



Dirk Ruiss,
Referatsleiter Grundsatzfragen, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung NRW, Düsseldorf



Michael Süllwold,
Referatsleiter Stationäre Versorgung, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung NRW, Düsseldorf

Einige Strukturdaten

Nordrhein-Westfalen verfügt mit seinen 404 Krankenhäusern und einer im Ländervergleich überdurchschnittlichen Dichte an Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner (683 in NRW; 615 Bundesdurchschnitt) über eine komfortable stationäre Versorgungsstruktur. Die hohe Krankenhausedichte korreliert dabei mit einer überdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit und überdurchschnittlichen Kosten je Einwohner. Beide Werte liegen rund 6 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Die Krankenhausplanung steht somit vor der schwierigen Aufgabe, einerseits eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten und andererseits Fehlsteuerungen und unnötige Versorgungsausweitungen zu vermeiden und die Angebote auf das

Krankenhausplanung in NRW – Verstärkte Qualitätsorientierung notwendig!

Die gesundheitspolitischen Akteure in NRW verhandeln derzeit über die Neuaufstellung des Krankenhausplanes. Dieser soll Ende 2012 in Kraft treten. Für die Krankenkassen ist dabei klar: Die Strukturverantwortung des Landes muss hier auch die Qualität der Leistungen umfassen. Es braucht klare und verbindliche Regeln, die dazu führen, dass Krankenhäuser sich wieder stärker am medizinisch Notwendigen statt am finanziell Lukrativen orientieren.

notwendige Maß zu begrenzen. Der letzte Krankenhausplan für NRW – Rahmenplan – wurde im Jahr 2001 verabschiedet und anschließend in regionalen Planungskonzepten durch die Akteure auf der örtlichen Ebene umgesetzt. Er führte zu einem Abbau von rund 10.000 Krankenhausbetten, die im Wesentlichen eine Anpassung an die aktuelle Belegungsentwicklung der einzelnen Krankenhäuser nachvollzog. Unter Gesundheitsminister Laumann fand in den Jahren 2004 bis 2009 keine Überarbeitung der Rahmenplanung statt. Die 2009 ins Amt gekommene Ministerin Steffens steht nun vor der Aufgabe, den erneut notwendigen Anpassungsprozess zu initiieren und abzuschließen.

Trend zur Rahmenplanung

Wirft man einen Blick zurück, so stellt man fest, dass sich mit der Einführung des DRG-Systems die Landespolitik – nicht nur in NRW – in der Krankenhausversorgung zunehmend auf eine Rahmenplanung zurückgezogen hat. Detailplanungen von Teilgebieten und Schwerpunkten wurden und werden mit dem Ziel des Bürokratieabbaus dem Grunde nach aufgegeben. Die Krankenhausträger orientieren sich bei ihrer Leistungsplanung fast durchgehend an dem Grundsatz „Wer kann, der darf.“ Das bedeutet, dass ein Krankenhaus in seinem Feststellungsbescheid nur durch die Gebietsbezeichnung wie z.B. Innere Medizin und Chirurgie begrenzt wird. Dies ist bedauerlich, weil so auch strukturell unzureichend ausgestattete Krankenhäuser komplexe Leistungen erbringen und ihren Versorgungsauftrag durch Spezialisierungen beliebig ausweiten können.

Auch NRW hat sich mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz 2007 entschieden, die Krankenhausplanung stärker in Richtung einer Rahmenplanung zu strukturieren und den Leistungserbringern und Kostenträgern eine größere Verantwortung im Planungsprozess zu übertragen. Was gut klingt und vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Selbstverwaltung sachgerecht erscheint, funktioniert in der Praxis aber

leider nicht. Von einer gemeinsamen Gestaltung der Versorgung von Krankenhäusern und Kostenträgern kann leider vielfach nicht mehr die Rede sein. Krankenhäuser kaufen sich über die Expertise von Fachärzten ihren selbst bestimmten Versorgungsauftrag ein, den sie notfalls auch über den Rechtsweg durchsetzen. Steuernde Eingriffe des Ministeriums über Erlasse und Appelle verlaufen aus Sicht der Krankenkassen meist unbefriedigend. Krankenhäuser bauen ihr Leistungsspektrum sukzessiv aus. Die Implantation von Defibrillatoren, komplexe gefäßchirurgische Eingriffe, kardiologische Spezialleistungen und die spezielle geriatrische Versorgung an kleineren Krankenhäusern sind keine Seltenheit, aber leider wegen Qualitätsproblemen zum Nachteil der Patienten. Auch nimmt das Werben der Krankenhäuser um Patienten teilweise groteske Züge an und sind die Abwerbung von Chefärzten und die Ausweitung des Leistungsangebotes durch die Beschäftigung niedergelassener Ärzte an der Tagesordnung. Nicht das medizinisch Notwendige, sondern das, was lukrativ ist, bestimmt zunehmend die Zukunftsplanung von Krankenhäusern.

Abbau von Überversorgung

Das Land tut sich in dieser ökonomisch orientierten Welt schwer, klare Kriterien für eine abgestufte Krankenhausversorgung festzulegen und diese auch durchzusetzen. Dies ist juristisch nicht ganz einfach, wie aktuelle Entwicklungen auch auf der Bundesebene, z. B. bei der Versorgung mit Perinatalzentren, zeigen. Gerade wird dort – initiiert durch die Krankenhäuser – die Burg der Mindestmengen geschliffen. Auch fehlt der Mut, die in NRW vorhandenen enormen Überkapazitäten abzubauen. So beträgt der Bettenüberhang nach Berechnungen der Krankenkassen rund 13.500 Betten. Der Bettenauslastungsgrad in NRW ist mit 75,7 Prozent der drittniedrigste aller Bundesländer. Zwar ist nach Ansicht der zuständigen Landesministerin der Bettenabbau kein Ziel an sich, jedoch kommt auch die Landespolitik nicht an der Tatsache vorbei, dass es auch im stationären Bereich Phänomene der angebotsinduzierten Nachfrage gibt. Gerade die starke Zunahme der Hüft- und Kniegelenksprothesen ist nicht alleine alterungsbedingt zu erklären, wie der Krankenhaus-

report der BARMER GEK aus 2010 zeigt. Hier besteht die Gefahr, dass durch eine breite Indikationsstellung überversorgt wird. Auch die Auswertung eines Zweitmeinungsverfahrens der Techniker Krankenkasse in NRW bei Wirbelsäulen-Operationen lässt aufhorchen, wenn festgestellt wird, dass 80 Prozent der vorgeschlagenen Operationen überflüssig waren. Generell müssen sich vorhandene Überkapazitäten refinanzieren, was dann durch Fallsplitting, Wiederaufnahme und Fehlbelegungen erfolgt. Ein nicht belegtes Bett kostet ein Krankenhaus Geld, und damit besteht die Gefahr, dass die Betten mit Patienten belegt werden, auch wenn es die Diagnose nicht erfordert.

Es bleibt aber die Verpflichtung des Landes, dem freien Wirken der Krankenhäuser einen verbindlichen Rahmen zu geben, will es überhaupt noch seine Berechtigung für die Krankenhausplanung begründen. Aufgrund des fast vollständigen Rückzuges aus der Investitionsfinanzierung kann diese jedenfalls als hinreichender Grund nicht mehr angeführt werden.

Qualitätsvorgaben nötig

Der Verzicht des Landes auf eine gezielte Steuerung der Versorgungsangebote durch detaillierte Planungsvorgaben z. B. der Teilgebiete und Schwerpunkte birgt die Gefahr eines Verdrängungswettbewerbes unter den Krankenhäusern und des schleichenen Abbaus von Qualität. Auch wenn Auswertungen bezüglich der Ergebnisqualität bisher noch dünn gesät sind, ist es aus Sicht der Krankenkassen notwendig, mit strukturellen Qualitätsvorgaben entgegenzuwirken. Entsprechende Ansätze existieren zum Teil schon in anderen Bundesländern. So wurde in Hamburg die Akutversorgung von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten auf die Krankenhäuser konzentriert, die bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität, z. B. Vorhandensein einer Stroke-Unit, erfüllen. Ähnliche Ansätze existieren im Bundesland Bayern für den Bereich der Palliativversorgung. In Rheinland-Pfalz ist in der Gefäßchirurgie die Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie Voraussetzung für die Erbringung komplexer gefäßchirurgischer Eingriffe.

Die Ersatzkassen in NRW haben vor diesem Hintergrund deshalb gemein-

sam mit den anderen Verbänden und Kostenträgern Vorschläge für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung in die Verhandlungen eingebracht. Der Krankenhausplan sollte im Ergebnis die für die Versorgung erforderlichen Kapazitäten beschreiben, verbindliche Festlegungen des Versorgungsauftrags enthalten und die Grundlage für die Budgetverhandlungen bilden. Darüber hinaus sollte der Krankenhausplan eine verlässliche Informationsbasis für niedergelassene Vertragsärzte und Patienten im Sinne einer patientenorientierten Versorgung mit transparenten Versorgungsangeboten sein. Dazu ist u. a. folgendes notwendig: Grundsätzlich muss überall in allen Fachabteilungen die medizinische Diagnostik und Therapie unter Facharztstandard erfolgen – und zwar rund um die Uhr, 24 Stunden. In den großen Abteilungen Chirurgie, Innere, Orthopädie und anderen dürfte dies kein Problem sein. Darüber hinaus sind vor allem in speziellen medizinischen Bereichen besondere Anforderungen an die Versorgungsqualität zu stellen. Diese umfassen insbesondere Mindestvoraussetzungen an Struktur und Personal. Die personellen Mindestvoraussetzungen im ärztlichen Bereich, gemessen in Vollkräften, sind dabei nur mit eigenen, am Krankenhaus fest angestellten Ärztinnen und Ärzten zu erfüllen. Insbesondere in den bisherigen Teilgebieten Kardiologie und Gefäßchirurgie sowie Thoraxchirurgie sollten sich die Qualitätsstandards an den von medizinischen Fachgesellschaften erstellten Anforderungs- und Qualitätskriterien orientieren.

Ein weiteres geeignetes Feld für die Definition von Strukturanforderungen ist die Onkologie. So gelten beispielsweise im Bereich der hochspezialisierten ambulanten Versorgung in der Onkologie nach § 116b SGB V Strukturkriterien, während für den Bereich der stationären onkologischen Versorgung außer für die Brustzentren dergleichen nicht existiert. Dies ist sachlich und im Interesse der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar.

Von besonderer Bedeutung wird angesichts des demographischen Wandels auch die Geriatrie-Planung sein. Auch hier gibt es einen gewissen Wildwuchs bei der Erbringung geriatrischer Leistungen vor allem durch internistische Abteilungen. Die Planung muss sicherstellen, dass geriatrische Behand-

lungen nur durch geriatrische Teams unter fachärztlicher Leitung erbracht werden. Im Sinne der Qualität der Versorgung kann es zukünftig nicht mehr sachgerecht sein, dass eine internistische Abteilung ohne die entsprechenden Strukturvoraussetzungen geriatrische Behandlungen durchführt.

Es bleibt zu hoffen, dass sich die maßgeblichen Institutionen in NRW auf einen gemeinsamen Weg einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung verständigen können. Argumente von der Krankenhauseseite, dies sei juristisch nicht oder nur sehr begrenzt möglich, lassen aber befürchten, dass ein breiter Konsens nur bedingt möglich sein wird. Auch ist die Behauptung, dass Qualitätssicherung nur über den Gemeinsamen Bundesausschuss sinnvoll und möglich ist, falsch. Allein die Tatsache,

dass über die herkömmlichen Verfahren der stationären Qualitätssicherung nur etwa 20 Prozent aller Krankheitsfälle abgedeckt werden, lässt erkennen, wie groß der Bedarf und Spielraum für ergänzende Regelungen auf der Landesebene ist. Der rechtliche Rahmen hierfür ist durchaus gegeben. Ergänzende Qualitätsanforderungen sind im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig. Im Bereich der Brustzentren hat das Land NRW hiervon bereits zum Nutzen der Patientinnen Gebrauch gemacht. Dadurch wurde eine höhere Qualität in der Behandlung erreicht, auch unter Inkaufnahme weiterer Fahrwege für die Patientinnen. Hier wird das Augenmerk darauf zu richten sein, das Unterlaufen der Planung zu verhindern. Noch immer dürfen zu Lasten der Patientinnen – auch durch Festsetzung in

Schiedsstellenverfahren – nicht als OP-Standort ausgewiesene Abteilungen für Gynäkologie OP-Leistungen bei Brustkrebs erbringen. Hier muss das Verfahren so optimiert werden, dass Operationsleistungen auf die ausgewiesenen OP-Standorte begrenzt werden.

Ausblick

Es ist zu wünschen, dass gerade im bevölkerungsreichsten Bundesland nach langem Stillstand in der Krankenhausplanung auch gegen die Widerstände auf der Krankenhauseseite der Mut aufgebracht wird, den Hebel hin zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zum Wohle der Patientinnen und Patienten umzulegen. Die Krankenkassen sind bereit, hieran aktiv und mit großem Engagement mitzuwirken. ■