



Foto: picture alliance/BSIP

Thema **Krankenhäuser**

Streit um mehr Zentralisierung

Die Krankenkassen erneuern ihre Forderung nach einer verstärkten Zentrenbildung in der deutschen Krankenhauslandschaft. Derweil zeichnet sich bei der vorgesehenen Festlegung von Personaluntergrenzen in der Pflege noch keine Einigung ab.

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einem Strukturwandel. Ein Ziel dieser Entwicklung ist der Abbau von Krankenhausbetten, ein anderes eine bessere Verteilung der Aufgaben zwischen den Krankenhäusern. Zudem sollen Strukturvorgaben die Behandlungsqualität in den Kliniken erhöhen.

Der Abbau der Überkapazitäten hat bereits vor vielen Jahren begonnen. Treiber sind insbesondere die Krankenhausträger selbst. Zwischen den Jahren 1991 und 2016 ist die Zahl der Krankenhäuser von 2 411 auf 1 951 gesunken. Die Zahl der Betten wurde von 665 565 auf 498 718 reduziert.

Den Krankenkassen allerdings reicht das noch nicht. So hat der AOK-Bundesverband bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports 2018 eine stärkere Zentralisie-

rung der Krankenhausstrukturen in Deutschland gefordert. „Dabei geht es nicht vorrangig um die Frage, wie viele Kliniken es am Ende deutschlandweit gibt“, sagte der Vorstandsvorsitzende des Verbandes, Martin Litsch, Mitte März in Berlin. Ein deutlicher Schritt wäre es bereits, wenn zukünftig Kliniken mit mehr als 500 Betten nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel in der Krankenhauslandschaft bildeten. Litsch forderte zudem, dass Kliniken künftig eine bestimmte Strukturqualität vorweisen müssten, um Leistungen erbringen zu dürfen.

Niedrigere Sterblichkeit

Der Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO), Jürgen Klauber, nannte Beispiele für den Zusammenhang zwischen der Spezialisierung eines Krankenhauses und der dort erbrachten Qualität.

„Verschiedene Studien belegen die besseren Langzeitüberlebensraten für die Behandlung von Darmkrebspatienten in zertifizierten Zentren im Vergleich zu Nicht-Zentren“, sagte Klauber. Bei Kolonkarzinomoperationen liege das Risiko, schon während des Krankenhausaufenthaltes zu versterben, bei Nicht-Zentren um 21 Prozent höher als in Zentren, die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert seien. Bei Rektumkarzinomoperationen unterscheide sich das Risiko sogar um 65 Prozent.

Ähnlich sei es in der Endoprothetik, so Klauber. Es gelte: Je häufiger in einem Haus operiert werde, umso seltener müsse der Patient mit dem neuen Hüftgelenk binnen Jahresfrist erneut operiert werden. In Kliniken, in denen der Hüftgelenkersatz weniger als 50-mal im Jahr durchgeführt wurde, habe das Risi-

ko für eine Revisions-OP im Jahr 2015 um 82 Prozent höher gelegen als in Häusern mit mindestens 200 Operationen im Jahr.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierte die Forderungen des AOK-Bundesverbandes. Die AOK vergleiche Äpfel mit Birnen, wenn aus der Analyse von Routine-Abrechnungsdaten Aussagen zur Leistungsbefähigung von Krankenhäusern oder zur Qualität von Leistungen abgeleitet würden, ohne dass die Hintergründe der jeweiligen Behandlungen durchleuchtet würden, meinte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum in einer Pressemitteilung.

Untaugliche Behauptung

So sei die Behauptung, dass Kliniken mit wenigen elektiven Hüftoperationsleistungen schlechtere Ergebnisse hätten als Kliniken mit vielen Elektivleistungen, völlig untauglich, wenn bei den Kliniken mit wenigen Leistungen die unter Notfallbedingungen zu erbringenden Leistungen nicht herausgerechnet würden. „Bei den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung machen die Notoperationen aufgrund gebrochener Hüften circa 50 Prozent der Fallzahlen aus“, so Baum. Bei diesen Leistungen liege der Altersdurchschnitt der Patienten bei 81 Jahren – bei elektiven Operationen hingegen bei 72 Jahren.

Die Überkapazitäten in der deutschen Krankenhauslandschaft kritisierte auch Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der Technischen Universität (TU) Berlin. „Wir haben zwei Probleme: die Überkapazitäten und die Zersplitterung“, sagte er bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports. „Deutschland besitzt zu viele Krankenhäuser und zu viele Krankenhausbetten. Das ist inzwischen von vielen Seiten akzeptiert.“ Zwar seien in der Vergangenheit Betten abgebaut worden, aber weniger als in anderen Ländern: Mitte der 1990er-Jahre habe es in Deutschland 45 Prozent mehr Krankenhausbetten als im Durchschnitt der EU-Länder gegeben. Weil die anderen EU-Länder mehr Betten abgebaut hätten, sei dieser Wert 20 Jahre später sogar auf 65 Prozent gestiegen.

Und auch die Fallzahlen seien in Deutschland höher als in anderen europäischen Ländern. „Im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparats liegt der EU-Schnitt um 53 Prozent niedriger als in Deutschland“, sagte Busse. Darüber, inwiefern die hohe Krankenhausbettendichte ein Treiber für die vielen Krankenhaussfälle sei, bestehe allerdings weniger Einigkeit. In diesem Zusammenhang antwortete er auch auf die Frage, woher die vielen Krankenhauspatienten in Deutschland kommen. „Die Einweisungen ins Krankenhaus gehen zurück“,

sagte er. „Insofern ist es umso erstaunlicher, dass die Anzahl der Fälle steigt.“ 50 Prozent der Patienten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchten, würden stationär in das Krankenhaus aufgenommen. Die Notaufnahme sei daher heute der Hauptrekrutierungsort für Krankenhäuser.

Keine Einigung in Sicht

Der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft ist auch bestimmt durch die zunehmenden gesetzlichen Vorgaben, die die Krankenhäuser einhalten müssen. Eine davon ist die vorgesehene Festlegung von Personaluntergrenzen im pflegerischen Dienst. GKV-Spitzenverband und DKG wurden dabei beauftragt, bis zum 30. Juni dieses Jahres entsprechende Grenzen in pflegesensitiven Bereichen zu bestimmen. Gelingt dies nicht, kann das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Entscheidung mittels einer Rechtsverordnung vornehmen. Bei den Verhandlungen zeichnet sich bis heute allerdings keine Einigung ab. Als problematisch erwies es sich zunächst, die pflegesensitiven Bereiche zu definieren. Dieses Problem will die neue Bundesregierung jedoch beseitigen. Im Koalitionsvertrag heißt es, dass der Auftrag auf alle bettenführenden Abteilungen ausgeweitet werden soll.

Bleibt das Problem, die Untergrößen für die einzelnen Abteilungen festzulegen. Erfahrungen aus anderen Ländern gibt es kaum (siehe Kasten). Um eine Lösung für Deutschland zu finden, wollen die Vertragspartner zunächst mehr Informationen über die derzeitige Situation in den Krankenhäusern erhalten. Diesbezüglich sei Deutschland eine „empirische Wüste“, kritisierte Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband auf dem DRG-Forum Anfang März in Berlin. Derzeit versuche das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Kalkulationskrankenhäuser zu akquirieren, „damit wir wissen, was wir anrichten“, meinte Leber. Wichtig sei es dabei, die benötigten Informationen aus den bestehenden Daten zusammenzuführen. „Wir wollen nicht, dass die

KOMMENTAR

Falk Osterloh, Deutsches Ärzteblatt



Befürworter einer Reduzierung von Krankenhauskapazitäten bemühen oft den Vergleich zwischen Nordrhein-Westfalen und den Niederlanden. Für ähnlich viele Einwohner gibt es in NRW

Weg weiter beschreiten

348 Krankenhäuser und in den Niederlanden 154. Der Subtext dabei lautet: Den Niederländern geht es doch gut. Warum sollten in NRW nicht auch 154 ausreichen?

Klar ist: Weniger Krankenhäuser zu haben, ist billiger. Aber es ist nicht zwangsläufig besser.

Zuzustimmen ist hingegen der Forderung nach mehr Spezialisierungen. Denn natürlich steigt tendenziell die Qualität einer Leistung, je häufiger sie erbracht wird. Deshalb sollten die Krankenhäuser den Weg der besseren Aufteilung spezialisierter Leistungen untereinander weiter beschreiten. Hier sind Strukturvorgaben, wie im Rahmen von Zertifizierungen, sehr sinnvoll.

Beim Personal können starre Vorgaben hingegen problematisch sein. Den Patienten ist nicht geholfen, wenn ein Krankenhaus Leistungen gar nicht mehr anbieten kann, weil es infolge des Pflegemangels nicht genügend Personal finden konnte, um die Vorgaben einzuhalten.

Pflegekräfte eine Liste führen müssen“, betonte Leber. Um die Informationen zu erhalten, müssten die Dienstpläne mit den Belegungsplänen der Krankenhäuser digital abgeglichen werden. Auf diese Weise könne man schichtgenau kontrollieren, was auf den verschiedenen Stationen passiere.

Ende Januar haben der GKV-Spitzenverband und die DKG dem BMG einen Zwischenbericht übergeben. „Die Vertragsparteien haben sich darauf verständigt, den Pflegebedarf beziehungsweise die Pflegelast bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen zu berücksichtigen“, heißt es darin. „Ein entsprechendes Pflegelastkonzept, das auf den Pflegepersonalkostenanteilen der DRGs basiert, wird derzeit vom InEK entwickelt. Im Ergebnis wird ein Pflegelastkatalog berechnet, der für jede DRG die Pflegelast pro Verweildauerstag sowie additive Komponenten für pflegekostenrelevante Zusatzentgelte enthält.“

Schwierige Berechnung

„Das sind keine dünnen Bretter“, betonte der Geschäftsführer des InEK, Dr. med. Frank Heimig, auf dem DRG-Forum. Denn dabei müssten zum Beispiel die Qualifikationen des Pflegepersonals und die Erkrankungsschwere der Patienten berücksichtigt werden. „Ohne eine solche Risikoadjustierung ergäbe sich eine erhebliche Verzerrung“, sagte Heimig. „Und Patienten mit einem höheren Pflegebedarf würden nicht von den Untergrenzen profitieren – im Gegenteil.“

Um die vorgegebene Frist einzuhalten, werde auch ein „Gesamthausansatz“ diskutiert, bei dem die Vollzeitkräfte eines Krankenhauses den Pflegeerlösen gegenübergestellt würden, sagte Leber. Das lasse sich recht gut aus den Makrodaten herauslesen. Damit könne man aber nicht nachvollziehen, ob zu jedem Zeitpunkt ausreichend Pflegekräfte auf den Stationen vorhanden seien.

Der Personalmangel in der Pflege war auch Thema bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports. Dort erklärte Busse von der TU Berlin, dass es in Deutschland mehr

Pflegepersonal pro 1 000 Einwohner gebe als im Durchschnitt der EU-Länder. „Dass wir zu wenig Personal am Krankenbett haben, liegt daran, dass wir so viele Krankenhausfälle haben“, sagte er. „Die hohen Fallzahlen binden das Personal. Unser schlechtes Betreuungsverhältnis liegt hierin begründet.“

Großer Aufwand

Kritisch wurde auf dem DRG-Forum die Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag diskutiert, die Pflegepersonalkostenvergütung aus den Fallpauschalen herauslösen zu wollen. „Ich weiß nicht, ob diese Regelung zu Ende gedacht ist“, meinte Leber. Der Pflegemangel sei kein Grund, die leistungsorientierte Fallvergütung zu zerschlagen. Denn damit drohe ein Rückfall in die Selbstkostendeckung – zumal auch schon die Ärzte gefordert hätten, dann ebenfalls eine gesonderte Finanzierung außerhalb der DRGs zu erhalten. Zudem sei es ein großer Aufwand, die Pflegekosten aus den Fallpauschalen herauszurechnen. Eine seriöse Trennung brauche zwei bis drei Jahre, meinte Leber.



Foto: privat

„Dass wir zu wenig Personal am Krankenbett haben, liegt daran, dass wir so viele Krankenhausfälle haben.“

Reinhard Busse, TU Berlin

Der DKG-Hauptgeschäftsführer Baum erkennt hingegen auch Chancen in dem Ansatz. „Wir sehen darin eine Chance, dass der tatsächliche Personalbedarf über ein solches System besser finanziert werden kann“, sagte er. „Natürlich sehen wir aber auch die Gefahr eines solchen Ansatzes“, sagte Baum. „Der Reiz im DRG-System liegt in der Ressourcenverwendungsfreiheit. Das einzelne Krankenhaus versucht, die Leistung so wirtschaftlich zu erbringen wie möglich.“ Dieser Anreiz drohe mit der Herauslösung der Pflegekosten aus den DRGs verloren zu gehen. „Wenn wir ehrlich sind, ist er aber schon durch viele Teilkomponenten verloren gegangen“, sagte Baum, „zum Beispiel durch die verschiedenen Strukturvorgaben, die wir einhalten müssen.“ **Falk Osterloh**

Erfahrungen aus anderen Ländern

Pflegepersonaluntergrenzen gibt es bereits in einigen US-Bundesstaaten und in Australien, wie die Veröffentlichung „Nurse-to-Patient Ratios“ der Hans-Böckler-Stiftung aus dem vergangenen Jahr zeigt. Am meisten Erfahrungen gibt es demnach in Kalifornien, wo die „Nurse-to-Patient Ratio Regulations“ im Jahr 2004 in Kraft traten. Sie legen fest, wie viele ausgebildete Pflegekräfte pro Patient und Station eingesetzt werden müssen. Auf der Intensivstation und im Aufwachraum beträgt das Verhältnis zum Beispiel 1:2, im OP 1:1 und in der Pädiatrie sowie auf Normalstationen mit Fachgebietszuordnung 1:4. Diese Vorgaben gelten jederzeit. Gezählt werden dürfen nur ausgebildete Pflegekräfte, die am Bett tätig sind.

Die kalifornischen Krankenhäuser sind zudem dazu verpflichtet, den individuellen Pflegebedarf jedes Patienten mithilfe eines Klassifikationssystems durch eine Pflegefachkraft erheben zu lassen. Der Dienstplan muss anhand dieses Systems erstellt werden. Erfordert der individuelle Bedarf zusätzliches Personal, muss es eingesetzt werden. Die Krankenhäuser müssen den ermittelten Pflegebedarf und die tatsächliche Personalbesetzung dokumentieren. Im Falle schwerwiegender Verletzungen der Vorgaben kann das Gesundheitsministerium die vorübergehende Schließung einer Station anordnen, bis zusätzliches Personal eingestellt wurde.

Evaluationsstudien kamen in den folgende Jahren zu unterschiedlichen Ergebnissen. Manche ergaben, dass die neuen Verhältniszahlen zu einer signifikant niedrigeren Mortalität und zu einer Verkürzung der Verweildauer geführt hätten, während andere zu dem Schluss kamen, dass sich die Inzidenz von Patientensterben oder die Prävalenz von Dekubiti nicht signifikant verändert hat.