

Politik

Krankenhauslandschaft: Regierung will kalten Strukturwandel beenden

Freitag, 13. Mai 2022



/picture alliance, Jens Büttner

Berlin – Die Bundesregierung will die Krankenhausplanung in Deutschland reformieren, um die Krankenhauslandschaft systematisch umzugestalten. In den vergangenen Jahren hätten verschiedene Häuser schließen müssen, sagte der parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium ([BMG](#)), Edgar Franke, auf dem 5. Kongress zu Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten ([QMR-Kongress](#)) in Berlin.

„Wir erleben zurzeit eine kalte Strukturreform. Dass Kliniken unkoordiniert schließen müssen, kann aber keiner wollen. Da müssen wir politisch ansetzen.“ Im Rahmen der neuen Krankenhausplanung müssten eine hohe Versorgungsqualität und ein sinnvoller, effizienter Einsatz finanzieller Mittel miteinander verbunden werden. „In diesen Bereichen können wir noch besser werden“, sagte Franke. Priorität habe zudem die flächendeckende Versorgung.

Vergangene Woche hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) eine Regierungskommission eingesetzt, die die anstehende Krankenhausreform auf streng wissenschaftlicher Basis vorbereiten soll. „Die Empfehlungen sollen sich an der Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung ausrichten und auf Versorgungsstufen basieren“, so Franke.

„Wir müssen dafür sorgen, dass alle bedarfsnotwendigen Krankenhäuser finanziell hinreichend abgesichert sind.“ Zudem müsse dafür gesorgt werden, dass die Kliniken genügend Personal hätten, gerade in der Pflege.

Auch das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) brauche in diesem Zusammenhang eine grundlegende Reform. „Es ist schon so, dass sich die Mengenausweitung und die Rosinenpickerei im jetzigen System sehr lohnen“, sagte Franke. „Eine sichere Grund- und Regelversorgung lohnt sich hingegen nicht. Das müssen wir ergebnisoffen bearbeiten.“

Bei ihrer Arbeit solle die Regierungskommission die Akteure des Gesundheitswesens, die Fachgesellschaften und die Bundesländer an- sowie ihnen zuhören. „Das ist wichtig“, meinte Franke. „Die Kommission kann nur Erfolg haben, wenn alle zusammenarbeiten.“

Viele Krankenhäuser ohne Qualitätsnachweis

Ein Mitglied der Kommission ist Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin. Er veranschaulichte auf dem QMR-Kongress die aktuellen Probleme der Krankenhausplanung in Deutschland.

„In Nordrhein-Westfalen gibt es 105 Krankenhäuser, die komplexe Operationen an der Bauchspeicheldrüse anbieten. Nur 23 dieser Häuser verfügen jedoch über ein Bauchspeicheldrüsenzentrums und erfüllen die entsprechenden Qualitätsvorgaben“, erklärte Busse.

In 82 Krankenhäusern würden an Patienten also komplexe Eingriffe vorgenommen, obwohl 23 Zentren in unmittelbarer Nähe liegen, die für diese Eingriffe festgelegte Qualitätskriterien erfüllen.

Als weiteres Beispiel nannte er die Versorgung von Schlaganfallpatienten im Raum Rostock. „In der Universitätsklinik Rostock, die über eine Stroke Unit verfügt, werden pro Jahr 1.130 Schlaganfallpatienten behandelt“, sagte Busse. Zwei umliegende Krankenhäuser verfügten nicht über eine Stroke Unit. Und obwohl die Uniklinik nur einige Kilometer entfernt liege, würden dort 110 Schlaganfallpatienten pro Jahr behandelt.

Qualität vor Nähe

„Wir müssen in der Krankenhausplanung wegkommen vom Kriterium der Nähe und hinkommen zum Kriterium der Qualität“, forderte Busse. „Denn Nähe ist nicht das wichtigste Kriterium.“ Alle Vorgaben seien Unsinn, in denen stehe, dass ein Gebäude innerhalb von 30 Minuten erreicht werden müsse, auf dem „Krankenhaus“ steht – ohne festzulegen, welche Qualität in diesem Gebäude vorgehalten werden müsse.

„Es muss gelten: Qualität vor Nähe“, forderte Busse. „In den Krankenhausplänen müssen Leistungsbereiche und -gebiete ausgewiesen werden, die mit klaren Qualitätsparametern hinterlegt sind.“ Als Qualitätsindikatoren solle man dabei auf bereits bestehende Systeme zurückgreifen, wie die Qualitätsvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft bei der Zertifizierung von Krebszentren.

Lernen vom Schweizer Modell

Alexander Geissler von der Universität St. Gallen berichtete von der Schweizer Krankenhausplanung, die entsprechende Vorgaben bereits vor Jahren gemacht hat. „In Deutschland können sich Krankenhäuser heute quasi aussuchen, welche Leistungen sie anbieten möchten“, sagte Geissler. „Das hat zu einem unregulierten Wettbewerb geführt, bei dem die Leistungen nicht bedarfsorientiert angeboten werden und bei dem viele Krankenhäuser Leistungen anbieten, für die sie nicht immer gut qualifiziert sind.“

In der Schweiz habe es vor 15 Jahren eine vergleichbare Situation gegeben. „Wir haben dann das stationäre Leistungsgeschehen über Prozedurenkodes systematisch und genau definiert“, berichtete Geissler. „Das wurde eng von den medizinischen Fachgesellschaften begleitet.“

Am Ende wurden 24 Leistungsbereiche mit 149 Leistungsgruppen festgelegt, von denen 24 hochspezialisierte Leistungen beinhalten. Bestimmte Leistungsgruppen sind dabei miteinander verbunden. „Wenn ein Krankenhaus komplexe Leistungen erbringen möchte, muss es auch weniger komplexe aus demselben Leistungsbereich übernehmen“, so Geissler.

Danach sei eine Bedarfsprognose erstellt worden. „Schließlich hatten wir die voraussichtlichen Fallzahlen inklusive der voraussichtlichen Pflégetage“, sagte Geissler. „Die Krankenhäuser konnten sich dann für einzelne Leistungsgruppen bei den Kantonen bewerben. Dafür mussten sie bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, zum Beispiel im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Fachärzten, von Notfallstationen, im Hinblick auf Tumorboards und die Einhaltung von Mindestmengen.“ Nur die Krankenhäuser, die von den Kantonen für die jeweiligen Gruppen ausgewählt werden, dürfen die Leistungen auch erbringen.

Problem in der Grund- und Regelversorgung

Anhand dieses Schweizer Modells wurde die Reform der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen vorgenommen, die sich zurzeit in der Umsetzung befindet. Auch Busse befürwortet diese Herangehensweise.

„Wir müssen den Behandlungsbedarf an der Bevölkerung ausrichten und nicht an den vorhandenen Krankenhäusern“, betonte er. „So müssen wir zum Beispiel von der Anzahl der Herzinfarkte planen und nicht von der Zahl der Krankenhäuser, die gerne Herzinfarkte versorgen möchten.“

Viele Kapazitäten zu haben, sei nicht zwangsläufig besser – vor allem dann nicht, wenn dadurch Menschen im Krankenhaus behandelt würden, die gar keine stationäre Behandlung benötigen. „Eine unnötige Behandlung beinhaltet immer eine schlechte Qualität“, so Busse.

Ein Problem gebe es in Deutschland vor diesem Hintergrund vor allem in der Grund- und Regelversorgung. Denn in diesen Krankenhäusern würden viele ambulant-sensitive Fälle behandelt – also Fälle, die besser im ambulanten Bereich versorgt werden könnten, zum Beispiel in den Bereichen Herzinsuffizienz, Asthma oder Diabetes.

Wenn diese Fälle nicht mehr im Krankenhaus behandelt würden, könne das auch den Fachkräftemangel im Krankenhaus reduzieren. „Denn für unnötige Behandlungen im Krankenhaus werden Pflegekräfte benötigt, die wir den echten Patienten vorenthalten“, so Busse. © fos/aerzteblatt.de