

Geburtshilfe und Pädiatrie

Erste Schritte zur Reform

Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat im Juli ihre Empfehlungen für die Reform der Pädiatrie und Geburtshilfe vorgelegt. Im Kern schlägt die Arbeitsgruppe neben den Fallpauschalen ein „zusätzliches Vergütungsvolumen“ vor. Unabhängig von den Budgetverhandlungen zwischen Kliniken und Kassen sollen die leistungsunabhängigen Mittel bereits ab Jahresbeginn 2023 fließen. Wie

diese finanziert werden sollen, ist noch unklar. Qualitätsvorgaben will die Kommission zu gegebener Zeit vorstellen. Die Auslastung pädiatrischer Abteilungen liegt seit vielen Jahren deutlich unterhalb der durchschnittlichen Auslastung der Kliniken, sodass die Häuser die erforderlichen Erlöse kaum erwirtschaften können. Zahlreiche Nachbesserungen im DRG-System und auch die 2020 auf die Kinder- und Jugendmedizin ausgeweiteten Sicherstellungszuschläge haben daran nichts geändert. Kleine Geburtskliniken verzeichnen stark schwankende Geburtenzahlen und personelle Probleme. Daten des IQTIG zeigen zudem, dass die Mehrheit der Geburten zwar ohne Komplikationen verläuft, doch für 24,2 Prozent der Kinder endete eine natürlich begonnene Geburt 2019 ungeplant operativ. Fälle wie diese können von routinierten Teams besser gehandhabt werden. Eine angemessene Versorgung rund um die Uhr erfordert jedoch eine personelle Mindestausstattung, die zunehmend am Fachkräftemangel scheitert.

In vielen europäischen Ländern entwickeln sich Geburtshilfen und Pädiatrien deshalb zu größeren Einheiten mit hohen Fallzahlen. Auch in Deutschland ist die Zahl der entsprechenden Stationen zurückgegangen. Doch die große Bedeutung der „wohnortnahen Versorgung“ verhindert bisher durchgreifende Strukturreformen. Weitere Anfahrtswege zur Klinik werden hierzulande kaum akzeptiert. Dabei haben viele andere europäische Länder, allen voran die skandinavischen, trotz geringer Bevölkerungsdichte hochgradig konzentrierte Strukturen geschaffen – bei deutlich verbesserter Qualität. Das Bundesgesundheitsministerium will die Empfehlungen der Kommission im Rahmen der Bund-Länder-AG beraten.

Geringe Auslastung weiter gesunken



In der Pädiatrie und Geburtshilfe liegt die Auslastung der Betten im Durchschnitt um zehn Prozentpunkte niedriger als in den Krankenhäusern allgemein. Quelle: Destatis; Grafik: AOK-BV

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

„Qualität geht vor Erreichbarkeit“

Markt und Meinung Seite 3

Gewinne haben sich verdoppelt

Zentralklinikum für Ostfriesland

Knapp 68 Millionen Euro für die ländlichen Kliniken

Versorgung und Service Seite 4

Eckpunkte stehen fest

Weniger Fälle, mehr Never Events

Klinikaufenthalte am Lebensende

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

Geburtsmedizin: vergleichsweise hohe Risiken in Deutschland

„Krankenhäuser sind eine viel zu wenig genutzte Ressource im Gesundheitssystem.“

Karl Lauterbach, Bundesgesundheitsminister, auf dem Sommerempfang der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 13. Juni 2022

Erfahrungen aus Nordeuropa

„Qualität geht vor Erreichbarkeit“

Skandinavieren sind weite Wege zur Geburtsklinik gewöhnt, nur selten werden Kinder im Rettungswagen geboren. „Blickpunkt Klinik“ fragte den ehemaligen Manager, Klinik-Berater und Publizisten Dr. Uwe Preusker, was Deutschland von Nordeuropa lernen könnte.

Warum belegen die skandinavischen Länder regelmäßig Spitzenpositionen bei den Ergebnissen ihrer Kliniken – auch bei Geburtshilfe und Pädiatrie?

In Skandinavien hat man schon vor Jahrzehnten begonnen, die Zahl der Geburtskliniken zu reduzieren. Dahinter steht die Überzeugung, dass größere Einheiten und höhere Fallzahlen zu besseren Ergebnissen führen. Wo Erreichbarkeit und Qualität gegeneinander abgewogen werden müssen, hat die Qualität immer Priorität. Finnland hat seit 2014 eine Mindestmenge von 1.000 Geburten pro Jahr und Klinik. In den anderen Ländern hat der Konzentrationsprozess für hohe Fallzahlen gesorgt, im Durchschnitt 2.000 Geburten pro Jahr und Geburtsklinik. Im teilweise sehr dünn besiedelten Norwegen wurden lediglich Häuser mit weniger als 300 Geburten pro Jahr abgebaut.

Sind die langen Wege nicht ein Risiko?

Das Risiko ist da, und man nimmt darauf Rücksicht. Kliniken, die allein in großer Umgebung stehen, haben befristete Ausnahmegenehmigungen. Frauen fahren in Finnland recht selbstver-

Dr. Uwe Preusker,
Inhaber der Unternehmens-
beratung Tmi Preusker in
Vantaa, Finnland

ständig 350 bis 500 Kilometer zur Geburtsklinik. Sie werden aber in der Schwangerschaft intensiv betreut. Normalerweise fahren die Familien wenige Tage vor dem Geburtstermin in die Klinik. Geburten auf dem Weg dorthin sind sehr selten, und wenn sie vorkommen, dann eher im Süden des Landes, wo die Menschen sorgloser sind.

Wie ist der Umgang mit den personellen Ressourcen?

Mit weniger, aber größeren Häusern ist es einfacher, genügend Personal zu haben. Das war einer der Gründe für die dänische Klinikreform. In der ärztlichen Personalstruktur in Skandinavien gibt es leitende Fachärzte, aber keine Assistenten. Die Spezialisierung findet an den Unikliniken statt, und die Ärzte gehen dann in die kleineren Häuser. Fachärzte arbeiten ambulant und stationär in Krankenhäusern. Hinzu kommt: Pflege hat in Nordeuropa einen Abschluss auf Fachhochschulniveau. Das ist mittlerweile in fast allen europäischen Ländern so, außer in Deutschland und Österreich.

Stehen die Kliniken im Wettbewerb?

Es gibt einen Wettbewerb über öffentliche Qualitätsregister. Aufgrund der Strukturen gibt es aber keinen Wettbewerb um Patienten. Defizite zahlen die Träger der öffentlichen Häuser selbst. Dabei sind Ergebnis- und Strukturqualität maßgebliche Zulassungskriterien: Für Geburten müssen zum Beispiel ein Neonatologe und ein Kinderchirurg rund um die Uhr verfügbar sein, sonst kann man Geburtshilfe gar nicht anbieten.

Warum geht Deutschland nicht denselben Weg?

Kliniken haben in Deutschland weitgehende Rechte, ihre Leistungen einzuklagen, dagegen können die Länder kaum anplanen. Auch die duale Finanzierung und der starke Lobbyismus verhindern Reformen.

PRESSEECHO

Förderzusage für Coburg

Der geplante Neubau des Klinikums Coburg wird mit 326,95 Millionen Euro vom Freistaat Bayern gefördert. Damit sind knapp 76 Prozent der Gesamtkosten von voraussichtlich 430 Millionen Euro gesichert. Die Staatsregierung hat das Vorhaben des überregionalen Regiomed-Klinikverbundes in das Jahreskrankenhausbauprogramm 2023 aufgenommen.

Neue Presse Coburg, 12. Juli 2022

GNH mit Jahresüberschuss

Die Gesundheit Nordhessen Holding (GNH) erzielte im Jahr 2021 einen Jahresüberschuss in Höhe von 1,6 Millionen Euro. Zur Konsolidierung beigetragen hat unter anderem der Verkauf von zwei Krankenhäusern im Vorjahr. Positiv entwickelten sich vor allem der Hauptstandort des Gesundheitskonzerns, das Klinikum Kassel sowie das angeschlossene Medizinische Versorgungszentrum.

Hessisch/Niedersächsische Allgemeine, 12. Juli 2022

Dortmund bleibt im Plus

Das Klinikum Dortmund weist zum neunten Mal in Folge ein positives Jahresergebnis aus. Die Konzernbilanz liege erneut mit 1,25 Millionen Euro im Plus, verkündete Marcus Polle, Vorsitzender der Geschäftsführung. Im April ging das neue OP-Zentrum Nord in Betrieb. Erst Mitte Juni wurde die neue Dialyseeinheit in Betrieb genommen. Darüber hinaus fiel der Startschuss für einen weiteren Neubau.

kma online, 27. Juni 2022

Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser
Gewinne haben sich verdoppelt

Trotz geringer Fallzahlen hat sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken in der Pandemie verbessert. Das geht aus dem Krankenhaus Rating Report 2022 hervor, den das RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) zusammen mit der Institute for Health Business GmbH veröffentlicht hat. Durch die Ausgleichszahlungen des Bundes befanden sich 2020 mehr Häuser in einer stabilen finanziellen Situation als 2019, während der Anteil insolvenzgefährdeter Kliniken gesunken ist. Das durchschnittliche Jahresergebnis betrug 1,2 Prozent der Erlöse und hat sich damit gegenüber dem Jahr davor (0,6 Prozent) verdoppelt.

>> www.rwi-essen.de

Investitionsförderung
Zentralklinikum für Ostfriesland

Das Land Niedersachsen will den Bau der Zentralklinik in Ostfriesland mit 460 Millionen Euro fördern. Das gab das Gesundheitsministerium in Hannover im Juni bekannt. Bis zum Jahr 2028 soll im Kreis Aurich außerhalb der Stadt ein neues Krankenhaus mit 800 Betten entstehen, das von dem ostfriesischen Klinikverbund Aurich-Emden-Norden geplant wird und dessen drei Standorte künftig ersetzen soll. Ähnliche Strukturmaßnahmen will das Bundesland in den Landkreisen Diepholz und Heidekreis fördern.

>> www.ms.niedersachsen.de

Sicherstellung
Knapp 68 Millionen Euro für die ländlichen Kliniken

Im kommenden Jahr erhalten 136 Kliniken eine pauschale Förderung, um die stationäre Versorgung in strukturschwachen Gebieten zu sichern. Darauf haben sich die Spitzenverbände der Kliniken und der Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geeinigt. Insgesamt werden 67,6 Millionen Euro unter den gelisteten Häusern verteilt. Dabei erhalten die einzelnen Kliniken 400.000 Euro, wenn sie eine oder zwei der geförderten Fachabteilungen vorhalten, 2023 sind das 94 Kliniken. Für jeden weiteren der bedarfsnotwendigen Bereiche kommen 200.000 Euro dazu, so erhalten 18 Häuser 600.000 und 24 Standorte 800.000 Euro. Zu den geförderten Fachabteilungen zählen Innere Medizin, Chirurgie und/oder Geburtshilfe oder Gynäkologie sowie Kinder- und Jugendmedizin in Krankenhäusern der Grundversorgung, die als bedarfsnotwendig gelten. Die Anzahl der geförderten Krankenhäuser hat sich gegenüber 2022 um fünf reduziert.

>> www.aok.de/gp

KOMMENTAR



Dr. Roland Uphoff,
Fachanwalt für Medizinrecht

Foto: Kanzlei Uphoff

Zentralisieren sichert Qualität

Die Diskussion um die Zentralisierung der Geburtshilfe wird seit vielen Jahren geführt, die Anzahl geburtshilflicher Kliniken ist gesunken. Dabei setzen Forderungen nach einer wohnortnahen Versorgung diese mit hoher Qualität gleich.

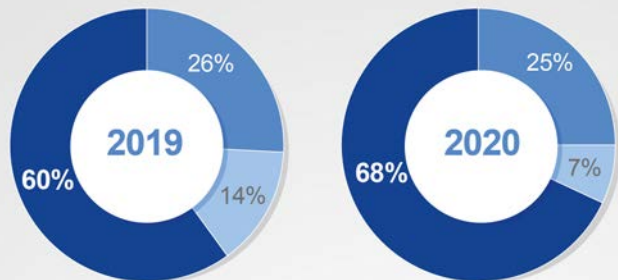
Tatsächlich können häufig die kleineren Abteilungen die von Fachgesellschaften und Gemeinsamen Bundesausschuss geforderten Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung nicht erfüllen.

Es ist der falsche Weg, kleine geburtshilfliche Abteilungen aufrechtzuerhalten, um damit eine wohnortnahe Versorgung zu sichern, wenn die Qualität nicht gewährleistet werden kann. Mindestens 1.000 Geburten pro Jahr sind für die Infrastruktur, die Erfahrung des Personals und die ständige Anwesenheit eines Facharztes erforderlich, um ein optimales Risikomanagement zu ermöglichen.

Was wir brauchen, ist ein umfassendes Versorgungskonzept, wie dieses in den skandinavischen Ländern seit vielen Jahren umgesetzt ist. Die schwerwiegenden Folgen von Geburtsschäden werden in der Diskussion oft vergessen: Eine 24/7-Versorgung eines schwerstmehrfach und komplex behinderten Kindes ist nicht nur eine familiäre, sondern auch eine gesellschaftspolitische Herausforderung.

Pandemie: Mehr Kliniken haben 2020 gute Ergebnisse erzielt

■ solide/gute Ergebnisse ■ plus/minus null ■ insolvenzgefährdet



Im Jahr 2020 stieg der Anteil der Kliniken mit gutem oder ausgeglichenem Ergebnis von 86 (2019) auf 93 Prozent.

Quelle: RWI, Grafik: AOK-BV

Pflegepersonalbemessung

Eckpunkte stehen fest

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat Anfang Juli Eckpunkte für die Neuregelung der Bemessung des Pflegepersonalbedarfs vorgelegt. Danach soll die Pflegepersonalregelung, die sogenannte PPR 2.0, in drei Stufen eingeführt werden: Ab Januar 2023 wird diese in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern für mindestens drei Monate getestet. Ein Jahr später sollen alle Krankenhäuser die PPR 2.0 anwenden. Ausnahmen gibt es für Einrichtungen mit Entlastungstarifvertrag. Für die letzte Stufe ab Januar 2025 wird ein zu erreichender Umsetzungsgrad zum Beispiel auf Niveau des Bundesdurchschnitts festgelegt. Ziel ist es, Personal aufzubauen. Bei Unterschreiten der individuellen Umsetzung auf Krankenhausebene sind Sanktionen geplant.

Behandlungsfehler

Weniger Fälle, mehr Never Events

Die Medizinischen Dienste haben im Jahr 2021 insgesamt 13.050 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt, das sind etwa 1.000 Gutachten weniger als im Jahr davor (2020: 14.042). In jedem vierten Fall bestätigte das Gutachten den Fehler und einen Schaden (3.222 Fälle), in jedem fünften war der Fehler auch Ursache des Schadens (2.707 Fälle). Das geht aus der aktuellen Jahrestatistik 2021 zur Begutachtung von Behandlungsfehlern hervor, die der Medizinische Dienst Ende Juni vorgestellt hat. Trotz der leicht rückläufigen Gutachtertätigkeit stellten die

Dienste mehr sogenannte Never Events fest, also schwerwiegende, aber sicher vermeidbare Ereignisse wie Operationen an falschen Gliedmaßen oder Verwechslungen von Medikamenten. Die Anzahl solcher Behandlungsfehler stieg von 120 im Jahr 2020 auf 130 im vergangenen Jahr.

>> www.aok.de/gp

Pflege-Report 2022

Klinikaufenthalte am Lebensende

Viele AOK-versicherte Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen wurden kurz vor ihrem Tod noch einmal in ein Krankenhaus eingewiesen. Das berichtet der Pflege-Report 2022 über Versorgungslagen in der Langzeitpflege, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) im Juli veröffentlicht hat. Analysen von Routinedaten der Jahre 2018 und 2019 zeigen, dass die Hälfte der Versicherten aus Pflegeheimen in den letzten drei Monaten ihres Lebens noch einmal stationär behandelt wurde, ein Drittel von ihnen verbrachte sogar in der letzten Lebenswoche noch einen Tag im Krankenhaus. Mit der im internationalen Vergleich hohen Rate von Verlegungen geht einher, dass mehr als jede dritte dieser Klinikeinweisungen als vermeidbar gilt. Zudem widerspricht die Praxis wohl häufig dem Wunsch der Betroffenen. In Interviews berichteten Pflegefach- und Assistenzpersonen, dass Behandlungsteams auf Druck von Angehörigen häufig lebensverlängernde Maßnahmen veranlassten, obwohl die Patientenverfügung andere Wege nahegelegt hätte.

>> www.aok.de/gp

TERMINE

17. September 2022, bundesweit
Welttag der Patientensicherheit –
bundesweite Aktionen

6./7. Oktober 2022 in München
21. Europäischer Gesundheits-
kongress in München

16. bis 18. Oktober 2022 in Berlin
World Health Summit in Berlin

PERSONALIA

Stefanie Kemp wird CTO



Foto: Sana

Die IT-Expertin Kemp übernimmt die neu geschaffene Vorstandposition Chief Transformation Officer beim Klinikkonzern Sana. Nach Stationen als Managerin in verschiedenen Branchen soll sie vor allem die Digitalisierungsprojekte des Konzerns vorantreiben. Zuletzt war die 58-Jährige Deutschlandchefin des Software-Unternehmens Oracle.

Karl-Josef Laumann bleibt



Foto: MAGS_NRW

Karl-Josef Laumann (CDU) wird die unter ihm angestoßene Reform der Krankenhausplanung auch umsetzen: Der 64-Jährige bleibt Gesundheitsminister im nordrhein-westfälischen Kabinett.

Im Koalitionsvertrag von CDU und Grünen ist von „erheblichen Summen“ für die Krankenhausplanung die Rede. Am Ende des Prozesses soll auch die Schließung von Krankenhäusern stehen.

Carola Engler beim MD Bund



Foto: MD Bund

Neue stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) wird ab 1. September Carola Engler. Die Juristin war als Justiziarin des BKK-Dachverbandes schon im Verwaltungsrat der Vorgängerorganisation des MD Bund, MDS, tätig. Mit der Ernennung der 39-Jährigen ist der Vorstand komplett. Zu Englers beruflichen Stationen im Gesundheitswesen zählte unter anderem der Gemeinsame Bundesausschuss.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

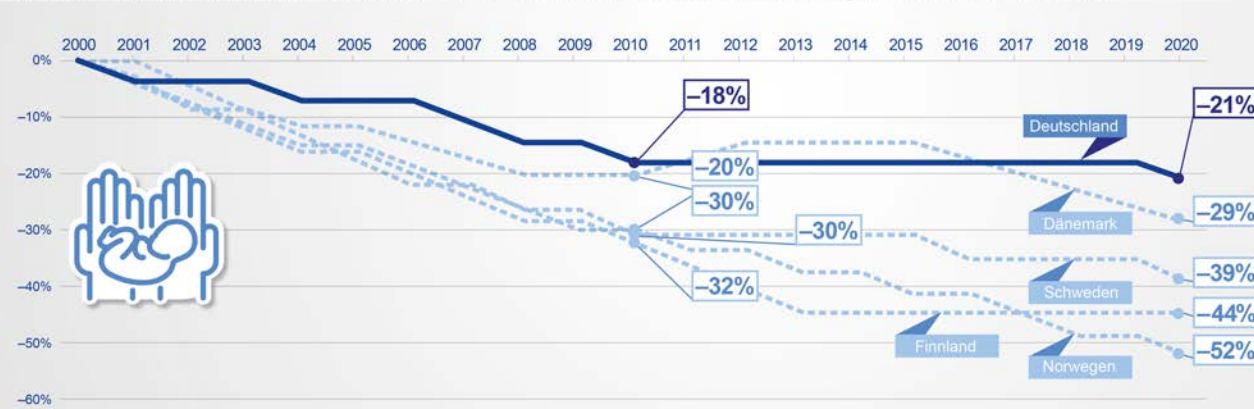
>> Markt

>> Personal

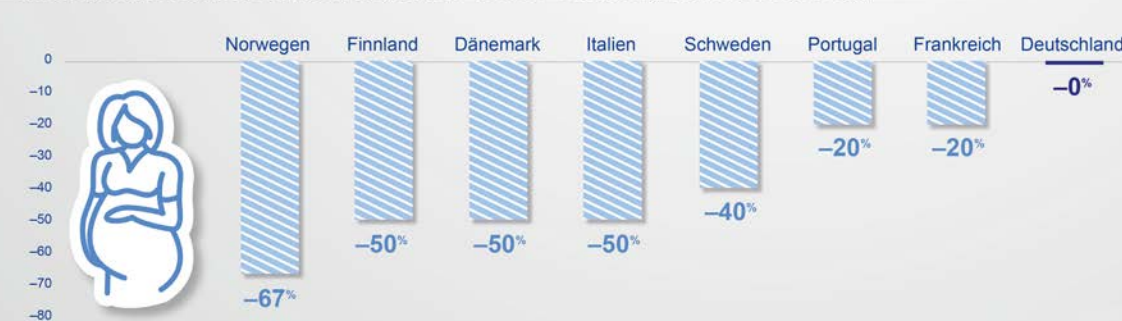
>> Qualität

Geburtsmedizin: vergleichsweise hohe Risiken in Deutschland

Entwicklung der Sterblichkeit bei Neugeborenen pro 1.000 Geburten (Veränderungsrate, Jahre 2000 bis 2020)



Entwicklung der Müttersterblichkeit (Fälle je 100.000 Geburten, Jahre 2000 bis 2017)



Quelle: Weltbank; Grafik: AOK-Bundesverband

Schutz durch hohe Fallzahlen

Die Risiken einer Geburt sind bereits im 20. Jahrhundert für Mutter und Kind erheblich gesunken, und noch immer profitieren Frauen und Neugeborene vom Strukturwandel in der Kliniklandschaft. Schon vor 2010 gab es etwa in Nordeuropa vergleichsweise wenige Geburtskliniken. Bis zum Jahr 2020 führte in skandinavischen Ländern die weitere Leistungskonzentration zu höheren Fallzahlen: So liegt die mittlere Fallzahl in Schweden bei gut 2.800 Geburten pro Klinik, die meisten Kliniken verfügen über eine angeschlossene Kinderklinik. Unter ein Prozent der Geburten findet in Häusern mit weniger als 500 Geburten pro Jahr statt. In Deutschland sind es mehr als 40 Prozent der Geburten in Kliniken mit weniger als 500 Betten. Während sich die Sterblichkeit unter Neugeborenen in Norwegen von 2,7 pro 1.000 Geburten auf 1,3 halbierte, ging die Rate in Deutschland binnen 20 Jahren nur von 2,5 auf 2,2 zurück. Auch für werdende Mütter sank das Risiko einer Geburt in den vergangenen Jahren noch einmal deutlich: nämlich dort, wo europäische Länder Mindestmengen in der Geburtshilfe einführen, wie etwa Finnland (1.000) und Italien (1.000). In Deutschland, wo die Müttersterblichkeit vorübergehend zurückgegangen war, liegt die Rate heute wieder auf dem Niveau des Jahres 2000.

Illustration: iStock.com/bearsky23