



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur ZUschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

**Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de**



Deutsche Krankenhauslandschaft: Schrumpfkur zur Gesundung?

Zum Artikel von Florian Wagle in Heft 5/2020, Seite 218 f.

Wieder einmal kommt so ein unglaublicher Kommentar von einem (selbsternannten?) Fachmann im Gesundheitswesen (Professor Dr. Reinhard Busse). Woher kommt die Zahl 8,5 Prozent Krankenhaussterblichkeit beim Herzinfarkt? Mir selbst als Kardiologe sind knapp 5 Prozent bekannt, was durchaus der europäische Durchschnitt ist. Zudem sind solche Zahlen alleine nicht geeignet, um angebliche „gravierende“ (!) Qualitätsmängel zu belegen, denn es könnte zum Beispiel auch sein, dass in

anderen Ländern alte Patienten mit Herzinfarkt gar nicht mehr ins Krankenhaus kommen für die Chance auf die prognostisch bedeutende Akut-Revaskularisation...

Professor Busse soll bitte mal in meiner Gegend die alten und meist multimorbiden Menschen fragen, ob sie lieber heimatnahe im Krankenhaus Beschwerdelinderung bekommen und gut besucht werden können, oder ob sie den weiteren Weg in die Stadt wollen, für vielleicht einen statistischen Hauch von höherer Überlebenschance... Ich kenne die überwiegende Antwort der ländlichen Bevölkerung hier, auch wenn sie dem Großstadt-Professor nicht ins Konzept passt.

Mangelnde Qualität gibt es hierzulande kaum mehr (geschweige denn „gravierende“ Probleme), dazu haben wir Ärzte viel zu viel Ethos bei unserer Arbeit, und wir haben dazu viele verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente (EOS für Koronarangiografie, koronare Intervention, Herzschrittmacher, ICD, die Teilnahme an Peer Reviews von IQM etc. etc....).

Und wer kontrolliert eigentlich die Qualität von Professor Busses' Arbeit?

Es ist richtig, dass die vielen kleinen Krankenhäuser in Deutschland nicht 24/7 mit Fachärzten besetzt sind, aber das sind die großen Kliniken genauso wenig.

Fachärzte sind ja in aller Regel Oberärzte oder Funktionsoberärzte und diese in aller Regel nicht im Haus-, sondern im Rufbereitschaftsdienst, also auch nicht ständig im Krankenhaus vor Ort.

Keinesfalls muss in kleinen Krankenhäusern ein Patient mehrere Stunden auf einen Facharzt warten wie Professor Busse behauptet. Der Facharzt ist – bei Bedarf – innerhalb von 20 bis 30 Minuten vor Ort, wie auch in den großen Kliniken.

Vielleicht sollte sich Professor Busse mal in die Niederungen eines kleinen ländlichen Krankenhauses begeben (er ist von mir gerne eingeladen dazu), um sich ein Bild zu machen, wie so ein Betrieb heute wirklich arbeitet.

Auch die Herzkatheter-Argumentation läuft ins Leere. Er moniert, dass nur zwei von fünf Krankenhäusern ein Herzkatheterlabor haben. Mehr ist auch nicht nötig, da unser Rettungswesen Patienten mit akutem Herzinfarkt schon gar nicht in kleine Krankenhäuser einliefert, sondern in ein großes Haus mit 24/7 Herzkatheterbereitschaft. Dazu sind nämlich die Rettungsmannschaften und Notärzte gut genug

ausgebildet, dazu gibt es die Möglichkeit der EKG-Tele-Übertragung und gut funktionierende Herzinfarkt-Netzwerke. Da argumentiert Professor Busse eher gegen sich selbst und weiß diesbezüglich offensichtlich überhaupt nicht Bescheid.

*Dr. Christoph N. Pajatsch,
Facharzt für Innere Medizin,
93086 Wörth a. d. Donau*

Antwort

Qualität der Krankenhausversorgung: Vorurteile und gefühlte Erfahrung statt Empirie!?

Ich bin dem *Bayerischen Ärzteblatt* dankbar, dass es den Brief des Kollegen Pajatsch abdruckt, da er ein typisches Beispiel dafür ist, wie nicht nur von ärztlicher Seite versucht wird, mit Vorurteilen („mir sind bekannt“), gefühlter Erfahrung („in meiner Gegend“) und Unterstellungen („mehrere Stunden ... warten, wie Professor Busse behauptet“) empirische Daten und darauf beruhende Schlussfolgerungen zu falsifizieren.

So stammen die 8,5 Prozent Mortalität für stationäre Herzinfarkt-Patienten aus den internationalen Daten der OECD für 2017, die diese für alle Patienten ab 45 Jahren mit einer Altersstandardisierung ausgewertet; die Spanne reicht dabei innerhalb der EU von 3,2 Prozent in Dänemark bis 13,4 Prozent in Lettland – mit einem OECD-Mittelwert von 6,9 Prozent. Deutsche Daten beinhalten alle Patienten ab 19 Jahren; dabei muss beachtet werden, dass wir zumeist „Fälle“, und nicht „Patienten“ betrachten, das heißt verlegte Patienten doppelt zählen, obwohl sie natürlich nur einmal sterben können. Für 2017 zeigt die DRG-Statistik dabei für die Fälle ohne Zuverlegungen eine Sterblichkeit von 8,3 Prozent; betrachtet man nur STEMI, liegt der Wert sogar bei 11,7 Prozent. Keinesfalls war im Vortrag die Rede von „mehreren Stunden“ Wartezeit auf den Facharzt die Rede; die entsprechende Folie wies auf die G-BA-Richtlinie hin, die Fachärzten 30 Minuten einräumt, um ans Krankenhaus zu gelangen, groß oder klein.

Auch die im Leserbrief dargestellten „Argumente“ zur Koronarangiografie-Verfügbarkeit und Nutzung sind unzutreffend, da wir in den Routinedaten ja auf die tatsächliche Nutzung gucken, wonach es eben doch einen substantiellen Anteil von Patienten gibt, die in Krankenhäusern ohne Herzkatheter behandelt werden bzw. keine entsprechende Untersuchung erhalten. 2017 betrug der Anteil ohne Koronarangiografie immer noch 36,9 Prozent (2007 noch 56,5 Prozent) – und

selbst bei STEMI-Patienten 15,8 Prozent. Dazu trägt bei, dass sich 2017 die 188.000 Herzinfarkt-Patienten (ohne Zuverlegungen) auf 1.116 Krankenhäuser verteilten, von denen 279 weniger als 33 Patienten behandelten – also nur einen pro elf Tage. Und die Hälfte aller Herzinfarkte behandelnden Krankenhäuser, also 558, hatten nur höchsten 98 Patienten, also weniger als zwei pro Woche. Es kann also nicht stimmen, dass das Rettungswesen so gut ist, dass es Patienten „nicht in kleine Krankenhäuser einliefert“ – leider, denn das wäre wirklich notwendig. Die Wirklichkeit ist aber nicht so, wie manche sie sehen möchten, oder sogar tatsächlich sehen.

*Professor Dr. Reinhard Busse, MPH FFPH,
Professor für Management im
Gesundheitswesen an der Technischen
Universität Berlin*

Anmerkung der Redaktion

Mit Bezug auf den Artikel „Deutsche Krankenhauslandschaft: Schrumpfkur zur Gesundheit?“ (*Bayerisches Ärzteblatt* 5/2020, Seite 218 f.) ist uns wohl ein Fehler unterlaufen.

In einer Wiedergabe des Vortrags von Professor Dr. Reinhard Busse war zu lesen, „dass insbesondere die vielen kleinen deutschen Krankenhäuser nicht 24 Stunden am Tag mit Fachärzten besetzt wären, was dazu führe, dass Patienten oft meh-

rere Stunden auf das Eintreffen eines Facharztes warten müssten.“

Richtig wäre: „[...] was dazu führe, dass Patienten oft einige Zeit auf das Eintreffen eines Facharztes warten müssten.“

In diesem Punkt müssen wir insofern Dr. Christoph Pajatsch in Schutz nehmen, der sich in seinem Leserbrief direkt auf den Artikel bezogen hatte.

Florian Wagle (BLÄK)

Anzeige

Die Software für Ärzte.

MEDICAL OFFICE®



Vielfalt zum Abheben!



go2mo.de/bayern



INDAMED GmbH | Gadebuscher Str. 126 | 19057 Schwerin | E-Mail: info@indamed.de

Kennen Sie schon MEDICAL OFFICE?



Professional

für alle Fachrichtungen | ab 1 Arbeitsplatz

Die Basis für den modularen Aufbau.

Sie möchten Ihre Standorte vernetzen?



Exchange

Datenabgleich überall | ausfallsicher

Bleiben Sie immer betriebsbereit.