

6. Einrichtungen des Gesundheitswesens

6.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

6.1.7 Stationäre medizinische Versorgung - Krankenhausplanung

6.1.7.1 Krankenhausplan und Versorgungsangebot der Krankenhäuser

Umsetzung des Krankenhausplanes 1999 und seine erneute Fortschreibung

Der Planungshorizont des aktuellen, im Jahr 2003 fortgeschriebenen Krankenhausplans war zum Ende des Jahres 2005 erreicht. Zum Stichtag 31.12.2005 wurde das geplante Krankenhausversorgungsangebot nahezu vollständig umgesetzt (vgl. Tab. 6.2.12).

Das derzeit erkennbare Veränderungspotenzial in der Berliner Krankenhauslandschaft und Weiterentwicklungen in der Medizin begründen die Notwendigkeit, den Krankenhausplan erneut fortzuschreiben. Zu nennen sind hier beispielsweise die anstehenden Veränderungen in der Hochschulmedizin in Richtung stärkerer Konzentration der Kapazitäten auf die Erfordernisse von Forschung und Lehre und die zunehmende Berücksichtigung stationärsersetzender Maßnahmen.

Veränderungen in der Hochschulmedizin eingearbeitet in die Krankenhausplanung

Die krankenhauserische Umsetzung des jetzt erkennbaren Veränderungspotenzials soll bis zum Jahr 2008 erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt wird das DRG (Diagnosis Related Groups)-Fallpauschalensystem zur Vergütung von Krankenhausleistungen nahezu seine volle Wirksamkeit entfaltet haben. Der Übergangszeitraum bis zum Abschluss der DRG-Konvergenzphase im Jahr 2009 erforderte eine Anpassung der inhaltlichen und methodischen Vorgehensweise bei der Krankenhausplanung.

Dieser Prozess wird gemeinsam mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten gestaltet. Zu diesem Zweck hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz einen planungsbegleitenden Ausschuss eingerichtet, in dem Krankenhausträger, Krankenkassen und die Planungsbehörde vertreten sind.

Grundsätzlich soll bezüglich der allgemeinen Planungsgrundsätze der schon mit der Fortschreibung 2003 des Krankenhausplans eingeschlagene Weg fortgeführt werden. Die *direkte Verantwortung von Krankenhäusern und Krankenkassen* wird weiter gestärkt werden. Festlegungen zur Ausgestaltung des Versorgungsauftrages unterhalb der Regelungsebene des Krankenhausplans bleiben zunehmend den Vertragsparteien vorbehalten und werden an Bedeutung gewinnen. Es wird das Ziel verfolgt, die Regelungstiefe des Krankenhausplans weiter zurückzunehmen (verringert Ausweis von Subdisziplinen).

Die künftige Krankenhausplanung wird zunehmend eine *Steuerungswirkung auch unter Qualitätsaspekten* entfalten. Die Qualität der medizinischen Leistungsangebote muss dabei im Interesse der Patientinnen und Patienten transparenter werden.

Das Versorgungsangebot der Krankenhäuser Berlins am 31.12.2005

Versorgungsangebot
Berliner Kranken-
häuser im Juni 2005:
6,54 Betten
je 1.000 Einwohner

Zum Stichtag 31.12.2005 wurden im Land Berlin 85 Krankenhäuser (bzw. Einrichtungen) mit insgesamt 22.147 *Betten* betrieben (vgl. Tabellen 6.2.10 und 6.2.11). Das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,54 Betten je 1.000 Einwohner. In der Einrichtungszahl enthalten sind Doppelzählungen des Deutschen Herzzentrums Berlin, der Augenklinik Marzahn, der Diabetes Tages- und Nachtambulanz, der Klinik für Minimal Invasive Chirurgie (MIC), des Parksanatoriums Dahlem und der Westklinik Dahlem mit jeweils einem in den Krankenhausplan sowie einem nicht in den Krankenhausplan aufgenommenen Teil.

In den Krankenhausplan aufgenommen sind 48 Krankenhäuser. Die Zahl der außerhalb des Krankenhausplanes betriebenen Krankenhäuser erhöhte sich um 7 auf insgesamt 37 Einrichtungen (einschließlich 2 Sonderkrankenhäuser).

Auf Einrichtungen, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind, entfielen zum Stichtag 31.12.2005 452 Betten (ohne Sonderkrankenhäuser).

Die Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten wurde im Berichtszeitraum um 1.112 von 22.275 auf 21.163 *Betten reduziert* (Stand 30.6.2003 bzw. 31.12.2005) (vgl. Tabelle 6.2.12).

Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten - gegliedert nach *Trägerbereichen* - stellten sich am 30.06.2003 und 31.12.2005 wie aus Tabelle 6.5 ersichtlich dar.

Die anteiligen Verschiebungen vom freigemeinnützigen zum privaten Sektor sind zum großen Teil bedingt durch die Übernahme der Trägerschaft der Zentralklinik Emil von Behring durch die Helios Kliniken GmbH und dem Wechsel der Zuordnung des Sana Klinikums Lichtenberg.

Tabelle 6.5:

In den Krankenhausplan aufgenommene Betten in Berlin am 30.06.2003 und 31.12.2005 nach Trägerbereichen

Trägerbereich	Krankenhausplanbetten			
	am 30.06.2003		am 30.06.2005	
	absolut	%	absolut	%
freigemeinnützig	10.202	45,8	8.815	41,7
öffentlich (ohne universitär)	6.402	28,7	5.859	27,7
privat	2.198	9,9	3.249	15,4
universitär	3.473	15,6	3.240	15,3
insgesamt	22.275	100,0	21.163	100,0

(Datenquelle: SenGesSozV - II F -)

6.1.7.2 Steuerung der Krankenhausversorgung über Bedarfs- und Qualitätskriterien Beispiel Kardiologie: Neugestaltung der kardiologischen Versorgung

Neue Wege der Berliner Krankenhausplanung - wachsende Bedeutung von Transparenz und Qualität

Die Berliner Krankenhausplanung erfolgte im Vergleich der Bundesländer seit 1993 sehr feingliedrig. Diese *hohe Regelungsdichte* wurde im Verfahren der Fortschreibung des Krankenhausplans 1999 im Jahre 2003 einer *kritischen Überprüfung* unterzogen. Insbesondere in methodischer Hinsicht wurden mit dieser Fortschreibung neue Akzente gesetzt, die als eine erste Reaktion auf die veränderten Rahmenbedingungen und die verbesserte Datengrundlage infolge der Einführung des DRG-Vergütungssystems verstanden werden können.

Mit der Einführung der fallpauschalierten Vergütung kommen *Wettbewerbsselemente in der Krankenhausversorgung* stärker zum Tragen. In diesem Zusammenhang wird zunehmend die Forderung nach Rückzug des Staates erhoben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde dies jedoch noch nicht in die Wege geleitet - die duale Finanzierung und damit auch die Planungszuständigkeit der Länder - wurde beibehalten. Deshalb wird für eine Beschränkung der Krankenhausplanung auf eine noch näher zu bestimmende Rahmenplanung plädiert, die jedoch unverändert gewährleisten muss, dass die Länder ihren *Auftrag zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung* erfüllen können.

Bei der Neuorientierung der Berliner Krankenhausplanung wurde zunächst als Einstieg in diese Problematik die Regelungstiefe des Krankenhausplans verringert. Für die Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie wurde auf den Ausweis der Subdisziplinen Kardiologie, Gastroenterologie und Viszeralchirurgie verzichtet. Mit der Rücknahme der Regelungstiefe der Planungen wurde die Verantwortung für eine Binnendifferenzierung innerhalb der großen Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin in Berlin zu einem Großteil den Vertragsparteien übertragen.

Verringerung der Regelungstiefe des Berliner Krankenhausplans im Zuge der Neuorientierung

Die in diesem Zusammenhang geführten Diskussionen haben gezeigt, dass der Verzicht auf staatliche Planungsvorgaben kein Vakuum entstehen lassen darf. An Stelle der Planung müssen *andere Instrumente* greifen, die die erforderliche *Steuerungswirkung für die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung* entfalten.

Einer *höheren Transparenz im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser* sowohl für Patientinnen/Patienten als auch für einweisende Ärztinnen/Ärzte kommt hierbei besondere Bedeutung zu. Sie wird letztlich zu einem rationaleren Inanspruchnahmeverhalten beitragen.

Daneben sieht der Gesetzgeber vor, dass *Krankenhäuser und Kostenträger ergänzende Vereinbarungen* treffen können, wenn der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Leistungsstruktur des Krankenhauses enthält (§ 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Der Vorteil derartiger Vereinbarungen wird darin gesehen, dass dieses Instrumentarium

- flexibler gehandhabt werden kann, da die Vertragsparteien näher am Versorgungsgeschehen sind und
- eine differenzierte Bindung von Versorgungsentscheidungen an qualitative Voraussetzungen und Bedarfskriterien ermöglicht.

Nach der beschriebenen Verringerung der Regelungstiefe des Berliner Krankenhausplans im Jahr 2003 wurden gemeinsam mit den Kostenträgern - beispielhaft für die Kardiologie - Verfahrensschritte erprobt, die den Abschluss ergänzender Vereinbarungen vorbereiten und begleiten sollen.

Versorgungssituation in der Kardiologie

Die Analyse der kardiologischen Versorgungssituation ergab einige Hinweise auf die Notwendigkeit zur Neugestaltung der kardiologischen Versorgung.

Insgesamt gab es in Berlin im Jahr 2003 rund 1.400 ordnungsbehördlich genehmigte kardiologische Krankenhausbetten. Das entspricht einer Bettendichte von 4,3 Betten je 10.000 Einwohner (Bundesdurchschnitt 2,1 je 10.000 Einwohner). Zwischen den einzelnen Bundesländern fällt eine außerordentlich hohe Schwankungsbreite von 0,9 bis 4,3 Betten je 10.000 Einwohner auf. Offensichtlich gibt es unterschiedliche Herangehensweisen bei der Zuordnung der internistischen Betten zum Teilgebiet Kardiologie.

Große Unterschiede im Angebot kardiologischer Krankenhausbetten in den Bundesländern

Kardiologische Abteilungen dienen der qualifizierten Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten (HKK; Kapitel IX der ICD 10). Deshalb konzentrierte sich die Analyse auf die Versorgungssituation der Patientinnen/Patienten mit HKK.

Es war insbesondere zu klären, welche Bettenkapazität tatsächlich für die Krankenhausbehandlung von diesen Patientinnen/Patienten benötigt wird und in welchen Fachabteilungen Betten für die Behandlung von HKK in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus interessierte die Frage, wie sich die Versorgungsaufgaben bzw. die Diagnose- und Behandlungsspektren zwischen den kardiologischen und den übrigen internistischen Abteilungen unterscheiden.

Für entsprechende Analysen steht seit dem Jahre 2003 - wie oben bereits erwähnt - den Bundesländern eine *umfangreiche Datenbasis, die Leistungsumfang und Leistungsart jeder Krankenhausabteilung* differenziert abbildet, zur Verfügung. Diese Daten werden jährlich gemäß § 21 Absatz 3 Nr. 3 KHEntgG vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Ländern für Planungszwecke übermittelt.

Behandlungssituation
bei HKK in Berliner
Krankenhäusern:
1.700 belegte
Betten täglich

Insgesamt wurden im Jahre 2003 rund 73.700 Krankenhausfälle mit HKK in zugelassenen Berliner Krankenhäusern registriert. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 8,4 Tage. Es waren damit durchschnittlich täglich rund 1.700 Krankenhausbetten mit Herz-Kreislauf-Fällen belegt. Bei einer Normauslastung von 85 % wären also rund 2.000 Betten für die Versorgung erforderlich.

Rund 55.000 Krankenhausfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,4 Tagen wurden in *Krankenhäusern* beobachtet, *die gemäß ordnungsbehördlicher Genehmigung eine Kardiologie betreiben*. Nicht alle diese Fälle wurden ausschließlich in der kardiologischen Abteilung des jeweiligen Krankenhauses behandelt, sondern auch in allgemeininternistischen, intensivmedizinischen und z. T. auch herzchirurgischen Abteilungen. Insgesamt waren durch diese Fälle rund 1.100 Betten gebunden. 18.700 Krankenhausfälle wurden in *Krankenhäusern ohne Kardiologien* registriert (allgemeine Innere Medizin) mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 11,4 Tagen. Das entsprach rund 600 täglich belegten Betten.

Im Verfahren der Konzepterarbeitung war zu klären, ob die vorgefundene Behandlungssituation bei HKK in Berliner Krankenhäusern bedarfs- und qualitätsgerecht ist. Die Analyse ergab auffällige Versorgungsaspekte:

Kardiologische Notfallversorgung

Im Jahre 2003 wurden in Berliner Krankenhäusern 16.200 Fälle mit *akutem Koronarsyndrom* (Herzinfarkt und instabile Angina pectoris) festgestellt. 3.000 dieser Patientinnen und Patienten wurden in Krankenhäusern ohne Kardiologie, d. h. ohne Herzkatheterlabor behandelt. Dabei wurden hier nur diejenigen gezählt, die ausschließlich im jeweiligen Krankenhaus behandelt, also nicht von oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden.

Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ist beim akuten Koronarsyndrom die *Sofortintervention im Herzkatheterlabor* innerhalb der ersten 12 (bis maximal 18) Stunden nach Symptombeginn die Therapie der Wahl. Insbesondere nach Ablauf der ersten drei Stunden ist sie der Auflösung von Blutgerinnseln (Fibrinolyse) überlegen¹.

Ausreichendes
Versorgungsangebot
für Akut-PCI
rund um die Uhr ist
in Berlin gesichert

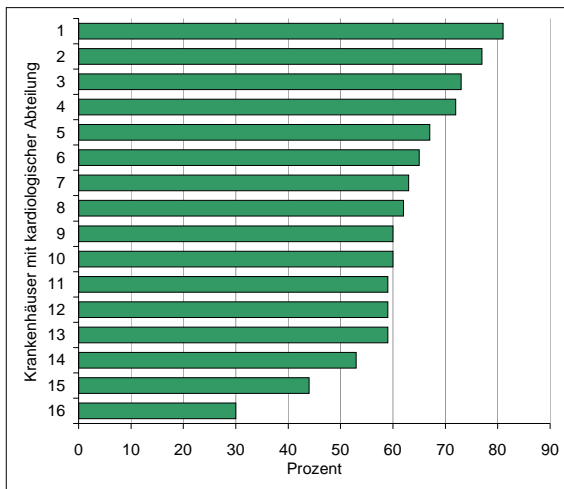
Die Daten signalisieren einen offensichtlichen Handlungsbedarf, da es Patientinnen/Patienten mit akutem Koronarsyndrom gibt, die vor allem deshalb keine akute perkutane koronare Intervention (Akut-PCI) erhalten, weil sie primär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, das über keine kardiologische Abteilung und somit kein Herzkatheterlabor verfügt. Die Sicherstellung der Akut- und Notfallversorgung bei akutem Koronarsyndrom verlangt ein ausreichendes Versorgungsangebot für Akut-PCI rund um die Uhr. Auf Basis der vorliegenden Daten kann das in Berlin als gesichert angesehen werden.

Der Vergleich mit den anderen Bundesländern zeigt, dass die Zahl der Herzkatheterlabore bezogen auf die Einwohnerzahl in Berlin im Bundesdurchschnitt liegt. Insgesamt werden in Berlin 19 Herzkatheterlabore (mit 27 Linksherzkathetermessplätzen) betrieben. 18 davon befinden sich direkt an

¹ Hamm, C.W. (2004): Leitlinie: Akutes Koronarsyndrom (ACS). Z. Kardiol. 93, S. 72-90 und 324-341.

Abbildung 6.6:

Anteil der Herzinfarktpatientinnen und -patienten mit PCI in den 16 Krankenhäusern mit kardiologischer Abteilung in Berlin 2003



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II F -)

ten Akut-PCI gekennzeichnet ist, gibt es Hinweise, dass elektive Katheterinterventionen zu häufig durchgeführt werden.

Die Zahl invasiver kardiovaskulärer Prozeduren in Deutschland ist im Vergleich zu seinen europäischen Nachbarländern insgesamt hoch bei vergleichbarer oder sogar höherer Mortalität bei kardialen Erkrankungen. In Berlin liegt die Häufigkeit durchgeführter Katheterinterventionen insgesamt über dem Bundesdurchschnitt. In Fachkreisen wird immer wieder die Frage nach der korrekten Indikationsstellung aufgeworfen². Neben der zu fordernden hohen fachlichen Kompetenz wird auch eine *Bündelung des Versorgungsangebotes zur Verbesserung der Indikationsstellung* diskutiert. Diese Fragen sind auch in Hinblick auf das Berliner Angebot zu stellen.

Hohe Zahl elektiver Herzkatheterinterventionen in Berlin wirft Frage nach korrekter Indikationsstellung auf

Seltene kardiologische Behandlungsindikationen

Neben der Notfallversorgung stellt sich auch für seltene, hochspezialisierte Behandlungsverfahren bei HKK die Frage nach einer sinnvollen Konzentration dieser Leistungen. Im Jahre 2003 verteilten sich z. B. fünf seltene kardiologische Behandlungsindikationen über viele internistische Abteilungen, wie aus Tabelle 6.6 ersichtlich. 188 Fälle mit kardiogenem Schock verteilten sich über 30 Krankenhäuser, darunter waren drei Krankenhäuser, die insgesamt 101 Fälle versorgten. In diesen drei Krankenhäusern starben 64 Patientinnen und Patienten. 27 Krankenhäuser versorgten die übrigen 87 Fälle, von denen 68 verstarben! Die *Notwendigkeit einer möglichst umfassenden Konzentration dieser Fälle* steht außer Frage.

Tabelle 6.6:

Seltene kardiologische Indikationen in Berlin 2003 nach Fällen und Standorten der Krankenhausbehandlung

Indikation	Fälle	Zahl der Standorte	
		insgesamt	dar. mit über 10% der Fälle
maligne Hypertonie	111	21	3
Aortendissektion	148	28	2
kardiogener Schock	188	30	3
Endokarditis	265	37	5
Defibrillatoren	738	14	3

(Datenquelle: SenGesSozV - II F -)

Aus diesen Erkenntnissen wurde gefolgert, dass übergeordnete Gesichtspunkte - insbesondere der kardiologischen Notfallversorgung - nur sinnvoll

² Schwartz, F.W.; Wille, E. et al. (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bonn.

in die konkrete Gestaltung der Krankenhausversorgung z. B. über ergänzende Vereinbarungen zwischen Krankenhaus- und Kostenträgern einfließen können, wenn ein abgestimmtes kardiologisches Versorgungskonzept zu Grunde gelegt werden kann.

Kardiologisches Versorgungskonzept

Arbeitsgruppe entwickelt Grundsätze für ein bedarfsgerechtes Versorgungskonzept in der Kardiologie

Auf Initiative und unter Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz wurde eine Facharbeitsgruppe gegründet, zu der zwei bundesweit anerkannte Experten für das Fachgebiet sowie Vertreter/innen der Ärztekammer Berlin, der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände Berlins, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlins sowie der Selbsthilfekontaktstelle SEKIS eingeladen wurden. Eine direkte

Einbindung der stationär tätigen Berliner Kardiologinnen/Kardiologen erfolgte in der Arbeitsgruppe bewusst nicht. Ziel war die gemeinsame Erarbeitung von Grundsätzen eines Versorgungskonzeptes, das die Entwicklung zukunftsweisender und bedarfsgerechter Strukturen in der Kardiologie unterstützt.

Folgende Fragen und Thesen wurden diskutiert:

- Gibt es Kriterien, die die *Aufgabenteilung* zwischen kardiologischen und übrigen internistischen Abteilungen festlegen? Welche *Voraussetzungen* muss eine Abteilung für Kardiologie für ihre spezialisierte Aufgabe in der Patientenversorgung erfüllen?
- Wie ist eine optimale *Notfallbehandlung* definiert? Welche Organisationsmodelle hierfür sind denkbar und insbesondere für einen Stadtstaat wie Berlin zu fordern?
- Ist aus Qualitätssicherungsgründen in Berlin für *Herzkatheterlabore*, die im stationären Bereich tätig sind, das von den amerikanischen Fachgesellschaften (AHA/ACC) empfohlene Optimum von 400 PTCA pro Labor und Jahr³ zu fordern, dies auch in Hinblick auf das wirtschaftliche Betreiben der Einrichtung in 24-Stunden-Bereitschaft für die Notfallversorgung?
- Welche diagnostischen und therapeutischen Indikationen in der Kardiologie sollten unabhängig von der Zahl der kardiologischen Abteilungen *auf wenige Standorte der Maximalversorgung konzentriert* werden?
- Welche Versorgungsaufgaben haben internistische Abteilungen ohne kardiologische Subspezialisierung bei der Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten? Wo ist die *Zusammenarbeit mit kardiologischen Abteilungen* besonders einzufordern?

Grundzüge des Konzeptes für die kardiologische Krankenhausversorgung

Das Konzept für die kardiologische Krankenhausversorgung in Berlin wurde im Oktober 2004 verabschiedet und ist unter <http://www.berlin.de/sengsv/gesundheit/dokumente.html> im Internet veröffentlicht. Die Ziele des erarbeiteten Konzeptes bestehen in

- der Regelung der Notfallversorgung,
- der Regelung für hochspezialisierte Behandlungsverfahren bei ausgewählten seltenen Erkrankungen und
- der Festlegung einheitlicher Qualitätsparameter für alle an der Versorgung Beteiligten.

Im Zentrum des Versorgungsmodells stehen *zwei kardiologische Versorgungsstufen*:

- Krankenhäuser mit kardiologischer Abteilung und
- Krankenhäuser mit kardiologischer Maximalversorgung.

³ Smith, S.C et al. (2001): ACC/AHA Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention. Journal of the American College of Cardiology, Vol. 37, No. 8.

Für diese beiden Versorgungsstufen werden durch das vorliegende Konzept *Behandlungsindikationen festgelegt und Qualitätsanforderungen gestellt*. Insbesondere die Zuführung aller Notfallpatienten in ein Krankenhaus der beiden kardiologischen Versorgungsstufen soll zunehmend sichergestellt werden. Für Krankenhäuser der kardiologischen Maximalversorgung werden darüber hinaus ausgewählte seltene Indikationen bestimmt, die hochqualifizierter Behandlungsverfahren bedürfen und deshalb auf eine geringe Zahl von Krankenhäusern konzentriert werden sollen.

HK-Notfallpatienten sollen ausschließlich in Krankenhäusern mit kardiologischer Abteilung versorgt werden

Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ohne Besonderheiten werden weiterhin auch in allgemeininternistischen Abteilungen behandelt. Dort kann ebenfalls die geregelte Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten aus den beiden kardiologischen Versorgungsstufen erfolgen.

Die im Konzept festgelegten Qualitätskriterien für Krankenhäuser mit kardiologischer Abteilung bzw. kardiologischer Maximalversorgung umfassen *Forderungen zur Personal- und medizinisch-technischen Ausstattung (Strukturqualität) sowie zur Prozess- und Ergebnisqualität*. An diesen Krankenhäusern wird ein Herzkatheterlabor mit 24-Stunden-Bereitschaft gefordert, in dem mindestens 4 PTCA-erfahrene Kardiologen den Dienstplan teilen. Von den beteiligten Häusern müssen klinische Behandlungspfade für wichtige Behandlungsindikationen unter Anwendung anerkannter Leitlinien (z. B. der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie) befolgt und dokumentiert werden. Es wird eine Veröffentlichung abgestimmter Eckdaten zur kardiologischen Versorgung des Krankenhauses im strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V gefordert. Ebenso ist die Teilnahme an eingeführten Evaluationsmethoden verpflichtend.

Umsetzung und Evaluierung des Konzeptes - Analyse der Veränderungen in der kardiologischen Versorgung

Die Umsetzung des Konzeptes soll - wie eingangs erwähnt - auf der Basis von Vereinbarungen gemäß § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern erfolgen. Die Vereinbarungen werden von den Kostenträgern geeigneten Krankenhäusern angeboten. Auf der Grundlage des Konzeptes kann ein transparentes Auswahlverfahren garantiert werden. Alle Kriterien zur Auswahl geeigneter Krankenhäuser sind im Konzept veröffentlicht. Mit Umsetzung des kardiologischen Versorgungskonzeptes soll die Angebotssteuerung vor allem dadurch erreicht werden, dass

- die Leistungserbringung und Vergütung verstärkt an qualitative Anforderungen gebunden und
- durch verbesserte Verbraucherinformationen eine höhere Transparenz zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser für alle Bürger/innen und einweisende Ärztinnen/Ärzte hergestellt wird.

Der Krankenhausplan steht mit den bereits erwähnten InEK-Daten nach § 21 KHEntgG (InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) ein geeignetes Instrument zur Verfügung, mit dem Veränderungen der Patientenströme sowie der Häufigkeit von Diagnosen und medizinischen Prozeduren kontinuierlich untersucht werden können. Dies ermöglicht es, die Umsetzung des kardiologischen Versorgungskonzeptes zu überprüfen und krankenhauplanerisch weiter zu begleiten. Die wichtigsten Instrumentarien zur Evaluierung der Prozess- und Ergebnisqualität sind im Konzept selbst festgelegt.

Evaluation mithilfe der InEK-Daten

Die kontinuierliche Beobachtung der geforderten Leistungs- und Qualitätsdaten wird eine Einschätzung darüber ermöglichen, *welchen Beitrag die Umsetzung des kardiologischen Versorgungskonzeptes für die Verbesserung der Versorgungsqualität in Berlin zu leisten instande ist* und wo ggf. erforderliche Korrekturen ansetzen müssen. So sollen die Evaluationsergebnisse gleichzeitig die Grundlage für eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 SGB V bieten.

Sobald positive Erfahrungen bei der Umsetzung des kardiologischen Versorgungskonzeptes erkennbar werden, ist eine *Übertragung des Vorgehens auch auf andere Subdisziplinen* geplant.

Insgesamt wird hinsichtlich der Möglichkeiten und Methoden zur Strukturierung und Dimensionierung der Krankenhausversorgungsangebote unter den DRG-Vergütungsbedingungen noch erheblicher Diskussionsbedarf gesehen.

Die Erfahrungen Berlins bei der Umsetzung des kardiologischen Versorgungskonzeptes werden diese Diskussion bereichern können. Dabei wird sich zeigen, ob es gelingt, eine Krankenhausplanung um transparente Bedarfs- und Qualitätskriterien zu ergänzen und damit eine weitere Verbesserung der Angebotsstruktur und der Versorgung zu erreichen.

6.1.7.3 Versorgungskonzept und Evaluierung der stationären psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Ein Großteil der Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen und in somatischen Krankenhausabteilungen leidet an Störungen, die psychisch bedingt oder mitbedingt sind und psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Diese Störungen werden oft weder von den Betroffenen noch von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen. Die Erkrankten erleben sich nicht als psychisch krank.

In jedem 3. Krankenhausfall wegen somatischer Beschwerden bleiben psychische Störungen unerkannt

Bei mindestens einem Drittel aller wegen somatischer Beschwerden im Krankenhaus Behandelten bestehen definierte psychische Störungen, die häufig nicht erkannt und nicht angemessen berücksichtigt werden. Dies führt zu

- vermehrter (inadäquater) Inanspruchnahme somatischer Diagnostik und Therapie,
- längeren und wiederholten Krankenhausaufenthalten,
- Unterversorgung, Chronifizierung und Sekundärkomplikationen⁴.

Im *ambulanten Bereich* zeigt sich zunächst ein anderes Bild: Legt man die Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zugrunde, ergibt sich im ambulanten psychotherapeutischen Bereich rechnerisch eine deutliche Überversorgung (vgl. Tabelle 6.2.3), die allerdings regional starken Schwankungen unterliegt. Die höchste Versorgungsdichte gibt es im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf, die niedrigste in Marzahn-Hellersdorf (vgl. Tabelle 8.2.13). Trotz der hohen Quantität des Angebots halten die an der Versorgung unmittelbar Beteiligten den Zugang zu einer qualitativ angemessenen Behandlung für verbesserungswürdig (vgl. auch Schwerpunkt 7.1.10).

Um die Versorgungssituation in der Psychosomatik/Psychotherapie in Berlin transparent zu machen, um die Qualität der stationären Angebote zu evaluieren, um zu prüfen, in welchem Umfang Psychotherapie stationäre Behandlung beinhalten muss und um die Entwicklung eines bestmöglichen Versorgungskonzeptes zu fördern, wurden im Mai 2003 zwei Arbeitsgruppen zu den Themen „Evaluierung“ und „Versorgungskonzept“ in der psychosomatischen Medizin/Psychotherapie in Berlin gebildet.

An den Arbeitsgruppen beteiligten sich die Chefärztinnen/-ärzte der entsprechenden Krankenhausabteilungen in Berlin und die Leiter/innen von drei psychosomatischen Abteilungen von Rehabilitationskliniken in Brandenburg, der Leiter des Instituts für Klinische Psychologie der Freien Universität Berlin, Vertreter/innen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer, der Psychotherapeu-

⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2000): Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Universität Düsseldorf (www.uni-duesseldorf.de).

tenkammer und der Fachgesellschaften, der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, des Selbsthilfebereichs und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Das Ergebnis kann als PDF-Datei im Internet eingesehen werden unter <http://www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/gesundheit/Ergebnispapier.pdf>.

Es gibt Einschätzungen, nach denen etwa 4 % der *psychotherapeutisch zu behandelnden Patientinnen und Patienten im Krankenhaus versorgt* werden. In Berlin wurden mit der Fortschreibung 2003 des Krankenhausplans an folgenden 5 Krankenhäusern 208 Betten in Abteilungen für psychosomatische/ psychotherapeutische Medizin ausgewiesen (vgl. Tabelle 6.2.12):

1. DRK-Kliniken Berlin - Wiegmann-Klinik,
2. Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk,
3. Helios Klinikum Emil v. Behring,
4. Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe,
5. Charité, Campus Mitte.

Daneben hält die Charité am Campus Benjamin Franklin eine Klinik für Psychosomatik vor, die zehn eigene Betten als Pool-Betten führt und ihre Leistungen dem ganzen Haus zur Verfügung stellt.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppen waren sich einig, dass den Konsiliar- und Liasondiensten im Sinne einer integrativen Versorgung eine hohe Bedeutung zukommt. Es ist wünschenswert, jedem Krankenhaus einen Konsiliardienst mit psychotherapeutischer Kompetenz zuzuordnen, soweit diese nicht ohnehin vorhanden ist. Psychotherapeutische Kompetenz kann sowohl aus psychosomatisch/psychotherapeutischen oder psychiatrisch/ psychotherapeutischen Abteilungen des eigenen Krankenhauses, aus kooperierenden Krankenhäusern als auch aus dem ambulanten Bereich heraus zu Rate gezogen werden.

Jedes Krankenhaus sollte über psychotherapeutische Kompetenz, ggf. durch Konsiliardienste, verfügen

Als besonderes Beispiel von Serviceleistungen psychosomatischer/psychotherapeutischer Medizin ist hier das *integrierte Konzept der Charité* zu nennen. An den Zentren der Charité, der Intensivstation, der Notaufnahme und in den Spezialsprechstunden (Schmerzambulanz, Tinnitusbehandlung, Brustzentrum, Stoffwechsel-Ambulanz mit Diabetesberatung) sind psychosomatisch ausgebildete Spezialisten tätig, die den psychischen Hintergrund einer Erkrankung erkennen und ggf. psychotherapeutisch behandeln können. Die *psychosoziale Kompetenz des ärztlichen Personals* wird in der Charité z. B. durch ein Rotationsmodell in der Inneren Medizin während der Facharztweiterbildung gefördert.

Zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Krankenhausabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgte ab Mai 2004 über ein Jahr lang eine von den Chefärzten abgestimmte, umfangreiche Datenanalyse. Dieses Ergebnis ist im Internet veröffentlicht unter http://www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/gesundheit/endg_ltigesevaluationergebnis.pdf.

Diese Evaluation hilft, das Leistungsgeschehen darzustellen und die Bemühungen um Qualitäts- und Ergebnisverbesserung sowie um Konzentration auf Leistungsschwerpunkte transparent und öffentlich zu machen. Die Informationen bieten auch eine zusätzliche Orientierungsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte.