

12.11.2024

Stellungnahme der BWKG zum Artikel

„In Deutschland sterben unnötigerweise zu viele Menschen“ in der Schwäbischen Zeitung: Interview mit Prof. Hodek

Der Titel des Interviews mit Prof. Hodek sorgt für Aufmerksamkeit und erhebt schwere Vorwürfe gegen das deutsche Gesundheitssystem. Zahlreiche Kritikpunkte, insbesondere an den Krankenhäusern, werden im Interview aufgegriffen. Damit ist eine hohe Leserschaft quasi garantiert. Doch stellt sich die Frage: Liegen tatsächlich fundierte Belege für diesen Rundumschlag vor?

An vielen Stellen fehlt es der Argumentation an wissenschaftlicher Tiefe und Differenziertheit. Es ist bedauerlich, dass ein Professor, der als Gesundheitsökonom und Krankensexperte eingeführt wird, nicht präziser argumentiert und Schwachstellen in den Quellen transparent macht. Diese kritische Differenzierung lässt die Zusammenfassung im Artikel leider vermissen.

Im Interesse der Leserinnen und Leser wäre es ebenfalls wichtig gewesen, darauf hinzuweisen, dass baden-württembergische Krankenhäuser in vielen der angesprochenen Bereiche sehr gut abschneiden.

Risiken und Nebenwirkungen von internationalen Vergleichen müssen beachtet werden

Prof. Hodek arbeitet in seiner Argumentation mit zahlreichen internationalen Vergleichen, die vermutlich überwiegend aus der OECD-Datenbank stammen. Dies ist grundsätzlich zulässig, allerdings sollten dabei die Unschärfen und die begrenzte Aussagekraft unterschiedlicher Datengrundlagen aufgrund abweichender Definitionen, Begrifflichkeiten und Strukturen berücksichtigt werden.

Ein Beispiel: Die OECD gibt für Deutschland eine Krankenhausbettenkapazität von 7,7 Betten pro 1.000 Einwohner an. Diese Zahl wird häufig als Beleg dafür verwendet, dass das deutsche Gesundheitssystem über eine überhöhte Kapazität verfügt. Laut dem Statistischen Bundesamt liegt die tatsächliche Bettenkapazität in Deutschland jedoch bei 5,6 Betten pro 1.000 Einwohner – ein Unterschied von über 27 Prozent! Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die OECD in Deutschland auch Betten in Rehabilitationskliniken zu den Krankenhausbetten zählt. Diese Kliniken verfolgen jedoch einen anderen Auftrag als Akutkrankenhäuser. Da viele OECD-Länder keine vergleichbaren Reha-Kliniken besitzen, führt dieses Vorgehen zu erheblichen Verzerrungen in internationalen Vergleichen.

Wer auf Basis von OECD-Zahlen argumentiert, sollte sich der Schwierigkeiten bewusst sein, die OECD-Krankenhausbettenzahlen in den verschiedenen Mitgliedsländern korrekt zu erfassen. Pauschale Schlussfolgerungen wie „Bei uns sterben mehr Menschen als anderswo“ sind deshalb wissenschaftlich und faktisch nicht haltbar. Das Argument, dass „viele auf dieser Basis argumentieren“, reicht nicht aus. Gerade von einer wissenschaftlich geschulten Person wird eine differenzierte, fundierte und aussagekräftige Analyse erwartet.

Berücksichtigung wichtiger Faktoren bei den Gesamtausgaben für Gesundheit

Bei den Gesundheitsausgaben müssen Aspekte wie die demografische Struktur, die Prävalenz von Risikofaktoren und Krankheiten, der ungehinderte Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie die Verteilung der Ausgaben auf verschiedene Sektoren einbezogen werden. Im Interview wird darauf hingewiesen, dass Deutschland erhebliche Mittel für das Gesundheitssystem aufwendet. Nach OECD-Angaben liegt Deutschland – sollte die Datengrundlage stimmen – auf Platz zwei unter den OECD-Ländern, gemessen am Anteil an der Wirtschaftsleistung. Doch zur Einordnung dieser Zahl ist eine differenzierte Betrachtung notwendig.

Ein wesentlicher Faktor ist die demografische Situation: Deutschland hat die zweitschlechteste Altersstruktur unter den OECD-Ländern. Da die Gesundheitsausgaben im Alter stark ansteigen, erklärt sich ein Teil der hohen Kosten allein durch diesen Effekt. Hinzu kommt, dass Deutschland eine höhere Prävalenz an Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs aufweist als viele europäische Vergleichsländer. Die daraus resultierende höhere Krankheitslast führt zwangsläufig zu einem erhöhten Bedarf an medizinischen Ressourcen und damit verbundenen Ausgaben.

Ein weiterer Kostentreiber ist der weitgehend ungehinderte Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das Fehlen von Zugangshürden ist eine sozialpolitische Errungenschaft, die häufig – und zu Recht – als Ausdruck des solidarischen Gesundheitssystems gelobt wird. In vielen anderen Ländern bestehen solche

Zugangsbeschränkungen und es gibt Diskussionen über Wartelisten, wodurch die Gesamtausgaben dort niedriger ausfallen.

Prof. Hodek hebt im Interview mehrfach die vermeintlichen Mängel der Krankenhausversorgung in Deutschland hervor. Für eine fundierte Beurteilung wäre es jedoch notwendig, den Anteil der Krankenhausausgaben an der Wirtschaftsleistung international zu vergleichen. Die Schlussfolgerung „Hohe Gesamtausgaben bedeuten hohe Ausgaben für Krankenhäuser“ trifft nicht zu. Zahlreiche Länder, die Prof. Hodek als „Vorbilder“ nennt, geben im Verhältnis sogar mehr für Krankenhäuser aus als Deutschland:

Anteil der Krankenhausausgaben am BIP:

- Deutschland: 3,3 %
- Österreich: 4,0 %
- Großbritannien: 4,0 %
- Schweiz: 4,2 %
- Dänemark: 4,6 %

Diese Zahlen verdeutlichen, dass hohe Gesamtausgaben nicht automatisch auf eine ineffiziente Krankenhausversorgung schließen lassen.

„14.000 Herzinfarkt-Patienten am falschen Ort behandelt?“ und „Schwere (Schlaganfall-) Fälle werden zu wenig in spezialisierte Häuser gebracht“ – So einfach ist das nicht!

In gesundheitspolitischen Diskussionen werden oft absolute Zahlen genutzt, um vermeintliche Missstände zu kritisieren. Für eine fundierte Bewertung ist jedoch der Bezug zur Grundgesamtheit – also die Gesamtzahl der Patienten – erforderlich. In der medizinischen Versorgungspraxis ist es weder möglich noch medizinisch sinnvoll, dass 100 Prozent der Patienten am vermeintlich „richtigen Ort“ behandelt werden.

Ein Beispiel verdeutlicht dies: In Baden-Württemberg gibt es seit 2013 ein Landeskonzept zur Schlaganfallversorgung, das in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, dem Sozialministerium und der BWKG entwickelt wurde. Im Rahmen dieses Konzepts wurde das Ziel gesetzt, dass mindestens 90 Prozent der Schlaganfallpatienten in einer spezialisierten Schlaganfalleinheit behandelt werden. Ein Leser des Interviews könnte nun fragen: „Warum nur 90 Prozent? Bedeutet das, dass hunderte, vielleicht sogar tausende Schlaganfallpatienten am falschen Ort behandelt werden?“ Diese Festlegung lässt sich jedoch gut begründen. So gibt es etwa Patienten, die sich selbst in ein Krankenhaus begeben und bei denen erst dort ein Schlaganfall diagnostiziert wird, wodurch eine spätere Verlegung erfolgt. Auch gibt es Fälle, in denen ältere oder mehrfach erkrankte Patienten auf eine

Einweisung in eine Schlaganfalleinheit verzichten. Daher wurde der Zielwert von mindestens 90 Prozent gewählt, während der tatsächliche Wert in Baden-Württemberg bei rund 95 Prozent liegt. Die Versorgung liegt somit deutlich über dem Zielwert. Kein Fachmann oder Gesundheitsökonom, der ernsthaft mit der Materie vertraut ist, würde behaupten, dass 5 Prozent der Schlaganfallpatienten in Baden-Württemberg „am falschen Ort“ behandelt werden.

Zusätzlich ist bei Fragen zum Behandlungsort auch der „statistische Effekt“ zu berücksichtigen: Wenn ein Patient beispielsweise während der Behandlung eines Bandscheibenvorfalles in einer orthopädischen Klinik einen Herzinfarkt erleidet und in ein Krankenhaus mit Herzkatheterlabor verlegt wird, wird dieser Herzinfarkt auch in der orthopädischen Klinik dokumentiert. Obwohl der Patient schnellstmöglich an den richtigen Ort gebracht wurde, erscheint der Herzinfarkt in der Statistik ebenfalls unter der orthopädischen Klinik. Dies sind statistische Artefakte und keine Gründe für eine Skandalisierung. Solche Effekte treten häufig auch bei der Behandlung von Krebspatienten auf, wenn eine Krebsdiagnose unerwartet während der Behandlung einer anderen Erkrankung erfolgt.

Fazit: Bei der Frage, ob ein Patient am „richtigen Ort“ behandelt wird, ist ein Expertendialog notwendig, der die statistische Realität berücksichtigt, um zu bestimmen, wann eine Versorgung gut ist und wann Interventionen nötig sind. 100 Prozent der Patienten können statistisch gesehen niemals am „richtigen Ort“ behandelt werden, und es wäre fachlich und wissenschaftlich falsch, von den Krankenhäusern einen solchen Zielwert zu verlangen. Genau dies geschieht jedoch im Interview, wenn die Zahl von 14.000 Patienten genannt wird.

Da im Artikel auch die Behandlung von Brustkrebs angesprochen wird, sei ergänzend erwähnt, dass laut Qualitätssicherungsdaten in Baden-Württemberg nur 2 Prozent der Brustkrebspatientinnen in Kliniken behandelt werden, die weniger als 80 Fälle pro Jahr behandeln. Kliniken mit etwa 100 Fällen jährlich arbeiten oft als „Kooperierende Brustzentren“, die auf die Expertise eines Hauptstandorts zurückgreifen und von dessen hohen Fallzahlen profitieren.

Gesundheitsausgaben in Relation zur Lebenserwartung – ein zu vereinfachter Ansatz

Die Einschätzung der Höhe der Gesundheitsausgaben erfordert mehr als nur die Betrachtung der Lebenserwartung. Wie bereits oben erläutert, sind Faktoren wie Demografie, Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Verteilung der Ausgaben auf verschiedene Sektoren ebenfalls entscheidend. Die Schlussfolgerung „Wenn hohe Gesundheitsausgaben nicht zu einer hohen Lebenserwartung führen, sind die Leistungserbringer (vor allem die

Krankenhäuser) verantwortlich“ ist wissenschaftlich unzulässig. Eine fundierte Analyse muss weitere Faktoren einbeziehen, die großen Einfluss auf die Gesundheitsergebnisse haben.

Lebensstilunterschiede wie Alkohol- und Tabakkonsum, das Vorhandensein chronischer Krankheiten und Umweltfaktoren spielen eine wesentliche Rolle. Auch Unterschiede in der sozioökonomischen Struktur können bei identischen Gesundheitsausgaben zu unterschiedlichen Gesundheitsergebnissen führen. Zudem können ineffiziente Verteilung der Gesundheitsausgaben und die hohe Bürokratiebelastung des deutschen Gesundheitssystems zu Ineffizienzen beitragen. Die hohe bürokratische Belastung, die nicht den Leistungserbringern anzulasten ist, beansprucht im Schnitt etwa 3 Stunden pro Tag an deutschen Krankenhäusern für Verwaltungsaufgaben, was die Zeit für die Patientenversorgung entsprechend verringert. Außerdem zeigen Studien, dass die Gesundheitskompetenz der Deutschen deutlich sinkt, was zu steigenden Ausgaben führt, aber nicht den Leistungserbringern angelastet werden kann.

Darüber hinaus kann das Gesundheitssystem nur begrenzt die Gesundheit beeinflussen, auch nicht durch die bloße Anzahl und Art der Krankenhäuser. Ein zentraler Ansatz ist die stärkere Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung. Länder, die präventive Maßnahmen wie Impfungen, Früherkennungsprogramme und Aufklärung stärker fördern, verzeichnen oft eine höhere Lebenserwartung als jene, die sich vor allem auf teure Behandlungen für chronische Krankheiten konzentrieren. Hier liegt in Deutschland noch erhebliches Potenzial zur Umsetzung der WHO-Strategie, Gesundheit in allen Politikbereichen zu verankern.

Wird Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet, könnte durch die Gestaltung der Lebenswelt – etwa durch Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität, Ernährung und Förderung körperlicher Aktivität – das Auftreten modifizierbarer Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und Einsamkeit sowie die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten nachhaltig reduziert werden.

Effiziente Strukturen und hohe Versorgungsqualität: Die besondere Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg

Von einem Professor an einer Hochschule in Baden-Württemberg, der ein Interview in einer regionalen Zeitung gibt, wäre zu erwarten, dass die spezifischen Merkmale der Krankenhausversorgung im Südwesten berücksichtigt werden:

- In Baden-Württemberg gibt es seit vielen Jahren ein umfassendes Schlaganfallkonzept mit verpflichtender Qualitätssicherung.
- Die onkologische Versorgung ist im Rahmen eines Landeskonzepts strukturiert und umfasst fünf Tumorzentren und 14 onkologische Schwerpunkte. Das hoch

angesehene Krebsregister Baden-Württemberg wertet die Daten zu jeder Krebsdiagnose im Land aus und geht auf dieser Basis in den Qualitätsdialog mit Ärzten und Krankenhäusern.

- Strukturveränderungen, wie sie die Krankenhausreform anstrebt, sind in Baden-Württemberg weitgehend umgesetzt. Nirgendwo in Deutschland werden Menschen mit einer so effizienten Krankenhausstruktur versorgt: Die Bettenkapazität liegt 17 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt – Baden-Württemberg könnte 25 zusätzliche Krankenhäuser mit jeweils 400 Betten bauen, ohne diesen Durchschnitt zu überschreiten. Weitere Informationen zur Krankenhausstruktur sind auf der Website www.krankenhausstrukturwandel-bw.de abrufbar.
- In keinem anderen Bundesland erfolgt die Versorgung so kostengünstig. Durch die Sozialversicherungen müssen die bundesweit niedrigsten Krankenhauskosten pro Einwohner bezahlt werden. Und der Ausgabenanteil ist rückläufig: Von 100 Euro Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfielen in Baden-Württemberg im Jahr 2015 31,80 EUR auf die Krankenhausbehandlung. 2019 waren es noch 30,50 Euro und 2023 nur noch 29,70 Euro.
- Eine Studie von Prof. Sundmacher (2016) zeigt, dass Kliniken in Baden-Württemberg die bundesweit niedrigsten „ambulant sensiblen Behandlungsfälle“ haben – hier werden nur wenige Patienten stationär behandelt, die auch ambulant versorgt werden könnten.
- Trotz der modernen und effizienten Struktur weisen die Kliniken in Baden-Württemberg hohe Defizite auf. Ursache hierfür sind bundesweit einheitliche Vergütungssätze, die den höheren Lohn- und Sachkosten in Baden-Württemberg nicht gerecht werden. Diese Finanzierungslücke könnte besonders die Kliniken im ländlichen Raum gefährden.

Der Grundsatz „Das Bessere ist der Feind des Guten“ gilt auch für die Krankenhäuser: Die Kliniken in Baden-Württemberg haben immer wieder gezeigt, dass sie zu Veränderungen bereit sind, um die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit zu steigern. Im Gegenzug erwarten sie eine seriöse und differenzierte Berichterstattung, die ihre Anstrengungen anerkennt. Als essenzieller Teil der Daseinsvorsorge sind die Kliniken in Baden-Württemberg unverzichtbar für die Bürger. Diskussionen über die Krankenhausreform sollten deshalb fundiert und sachlich geführt werden, ohne populistische Verkürzungen.