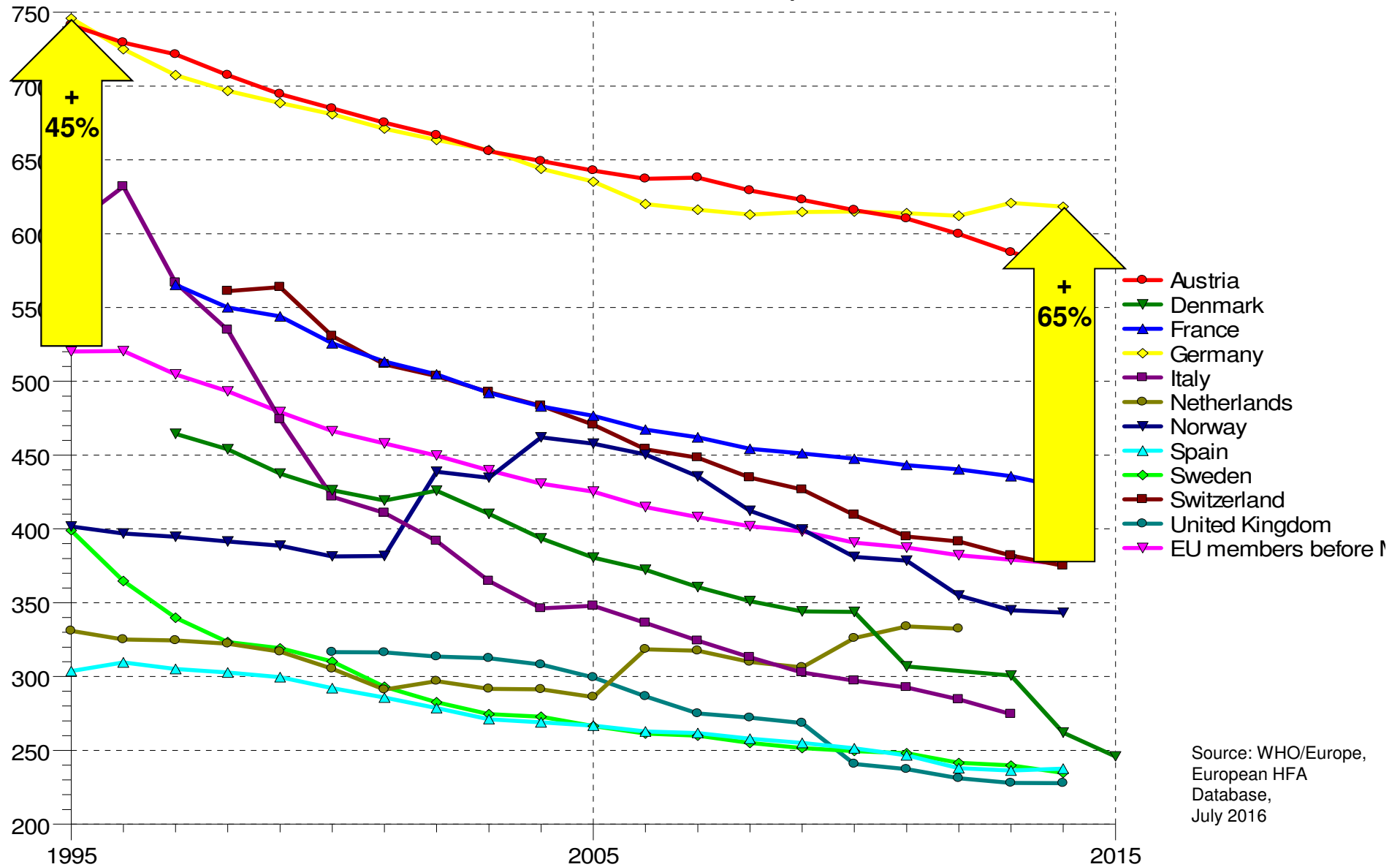
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH

**Fachgebiet Management im
Gesundheitswesen**

Technische Universität Berlin

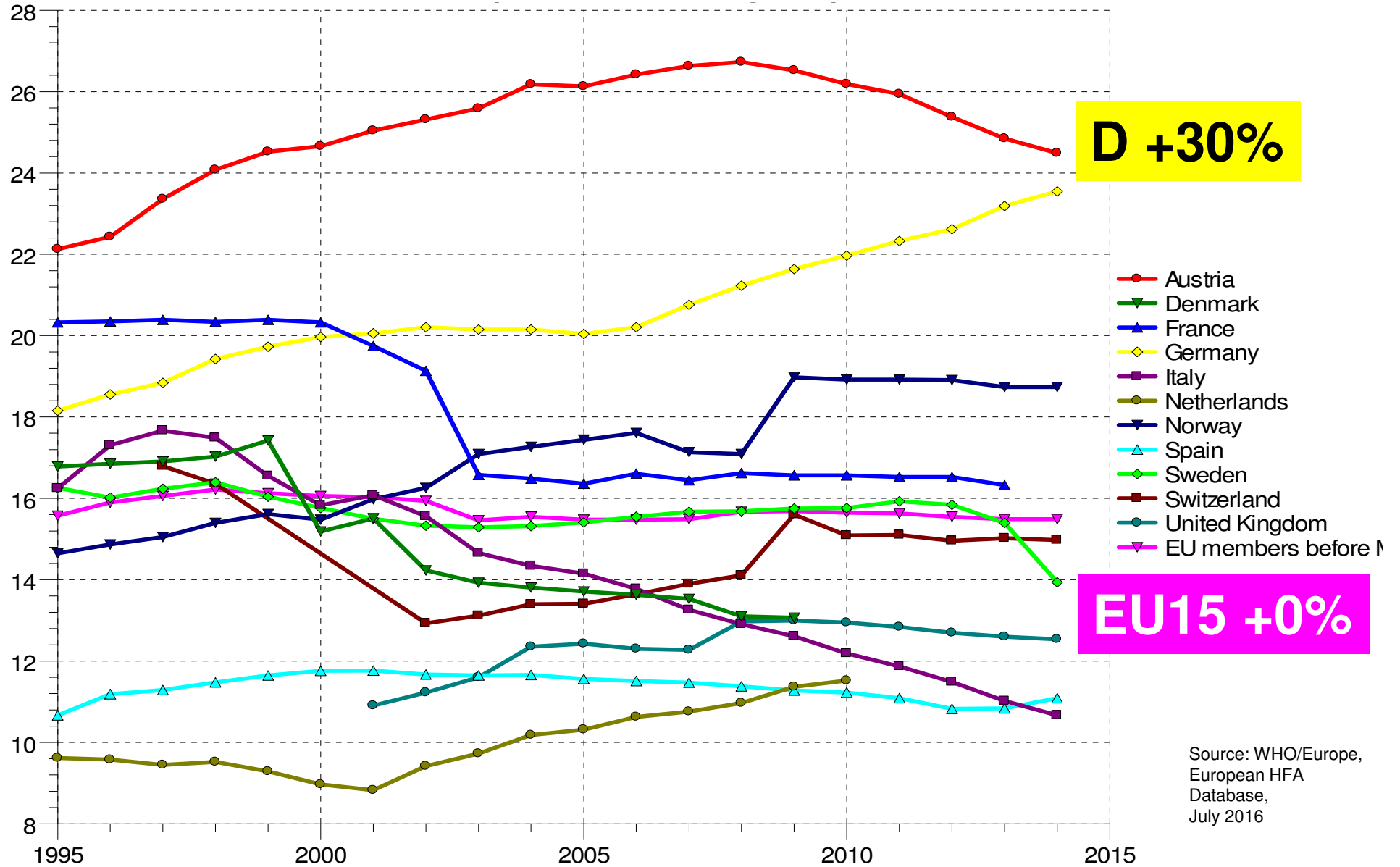
- Meine sehr geehrten Damen und Herren,
- im Folgenden möchte ich Ihnen die wesentlichen Probleme der deutschen Krankenhauslandschaft mit ihren Folgen für die Versorgung skizzieren und Wege zur Verbesserung aufzeigen. Diese sind (1) Überkapazitäten und (2) die Zersplitterung, also die mangelnde Konzentration von akuten und komplexen Fällen.
- Deutschland besitzt zu viele Krankenhäuser und insbesondere zu viele Krankenhausbetten (*nächste Folie*) – 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 Krankenhausesfällen ist (*übernächste Folie*) darüber besteht schon weniger Einigkeit.

Im internationalen Vergleich zunehmende stationäre Überkapazitäten ...



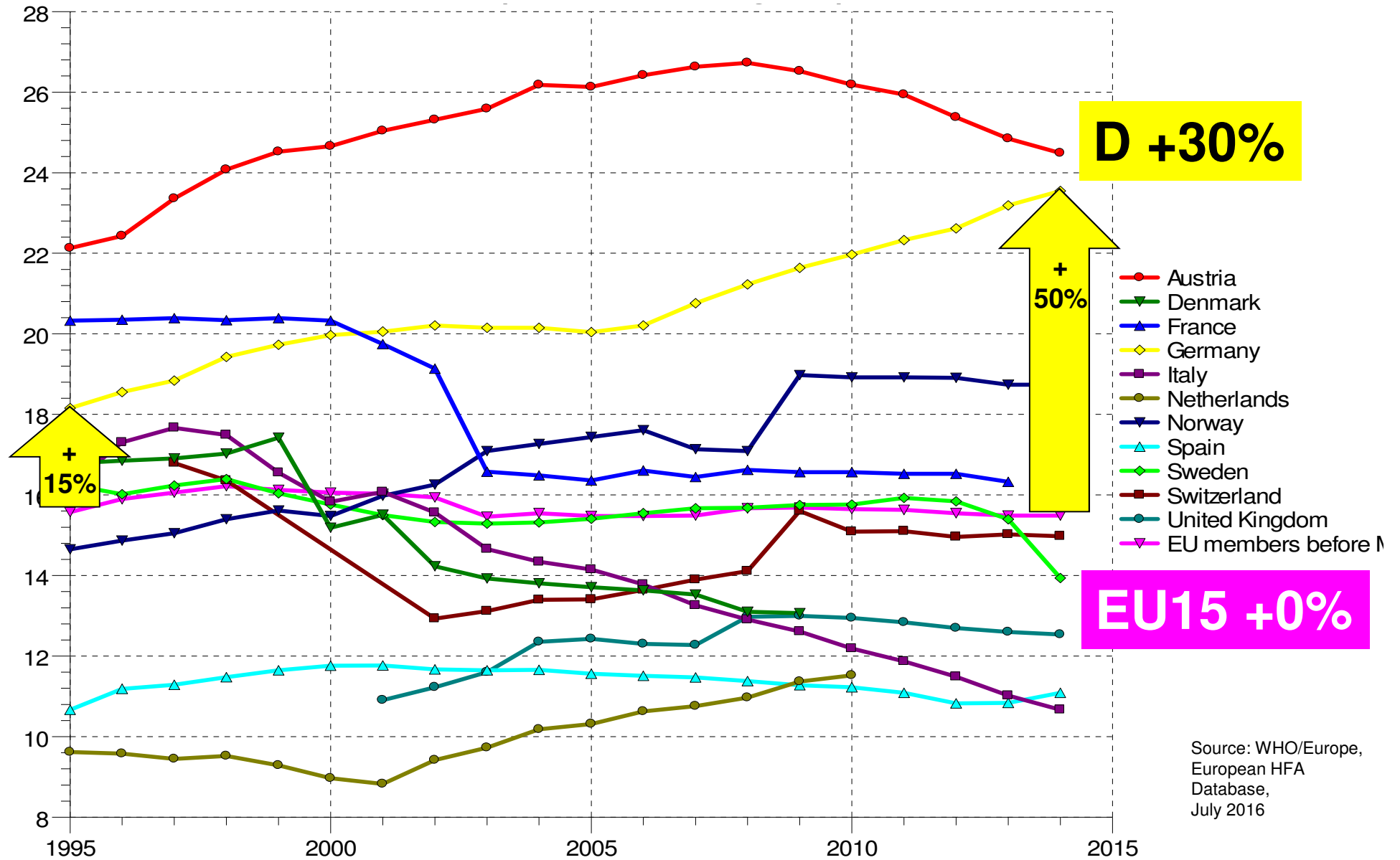
Source: WHO/Europe,
European HFA
Database,
July 2016

führen zu hohen und steigenden stationären Fallzahlen



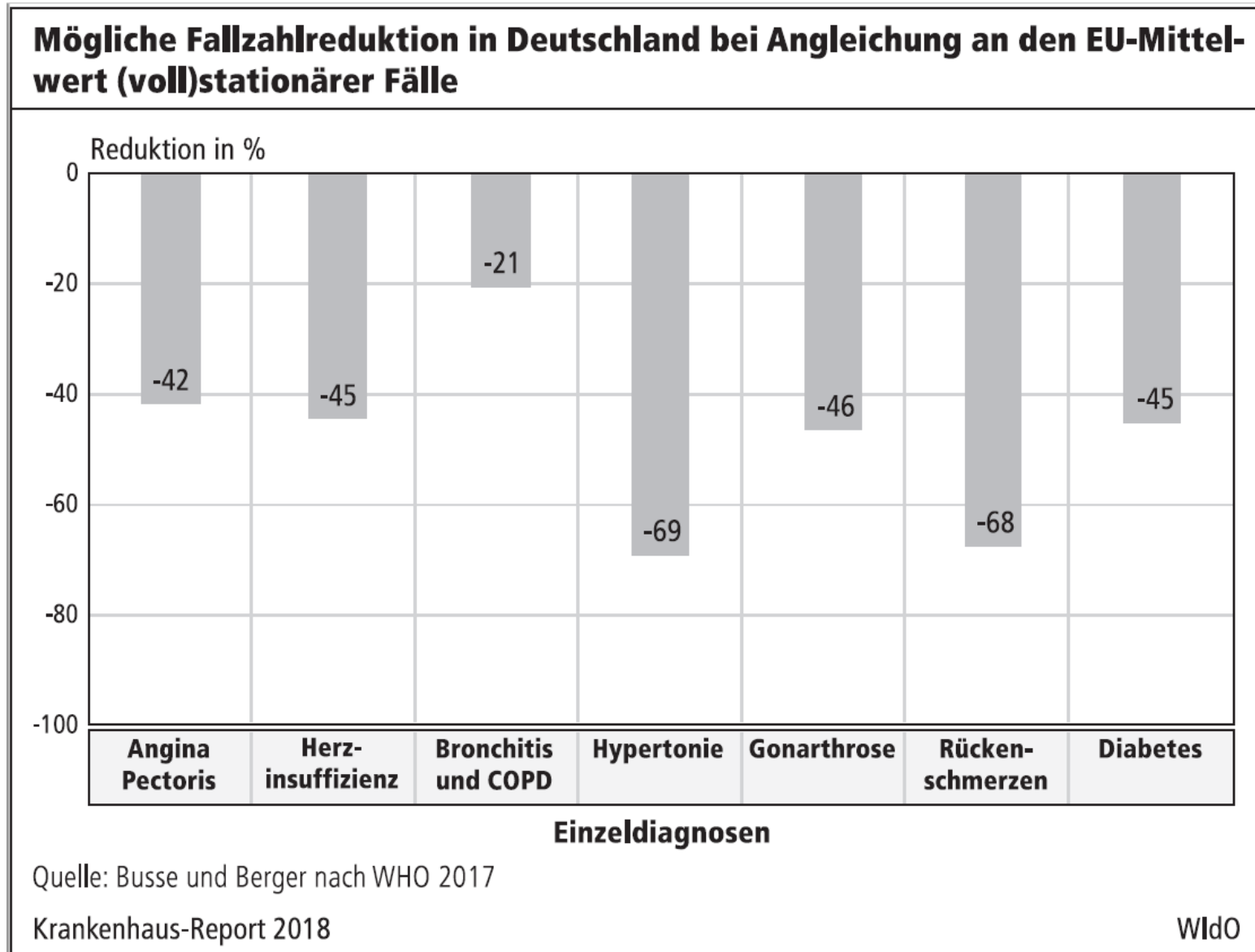
Source: WHO/Europe,
European HFA
Database,
July 2016

führen zu hohen und steigenden stationären Fallzahlen



- 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 4 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 bzw. dem gesamten Patientenaufkommen von rund 500 deutschen Krankenhäusern.
- Bei ausgewählten häufigen Hauptdiagnosen sind die Unterschiede z.T. noch größer: So liegt der EU15-Schnitt bei Hypertonie 69% *unter* deutschem Niveau, bei Rückenschmerzen 68%, Gonarthrose 46%, Herzinsuffizienz 45%, Diabetes 45% und Angina pectoris 42% (*nächste Folie*). 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. ...

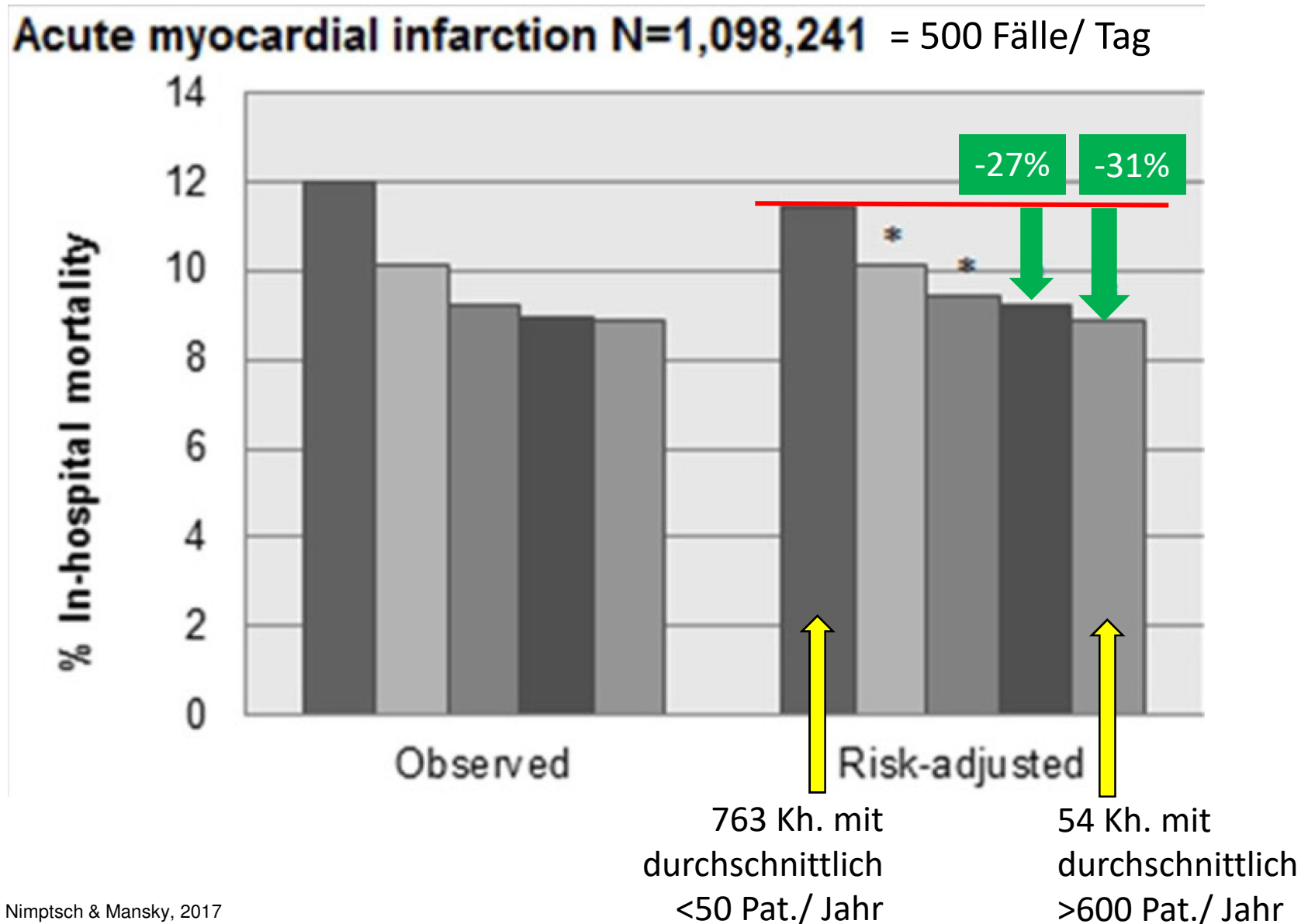
... insbesondere für ambulant behandelbare Diagnosen
(hier: EU15-Schnitt im Vergleich zu Deutschland) ...



- Die Diagnose, dass mangelnde Konzentration von stationären Fällen zu un-nötigen 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 z.B. notwendig, dass Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall nur in Krankenhäuser mit einer Schlaganfalleinheit (sog. 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 Krankenhäuser, 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 (in BMJ Open) 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 risiko-adjustierten 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 bzw. 5) gegenüber den Krankenhäusern in Gruppe 1 im Schnitt 17 Prozent bzw. 26 Prozent weniger Patienten versterben (beim Herzinfarkt 27 Prozent bzw. 31 Prozent [*nächste Folie*] und beim Schlaganfall jeweils 6 Prozent); statistisch signifikant ist dieser Zusammenhang bei 18 bzw. 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.

... und bei unumstrittenen Fällen gibt es große Qualitätsunterschiede im Abhängigkeit zum Volumen



- D.h., von den rund 500 Patienten mit Herzinfarkt, die es jeden Tag in Deutschland gibt, werden 100 in eines von 763 Krankenhäusern eingeliefert, die im Schnitt weniger als einen Fall pro Woche behandelt. Ebenfalls 100 werden in Krankenhäusern mit im Schnitt >600 Fällen pro Jahr, d.h. 12 pro Woche, behandelt. In diesen versterben rund ein Drittel weniger als in den Häusern mit wenigen Fällen. Wenn alle Patienten in solchen Häusern behandelt würden, gäbe 3000 Herzinfarkt-Tote weniger (d.h. so viele, wie im Straßenverkehr versterben).
- FAZIT: 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.