

Krankenhaus- versorgung 2020

Positionen der Techniker Krankenkasse
für Niedersachsen



Juni 2018

Vorbemerkung

In Niedersachsen existiert ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, das eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet. Hierbei ist der Anteil kleinerer, nicht spezialisierter Krankenhäuser überdurchschnittlich hoch. In den kommenden Jahren wird sich die Versorgungssituation der niedersächsischen Bevölkerung durch die demographische Entwicklung verändern. Vor allem ab dem Jahr 2020 ist mit einer zunächst noch langsamen, dann immer schnelleren, Abnahme der Bevölkerung zu rechnen; gleichzeitig wird sich die Altersstruktur deutlich zugunsten der Älteren verschieben. Dies stellt die medizinische Versorgung in unserem Flächenland vor besondere versorgungspolitische Herausforderungen. Die wirtschaftliche Entwicklung innerhalb Niedersachsens ist dabei nicht einheitlich. Es gibt Regionen, die boomen wie voraussichtlich Hannover, Cloppenburg oder Harburg und Regionen, die sich nicht so stark entwickeln wie der Harz. Für die Weiterentwicklung des Krankenhausmarktes müssen daher im Interesse der Patientinnen und Patienten passgenaue Lösungen für die Zukunft der einzelnen Regionen gefunden werden. Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat hier einige wichtige Voraussetzungen und Aspekte insbesondere zum Thema Qualität geschaffen.

1 Mehr Qualität und Transparenz zum Wohle der Patientinnen und Patienten

Ergebnisse aus wiederholten Patientenbefragungen unserer Kunden zeigen, dass die Krankenhäuser in Niedersachsen bestrebt sind, die Qualität in der Versorgung weiterzuentwickeln und sich kontinuierlich zu verbessern. Krankenhäuser nutzen die Rückmeldung zur subjektiven Patientenzufriedenheit für die tägliche Praxis und erhalten Impulse für eine Verbesserung der Krankenhausversorgung. Aus vielen persönlichen Gesprächen wissen wir, dass die Impulse genutzt werden.

Qualitätsindikatoren

Versichertenbefragungen stellen einen Teilaspekt der Qualitätssicherung dar. Ein weiterer Aspekt sind wissenschaftliche Ergebnisse aus Messungen zur Versorgungsqualität.

Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch darauf, dass wissenschaftliche Erkenntnisse konsequent eingesetzt werden. Entscheidungen über Markteintritte oder -austritte von Krankenhäusern sind aus diesem Grunde auch an qualitativen Standards im Hinblick auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auszurichten, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

(IQTiG) ist seit Januar 2016 für die gesetzlich verankerte externe Qualitätssicherung nach § 136ff. SGB V und § 137a SGB V zuständig und empfängt dabei Aufträge vom G-BA.

Der G-BA hat aufgrund von Vorschlägen des IQTiG Qualitätsindikatoren, die zukünftig für die Krankenhausplanung relevant sein werden, festgelegt. Es wurden Qualitätsindikatoren, bei denen eine Patientengefährdung vorliegen könnte, für drei Leistungsbereiche (gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie) als planungsrelevant festgelegt. Die Qualitätsindikatoren, einschließlich der mitzuliefernden Bewertungskriterien und Maßstäbe, sollen die Länder in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich eine im Vergleich mit anderen Krankenhäusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist. Diese Vorgehensweise sollte bei der niedersächsischen Krankenhausplanung umgesetzt werden.

Laienverständliche Informationen

Als weiteren Baustein der Qualitätssicherung erhalten Patienten zukünftig gesicherte und laienverständliche Informationen über die Behandlungsqualität sowie über Chancen und Risiken möglicher Therapien. Krankenhäuser, die qualitativ hochwertige Leistungen erbringen, erhalten ihrerseits einen Anreiz, sich im Wettbewerb positiv von der Konkurrenz zu differenzieren und könnten dafür besser vergütet werden. Die im KHSG angepassten Regelungen zu den Qualitätsberichten hin zu einer größeren patientenfreundlichen und laienverständlichen Lesbarkeit sind positiv. Als Teil der Qualitätsberichte sollte auch eine transparente Berichterstattung zur Hygienesituation der Krankenhäuser etabliert werden.

Spezialisierung und Schwerpunktbildung

Aktuell findet immer noch eine große Diskussion zur verabschiedeten Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen statt. Die Diskussion ist grundsätzlich genau richtig. Mutmaßlich benötigt man für die Zukunft wenige Zentren, die die Leistung qualitativ hochwertig und wirtschaftlich erbringen. Die Vorhaltung von zu vielen Einrichtungen ist aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen fraglich. Dieser Aspekt trifft generell für die Krankenhausversorgung zu. Qualität in der Krankenhausversorgung bedeutet mehr als das Vorhalten eines Komplettangebotes an wohnortnaher Versorgung. Für spezialisierte Leistungen ist es daher notwendig, den Begriff "wohnortnah" neu zu definieren. Unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Behandlung sind bestimmte Konzentrationen und Schwerpunktbildungen sinnvoll. Dazu ist es aus unserer Sicht sinnvoll, im niedersächsischen Krankenhausrecht die Möglichkeit zu schaffen, ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan heraus nehmen zu können. Scheiden Krankenhäuser aufgrund qualitativer oder wirtschaftlicher Aspekte tatsächlich beispielhaft im Zuge einer Insolvenz aus dem Markt aus, können geeignete Maßnahmen getroffen werden, um negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung auszuschließen, z.B. durch entsprechende Regelungen zur Notfallversorgung in der Krankenhausplanung. Um die Versorgungsstrukturen in Regionen mit Überkapazitäten anzupassen, können die Mittel aus dem Strukturfonds genutzt werden.

Notfallversorgung

Nach rund zwei Jahren der Beratung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im April 2018 sein Konzept zur Gestaltung einer gestuften Notfallversorgung präsentiert. Der G-BA unterscheidet drei Stufen der Notfallstrukturen an Krankenhäusern. Je nach Art und Umfang der strukturellen, personellen und medizinischen-technischen Vorhaltungen geht es um Strukturen für eine Basisnotfallversorgung (Stufe 1), erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder umfassende Notfallversorgung (Stufe 3). Dazu hat der G-BA für jede Stufe Mindestanforderungen festgelegt, insbesondere zu der Art und der Anzahl von Fachabteilungen, der Anzahl und der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie dem zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen. Die Regelungen des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern dienen als Grundlage für die Vereinbarung von gestaffelten Zuschlägen für die Krankenhäuser, die die Mindestanforderungen einer der drei Stufen erfüllen.

Die Höhe der Zuschläge wird nicht vom G-BA festgelegt, sondern von den Vertragspartnern auf Bundesebene vereinbart.

Die stationäre Notfallversorgung in ein Stufenmodell zu überführen ist aus unserer Sicht ein vernünftiges Vorhaben und gleichzeitig auch die Basis für eine umfassende Reform, die letztlich überfällig ist. Aufgrund der Berücksichtigung von Mindestvorgaben ist nicht zu erwarten, dass es zu einem breiten 'Krankenhaussterben' kommt. Die Veränderungen, die sich durch die Regelungen ergeben sind zu beobachten und ggf. ist es sinnvoll, die Entwicklungen zu gegebener Zeit zu evaluieren.

Qualitätsverträge

Wir befürworten auch die Möglichkeit über Qualitätsverträge Qualitätsaspekte in die Vergütung der Leistungen (Pay for Performance) einzubeziehen. Hierfür wurden die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen. Der G-BA hat nun den Auftrag, die Details dazu zu formulieren.

Kritisch sehen wir allerdings die Abschläge bei schlechter Qualität der Krankenhausleistung.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können derzeit im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung unabhängig ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit angewandt werden, was eine Gefahr für die Patientensicherheit darstellen kann. Aus diesem Grund sprechen wir uns dafür aus, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zunächst in ausgewählten Innovationszentren wie z.B. der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) oder der Universitätsklinik Göttingen einzuführen. Diese Zentren wären verpflichtet, den Nutzen, die Wirksamkeit und den Mehrwert neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu überprüfen, bevor diese in die Regelversorgung aufgenommen werden. Die Innovationszentren müssten im Krankenhausplan als solche ausgewiesen werden.

2 Gestuftes Versorgungskonzept vor dem Hintergrund von Strukturwandel und ländlicher Versorgung

Eine hochwertige Versorgung in Niedersachsen erfordert Angebotsstrukturen, die an den regionalen Gegebenheiten ausgerichtet sind.

Der durch die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems für diagnosebezogene Fallgruppen (**diagnosis related groups**) beabsichtigte Strukturwandel in der Krankenhausversorgung hat auch nach mehr als einem Jahrzehnt der DRG-Einführung in Niedersachsen noch nicht durchgreifend stattgefunden. Der Krankenhaus Rating Report des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) sieht in einer Marktberreinigung eine wesentliche Möglichkeit der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Gerade nicht spezialisierte kleine Krankenhäuser haben aktuell wirtschaftliche Probleme. Daher sollte aus unserer Sicht im Krankenhausplanungsausschuss auch über die bessere Abstimmung der Leistungen der Krankenhäuser gesprochen werden, um eine stärkere Spezialisierung zu erreichen und dadurch die Wirtschaftlichkeit und Qualität zu erhöhen. Eine Krankenhausfachplanung wie im Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) vorgesehen könnte hierbei unterstützend wirken.

2a. Sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung

Die Versorgungslage im Flächenland Niedersachsen wird sich in den nächsten Jahren verändern. Es besteht die Sorge, dass sich in Zukunft ein Mangel an ambulant tätigen Ärzten im ländlichen Raum entwickeln wird. Die Landesregierung möchte vor diesem Hintergrund die sektorenübergreifende Versorgung weiter stärken. Dieses begrüßen wir! Es ist dabei aus unserer Sicht notwendig, den ambulanten Sektor bei der Krankenhausplanung in die Betrachtung mit einzubeziehen und den Bedarf an stationären und ambulanten Versorgungsleistungen einer Region zukünftig sektorenübergreifend nach bundesweit einheitlich festgelegten Kriterien zu ermitteln.

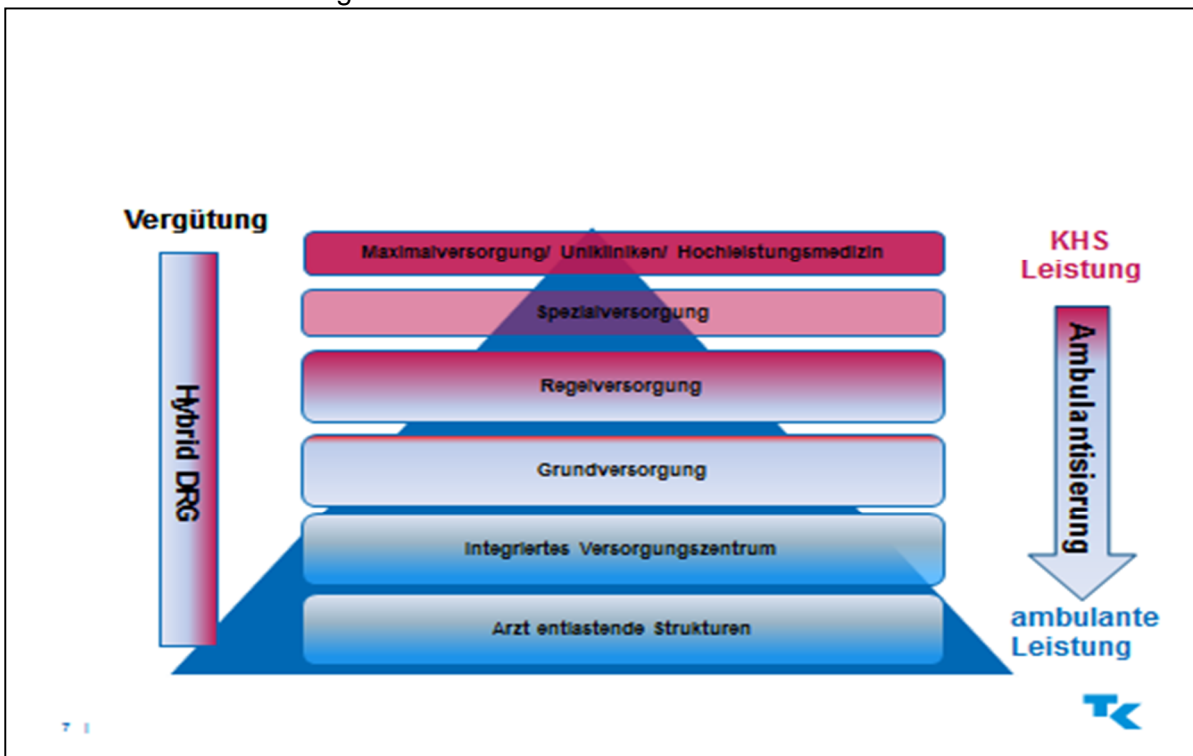
Hierauf baut eine sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung auf. Diese bedarf auch erweiterter Mitspracherechte der Selbstverwaltung.

Es muss das Prinzip gelten: Leistungen der Grund- und Notfallversorgung müssen in allen Regionen flächendeckend und patientennah zur Verfügung gestellt werden. Je weniger spezialisiert das erforderliche medizinische Fachwissen für eine Behandlung ist, desto kürzer kann und soll der Weg sein, um diese Behandlung zu erreichen. Spezialisierte oder hochspezialisierte Leistungen werden dementsprechend zentralisiert vorgehalten.

Krankenhäuser, deren Versorgungsspektrum einen hohen Anteil an Leistungen umfasst, die an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung liegen, können sich zukünftig in der Form eines neu zu etablierenden "Integrierten Versorgungszentrums (IVZ)" aufstellen. Diese eignen sich insbesondere zur sektorenübergreifenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung in unterversorgten Gebieten. Innerhalb dieser neuen Versorgungsstufe wird ein Großteil bedarfsnotwendiger Facharzd Disziplinen für eine ambulante Behandlung vorgehalten. Gleichzeitig ist durch eine ausreichende medizinisch-technische Ausstattung die stationäre Grundversorgung sichergestellt. Patienten, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, werden in diesen Krankenhäusern erstversorgt und anschließend weiterverlegt.

Im Vergleich zur heutigen stationären Versorgung ergeben sich durch die Etablierung von IVZ differenziertere, am jeweiligen medizinischen Bedarf orientierte Versorgungsstufen.

Strukturelle Flexibilisierung



Legende:

- Maximalversorgung / Unikliniken /
Hochleistungsmedizin (Innovation, NUB-Leistungen,
hochspezialisierte Leistungen, überregionaler
Dienstleister in Ballungsgebieten ...)

- Spezialversorgung (eine hochspezialisierte Leistung
wird überregional zur Verfügung gestellt, z.B.
Psychiatrie, Kardiologie, Herzchirurgie)

- Regelversorgung (Notfallversorgung, ambulante
fachärztliche Versorgung /Rettungsdienst Sicherstellung
der stationären Grundversorgung)

- Grundversorgung (Notfallversorgung, Sicherstellung der stationären
Grundversorgung, Sicherstellung RD, bei Unwirtschaftlichkeit
Möglichkeit der Umwandlung in integriertes Versorgungszentrum)

- integriertes Versorgungszentrum (Notfallversorgung, ambulante
ärztliche Sicherstellung, ambulante fachärztliche Versorgung,
Rettungsdienst)

Arzt entlastende Strukturen (AGNES II, Delegationsmodelle)

2b. Finanzierung strukturverändernder Versorgungskonzepte

Die IVZ benötigen eine sektorenübergreifende Vergütungsmöglichkeit. Dazu sollen neu zu kalkulierende "Hybrid DRGs" eingeführt werden. Das sind Fallpauschalen für minderschwere Leistungen, die unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, in gleicher Höhe vergütet werden. Die Kalkulation dieser "Hybrid-DRGs" sollte im Auftrag der Selbstverwaltung durch das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) erfolgen. So entsteht ein eigener Entgeltkatalog, der als Leistungsbeschreibung, je nach Vertragsform für kollektive - oder selektive - Verträge genutzt werden kann.

Die Vorteile der Hybrid DRGs bestehen darin, dass bei der Wahl des Behandlungssektors finanzielle Aspekte in den Hintergrund treten. Weiterhin können durch "Hybrid-DRGs" bestehende Konfliktfelder in der Krankenhausrechnungsprüfung reduziert werden.

Die bisher angewendeten DRGs in Krankenhäusern werden weiterhin Bestand haben, ebenso die Vergütungen der ambulant tätigen Ärzte. Die Hybrid-DRGs stellen ein ergänzendes sektorenübergreifendes Vergütungsmodell dar. Wir testen es in einem ersten Schritt in einer Erprobungsphase in Thüringen bei den Indikationen Kreuzbandverletzungen, Leistenbrüchen, Krampfadern und dem Karpaltunnelsyndrom. Wichtig ist zudem eine umfassende Qualitätssicherung mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Sicherstellungszuschläge

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Regelungen beschlossen, nach denen Krankenhäuser und Krankenkassen seit 1.1.2017 sogenannte Sicherstellungszuschläge vereinbaren. Bundeseinheitlich festgelegt wurden die Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses, die Auswirkungen unzureichender Qualität sowie die Überprüfung der Zuschlagsfähigkeit durch die zuständigen Landesbehörden. So definiert der G-BA eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn durch die Schließung des Krankenhauses zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner, Pkw-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen (Betroffenheitsmaß). Eine Ausnahmereglung ist für besonders dünn besiedelte Regionen – bei unter 50 Einwohnern je Quadratkilometer – vorgesehen. Hier kann das Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 Einwohner abgesenkt werden.

In Niedersachsen erreichen mehr als 95 Prozent der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung (mit den Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin) innerhalb von 30 Pkw-Minuten. Neu ab 2019 ist die Möglichkeit zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für die Fachabteilung Geburtshilfe/Gynäkologie.

Die Erweiterung des Sicherstellungszuschlags um die Geburtshilfe ist aus unserer Sicht im Sinne einer wohnortnahen Versorgung nachvollziehbar. Wichtig dabei ist es, dass aufgrund der geringen

Anzahl an Geburten in diesen Krankenhäusern, die Qualität der Versorgung kritisch beobachtet wird. So bleibt eine hochwertige medizinische Versorgung in der Fläche gewährleistet.

Aus TK-Sicht sollten die Sicherstellungszuschläge für unterversorgte Regionen insgesamt befristet werden. Kapazitäten in überversorgten Regionen müssen im Gegenzug abgebaut werden.

3 Leistungsgerechte Vergütung

Die mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems weiteren verfolgten Ziele wie leistungsgerechte Vergütung sowie Transparenz wurden weitestgehend erreicht.

Seit dem Jahr 2010 konvergieren die Landesbasisfallwerte an den Bundesbasisfallwertkorridor. Seit dem Jahr 2014 erfolgt grundsätzlich eine volle Angleichung der Landesbasisfallwerte an den Korridor. Sachlich gibt es weder für den Korridor noch für dessen asymmetrische Ausgestaltung einen Grund. Die Differenz zwischen den einzelnen Landesbasisfallwerten hat sich als Folge dieser Angleichung bereits stark verringert.

Unabhängig von der Beibehaltung der Landesbasisfallwerte oder einer bundesweit einheitlichen Anwendung eines Bundesbasisfallwertes plädieren wir für eine zukünftig empirische Ermittlung des Bundesbasisfallwertes. Damit könnte eine objektive, auf Grundlage der Kostendaten der Krankenhäuser beruhende Berechnungsgrundlage für die weitere Entwicklung des Bundesbasisfallwertes bzw. der Landesbasisfallwerte geschaffen werden. Eine solche Methodenänderung zur Ermittlung des Bundesbasisfallwertes ist folgerichtig und würde im Gegensatz zu der derzeit zu zwei Dritteln auf Historie beruhenden Grundlage zu mehr bundesweiter Preisgerechtigkeit für die Krankenhäuser führen.

An diese Entwicklung muss auch eine bundesweit gleichwertige Investitionsquote in den Ländern geknüpft sein. Auf Basis der Krankenhausplanung erstellen die Bundesländer ihre Investitionsprogramme. Seit Jahren kommen die Länder ihrer Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser allerdings nur unzureichend nach.

In Niedersachsen existiert ein Investitionsstau in Milliardenhöhe. Die Landesregierung hat aus diesem Grund ein zusätzliches Investitionsförderprogramm aufgelegt. Das ist ein Anfang. Da keine Vollfinanzierung der Investitionsvorhaben durch das Land erfolgt, setzen die Krankenhäuser Eigenmittel dafür ein. Diese Gelder müssen aus den Betriebsmitteln, die die Krankenkassen zur Verfügung stellen, zweckentfremdet finanziert werden. Zusätzlich belasten die Zinszahlungen in Millionenhöhe und Abschreibungen das laufende Betriebsergebnis der Kliniken und suggerieren eine Unterfinanzierung des Landesbasisfallwertes, die nicht besteht, da für die Finanzierung der Investitionsmittel nicht die Krankenkassen zuständig sind.

Für die zukunftsfähige Aufstellung der Krankenhäuser ist auch eine Digitalisierungsstrategie wichtig. Diese sollte sich im Investitionsprogramm des Landes widerspiegeln.

Aus TK-Sicht sollten mindestens 10 Prozent der investiven Mittel zur Förderung der Digitalisierung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden.

Digitalisierung kann zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität vor Ort beitragen. Dies zeigt beispielsweise der Einsatz von Telemedizin bei Schlaganfällen durch die Vernetzung kleinerer und größerer Versorgungseinheiten wie es z.B. an der MHH und in der Region Osnabrück praktiziert wird.

Anpassung der Pflegepersonalkostenvergütung

Die CDU und die SPD wollen laut Koalitionsvertrag die Pflegekosten im Krankenhaus aus den DRG herausrechnen. Die Krankenhausvergütung soll auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt werden. Das Herauslösen der Pflege aus dem DRG-System ist komplex. Neben einer Definition, was Pflege im Krankenhaus ist, ist auch eine ganz

grundsätzliche Debatte über die „gesamte Gesetzgebung, die um das DRG-System als Fallpauschalensystem konzipiert worden ist zu erwarten.

Aus Sicht der TK ist bei der geplanten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs eine leistungsgerechte Ausgestaltung der Pflegepersonalkostenvergütung notwendig, die sich am konkreten Pflegebedarf des einzelnen Behandlungsfalles orientieren muss. Die Summe der Pflegebedarfe ergibt dann den gesamten individuellen Pflegebedarf einer Klinik. Hierzu ist es unerlässlich, Kriterien festzulegen, die diesen Pflegebedarf definieren. Die Vorstellung der TK ist, dass der Pflegebedarf mit der Kodierung einer Erkrankung verknüpft werden muss. Die Differenzierung des aktuellen DRG-Systems nach Schweregrad und Verweildauer darf im künftigen Pflegepersonalkostenansatz nicht aufgegeben werden. So könnte möglichst nahe an der etablierten DRG-Systematik eine Realisierung ermöglicht werden ohne dabei einen generellen Systembruch des allseits anerkannten deutschen DRG Systems herbeizuführen.

Leistungsabhängiges Vergütungssystem in Psychiatrie planmäßig einführen

Im November 2016 wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) beschlossen, durch welches die Versorgung psychisch kranker Menschen optimiert und an die speziellen Erfordernisse der Kliniken und Patienten angepasst wird. Seit 2018 müssen alle psychiatrischen Krankenhäuser nach dem neuen Vergütungssystem abrechnen.

Regelungen sind u.a., dass Kliniken auch in Zukunft ihr eigenes Budget verhandeln können, um besser auf regionale und strukturelle Besonderheiten einzugehen.

Mit dem Gesetz wird außerdem eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vorgenommen: die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System).

Ziel ist eine leistungsorientierte Finanzierung, die die Transparenz über die Versorgung verbessern soll. Die Ausgestaltung des Entgeltsystems erfolgt weiter als Budgetsystem.

Die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) stellt einen ersten Schritt hin zu einer Vergütung des tatsächlichen Behandlungsaufwands dar. Die Vergütung stationärer psychiatrischer Leistungen orientiert sich künftig stärker an G-BA-Qualitätsvorgaben und an der Einhaltung von Personalstandards. Die TK sieht darin ein wichtiges Signal für die Verlässlichkeit der Politik.

Für eine sinnvolle und bedarfsgerechte Verzahnung von stationären und ambulanten Leistungsangeboten sind jedoch weitere Maßnahmen nötig. So soll die Vergütung beispielsweise weiterhin nach einem krankenhausindividuellen Budgetsystem erfolgen. Damit wird auf der Vergütungsebene auf direkt wirksame Leistungsanreize verzichtet. Auch eine Angleichung der Vergütungsstrukturen auf Landesebene wird es zunächst nicht geben. Die Verhandlungen erfolgen weiterhin vor Ort. Es ist daher umso wichtiger darauf hinzuwirken, dass die Budgetverhandlungen nach einheitlichen Kriterien erfolgen.

4 Psychiatrische Versorgung

Die Krankenkassen verzeichnen stark steigende Ausgaben im Bereich der psychiatrischen Krankenhausversorgung. Die TK versucht daher einen eigenen Weg zu gehen, um die Versorgung der psychisch Kranken zu verbessern. Seit April 2009 bietet die TK in Niedersachsen mit einem psychiatrischen Netzwerk ein Versorgungskonzept für Menschen mit psychischen Erkrankungen an. Ziel ist, die Patienten so weit zu unterstützen, dass sie trotz ihrer Erkrankung im gewohnten familiären, beruflichen und sozialen Umfeld bleiben können - ambulant statt stationär. Im Mittelpunkt stehen die durch ein gemeindepsychiatrisches Behandlungsteam sichergestellte Betreuung zu Hause sowie die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit. Seit dem Start des Angebots in Niedersachsen

haben sich über 1.000 Menschen mit psychischen Erkrankungen in das Netzwerk eingeschrieben, bundesweit etwa 10.000. Auswertungen der TK haben gezeigt, dass 62 Prozent der Befragten mit ihrer Krankheit durch die Teilnahme an einem psychiatrischen Netzwerk besser umgehen können und dass sich bei jedem Zweiten der Gesundheitszustand verbessert hat. Fast ein Viertel nimmt weniger Psychopharmaka ein und etwa ein Drittel hat das Netzwerk anstatt des Krankenhauses genutzt. Dieses Beispiel der TK zeigt auf, dass es sinnvoll ist, die gemeindenahe Versorgung auszubauen.

Ein Problem in der stationären psychiatrischen Versorgung war bisher darüber hinaus, dass zwar einerseits die Krankenkassen in der Verpflichtung stehen, Personalaufstockungen aufgrund einer Psychiatrie-Personalverordnungs-Berechnung der Krankenhäuser nachzukommen. Andererseits aber keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Nachweis hatten, dass das vereinbarte Personal auch tatsächlich vorgehalten wird. Dies ist ein wichtiger Punkt, der gesetzlich einer klärenden Form und anschließenden konsequenten Umsetzung bedarf.

5 Geriatrie

Die stationäre altersmedizinische Versorgungsstruktur in Niedersachsen mit Integration von Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation in "Geriatrischen Zentren" unterscheidet sich von den meisten Konzepten anderer Bundesländer. In der Regel wird die Geriatrie entweder nur im Krankenhaus oder ausschließlich bzw. überwiegend in Rehabilitationseinrichtungen angesiedelt. Ziel einer geriatrischen Behandlung ist in erster Linie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Erhalt von möglichst viel Selbständigkeit im höheren und hohen Lebensalter. Ein Umzug in ein Pflegeheim sollte verhindert oder zumindest hinausgezögert werden.

Hierzu wurden in nahezu allen Bundesländern Geriatrie Konzepte entwickelt. Aufgrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen Änderung der Altersstruktur der Patienten sollte sich allerdings grundsätzlich jedes Krankenhaus in Niedersachsen auf dieses Klientel in der allgemeinen Behandlung einstellen. Für die Bildung von Fachabteilung bedeutet das aus unserer Sicht, dass nicht in jedem allgemeinen Krankenhaus eine Fachabteilung Geriatrie notwendig ist, sondern dass sich landesweit spezielle geriatrische Zentren für besonders aufwändige Fälle in der Akutgeriatrie und Rehabilitation herausbilden.

Diese geriatrischen Zentren sind für komplexe Anforderungen sinnvoll, um die Leistung zu fokussieren und damit die Qualität und die Wirtschaftlichkeit in den Mittelpunkt zu stellen.

6 Hygiene

Die Diskussion über die Hygiene in Krankenhäusern ist nicht neu und bewegt seit Jahren auch das niedersächsische Gesundheitswesen. Ein professionelles Hygienemanagement senkt das Risiko von Infektionen mit Krankenhauskeimen. Die Behandlung der Patienten wird sicherer.

Umfassende gesetzliche Regelungen zur Hygiene existieren bereits: So wurde im Jahr 2011 eine Anpassung des Infektionsschutzgesetzes vorgenommen. Außerdem wurde die Rolle des Robert-Koch-Instituts gestärkt. Die Empfehlungen der dort ansässigen Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sind Grundlage der länderspezifischen Hygieneverordnungen. Auch Niedersachsen hat anhand dieser Grundlage bis Ende 2012 Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. In den Verordnungen werden Infektionen befasst und bewertet und die hygienischen Mindestanforderungen und das benötigte Fachpersonal festgeschrieben.

Um die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, die Anforderungen im Bereich Hygiene umzusetzen, wurden im Jahr 2013 Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz beschlossen. Ziel war es, schnell das notwendige aufzustocken sowie die Fort- und Weiterbildung zu fördern.

Für eine verbesserte Transparenz und Qualitätssicherung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Kriterien zur Messung der Hygienequalität zu definieren. Die Ergebnisse sollen in die Qualitätsberichte aufgenommen werden. Die Hygienesituation in den Kliniken soll so vergleichbar gemacht werden.

Diese vom Gesetzgeber bereits beschlossenen Regelungen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene werden von der TK ausdrücklich begrüßt. Allerdings reichen diese nicht aus. Beispielsweise gibt es keine unabhängige Institution, die konsequent die Einhaltung der vorgegebenen Richtlinien überwacht.

Um die Infektionsraten in deutschen Krankenhäusern zu reduzieren, sieht die TK insbesondere in den Bereichen Transparenz und Dokumentation sowie beim Anreizsystem weiteren Handlungsbedarf.

Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Angaben der Krankenhäuser wirksam überprüfen zu können. Gleichzeitig sind Anreize zu setzen, die eine hohe Transparenz belohnen. Nur so kann der Weg in eine andere Fehlerkultur beschriftet werden.

Wünschenswert wäre zudem innerhalb der weiteren Entwicklung eine sektorenübergreifende Betrachtung der MRE-Problematik. Dazu sollten die Melde- und Dokumentationspflichten auf andere Institutionen wie z.B. Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und andere ambulante Leistungserbringer ausgeweitet werden. Gleichzeitig sollten die Gesundheitsämter mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden, um als Kontrollinstanz wirken zu können. Für Einrichtungen, die die vorzulebenden Hygienerichtlinien nicht einhalten, sollen Sanktionsmechanismen greifen können.

Ausblick

Wir verstehen unsere Positionen als Arbeitsauftrag, gemeinsam mit allen Akteuren im Gesundheitswesen in Niedersachsen auch zukünftig eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen. Die bestehenden sektoralen Grenzen zwischen den Versorgungsbereichen zu überwinden und die Versorgungsstrukturen auch an die regionalen Gegebenheiten anzupassen, stellen dabei die größten versorgungspolitischen Herausforderungen dar. Daran wollen wir aktiv mitwirken, denn eine hohe medizinische und pflegerische Versorgungsqualität zu erhalten, ist für uns von übergeordneter Bedeutung.

Im Mittelpunkt aller Bemühungen muss die Qualität der medizinischen Versorgung stehen. Oberstes Ziel ist es, die Patientensicherheit zu erhöhen. Dabei kommt es aus unserer Sicht darauf an, die bereits bestehenden Instrumente zur Qualitätssicherung (z.B. Risikomanagement-Systeme, Vorgaben des G-BA) entsprechend umzusetzen.

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Niedersachsen
Inken Holldorf
Schillerstr. 23
30159 Hannover

Tel. 05 11 - 30 18 53 - 0
Fax 05 11 - 30 18 53 - 30
E-Mail lv-niedersachsen@tk.de
www.tk.de/lv-niedersachsen