

KRANKENHÄUSER

Zu dem Artikel „100 000 Krankenhausbetten zuviel?“ von Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow in Heft 40/1984, Seite 2875 ff.

Rosinenpickerei

Welches Einsparungspotential ließe sich herleiten, wenn man für den Ausbau der Infrastruktur in Berlin die Bedarfsdeterminanten aus dem Bayerischen Wald zugrunde legt? Die rigide Vorstellung, daß im Krankenhauswesen die Bettendichte von Flächen- und Stadtstaaten aneinander anzunähern sei, kann aufgrund unterschiedlicher

Krankenhaushäufigkeit und anderer Faktoren ebenso wenig zielführend sein wie der mit einheitlichen Determinanten ermittelte *hypothetische Bedarf* in anderen Bereichen. Beispielsweise ist abwegig, entspricht aber der Logik des Aufsatzes, in der Bundesrepublik die „Ärztendichte“ zu senken, zum Beispiel auf die Versorgungsdichte in Japan und die Auswirkungen der unterschiedlichen Dichteziffern als Sparpotential zu kennzeichnen.

Der Autor betreibt Rosinenpickerei, wenn er die niedrigen Bettendichten anderer Länder zitiert, aber zugleich negative Merkmale der jeweiligen Systeme verschweigt. Sind etwa die Patientenwarteschlangen und der Versorgungsstandard des NHS in Großbritannien oder die Fallkosten in den USA ein Vorbild? Es geht doch nicht an, ein Merkmal wie die Bettendichte zum Maßstab für den Komplex der stationären Versorgung zu nehmen und daraus so schwerwiegende Vorwürfe zu deduzieren.

Die laufenden Auseinandersetzungen über Investitionsförderung, Pflegegestaltung und vieles mehr haben das Kranken-

hauswesen zum idealen Tummelplatz für Kritiker gemacht. Daß sich die Kritiker in vielen Punkten widersprechen, wäre für sich allein betrachtet nicht so schlimm. Schlimmer ist, daß das Krankenhauswesen unter der unberechtigten Kritik Schaden leidet.

Ewald Hinderer
Verbandsdirektor
der Baden-
Württembergischen
Krankenhausgesellschaft
e. V.
Birkenwaldstraße 145
7000 Stuttgart 1



Gesamtkonzept überprüfen!

Wie alle Beiträge von Kanzow zum Krankenhauswesen ist auch dieser außerordentlich interessant. Im Hinblick auf den Vergleich mit den Situationen in Skandinavien, Großbritannien, den Niederlanden und Belgien muß aber angemerkt werden, daß sowohl in Skandinavien als auch in Großbritannien die Krankenhäuser über Polikliniken der dort etablierten Krankenhäuser verfügen, wodurch ein großer Teil der in der Bundesrepublik Deutschland im Krankenhaus durchgeführten Diagnostik bereits in der Poliklinik oder in der Ambulanz des jeweiligen Krankenhauses vorgenommen werden kann.

Die ärztliche Versorgung in den Niederlanden und Belgien unterscheidet sich ebenfalls deutlich von der deutschen Situation, da in beiden Ländern keine derart strenge Trennung zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhausarzt besteht.

Wenn Kanzow am Schluß empfiehlt, „herkömmliche Maximen zu (über-)prüfen“, dann müßte das Gesamtkonzept der ärzt-

lichen Versorgung überprüft werden. Einerseits müßte überlegt werden, ob den Krankenhäusern Ambulanzen und Polikliniken zugestanden werden wie in Skandinavien und Großbritannien oder aber ob die Versorgung der ambulanten und stationären Patienten in Anlehnung an das belgische oder niederländische System verändert werden soll. Isoliert auf die Bettenzahl abzustellen, ist sicher nicht korrekt.

Prof. Dr. med.
Hans-Joachim Maurer
Chefarzt der
Radiologischen Abteilung
St.-Josefs-Krankenhaus
Landhausstraße 25
6900 Heidelberg 1



Diskrepanz

Mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel gelesen und habe auch in den meisten Punkten zustimmen können. Ich möchte Sie jedoch auf eine Diskrepanz aufmerksam machen: In der Tabelle geben Sie für Schleswig-Holstein eine planmäßige Bettenzahl je 10 000 Einwohner von 58,4, für Hamburg dagegen 95,6 an. Man schließt daraus natürlich, daß Hamburg überversorgt ist.

Was aus der Tabelle nicht hervorgeht, ist, daß ein Großteil der schleswig-holsteiner Patienten in Hamburg medizinisch versorgt wird. Dies ist ein ständiges Ärgernis für die Hansestadt, da sowohl die Investitionen durch die Hansestadt getätigt werden als auch die durch Bürger Schleswig-Holsteins verursachten Kosten schließlich von den Hamburger Krankenkassen bezahlt werden müssen.

Besonders ungerecht ist es, wenn in dieser Situation Schleswig-Holstein als

Tavor®

Zusammensetzung: 1 Tablette Tavor 0,5 enthält 0,5 mg Lorazepam, 1 Tablette Tavor 1,0 enthält 1 mg Lorazepam, 1 Tablette Tavor 2,5 enthält 2,5 mg Lorazepam. Lorazepam ist 7-Chlor-5-(p-chlor-phenyl)-1,3-dihydro-3-hydroxy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on. **Anwendungsgebiete:** Tavor ist therapeutisch bei den meisten Zuständen, bei denen Angst eine wichtige Rolle spielt, wirksam: Angst als komplizierender Faktor bei organischen Erkrankungen; emotional bedingte Störungen wie z.B. Magen-Darm-Störungen oder Schlafstörungen; Psychoneurosen wie Angstneurosen, Zwangneurosen, Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Sedierung vor diagnostischen und operativen Eingriffen. **Dosierung und Anwendungswiese:** Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosisanpassung je nach gebotener Symptomatik und Grundkrankheit erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinie für erwachsene Patienten angesehen werden. Die Anpassung der Dosis an den Bedarf des Einzelalles wird dadurch erleichtert, daß Tavor in den Tablettenstärken zu 0,5 mg, 1 mg und 2,5 mg zur Verfügung steht. Die Tabletten werden eingenommen: **In der allgemeinen Praxis:** je nach Schweregrad der Symptomatik, der Dauer der Behandlung und entsprechend dem individuellen Bedarf. 0,5 mg Lorazepam 2- bis 3mal täglich oder 1 mg Lorazepam 2- bis 3mal täglich. Bei emotional bedingten Schlafstörungen in der Regel 1 mg Lorazepam vor dem Schlafengehen. **In der Psychiatrie:** 3 bis 7,5 mg Lorazepam pro Tag, verteilt auf 3 bis 4 Einzeldosen. **Zur präoperativen Sedierung:** 2 mg Lorazepam etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Ältere und geschwächte Patienten sollen in der Regel niedrigere Dosen (z.B. 1 bis 2 mg Lorazepam täglich, verteilt auf mehrere Einzeldosen) erhalten. Für diese Patienten ist daher Tavor 0,5 besonders geeignet. Längerdauernde oder höherdosierte Behandlungen sollen nicht plötzlich, sondern durch schrittweise Verringerung der täglichen Dosis beendet werden. **Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** Tavor wird normalerweise gut vertragen. Zu Beginn der Behandlung oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Benommenheit, Schwindel und Müdigkeit auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Weitere Nebenwirkungen, die gelegentlich festgestellt wurden, sind Muskelschwäche, Gangunsicherheit (Ataxie), Sehstörungen leichter Art durch eine mögliche Tonusenkung der Augenmuskulatur, Mundtrockenheit und Übelkeit. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Bei Myasthenia gravis soll Tavor nicht angewandt werden. Alte und herzbilabile Patienten reagieren häufig stärker auf Benzodiazepine. Im höheren Alter, bei Zerebralklerotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen, wenn überhaupt, nur geringe Dosen angewandt werden. Patienten mit bestehender Herzinsuffizienz und Hypotonie sind unter der Therapie mit Tavor (wie auch weiteren Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka) aus allgemeinen Vorsichtsgründen wiederholt zu kontrollieren. Erfahrungen mit Tavor während der Schwangerschaft liegen nicht vor. Schwangere Frauen sollen dieses Präparat daher nur einnehmen, wenn der Arzt es ausdrücklich gestattet hat. Wie für alle psychotropen Wirkstoffe gilt auch für Tavor, daß gleichzeitiger Alkoholgenuß vermieden werden sollte, da die individuelle Reaktion im Einzelfall nicht voraussehbar ist. **Besondere Hinweise:** Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungsstyps ist auch bei fortgesetzter Anwendung von Tavor der Nutzen gegen das Risiko von Abhängigkeit und Gewöhnung abzuwägen. Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Tavor 0,5 Tabletten zu 0,5 mg Lorazepam: O.P. 10 Tabletten (N1) DM 4,95, O.P. 20 Tabletten (N2) DM 8,70, O.P. 50 Tabletten (N3) DM 19,90, A.P. 500 Tabletten; Tavor 1,0 Tabletten zu 1 mg Lorazepam: O.P. 10 Tabletten (N1) DM 5,80, O.P. 20 Tabletten (N2) DM 10,45, O.P. 50 Tabletten (N3) DM 25,62, A.P. 500 Tabletten; Tavor 2,5 Tabletten zu 2,5 mg Lorazepam: O.P. 10 Tabletten (N1) DM 10,60, O.P. 20 Tabletten (N2) DM 19,10, O.P. 50 Tabletten (N3) DM 45,79, A.P. 500 Tabletten.



Wyeth-Pharma GmbH
Postfach 88 08
Schleibrückenkamp 15
4400 Münster

vorbildlich erscheint und Hamburg, das die Lasten mit übernimmt, ohne einen finanziellen Ausgleich zu erhalten, ein schlechtes Bild bietet.

Prof. Dr. med.
H.-P. Heilmann
Leitender Arzt
Hermann-Holthusen-
Institut
für Strahlentherapie
im Allgemeinen
Krankenhaus
St. Georg
Lohmühlenstraße 5
2000 Hamburg 1

□

Bauindustrie profitiert

Die von Professor Kanzow ausführliche, realistische und kritische Analyse der Krankenhausbetten-Struktur in den bundesdeutschen Krankenhäusern wird sicherlich für manche, die sich mit dem jetzigen Gefüge und der strukturellen Monotonie abgefunden haben, eine vielleicht ermunternde Wirkung haben.

Die ungebremste Kostenexplosion auf diesem Gebiet, der Bau von unzähligen neuen Krankenhäusern hat bis jetzt wahrscheinlich *nur der Bauindustrie* genutzt; die Leistungsfähigkeit, Organisation und mehr Humanität haben mit den neuen modernen Räumlichkeiten und der apparativen Ausstattung nicht schrittgehalten.

Die Stagnation bei den „ambulanten Operationen“ ist auch ein Grund für den Fortbestand der Betten-Überkapazität und die steigende Zahl an Krankenhauseinweisungen. Nur ein voll leistungsfähiges und wirtschaftlich geführtes Krankenhaus kann auch humaner werden, da unnötige Wartezeiten und Verweiltage den Patienten erspart

werden. Die von Kanzow geforderten Grundsätze für eine effektive, moderne stationäre Medizin sind eine unvermeidliche Entwicklung, die früher oder später selbstverständlich sein wird.

Dr. med. Lienhard Hilgart
Frauenarzt
Hochstraße 34-36
4250 Bottrop

□

Kassen erwarten Abbau

Ich stimme mit Ihren Ausführungen völlig überein; denn wenn die Betten auf das notwendige (erforderliche) Maß reduziert werden, kann man auch über angemessene (wirtschaftliche) Pflegesätze sprechen. Interessant ist aber auch, daß sich bei mir bereits zwei Chefärzte und ein niedergelassener Gebietsarzt meldeten, die ebenfalls eine Bettenreduzierung für dringend erforderlich halten.

Unsere Krankenkasse ist im übrigen in besonderer Weise betroffen. Wir hatten 1979 noch die höchste

Schlußwort

Der Verfasser nimmt die Gelegenheit gerne wahr, um das eine oder andere Mißverständnis der Leserbriefschreiber zu bereinigen.

Direktor Hinderer hat möglicherweise die Darlegungen über die Gründe für eine ins Gewicht fallende Reduzierung der Krankenhausbetten nur flüchtig gelesen. Weder habe ich einen Vergleich zwischen Berlin und dem Bayerischen Wald gemacht, noch wurde auf Verhältnisse in Japan Bezug genommen, die ich nicht kenne. Ihm ist

Ausgabe für die Krankenhausbehandlung je Mitglied aller Allgemeinen Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik.

Im Augenblick werden in unserem Kassenbezirk (Herne und Wanne-Eickel) insgesamt 1755 Akut-Krankenhausbetten angeboten. Bei einer Einwohnerzahl von rund 180 000 ergibt das auf je 10 000 Einwohner ein Bettenangebot von 97,5 (Nordrhein-Westfalen = 81,1). Es werden also unter Berücksichtigung der Durchschnittswerte 16,4 Betten je 10 000 Einwohner zuviel angeboten. Das ergibt für das ganze Stadtgebiet einen Bettenüberhang von rund 300 Betten. Zwei Sonderkrankenhäuser (Psychiatrie und Rheuma) bieten ebenfalls noch insgesamt 310 Betten an. Wenn im Krankenhausbereich nicht endlich etwas Entscheidendes geschieht, wird das Gefüge der Krankenkassen ernsthaft gefährdet.

H. G. Reuter
Direktor der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Herne,
Hermann-Löns-Straße 54
4690 Herne 1

auch der Unterschied zwischen betriebs- und volkswirtschaftlicher Bewertung des heutigen Krankenhaus-Finanzierungssystems entgangen, wie es wohl auch an der genaueren Einsicht in die im Krankenhauswesen wirkenden Interdependenzen mangelt.

Seit Jahren ist es unser Bemühen, den Schleier der Schönfärberei wegzuziehen, damit „das Krankenhauswesen“ nicht weiterhin (!) „Schaden leidet“.

Unterschiede der regionalen Bettendichte beispielsweise in Hamburg und

Schleswig-Holstein sind – worauf Professor Heilmann hinweist – prinzipiell begründet. Zugleich macht er zu Recht auf die Ärgernisse eines ungelösten Lastenausgleiches aufmerksam.

Meine rechnerischen Überlegungen stützen sich aber auf Großbereiche und stellen somit Zahlen für das gesamte Bundesgebiet dar. Bei der regionalen Planung müssen Besonderheiten von Ballungsräumen mit überörtlichen Versorgungsaufgaben berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang muß auch das „Zwergschul-Syndrom der Krankenhäuser“ gelöst werden.

Die Änderung der Prämissen, auf die Kollege Maurer aufmerksam macht, würde zu weiteren Umschichtungen Anlaß geben können, womit wahrscheinlich noch mehr Betten überflüssig würden.

Es ist zweifellos schmerzhaft, über die „soziale Krankheit“ der Krankenhäuser nachzudenken. Dies ist wegen der vielen Interessen und ihrer Gefährdungen immer wieder verdrängt worden. Nur: Was totgeschwiegen wird, ist deshalb noch nicht tot.

Die Probleme verlangen Lösungen, die dem allgemeinen Wohl dienen, aber auch die individuellen und kollektiven Schutzrechte der im Krankenhaus Tätigen achten. Deshalb die Feststellung: Die volkswirtschaftlich sinnvolle Bettenreduzierung darf nicht zu weiterer Personal-Ausdünnung in den krankenhauses relevanten Funktionsbereichen führen. Dies würde zu einem folgenschweren „Rohrkrepierer“.

Prof. Dr. med.
Ulrich Kanzow
Rheinstraße 50
5650 Solingen 11