

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Egerländerweg 1, 95502 Himmelkron, www.schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com



Pressemitteilung

Zur Veröffentlichung des AOK-Krankenhaus-Reports 2022

Himmelkron, 11.04.2022

Reduzierte Krankenhausfälle während der Pandemie sind kein Argument für Abbau der Krankenhausversorgung

Das wissenschaftliche Institut der AOK beschreibt die Fallzahl-Rückgänge in Krankenhäusern während der Zeit der Pandemie und leitet daraus die Begründung ab, die Krankenhaus-Versorgung der Bevölkerung zu reduzieren. *)

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe kann diese Schlussfolgerung aus den Daten nicht abgeleitet werden. Im Folgenden begründet die Arbeitsgruppe ihren Widerspruch:

1) **Fallzahl-Rückgänge bei schweren Erkrankungen** wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebsoperationen und Krebsdiagnostik führen zu verzögerter Diagnose und Therapie und lassen große gesundheitliche Schäden bei den Betroffenen mit zeitlicher Verzögerung erwarten. Diese Entwicklung ist nach Ende der Pandemie rasch umzukehren, es muss zum Zustand vor der Pandemie zurückgekehrt werden. Eine Krankenhaus-Entlastung ist somit daraus nicht abzuleiten.

2) **Fallzahl-Rückgang bei planbaren Operationen**

a) Hüftgelenkoperationen oder Gebärmutterentfernungen bei gutartigen Veränderungen haben in der Pandemie an Häufigkeit abgenommen. Die AOK vermutet dahinter eine fehlerhafte Indikationsstellung. Ihre Auffassung begründet die AOK nicht.

Vielmehr ist anzunehmen, dass diese Operationen aufgeschoben wurden, weil zum einen die Patienten den Krankenhausaufenthalt wegen Ansteckungsgefahr gemieden haben oder weil den Krankenhäusern aufschiebbare Operationen verboten wurden, um Kapazitäten für Covid-19-Patienten frei zu halten. Die Patienten haben die Beschwerden auf sich genommen und mit Hilfe z.B. von Schmerzmitteln (mit potentiellen Nebenwirkungen) toleriert. Die Indikation zur baldigen Operation besteht natürlich fort. Diese Operationen müssen nach Ende der Pandemie nachgeholt werden. Eine Entlastung der Krankenhäuser leitet sich somit auch daraus nicht ab.

Ein gern vergessener **Sonderaspekt** ist, dass planbare Operationen gerade den Allgemein-Krankenhäusern verboten wurden, weil sie mit freien Kapazitäten zur Bewältigung der Pandemie gebraucht wurden. Spezialkliniken, die sich auf lukrative Gelenkserkrankungen konzentrieren (nicht selten Privat-Kliniken), konnten nichts zur Corona-Pandemie beitragen und durften ohne Einschränkung weiter operieren.

Hier stellt sich im Rahmen einer Strukturdebatte die Frage, ob die Entwicklung hin zu Spezialkliniken nicht unterbunden werden muss und stattdessen Spezialabteilungen in Allgemeinkliniken integriert werden sollten. Dadurch würden die für die breite Behandlung

der Bevölkerung notwendigen Allgemeinkliniken gestärkt. **Grundsätzlich findet es die Arbeitsgruppe unethisch, Krankheiten nach ökonomischen Aspekten zu gruppieren und die lukrativen zum Zweck der Gewinnabschöpfung in Spezialkliniken auszulagern.**

b) Die AOK erwähnt einen drastischen Rückgang der Mandel-Operationen und vermutet, dass diese „tendenziell zu häufig und teilweise ohne leitliniengerechte Indikationsstellung durchgeführt werden“. Dies ist eine Vermutung, die näher begründet werden muss. Ein Eingriff ohne korrekte Indikationsstellung kann für den Arzt im Falle einer Komplikation zu einem Haftungsprozess führen. Natürlich könnte das Abrechnungssystem über DRG dazu verleiten, Eingriffe bei schwacher Indikation vorzunehmen. Wenn die AOK dies ändern möchte, muss sie sich für die Abschaffung der DRG's einsetzen.

Solange diese Abrechnungsform nicht geändert wird, ist mit einer Entlastung der Krankenhäuser bei dieser Operation nicht zu rechnen.

3) Ambulant-sensitive Krankenhaufälle

Unter welchen Situationen müssen Prozeduren stationär durchgeführt werden, die grundsätzlich auch ambulant möglich wären?

a) Der niedergelassene Arzt weist d. Pat. z.B. wegen schwerer Begleiterkrankungen oder erhöhtem Risiko der Prozedur ins Krankenhaus ein. Keine Entlastung der Krankenhäuser.

b) Die Krankenhäuser dürfen schon länger ambulante Prozeduren erbringen und mit der KV abrechnen. Dies ist besonders in Regionen notwendig, in denen die ambulante fachärztliche Versorgung unzureichend ist. Dadurch Stärkung der Bedeutung der Krankenhäuser für die betreffende Region.

c) Sollten weitere Prozeduren, die bisher ausschließlich stationär erfolgten, in Zukunft als ambulant möglich eingestuft werden, sofern d. Pat. dadurch nicht gefährdet wird (wie z.B. ERCP, endoskopische Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse ggf. mit operativem Eingriff), so entfällt in diesen Fällen nur die anschließende stationäre Versorgung. Der Aufwand für den Eingriff mit der anschließenden Überwachung bleibt für das Krankenhaus unverändert.

d) Eine sinnvolle Entlastung der Krankenhäuser könnte eintreten, wenn immer wiederkehrende Aufenthalte d. Pat. mit derselben Diagnose (z.B. rezidivierende Entgleisung der Herzschwäche) vermieden werden könnten im Sinne des Drehtüreffekts. Dies setzt jedoch eine ausreichende Versorgung mit Ärzten im ambulanten Bereich voraus. Dies ist gerade in ländlichen Regionen (hier leben ca. 50% der Bevölkerung) oft nicht gegeben.

In Zukunft können ambulante, oft IT-basierte Überwachungssysteme hilfreich sein, eine drohende Entgleisung des Krankheitsbildes frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu therapieren. Solange die dafür notwendige Kompetenz im ambulanten Bereich noch nicht aufgebaut ist, werden die Kliniken gefordert sein, wodurch jedoch ärztliche Kapazität gebunden wird.

Hier ist der dringende Hinweis angebracht, dass die Bedeutung eines Krankenhauses nicht an der Bettenzahl, sondern an der medizinischen Leistung sowohl an stationären wie auch ambulanten Patienten festgemacht werden muss.

Die **Krankenhäuser im ländlichen Raum** sind mit ihrer stationären aber auch ambulanten Kompetenz gerade unter dem Aspekt des Mangels an niedergelassenen Ärzten im Allgemein- wie auch im Facharztbereich unverzichtbar. Sie müssen in 30 Minuten erreichbar sein.

Sie sind nicht durch wie auch immer gestaltete **Ambulanzzentren** zu ersetzen. In diesen können nur Eingriffe vorgenommen werden, die ambulant erbracht werden. Die gesamte Kompetenz für höherwertige Prozeduren, die nur unter stationären Bedingungen erfolgen können, ist dann nicht mehr vorhanden. Der Aufbau solcher ambulanten Zentren scheitert meist. Die Ärzte vor Ort ziehen in der Regel nicht in das Zentrum um, wenn doch, erhöht sich der Versorgungsgrad nicht. Für neue Ärzte fehlen meist die notwendigen Arztstühle.

Zusammenfassend zeigt sich bei sorgfältiger Betrachtung, dass ein Rückgang der Fallzahlen in der Krankenhausbehandlung während der Pandemie im Gegensatz zum Narrativ der AOK in keiner Weise Anlass geben kann, daraus einen Abbau der Krankenhäuser zu fordern. Eine Anpassung der Bettenzahl bei gesteigerter ambulanter Leistungsfähigkeit ist sinnvoll. Die medizinische Leistung eines Krankenhauses im stationären wie ambulanten Bereich ist auch in Zukunft notwendig.

Dr. Rainer Hoffmann Klaus Emmerich Angelika Pflaum Horst Vogel
Chefarzt i.R. Klinikvorstand i.R. Bürgerinitiative zum Erhalt des Hersbrucker
Krankenhauses

Helmut Dendl
Bundesverband Gemeinnützige Selbsthilfe
Schlafapnoe Deutschland e.V. GSD

Peter Ferstl
KAB Regensburg e.V.

Willi Dürr
KAB Regensburg e.V.

Ludwig Keller
Initiative Gesundheitsversorgung
Marktheidenfeld

Heinz Neff
KAB Kreisverband
Freyung-Grafenau

Himmelkron, 11.04.2022

verantwortlich:

Klaus Emmerich
Klinikvorstand i.R.
Egerländerweg 1
95502 Himmelkron
0177/1915415
www.schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com
klaus_emmerich@gmx.de

*) Deutsche Krankenhausgesellschaft, Klinik-Schließungen sind keine kluge Antwort auf die Pandemie, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/klinik-schliessungen-sind-keine-kluge-antwort-auf-die-pandemie/>

AOK, Krankenhaus-Report 2022: Fallzahlen bleiben niedrig, <https://www.aok.de/gp/news-krankenhaus/newsdetail/krankenhaus-report-2022-fallzahlen-bleiben-niedrig>