

Klinikreform: Zentren wären die Lösung

Der Weg in die Notaufnahme eines Krankenhauses führt in Deutschland viel zu oft direkt in ein Krankenhausbett. Das ist in vielen Fällen unnötig. Der Gesundheitsökonom Professor Reinhard Busse empfiehlt mutige Reformschritte.

Von Taina Ebert-Rall



Mindestmengen bei Op sind in Deutschland längst ein Thema. Doch nicht nur bei Operationsleistungen könnte die Zentralisierung laut Gesundheitsexperte Prof. Reinhard Busse sinnvoll sein. © Kzenon / Stock.Adobe.com

BERLIN. „Passgenaue Versorgung, Vernetzung und Zentralisierung. Die Krankenhausstruktur in Deutschland könnte deutlich besser werden, würden solche Ziele umgesetzt. Stattdessen gibt es Überkapazitäten und Zersplitterung. Das ist ein Problem“, sagt Professor Reinhard Busse, der an der Technischen Universität in Berlin Management im Gesundheitswesen lehrt. In der Tatsache, dass die Anzahl der stationären Krankheitsfälle in Deutschland um 50 Prozent über dem Schnitt der EU-15-Länder (Europäische Union vor der sogenannten Ost-Erweiterung) liegt, sieht er ein deutliches Warnsignal. „Die Menschen in Deutschland sind doch nicht kränker als in anderen Ländern. Aber sie werden nicht immer in der für ihre Diagnose besten Klinik behandelt.“

Rekrutierungsquelle Notaufnahme?

Noch immer, so Busse, „dienen steigende Fallzahlen manchen als Zeichen zunehmenden Bedarfs“. „Dieses Argument lässt sich leicht entkräften.“ Als eine wichtige Rekrutierungsquelle für viele Krankenhausbetten sieht er die Notaufnahmen. Während in anderen Ländern nur etwa jeder dritte Patient aus der Notaufnahme in den stationären Bereich komme, sei dies in Deutschland jeder zweite Patient.

In seinem Beitrag zum Krankenhaus-Report 2018 verweist Busse denn auch darauf, dass es im EU-15-Schnitt – trotz des großen ambulanten Sektors in Deutschland – 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.

1,2 Millionen Fälle weniger möglich?

„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 entspricht das Busses Berechnungen zufolge fast 14000 Aufnahmen am Tag beziehungsweise dem gesamten Patientenaufkommen von rund 500 deutschen Krankenhäusern. Zum Teil noch größer fallen die Unterschiede bei ausgewählten häufigen Hauptdiagnosen aus. Bei Hypertonie liegt der EU-15-Schnitt 69 Prozent unter dem Niveau in Deutschland, bei Rückenschmerzen 68 Prozent, bei Gonarthrose 46 Prozent, bei Herzinsuffizienz 45 Prozent, bei Diabetes 45 Prozent und bei Angina pectoris 42 Prozent darunter. „Das zeigt, wie groß das Potenzial für mehr ambulante Behandlungen von Patienten ist, die gar nicht stationär behandelt werden müssten.“

Zu geringe Ärzte- und Pflegedecke

Zudem, so Busse, verteilen sich in Deutschland die Fälle auf viele Krankenhäuser, die für bestimmte Patienten weder technisch noch personell adäquat ausgestattet sind – was sich auch in großen Qualitätsunterschieden zeige. Ein weiterer Aspekt, der nach seiner Überzeugung für eine stärkere Zentralisierung spricht, ist die derzeit verhältnismäßig geringe Ausstattung der deutschen Krankenhäuser insbesondere mit Pflegekräften und Ärzten. „Dabei stehen wir im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ganz gut da, sofern wir das klinische Personal ins Verhältnis zur Einwohnerzahl setzen.“ So verfüge Deutschland seit Jahren über 1,7 Betten- beziehungsweise Pfl egetage pro Einwohner, in Dänemark liege dieser Wert mit 0,7 deutlich darunter.

„Wir brauchen keine Masse“

Für Busse ist klar: Die Zahl der Krankenhäuser kann und sollte deutlich reduziert werden. „Wir brauchen keine Masse, sondern Qualität.“ Zum Beispiel für Menschen mit Verdacht auf einen Schlaganfall, die nur in Krankenhäuser mit einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) eingeliefert und behandelt werden sollten. Busse: „Rund 500 der knapp 1300 Krankenhäuser, die Patienten mit Schlaganfällen behandeln, haben eine solche.“ Patienten mit Verdacht auf einen Herzinfarkt sollten nur in Krankenhäusern mit Herzkathetereinheit eingeliefert und behandelt werden dürfen. Von den fast 1400 Krankenhäusern, die Patienten mit Herzinfarkten behandeln, weisen weniger als 600 eine solche Einheit auf.

Dänemark könnte hier als Beispiel für Deutschland dienen. Dort ist selbstverständlich und vorgeschrieben, dass ein Krankenhaus rund um die Uhr entsprechende Fachärzte vorhält. Busse: „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.“

Nicht einfach blind vom Netz nehmen

Um dem Bedarf der Bevölkerung nach einer guten stationären Versorgung nachzukommen und gleichzeitig für eine flächendeckende, qualitativ gute Versorgung zu sorgen, müssen die genannten Aspekte (zu viele Krankenhäuser und Klinikbetten, zu wenig Zentralisierung) also zusammen betrachtet – und angegangen – werden. Dass dies möglich ist, zeigen laut dem Gesundheitsexperten eben Beispiele wie Dänemark, wo die Anzahl an Krankenhäusern nicht einfach nur reduziert wurde. Patienten, die eine ambulante Behandlung benötigen, werden ambulant behandelt. Aber für Notfälle und komplexe Fälle wird eine stationäre Versorgung mit entsprechender personeller und apparativer Ausstattung rund um die Uhr vorgehalten.

Die Menschen in Deutschland sind doch nicht kränker als in anderen Ländern. Aber sie werden nicht immer in der für ihre Diagnose besten Klinik behandelt.

Reinhard Busse

Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin