HSK-Veranstaltung zum Umbau der Krankenhauslandschaft

Busse: „Mehr Personal ist die schlechteste Antwort“

Nicht müde werdend, immer und immer wieder die Grundüberlegungen zu erklären, die Basis der Krankenhausrefom sind, stellte sich Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, FFPH (Technische Universität Berlin) auf dem HSK den Fragen vieler Zuhörer:innen der Veranstaltung „Umbau der Krankenhauslandschaft“. Zu ihnen gehörten viele Verantwortlichen von Krankenhäusern, die – wenige Wochen vor Lauterbachs Zusage, erlösunabhängige Vorhaltepauschalen einzuführen – zwei große Fragen einte: Trifft es mich? Und: Warum? Seine Antwort war recht simpel, auch wenn es dabei zwei Narrative und zwei parallel zu sehende Problemstellungen gibt. Daniela Teichert, die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, forderte hingegen einen größeren Blick auf das Ganze.

>> Nachdem die Krankenhausreform, die, wie ein Mitdiskutant auf der HSK-Veranstaltung einwarf, doch eher eine Krankenhausfinanzierungsreform sei, auf die Zielgerade einbiege, wolle er – so Busse – „ein paar Pflöcke einrammen“. Dies tat er in seiner gewohnten Art mit einem Blick ins Ausland. Dies jedoch nicht aus dem Grund, das dortige Geschehen kopieren zu wollen, sondern die eigene Position besser reflektieren zu können.

Der von Busse gezeichnete Rundumblick, den der vom ihm genutzte OECD-Health-Report „Glance 2021“ jedem ermöglicht, der es wissen will, hat es in sich. Deutschland stehe beim Dreijahresüberblick am ganz linken Rand der Tabelle (Abb. 1). Busse: „Wir sind ein Betten-Extremfall, wenn man uns mit Ländern wie der Schweiz vergleicht. Die Schweizer haben 33%, die Dänen 40%, die Briten 50% und die Niederländer sogar 64% weniger Fälle, die in Krankenhäusern behandelt werden.“

Dies aber nur deswegen, so Busse, weil es hierzulande sehr viele Krankenhäuser, aber auch sehr viele stationäre Betten und versorgte stationäre Fälle gebe. Hier stelle sich ihm, so der Mediziner und Ökonom, die Frage: „Was war zuerst da, Henne oder Ei?“ Was Busse schlichtweg damit anspricht, ist eine angebotsinduzierte Nachfrage. Anders seien viele in Kliniken behandelte Fälle mit Hauptdiagnosen wie Hypertonie, Diabetes oder Herzinsuffizienz nicht erklärbar, bei denen ihn seine ausländischen Kollegen fragen würden: „Was machen die eigentlich bei euch im Krankenhaus?“

Seine ebenso nüchterne wie ernüchternde Antwort, die in eines seiner zwei Narrative mündet: Sie werden einerseits unnötig Krankenhauskeimen ausgesetzt und binden zudem unnötig Personal. Busse: „Und das, obwohl wir in Europa – gerechnet auf 1.000 Einwohner:innen – das drittmeiste Pflegepersonal nach Finnland und Irland haben.“

Narrativ und Problemstellung 2: Es gibt in Deutschland einfach zu viele Krankenhäuser. Das wiederum führe dazu, dass sich nichtnotwendige wie notwendige Fälle auf zu viele und dazu auch noch oft auf nicht adäquat ausgestattete Kliniken verteilen.

Um die hinter dieser Aussage offenbar werdende Dramatik zu verstehen, ging Busse auf die derzeitige Krankenhauslandschaft ein, in der fast 60% der Fälle in Häusern der Notfallstufen 3 und 2 behandelt würden. Dabei beruhe die Einteilung nach Notfallstufen auf bereinigten 1.700 Standorten, die (Stand

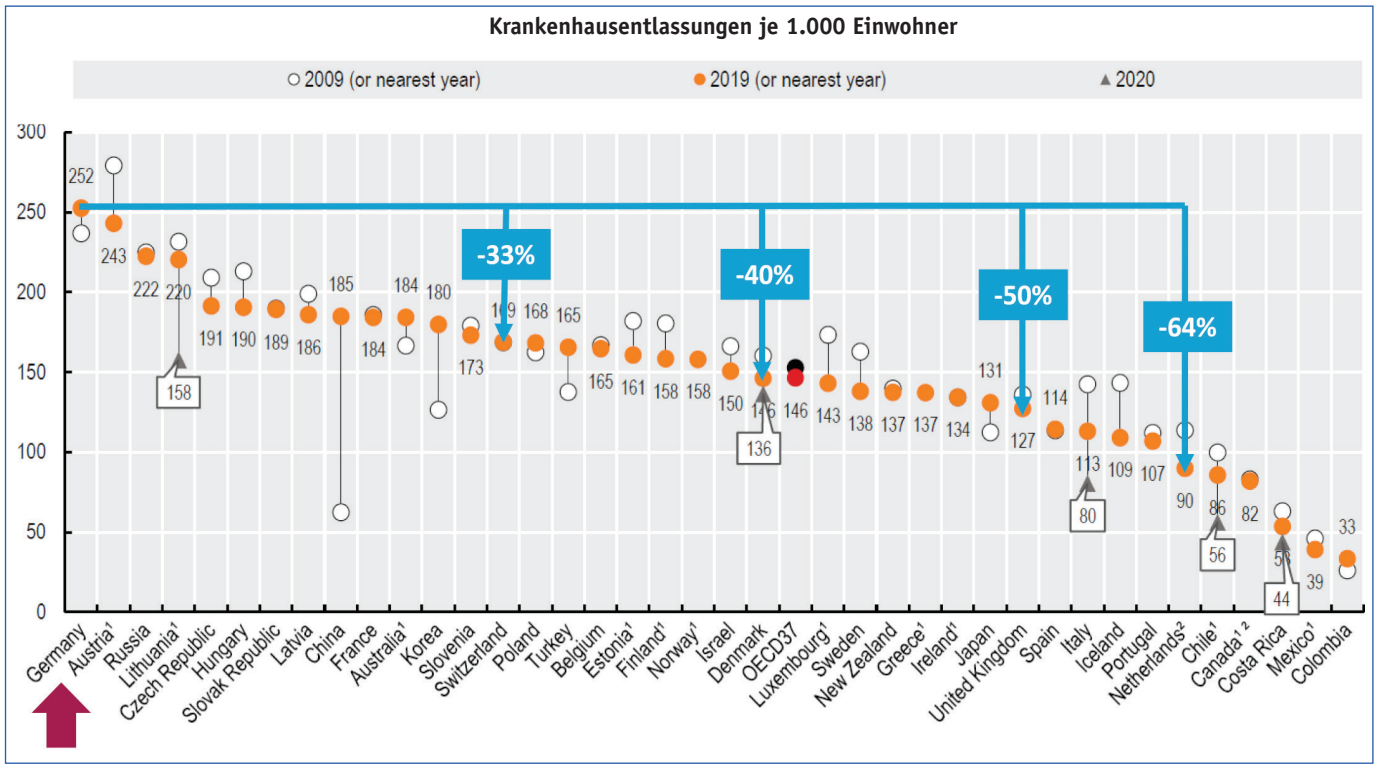


Abb. 1: HSK-Vortrag Busse zu den Zielen der Krankenhausreform 2023. Legende: (1) abgezogen sind Entlassungen von im Krankenhaus gesund geborenen Babys (3–10% aller Entlassungen); (2) eingeschlossen sind nur Entlassungen von kurativen (akuten) Leistungen; Quelle: OECD Health at a Glance 2021.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Busse: Mehr Personal ist die schlechteste Antwort“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/23), S. 18–19. http://doi.org/10.24945/MVF.04.23.1866-0533.2521

2021) eine unterschiedlich hohe Zahl an Fällen versorgen:

- 164 auf Stufe 3 (9%) und 5,0 Mio. (31%) Fälle = 84 pro Tag,
- 261 auf Stufe 2 (15%) und 4,2 Mio. (26%) Fälle = 45 pro Tag ,
- 647 auf Stufe 1 (37%) und 5,3 Mio. (33%) Fälle = 22 pro Tag
- 657 andere (38%; inkl. Fachkrankenhäuser) und 1,7 Mio. (10%) Fälle = 8 pro Tag

Trotzdem, so Busse weiter, „versorgen“ die meisten Krankenhäuser fast alle Indikationen, dies jedoch trotz oft inadäquater Ausstattung, weshalb er das Verb „versorgen“ auch in Anführungszeichen setzte. Warum er das so macht, wird bei einem genaueren Blick auf die damit erzeugte Outcomequalität deutlich. Dazu nannte er einige Beispiele:

- **Herzinfarkt:** Bei einer Inzidenz von 500 Fällen am Tag werden Patient:innen mit transmuralen Herzinfarkt in über 1.000 Häusern behandelt, wobei nur 578 einen Linksherzkatheder haben.
- **Hirninfarkt:** Bei einer Inzidenz von 600 Fällen am Tag werden Patient:innen mit Hirninfarkt in über 1.100 Häusern behandelt, wobei nur 475 eine Stroke Unit haben.
- **Pankreaskrebs:** Trotz Mindestmengenregelung nehmen allein in Berlin 23 Krankenhäuser komplexe Pankreaseingriffe vor, obwohl nur 7 ein Pankreaskrebszentrum haben; 2019 waren es beim Pankreaskarzinom sogar über 70% außerhalb der 117 Pankreaskrebszentren (Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, 2020)
- **Krebs:** Über 50% aller Krebspatient:innen werden außerhalb von Krebszentren behandelt, aber auch viele Zentren kommen auf sehr niedrige Fallzahlen. 30 von 60 kinderonkologischen Zentren hätten weniger als 40 Patient:innen pro Jahr (Quelle: Ebinger et al., Deutsches Ärzteblatt).

Was diese Überallversorgung mit sich bringt, machte Busse an einem Beispiel mehr als deutlich: „Wir wissen aus Studien, dass die Einjahressterblichkeit in Häusern mit Stroke Unit bei 23% liegt, bei Kliniken jedoch bei 30%.“

Nun würden viele sagen, mangelnde Qualität sei vor allen Dingen durch zu wenig Personal bedingt. Mehr Personal, so Busse, sei die schlechteste Antwort, die man geben könne. Was helfe es denn, wenn man eine Überversorgung mit Betten auch noch mit mehr Pflegepersonal ausstatten würde. Wer solle das denn – bitteschön – hinbekommen? 2020 sei immer als das Jahr angekündigt worden, in dem die demografische Transition wirklich zuschlage. Jetzt denken alle, das habe was mit Corona zu tun, dabei sei das schon Jahrzehnte davor klar gewesen. Das heiße nichts anderes, als dass der Personalengpass noch deutlich größer werde als schon heute. Schon in diesem Jahr seien rund 1,2 Millionen Menschen 66 Jahre und älter, aber nur etwa 700.000 Menschen 20 Jahre alt. Busse: „Diese 1,2 bis 1,3 Millionen Menschen gehen bald in den Ruhestand, doch die nachrückende Generation ist nur halb so groß, was uns jedes Jahr circa 600.000 Arbeitsplätze kostet.“ Dabei sei das Gesundheitswesen schon jetzt mit einem Siebtel aller Arbeitsplätze dabei. Das könne man sich doch leicht ausrechnen, dass die Forderung nach mehr Personal ausscheide. Busse: „Wir müssen berücksichtigen, dass wir jetzt wahrscheinlich am Gipfel des Personals im Gesundheitswesen stehen.“

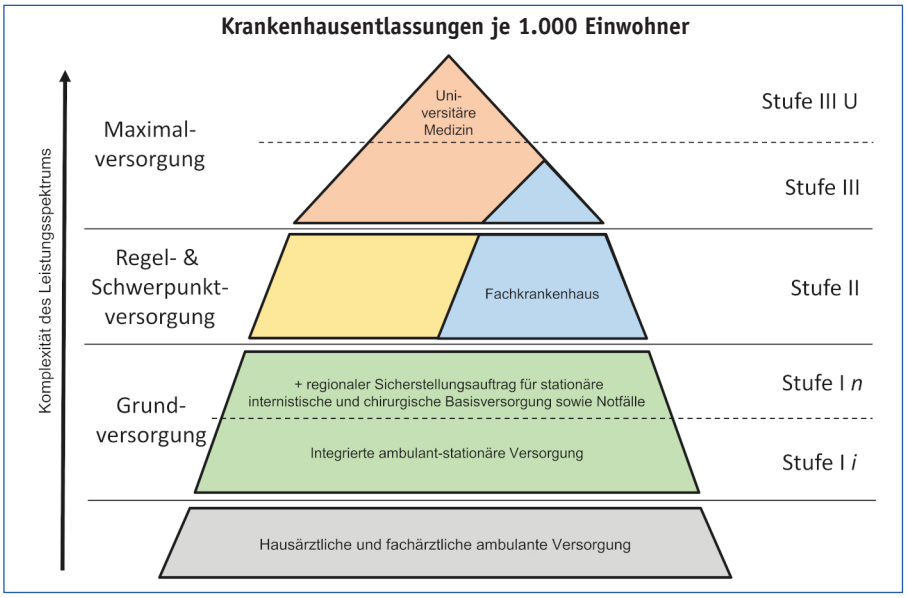


Abb. 2: Vortrag Busse zu den Zielen der Krankenhausreform 2023: Level-Aufteilung. Quelle: Regierungskommission Krankenhaus.

Die zweite allzu leicht, vor allem vonseiten der Bundesländer erhobene Forderung sei die nach mehr Geld. Auch hier kam von ihm eine klare Absage: „Probleme durch mehr Geld lösen zu wollen, scheidet auch aus!“ Schon heute gebe Deutschland für stationäre Versorgung im internationalen Vergleich relativ und absolut sehr viel und obendrein deutlich zunehmend Geld aus. So sei der Anteil am Bruttoinlandsprodukt, der hierzulande für stationäre Versorgung ausgegeben werde, von 3% (2010) auf 3,4% (2020) gestiegen. In Dänemark sei der Anteil am BIP hingegen im gleichen Zeitraum nach der dort bereits erfolgten Krankenhausreform von 3,2% auf 2,8% gesunken.

In der auf Busses Vortrag folgenden Podiumsdiskussion, an der auch Dr. Dirk Albrecht (Contilia GmbH), PD Dr. Thomas Mentzel (Klinikum Fulda gAG), Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz, MBA (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) auch Daniela Teichert (AOK Nordost) teilnahmen, wurde deutlich, dass Busses Aussagen nicht unbedingt von allen geteilt werden.

Anders hingegen ein Mitdiskutant, der anmerkte, dass Leistungsgruppen seiner Ansicht nach die Versorgungsrealität besser abbildeten und durch die kombinierte Level-Einteilung ein gutes Instrument zur Steuerung darstellten. Insofern seien diese Bemühungen zu unterstützen. Doch merkte er auch kritisch an, dass eine reine Krankenhausreform nicht ausreiche, da es sich im Prinzip nur um eine Reform der Krankenhausfinanzierung handele. Sein Petitum: „Wir bräuchten eigentlich einen ganzheitlichen Ansatz, von Notfallversorgung bis hin zur vertragsärztlichen ambulanten Versorgung.“ Es sei dringend geboten, die Gesundheitsversorgung gesamthaft anzugehen.

Das sah Daniela Teichert, die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, ganz ähnlich. Des nächtens träume sie manchmal von einem holistischen Gesundheitssystem, das die Ressourcen nach der jeweils nötigen Qualität verteile, das aber dennoch Qualitätswettbewerb ermögliche. Ihre Aufgabe bestehe aber tagsüber unter anderem darin, ihren Kolleg:innen zu vermitteln, „dass wir nicht mehr so arbeiten können, wie wir es in der Vergangenheit getan haben“. Damit meint sie die bisher sektorale und auch jährliche Versorgungsplanung, die überführt werden müsse in einen Planungshorizont, der bis 2030 und darüber hinaus reiche. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier