

Zentralisierung von Krankenhäusern

Verglichen mit unseren Nachbarländern verzeichnen wir in Deutschland eine deutlich höhere Anzahl an Krankenhäusern und Betten. Dabei überwiegen kleinere bis mittelgroße Krankenhäuser, nur wenige Häuser verfügen über mehr als 400 Betten. Der stationäre Sektor ist in den letzten Jahren in der politischen und öffentlichen Wahrnehmung zunehmend in Kritik geraten. Überkapazitäten vorzuhalten, die zusammen mit der Zersplitterung der Krankenhauslandschaft zu Ineffizienzen führen. Dänemark hatte in der Vergangenheit ähnliche Strukturen. Inzwischen wurden diese jedoch reformiert und die dänische Krankenhausorganisation zeichnet sich durch eine starke Zentralisierung der vollstationären Versorgung aus – einhergehend mit einer hohen Spezialisierung und Therapiequalität.

Die Dichte der deutschen Krankenhauslandschaft ist historisch gewachsen. Der Abbau von Überkapazitäten hält seit den 90er Jahren an. Statistiken zeigen, dass die Klinikanzahl von 2.411 im Jahr 1991 auf 1.942 (2017) langsam, aber stetig gesunken ist, besonders die Anzahl kleinerer Kliniken. Wird das Phänomen in den Medien oftmals als „Kliniksterben“ bezeichnet, sehen es andere als notwendige „Strukturbereinigung“. Letzteres ist eine Bestrebung der Bundesregierung, allerdings nur in überversorgten Ballungsgebieten. Um die richtigen Anreize zu setzen, wurde im Jahr 2016 ein Strukturfond zur finanziellen Unterstützung eingerichtet – einerseits bei der ersatzlosen Schließung oder Umwidmung solcher Kliniken, andererseits für Baumaßnahmen, die eine Konzentration von Kapazitäten mehrerer Häuser an einem Standort ermöglichen.

Parallel zu dieser Entwicklung hat sich eine Mentalität der Qualitätsüberprüfung medizinischer Behandlungsergebnisse etabliert, um die betriebswirtschaftliche Dominanz durch eine Qualitätsmessung zu ergänzen. Im Zuge dessen entstand eine Zentrumslandschaft mit dem Grundgedanken, dass ein Zusammenhang zwischen Eingriffsmengen und Ergebnisqualität besteht. Eine Spezialisierung auf Leistungen erzeugt demnach eine höhere Qualität. Im Jahr 2004 wurde unter dieser Annahme die sogenannten Mindestmengen-Regelung eingeführt, welche für Krankenhäuser bei bestimmten planbaren, besonders komplizierten Leistungsbe-
reichen eine erforderliche Anzahl der jährlich durchzuführenden Eingriffe vorschreibt (§ 136b SGB V).

Zentralisierung als Qualitäts- und Effizienzgewinn

Die Vorzüge einer Leistungskonzentration ergeben sich nicht nur durch die regelmäßige Durchführung von Eingriffen, sondern auch durch eine optimale Ausrichtung der Kliniken auf bestimmte Therapiegebiete. In diesem Sinne sind in einem Spezialklinikum alle Spezialisten für ein bestimmtes Behandlungsgebiet an einem Ort konzentriert, an dem die speziell benötigte medizinische Ausstattung, inklusive technischen Geräten, vollumfänglich vorgehalten wird.

Neben dem Vorteil der erhöhten Behandlungsqualität aufgrund einer Spezialisierung bringt das Konzept der Zentralisierung auch ökonomische Vorteile mit sich. So vermindert sich durch eine Leistungsbündelung der Personalbedarf und kann so dem Fachkräftemangel entgegensteuern. Gleichzeitig wird der Auslastungsgrad des Personals erhöht, Vorhaltekosten durch Bereitschaftsdienst reduziert und die Arbeitgeberattraktivität kann durch die

Möglichkeit von flexibler Arbeitszeitgestaltung gesteigert werden. Die Einheitlichkeit der Entscheidungen und Ausführungen einer zentralen Organisation kann zudem die Funktionsabläufe verbessern und eine gemeinsame Ausführung von Wertschöpfungsaktivitäten ermöglicht die Realisierung von Synergiepotenzialen.

Gegen eine zentralisierte Krankenhausstruktur spricht in erster Linie die Anforderung einer wohnortnahen Versorgung. So ist das stärkste Gegenargument, dass eine zunehmende Zentralisierung von Leistungsangeboten die Fahrzeiten für Patienten/-innen verlängert und so auch in Notfallsituationen unter Umständen keine Versorgungssicherheit gewährt werden kann. Besonders in ländlichen Gebieten mit einer niedrigen Versorgungsdichte besteht die Befürchtung, dass im Zuge einer Zentralisierung keine stationäre Grundversorgung mehr vorgehalten wird. Aus diesen Gründen wird Zentralisierungsvorhaben von Kliniken oft mit Skepsis und Ängsten begegnet. Darüber hinaus verschlechtern sich bei einer Konzentration der Leistungsangebote die Auswahlmöglichkeiten, die Versicherten durch die freie Arztwahl nach § 76 SGB V zusteht. Negativ bewertet wird ebenso der Stellenabbau sowie die Verdichtung von Arbeitsprozessen und damit der Mehrbelastung des Personals.

Um den Nutzen aus der Zentralisierung vollstationärer Leistungsangebote zu generieren, muss eine qualifizierte, dezentrale medizinische Angebotsstruktur geschaffen bzw. ausgebaut werden.

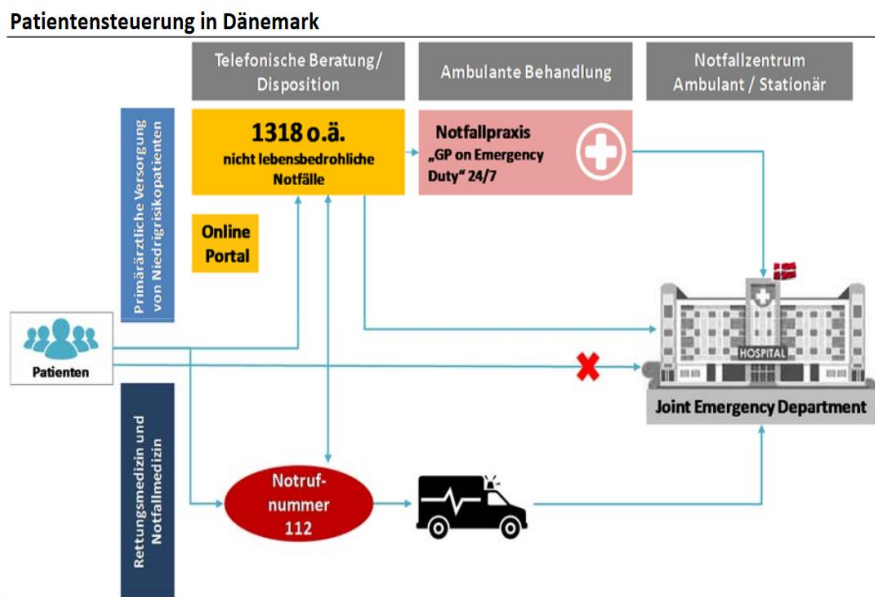
Dänemark setzt Qualität vor Quantität

Über die Jahre hinweg hat sich eine Veränderung des deutschen Systems vergleichsweise nur sehr langsam ergeben. Ein Blick in einige Nachbarländer Deutschlands zeigt, dass eine vollständige Neuausrichtung der Krankenhausstrukturen zu einem zentralistischen System möglich ist und zudem eine hohe Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit erreichen kann.

Ein Beispiel gibt Dänemark. Vor dem Hintergrund der Kostensteigerung im Gesundheitswesen und dem demografischen Wandel beschloss das Gesundheitsministerium, ein zukunftsfähiges System zu entwickeln. Seit 2007 führt das 5,8-Millionen-Einwohner-Land eine beispiellose Krankenhausreform durch. Grundlage ist ein von einer Expertengruppe entwickelter Krankenhausplan, nach dem spezialisierte Leistungen zusammengeführt und auf weniger Krankenhäuser konzentriert werden sollen. Infolgedessen hat sich die Anzahl öffentlicher Krankenhäuser in Dänemark von 98 im Jahr 1999 auf 32 (2019) reduziert, von denen lediglich 21 die akutmedizinische Behandlung vorhalten. In diesem Jahr soll laut Planung eine Reduktion von etwas über 20.000 Betten im Jahr 2000 auf 13.000 vollzogen sein. Es werden allerdings nicht nur Krankenhausschließungen vorangetrieben, sondern auch der Bau neuer Krankenhäuser oder Umbau bereits bestehender. Die neuen Häuser werden als „Superhospitals“ bezeichnet, sowohl angesichts ihrer Größe als auch in Hinsicht auf ihre hochmoderne Ausstattung.

Möglich wurde die Reform durch die konsequente Durchsetzung des Vorhabens, mit dem Vorteil einer rein staatlichen Steuerung, und dem parallellaufenden Ausbau von ambulanten Strukturen. Dabei ist insbesondere die Stärkung der Allgemeinmediziner als Schlüsselrolle und die Angebotserweiterung in der häuslichen Betreuung durch nicht-ärztliche Berufe vorangetrieben worden. Darüber hinaus wurden die Kompetenzbereiche der Pflegeberufe erweitert und neue Berufsfelder geschaffen, um Ärzte von delegierbaren Aufgaben zu entlasten sowie die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Im Bereich der Notfallversorgung haben Investitionen in Rettungsmittel die Überbrückung längerer Wege ermöglicht. So wurde

die Flugrettung ausgebaut und die technische Ausstattung von Rettungswagen modernisiert, sodass der Behandlungsbeginn bereits während der Anfahrt erfolgen kann. Die Notaufnahme kann seit der Reform nur noch ausschließlich über Rettungsmittel oder eine Überweisung aufgesucht werden. Zwei verschiedene Notrufnummern unterscheiden zwischen echten Notfällen und dringlichen Behandlungen. Nicht lebensbedrohliche Notfälle werden in einem ambulanten Notfallzentrum behandelt, das von einem Allgemeinarzt extern besetzt ist. Bei allen Bereichen der dänischen Gesundheitsversorgung ist die Digitalisierung, welche Transparenz und Vernetzung zwischen den Sektoren ermöglicht, fortschrittlich.



Quelle: Dodt/Roßbach-Wilk; Health Care Denmark (2017).

Seit 2007 konnte durch die weitreichende Umstrukturierung die durchschnittliche Verweildauer auf 3,4 Tage (2018) gesenkt werden. In Deutschland ist diese mit 7,3 Tagen (2017) fast doppelt so hoch. Die Verschiebung der Fälle vom stationären zum ambulanten Sektor zeigt sich in einer Steigerung der ambulanten Besuche um 32 %. Daneben hat sich Anzahl des Gesundheitspersonals seit der Reform um 6.879 erhöht (Christiansen & Vrangbaek 2018). Im Vergleich mit Deutschland ergeben sich bei einigen Qualitätsindikatoren deutliche Differenzen. So ist die 30-Tage-Sterblichkeit nach Aufnahme bei akutem Herzinfarkt nur halb so hoch. Werden in Dänemark 97 % der Patienten/-innen mit einer Hüftfraktur innerhalb von zwei Tagen operiert, sind es in Deutschland nur 90 % der Patienten/-innen (OECD 2018). Umfragen zufolge nehmen die meisten Dänen, trotz anfänglich starken Widerstands gegen die Reform, nun gerne längere Wege zugunsten einer qualitativ hochwertigen Behandlung in Kauf. Nichtsdestotrotz bleiben Befürchtungen bestehen, bei akuten Notfällen zu weite Wege zurücklegen zu müssen.

Föderalismus versus ganzheitliche Planung

Die Krankenhausanzahl in Deutschland betrug 2017 1.942. Würde man die Zahl der Krankenhäuser in Dänemark auf die Einwohnerzahl in Deutschland beziehen, gäbe es hierzulande nur noch 330 Häuser. Als Vergleich kann ebenso die Fläche von Niedersachsen dienen, die ungefähr der von Dänemark entspricht. Dort gibt es zurzeit 172 Krankenhäuser mit gut 100 Notaufnahmen. Laut einer Studie der Bertelsmannstiftung würde eine Konzentration der

Krankenhäuser auf deutlich unter 600 Häuser Personalengpässe verringern und die Versorgungsqualität verbessern. Die Empfehlung traf jedoch auf heftige Kritik und löste zahlreiche Debatten um die Klinikreduktion aus.

Neben dem neu entfachten Diskurs über die Berechtigung der Vorhaltung von stationären Überkapazitäten aufgrund von Pandemien stehen strukturelle Unterschiede des deutschen Krankenhausmarktes einer Eins-zu-Eins-Übertragung des dänischen Systems entgegen. So lassen die föderalistischen Strukturen, die hohe Privatisierungsrate und die starke Marktposition der Lobbys eine konsequente, einheitliche Durchsetzung eines solchen Vorhaben nicht zu. Denn insbesondere die staatliche Krankenhausorganisation ermöglicht den Erfolg des dänischen Systems. Zu nennen sind die klare Patientensteuerung, Sektorenkoppelung, Transparenz sowie ganzheitliche Planung der Gesundheitsversorgung.

Deutschland sollte andere Länder als Impulsgeber nutzen, um einzelne vorteilhafte Systeme herauszugreifen und auf deutsche Gegebenheiten adaptieren. In diesem Sinne ist die Etablierung einer zentralistischen Krankenhausversorgung mit jeweils spezialisierten Leistungsportfolios ebenso erstrebenswert wie die Stärkung des ambulanten Sektors in der Versorgungsgestaltung.

ANDREE CONSULT empfiehlt, bestehende Steuerungsansätze für eine sektorenübergreifende Versorgung weiter zu fördern. So können Modellprojekte wichtige Impulse liefern und die Versorgungssituation auf regionaler Ebene verbessern. Für eine Vernetzung zwischen den Sektoren und den verschiedenen Akteuren sollten digitale Technologien umfangreich genutzt werden. Weiterhin sollte auf den Aufbau von Parallelstrukturen verzichtet werden. Stattdessen ist eine Schwerpunktbildung zu empfehlen mit einer Orientierung an der konkret zu versorgenden Population. Die Vorzüge einer Leistungskonzentration sind unbedingt zu nutzen. Allerdings ist dabei in ländlichen Gebieten weiterhin die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Hierfür bieten sich unter anderem regional koordinierte Versorgungsnetze an, in denen sich mehrere kleine Standorte gegenseitig stützen und fördern können. In unterversorgten Regionen kann dies die flächendeckende Versorgung sichern, während es in urbaneren Gebieten dazu beitragen kann, Überkapazitäten zu reduzieren. Zur Modernisierung der Akutmedizin kann Dänemark als Positivbeispiel herangezogen werden. Auch in Deutschland ist die Etablierung von integrierten Notfallzentren, die ambulante Notfallpatienten abfangen können, zielführend, um der Fehlnutzung und Überlastung von Notfallabteilungen entgegenzuwirken. Solche Zentren könnten den ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Rettungsdienst und die Krankenhaus-Notaufnahme umfassen und ermöglichen zudem die Entscheidung über eine weiterführende stationäre Behandlung durch einen unabhängigen Arzt.

ENDERA-Gruppe GmbH
Kompetenz im Gesundheitswesen

Stefan König (ENDERA-Gruppe)
Wilhelmstraße 26
53721 Siegburg

s.koenig@endera-gruppe.de
www.endera-gruppe.de