

Stationäre Versorgung – wie die Nachbarn es machen

10
Titelthema

INTERNATIONALE VERGLEICHE von Krankenhäusern haben Konjunktur. Aber was nützt Deutschland das Know-how der Nachbarn? Oder täuschen am Ende die Zahlen? Ein Blick über den Tellerrand. **◉** Kleinere Krankenhäuser schließen und durch regionale Versorgungszentren ersetzen, die Qualität der Versorgung verbessern, Betten und Krankenhauszahlen reduzieren – Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat mit der Krankenhausreform einiges vor: »Ohne Reform werden viele Krankenhäuser ungesteuert Insolvenz anmelden müssen«, begründet er seine Pläne. »Mit der Reform bekommen Krankenhäuser wieder eine Perspektive.«

Aber welche? Im Zuge der Diskussion über den Reformbedarf und den Inhalt der Neuerungen schweiften der Blick in der Vergangenheit oft über die Grenze des Landes hinaus nach Dänemark, Israel oder Spanien. Denn in diesen Ländern scheint die stationäre Versorgung in manchen Parametern besser zu sein als hierzulande. Das legen jedenfalls Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) unter anderem über Bettenzahl, Personalausstattung oder Behandlungsqualität nahe.

Was könnte Deutschland von den europäischen Nachbarn für eine neue Perspektive lernen? Die Frage ist heikel. Denn die Gesundheitssysteme und damit die Bedingungen der stationären Versorgung sind oft so unterschiedlich, dass ein Benchmark kaum möglich ist. Sind Vergleiche also nutzlos und ein Lernen vom Nachbarn quasi unmöglich?

Deutschland hat dreimal so viele Akutbetten wie Schweden

Prof. Mirella Cacace, Professorin für Gesundheitssystemgestaltung an der Katholischen Hochschule Freiburg, greift für einen Krankenhausvergleich auch auf OECD-Daten zurück. »Zum Beispiel hat Deutschland sehr viele Krankenhausbetten. Aber das verbessert den qualitativen Outcome nicht zwingend«, sagt Cacace. So verfügten Deutschlands Krankenhäuser nach Angaben der OECD im Jahr 2000 über sechs Akutbetten pro 1000 Einwohner. Ein Spitzenwert. Der OECD-Durchschnitt lag bei 3,5 Betten, Dänemark ebenso wie Spanien bei 2,5 und Schweden bei nur 1,9 Betten pro 1000 Einwohnern. Tatsächlich verfügt Deutschland über 4,7 belegte Krankenhaus-Akutbetten pro 1000 Einwohner, und damit über etwa doppelt so viele wie der OECD-Durchschnitt. Bei den nicht belegten Betten liegen Deutschland und der Durchschnitt fast auf gleicher Höhe (1,2 zu 0,8 unbelegte Akutbetten).

Die enormen Unterschiede dürften auch von den hohen Zahlen an Operationen herrühren, die in Deutschland jährlich vorgenommen werden, vermutet Cacace. »In Deutschland muss ein aufgestelltes Bett auch immer ein belegtes Bett sein – es geht ums Geld. Deshalb gibt es bei uns auch mehr Hüft-, Knie- oder Herz-Bypass-ops.«

Zugleich schlagen die vielen Betten und die hohe Versorgungsdichte in Deutschland offenbar nicht auf eine verbesserte Qualität durch. Cacace verweist in diesem Zusammenhang auf die Mortalität an deutschen Krankenhäusern. »Beim Kriterium der Sterblichkeit in den Krankenhäusern sind die Eindrücke im internationalen Vergleich gemischt. Bei einem Herzinfarkt liegt die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme ins Krankenhaus bei 8,2% der Fälle, verglichen mit 6,9% in der OECD, und da sind Länder wie Mexiko oder Chile mit dabei«, sagt Cacace. »Bei dem häufig auftretenden Hirninfarkt ist Deutschland dagegen überdurchschnittlich gut mit 6,4% der Fälle im Vergleich mit durchschnittlich 8%«, sagt die Professorin.

Die höhere Sterblichkeit mag auch von der angespannten Personalsituation in deutschen Krankenhäusern herrühren und an der hohen Zahl an Krankenhäusern hierzulande, die die Personaldecke pro Haus immer dünner macht. So arbeiten in Dänemark laut OECD pro Bett drei Pflegekräfte, in Deutschland sind es nicht einmal eine Pflegekraft pro Bett, sondern lediglich 0,8 Pflegekräfte. Nimmt man die Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte pro 1000 stationäre Fälle unter die Lupe, so zeigt sich der Unterschied zwischen Dänemark und Deutschland noch deutlicher. Unser nördlicher Nachbar beschäftigt pro 1000 stationäre Fälle 19,3 Ärztinnen und Ärzte, Deutschland hingegen nur 8,1.

Und noch ein drittes Beispiel: Die Ausstattung mit Medizinern könnte in deutschen Kliniken womöglich deutlich besser sein, hätte man nicht die doppelte Facharztschiene, ein Strukturmerkmal, das es so nur in Deutschland gibt. »Die freie Arztwahl in Deutschland bewirkt, dass Patientinnen und Patienten sich – verglichen mit dem internationalen Durchschnitt – deutlich häufiger eine Zweit- oder Drittmeinung zu ihrer Diagnose holen oder Ärzte-Hopping betreiben«, so Cacace. Die doppelten Konsultationen von Fachärzten im Krankenhaus und in der Praxis kosten die Versicherten eine Menge Geld. Nach Angaben Cacaces gibt Deutschland 13% seines BIP für Gesundheit aus, es betrug 2022 rund 3876 Milliarden Euro.

»Man kann nicht Äpfel und Birnen vergleichen«

Kritik an den Zahlen und Vergleichen auf Basis der OECD-Werte kommt vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI). Nach einer Analyse der Vergleiche (»Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten«) kommt Anna Levsen, Mitautorin der Studie, zu dem Ergebnis: »Wenn Sie internationale Daten der OECD oder der WHO-Datenbank vergleichen, dann vergleichen Sie zumeist Äpfel mit Birnen.« Sie verweist zum Beispiel auf die Vergleiche bei der Mortalität, die ja als Gradmesser der Qualität

der Krankenhausversorgung dienen können. »Wie zum Beispiel wird ein Todesfall gezählt?«, gibt Levsen zu bedenken. »Weil Patienten im Ausland möglicherweise woanders als im Krankenhaus sterben, sieht es im Vergleich so aus, als wären die deutschen Krankenhäuser schlechter, weil hier mehr Patienten innerhalb eines Krankenhauses versterben und auch dort erfasst werden.«

Die Mortalität nach Herzinfarkt und Schlaganfall und stationärer Aufnahme in Deutschland werde im internationalen Vergleich überschätzt, heißt es in der Untersuchung. So weise die OECD zwei verschiedene Indikatoren zur 30-Tage-Herzinfarkt- beziehungsweise -Schlaganfallmortalität aus – einen krankenhausspezifischen und einen krankenhauserübergreifenden 30-Tage-Mortalitätsindikator. Deutschland kommt bei dem Vergleich schlecht weg. Das muss nicht an der Versorgung liegen, sondern liegt unter Umständen auch daran, dass aus Deutschland ausschließlich Daten nur nach dem krankenhausspezifischen Indikator vorliegen. So zeige Deutschland im Vergleich zu Dänemark oder den Niederlanden eine deutlich höhere mittlere Verweildauer bei Herzinfarkt- und Schlaganfallpatientinnen und -patienten und damit auch eine hohe Mortalität.

Die auffällig hohe Krankenhaus- und Bettendichte führt die KI-Studie nicht auf eine manifeste Überversorgung zurück, sondern sie belegten ebenso wie die hohen Fallzahlen und die hohe Verweildauer die Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems. »Die Verweildauer im Krankenhaus hängt zum Beispiel auch davon ab, wie gut die ambulante Nachsorge ist«, erklärt Levsen. »Sie wird etwa in Dänemark regelhaft und umfangreicher angeboten. Da kommt eine Pflegefachkraft ins Haus. In Deutschland ist das nicht immer so. Unter anderem aufgrund von solchen Rahmenbedingungen können die Liegezeiten von Land zu Land variieren.«

Wegen der verschiedenen Rahmenbedingungen verbieten sich eigentlich Vergleiche der Gesundheitssysteme, sagt Levsen: »Am Ende können Sie das Problem bei einer reinen Betrachtung der Kennzahlen nicht lösen, denn es fehlt der Faktor, um diese zu bereinigen und damit vergleichbar zu machen. Nur wenn man in einem 1:1-Vergleich die verschiedenen Voraussetzungen berücksichtigt, kommt man zu einer vernünftigen Diskussion.«

Die Gesundheitssystemforscherin Cacace indessen schätzt den Vergleich als Ressource. »Ein Vergleich der Systeme ist gut für die Sammlung von Ideen, auch bei Reformen schauen wir häufig zuerst ins Ausland«, sagt sie. »Wenn man jedoch etwas vom Ausland abgucken möchte, muss man den Kontext mitbedenken.« **◉**

Christian Beneker
ist Fachjournalist für
Gesundheitspolitik.
christian.beneker@
t-online.de



11
Titelthema
forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 3/2023

