

Derzeitiger Stand der Regelung zum neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie

Beitrag anlässlich der 45. Fachgruppentagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. vom 13. bis 14.10.2011 in der LWL-Klinik Lengerich

Liebe Frau Raschka-Halberstadt,
sehr geehrter Herr Höhmann,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich bedanke mich zunächst sehr für die Einladung zu Ihrer diesjährigen Fachgruppensitzung hier in Lengerich. Ich bin wieder gern zu Ihnen gekommen, weil ich es für sehr wichtig halte, dass die Fachverbände eng zusammenarbeiten und sich zu allen wichtigen Themen untereinander abstimmen. Das neue Entgelt für die Krankenhauspsychiatrie – das Generalthema Ihrer Jahrestagung – gehört ohne Zweifel im Moment zur zentralen Thematik, die alle Beteiligten für außerordentlich wichtig halten.

Nach den Statements des GKV-Spitzenverbandes, der Bundesdirektorenkonferenz und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist es für mich nicht ganz einfach, dem Thema „Psychiatrie-Entgeltsystem“ neue Aspekte abzugewinnen. Ich will mich deshalb auf einige aus Trägersicht wichtige Aspekte der bisherigen Entwicklung und des aktuellen Standes der Entgeltsystems konzentrieren.

Die Psychiatrieverbände – auch die BAG – haben dem Einstieg in ein neues Entgeltsystem mit Tagespauschalen zugestimmt und sich bereiterklärt, an der Ausarbeitung und Umsetzung mitzuwirken. Es kling ja auch gut, was der Gesetzgeber im § 17d KHG versprochen hat.

Leistungsorientiert soll das neue Vergütungssystem sein; wie es so schön heißt, „soll das Geld der Leistung folgen“. Medizinisch unterscheidbare Patientengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand sollen das Grundgerüst des Systems bilden. Der unterschiedliche Aufwand soll in bundeseinheitlichen Relativgewichten ausgedrückt werden. Der Differenzierungsgrad soll praktikabel bleiben, das heißt, er soll nicht zu aufwändig sein. Und nicht zu vergessen, die Psych-PV soll uneingeschränkt finanziert werden, ehe das Gesamt-Psychiatrie-Budget mit dem neuen Vergütungssystem anders verteilt wird. An diesen Zielpunkten werden die Meilensteine der bisherigen Entwicklung zu messen sein.

Die Erwartungen der Fachverbände, das neue Entgeltsystem maßgeblich mitgestalten zu können sind bisher enttäuscht worden. Das BMG setzt vielmehr auf die Strukturen und die Verfahrensbeteiligten des DRG-Systems. Die Selbstverwaltungspartner – Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung –, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Dokumentation und Information erarbeiten allein die Grundlagen der neuen Vergütung und treffen die Systementscheidungen, die Psychiatrieverbände bleiben weitgehend vor der Tür.

Ihre Mitwirkungsmöglichkeit beschränkt sich einerseits darauf, dass die DKG Frau Dr. Hauth, Herrn Brobeil und mich als Fachberater in die Arbeitsgruppe des Präsidiums und auch in die Verhandlungskommission eingebunden hat. Mit der Psychiatriekommission der DKG besteht zudem ein Gremium, in dem die ganze Meinungsvielfalt zur Entwicklung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen der Psychiatrie präsentiert und diskutiert werden kann.

Das DIMDI veranstaltet jährlich Anhörungen zur Weiterentwicklung der OPS-Kodierung, an denen auch die DGPPN als psychiatrische Fachgesellschaft teilnehmen kann, die Entscheidungsfindung bleibt trotzdem in hohem Maße intransparent.

Dies gilt gleichermaßen für das Kalkulationsverfahren des InEk. Die Kalkulationskliniken liefern regelmäßig viele Daten, das InEk offenbart aber nur wenig darüber, welche Schlussfolgerungen es aus diesen Daten zieht.

Bisher war nur zu hören, dass die Datenbasis aus den Kalkulationshäusern noch lückenhaft und wenig valide ist, dass sich die Datenqualität aber stetig verbessere. Man habe erste Schritte zur Identifikation von Kostentrennern eingeleitet, hört man vom InEk. Die ersten Analysen lassen vermuten, dass eine Kombination von aufenthaltsstabilen und tages- bzw. leistungsbezogenen Merkmalen sinnvoll sein könnte.

Die derzeitigen Vorstellungen des InEk zum Aufbau des Entgeltkataloges ähneln sehr der Grundstruktur der Psychiatrie-Personalverordnung. Die Patientengruppen der Allgemeinpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie, der Sucht und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergänzt um die Psychosomatik sollen mit der Regelbehandlung, der Intensivbehandlung und der psychotherapeutischen Behandlung kombiniert werden. Besonders aufwändige Leistungen sollen gesondert als Prä-MDCs abgebildet werden.

Meine Damen und Herren, damit wird deutlich, dass die Psych-PV eben nicht nur eine Instrument zur Personalbemessung ist, sondern auf klinischer Erfahrung basierende, solide Standards für die Struktur-, Prozess- und zum Teil auch die Ergebnisqualität setzt. Ich rufe in Erinnerung, dass die Fachverbände unisono die Psych-PV als Klassifikationsgrundlage vorgeschlagen hatten, dafür aber eher belächelt und als „ewig Gestrige“ abgestempelt worden sind.

Wenn die Probekalkulation jetzt zum Ergebnis kommt, dass man mit wenigen Patientenmerkmalen und wenigen Komplexbehandlungsgruppen starten und zu leistungsorientierten und aufwandsgerechten Pauschalen kommen kann, werde ich dies aus Trägersicht als Einstieg in das neue Entgeltsystem nur begrüßen.

Überrascht hat mich die erste Analyse des InEk, wonach die Kosten stärker im Sieben-Tage-Rhythmus als zwischen den einzelnen Tagen variieren. Insofern sollte man durchaus erwägen, eine 7-tägige Definition der Pauschale vorzusehen, wenn eine tagesgenaue Abrechnung gewährleistet werden kann.

Ich will, meine Damen und Herren, noch einmal zu den Partnern der Systemgestaltung zurückkommen. Einen „Mitspieler“ dürfen wir nicht vergessen, der eher im Hintergrund agiert, meiner Wahrnehmung nach aber großen Einfluss ausübt, nämlich die Länder in Form der Psychiatriferenten in der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Ich habe nächste Woche Gelegenheit, an einer Veranstaltung der Psychiatriferenten zum neuen Entgeltsystem in Hamburg teilzunehmen.

Die AOLG bewertet die aktuelle Entwicklung des neuen Entgeltsystems kritisch, hält die Berufung einer unabhängigen Expertenkommission sowie die Beteiligung der Länder für erforderlich und spricht sich für sektorübergreifende Finanzierungsmodelle aus. Letzteres ist auch Ziel der Aktion psychisch Kranke und Inhalt des gemeinsamen Konzeptes des AOK- und des vdek-Bundesverbandes sowie des Arbeitskreises der Chefärzte psychiatrischer Abteilungen.

Zunächst muss ein praktikables Finanzierungsverfahren für die Regelleistungen etabliert werden, danach kann man sich strukturellen Veränderungen zuwenden.

Ich halte den Ansatz, Leistungsbereiche im Interesse der Realisierung personenzentrierter Hilfen für psychisch Kranke zu vernetzen, durchaus für sinnvoll und notwendig. Aber dabei geht es zunächst einmal darum, hierfür die entsprechenden Strukturen im Leistungsrecht aufzubauen, um dann im zweiten Schritt ein Anreizsystem über komplexe Vergütungen zu schaffen. Dies ist also konkret ein Thema der Änderung des SGB V und nicht der Bundespflegeverordnung oder des Einführungsgesetzes zu Psych-Pauschalen.

Das SGB V enthält bereits alle ambulanten Komponenten wie nervenärztliche Versorgung, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, Ergotherapie, um nur die wichtigsten zu nennen. Leider kann die Kassenärztliche Vereinigung ihren nervenärztlichen Sicherstellungsauftrag nicht mehr uneingeschränkt erfüllen. Die Krankenkassen haben hohe Zugangshürden für die genannten Leistungen aufgebaut und zahlen geringe Vergütungen. Deshalb kann es nicht verwundern, dass dieses System nicht funktioniert.

Komplexleistungen dürfen sich auch nicht darauf beschränken – wie in den genannten Konzepten und im Prüfauftrag des § 17d KHG vorgesehen –, die Institutsambulanzen in das Vergütungssystem für Krankenhausbehandlungen einbeziehen zu wollen. Sollen die medizinische Rehabilitation, die ambulante psychiatrische Pflege, die Soziotherapie, Belastungserprobung und Ergotherapie, um nur die Wichtigsten zu nennen, aus Komplexleistungen ausgeklammert bleiben? Wie sollen die Leistungen der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten eingebunden werden? Diese Fragen warten auf Antworten, die im Moment noch ausstehen.

Wichtiger ist es, die Rolle der Institutsambulanzen im Gesamtversorgungssystem neu zu definieren. Sie erbringen einerseits Stationersetzende oder Stationergänzende Leistungen, die man durchaus in das neue Entgeltsystem einbeziehen könnte. In § 39 SGB V heißt es schon heute: „Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht“. Die ambulante Krankenhausbehandlung ist bisher aber auf ambulante Operationen beschränkt. Wenn der Gesetzgeber dies ändert, spricht nichts dagegen, praktikable ambulante Prozeduren zu definieren und so eine patientenindividuelle Dosierung von Krankenhausleistungen in ambulante, teilstationäre und vollstationäre Behandlung zu ermöglichen. Auch Hometreatment könnte auf diesem Wege etabliert werden, wenn das SGB V eine Krankenhausbehandlung außerhalb einer Klinik erlaubt.

Ob allerdings bei solchen ambulanten psychiatrischen Krankenhausleistungen das Kalkulationshandbuch des InEk angewandt werden kann, möchte ich bezweifeln. Bei der BAG-Umfrage von 2006 haben nämlich die Träger angegeben, dass nur weniger als die Hälfte der Institutsambulanzen ihre Kosten aus der Vergütungserlösen decken können. Ist-Kosten basiert wird die Kalkulation der PIA-Leistungen ein unrealistisches Bild vermitteln.

Die Institutsambulanzen müssen neben den ambulanten kliniknahen Leistungen mehr und mehr Lücken im System der nervenärztlichen Versorgung schließen. Mehr als die Hälfte der PIA-Patienten wird ausschließlich ambulant und nicht während eines Jahres auch stationär oder teilstationär behandelt. Institutsambulanzen sind also unverzichtbarer Baustein der vertragsärztlichen Versorgung und müssen dies auch bleiben. Dies sieht ganz offensichtlich auch der Bundesgesetzgeber so, denn der Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes enthält den Auftrag an den gemeinsamen Bundesausschuss, in die Bedarfsplanungsrichtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung Regelungen über die Berücksichtigung der Ärzte der Institutsambulanzen bei der Ermittlung des Versorgungsgrades aufzunehmen.

Ich halte es deshalb für systemfremd, die Institutsambulanzen, die in ihrem Kern Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind, in das Krankenhausentgeltsystem einzubeziehen. Dies sieht übrigens der GKV-Spitzenverband ebenso, denn in seiner Stellungnahme zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens heißt es: „Eine Einbeziehung der PIA-Vergütung in die „stationäre Vergütung“ ... wäre ein Fremdkörper in der gegenwärtigen und

wohl auch künftigen Struktur der Versorgung“. Die Vehemenz mit der der GKV-Spitzenverband Einsicht in die Leistungsdaten aller Ambulanzen in Deutschland fordert, steht im Widerspruch dazu und scheint mir ganz anderen Motiven zu folgen. Die Krankenkassen wollen das Problem der Gesamthonorierung eines umfassenden Sicherstellungsauftrages der KBV bei gleichzeitig wachsender Zahl ambulanter Behandlungen durch Krankenhäuser geklärt sehen. Dies ist sicher legitim, aber nicht über das neue Entgeltsystem lösbar.

Warum soll aber vor diesem Hintergrund für alle Institutsambulanzen eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation eingeführt werden? Die Krankenhausträger haben in aller Regel in ihren Rahmenverträgen bereits mit den Landesverbänden der Krankenkassen Dokumentationspflichten und Verfahren für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen vereinbart. Sollen die bundeseinheitlichen Daten zusätzlich erhoben werden?

Wir können uns weiteren Dokumentationsaufwand schlicht nicht mehr leisten. Auch Institutsambulanzen können inzwischen wegen des Ärztemangels Patienten kaum mehr ohne Wartezeiten behandeln. Sie können längst nicht mehr alle Patienten versorgen, die eine Behandlung wünschen, zum Beispiel Bewohner in Altenpflegeheimen. Ja, teilweise müssen Fachärzte aus den Ambulanzen abgezogen und im Stationsbetrieb eingesetzt werden, um die vollstationäre Versorgung sicherstellen zu können. Dies schmälert die Qualität der Versorgung und schränkt die Zahl von Ambulanzpatienten ein.

In dieser schwierigen Situation den Ambulanzärzten weitere Dokumentationspflichten aufzuerlegen, ist kontraindiziert und kann das Fass zu Überlaufen bringen.

Schon die OPS-Kodes stoßen mehr und mehr auf Unverständnis. Denn alle Kliniken kodieren Prozeduren, die zwar von der Psychosomatik für praktikabel gehalten werden, die aber den klinischen Alltag der Akutpsychiatrie nur höchst unzureichend abbilden. Inhalt und Systematik der OPS-Kodes werden von Psychiatriefachleuten und auch von der DKG zunehmend kritisch betrachtet. Bisher ist nicht erkennbar, dass Therapieeinheiten als „Kostentrenner“ zur Ermittlung von Relativgewichten geeignet wären. Trotzdem werden sie tagtäglich von Ärzten und Therapeuten aller Kliniken kodiert und als gewaltige Datenberge an die Kostenträger und das InEk transportiert. Können wir es uns bei dem Fachkräftemangel wirklich erlauben, täglich 10 bis 20 Minuten Dokumentationsaufwand pro Stationsteam oder zwei Oberarztstunden pro Woche aufzuwenden?

Mit Unverständnis habe ich immer wieder registriert, dass Kliniken ihre Behandlungsabläufe umstellen, um möglichst viele Therapieeinheiten kodieren zu können. Nach der medizinischen Notwendigkeit oder gar der Verbesserung der Behandlungsqualität wird nicht gefragt. Ich halte ein solches, an der vermeintlichen Erlösmaximierung orientiertes Verhalten, für fragwürdig. Ein neues Entgeltsystem darf nicht solche Fehlanreize setzen.

Deshalb sind Qualitätsindikatoren so wichtig. Doch diese werden nicht allein aus Routinedaten gewonnen werden können. Sie müssen methodischen Anforderungen entsprechen und risikoadjustiert sein. Ratertrainings sind nötig. Sonst ist keine valide Vergleichbarkeit gegeben.

Schließlich muss ich die Frage stellen, ob der Dokumentationsaufwand im Einklang mit dem Gesetz steht, wonach der Differenzierungsgrad praktikabel zu sein hat? Ich meine nein. Die Selbstverwaltungspartner und das BMG sollten bald die nötigen Konsequenzen ziehen.

Ich will einen weiteren Aspekt ansprechen.

Die sektorübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen soll auch dazu beitragen, den Anstieg der Fallzahlen stärker in den ambulanten Bereich zu lenken und damit die

begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens effizienter einzusetzen. Dies kann man, so denke ich, nur unterstützen. Schauen wir uns die Daten des Statistischen Bundesamtes aber einmal etwas genauer an.

Die Zahl der Kliniken und Abteilungen des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie ist von 2003 bis 2009 um 11 auf 416 gestiegen. Gleichzeitig reduzierte sich aber die Bettenzahl um 0,6%. Die Fallzahl ist um rund 14% gestiegen, während die Verweildauer um 9% sank.

Im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gab es innerhalb derselben 6 Jahre 73 Kliniken oder Abteilungen mehr, ihre Bettenzahl hat sich mehr als verdoppelt. Die Fallzahl stieg um das fast 2 ½-fache, die Verweildauer verkürzte sich ebenfalls, liegt aber mit 39,5 Tagen deutlich über dem Durchschnitt der Psychiatrie mit 23 Tagen. Die Entwicklung der Psychosomatik ist in den letzten beiden Jahren nicht stehen geblieben, sondern hat an Dynamik – vorangetrieben durch überregional arbeitende private Träger psychosomatischer Rehakliniken – eher noch zugenommen.

Rund 35% der behandelten Patienten psychiatrischer Kliniken und Abteilungen entfallen auf die Diagnosegruppen F 3 bis F 6, die auch als psychosomatische Diagnosen definiert sind. Dies zeigt nicht nur, dass die beiden Fachgebiete im Wettbewerb miteinander stehen und dass die Psychosomatik zu einer „Psychiatrie light“ geworden ist, sondern hat auch Auswirkungen auf das neue Entgeltsystem.

Ein Blick auf die aktuellen Kalkulationsdaten zeigt, dass 70 bis 80% der Kosten nicht tages- oder fallbezogen zugeordnet werden können. Das InEk versucht, diese sog. „Residualkosten“ des Stationsaufwandes durch aufwändige Erfassung der Behandlungsintensität des Einzelfalles zu reduzieren. So recht scheint das bisher nicht gelungen zu sein. Aber, meine Damen und Herren, je mehr Aufwand nicht leistungsgerecht zugeordnet werden kann, sondern per Umlageschlüssel verteilt werden muss, desto ungenauer lässt sich die Fallschwere mit Relativgewichten abbilden. Dies kommt der Psychosomatik zugute.

In diesem Zusammenhang erinnere ich daran, dass die regionale Pflichtversorgung als Kernaufgabe psychiatrischer Fachkrankenhäuser und Abteilungen – und damit als Unterscheidungsmerkmal zur Psychosomatik – noch immer nicht im neuen Vergütungssystem verankert ist. Mit dieser Versorgungsverpflichtung ist erhöhter Vorhalteaufwand verbunden, weitere Kosten entstehen durch vielfältige patientenunabhängige Vernetzungsaufgaben in der Region. Als Strukturkomponente lassen sie sich in OPS-Kodes nicht beschreiben.

Meine Damen und Herren, die exorbitante Fallzahlsteigerung der Psychosomatik, die ungenügende patientenzentrierte Zuordnung des Stationsaufwandes und die offene Frage der Berücksichtigung des Zusatzaufwandes der Pflichtversorgung lässt befürchten, dass es zu einer Umverteilung von Ressourcen von der Psychiatrie zur Psychosomatik kommt. Die in den Eckpunkten des BMG geplanten psychosomatischen Institutsambulanzen werden diesen Effekt noch verstärken. Es wäre eine falsche Weichenstellung, wenn Finanzmittel zu Patienten mit leichteren Erkrankungen fließen, die dann zur Behandlung Schwerkranker fehlen. Dieser drohenden Fehlentwicklung muss nachdrücklich entgegen gewirkt werden.

Welche Auswirkungen dies auf die Versorgung haben kann, wissen wir von der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Hier besteht eine extreme Disparität zwischen der klassischen nervenärztlichen Regelbehandlung und der Richtlinienpsychotherapie. Nervenärzte behandeln 72% der Patienten und bekommen dafür etwa ein Viertel der Gesamtvergütung. Umgekehrt versorgen ärztliche und psychologische Psychotherapeuten 28% der Fälle und erhalten drei Viertel der Gesamtausgaben.

Meine Damen und Herren, Ausgangspunkt der politischen Diskussion über die Vergütung psychiatrischer Krankenhausleistungen war 2007 die in einer Evaluation der Aktion psychisch Kranker nachgewiesene Unterfinanzierung der Psych-PV. Das BMG versprach, deren Standards wieder uneingeschränkt umzusetzen und änderte hierzu zweimal die Bundespflegesatzverordnung. Diese Zusage wurde aber mit der Forderung verbunden, dass die Psychiaterverbände die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems unterstützen. Soweit ich es überblicke, ist die Nachfinanzierung der Psych-PV weitgehend gelungen. Probleme scheint es nur noch in Berlin und Brandenburg zu geben.

Allerdings öffnet sich die Schere bereits wieder, weil die Kürzung der Veränderungsrate 2011 und 2012 trotz TVöD-Berichtigung die steigenden Personal- und Sachkosten nicht deckt. Ich habe schon im vergangenen Jahr dem damaligen Bundesgesundheitsminister Rössler in einer Modellkalkulation vorgerechnet, dass innerhalb von zwei Jahren bis zu 10 Stellen nicht finanziert werden. Das Ergebnis hat sich bisher bestätigt.

Die Nachverhandlung von Psych-PV-Stellen als Anreiz für Optionskliniken ab 2013 zu nutzen, wie dies in den Eckpunkten des BMG zu lesen ist, und damit alle anderen Kliniken auszuschließen halte ich vor diesem Hintergrund für mehr als fragwürdig.

Ich fasse zusammen und komme zum Schluss.

Anknüpfend an den gesetzlichen Auftrag des § 17d KHG stelle ich fest, dass

- die Leistungsorientierung ausgedrückt in Relativgewichten beim aktuellen Entwicklungsstand des neuen Entgeltsystems noch nicht klar erkennbar ist,
- medizinisch unterscheidbare Patientengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand bisher nicht definiert sind,
- der Aufwand für Kodierungsaufgabe reduziert werden muss, weil der Differenzierungsgrad bisher nicht als praktikabel angesehen werden kann,
- die Psych-PV noch nicht überall uneingeschränkt finanziert ist und sie durch die Kürzung der Veränderungsrate aufs Neue ausgehöhlt wird.

Ein Jahr und drei Monat vor dem Start ins neue Entgeltsystem bleibt also noch viel zu tun. Die Eckpunkte des BMG zur Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens zur Einführung des neuen Entgeltsystems berücksichtigen diese Schwierigkeiten und sehen deshalb eine längere budgetneutrale Phase vor. Im Großen und Ganzen kann ich mich mit diesen Eckpunkten durchaus anfreunden. Die BAG wird ihre Position Anfang November formulieren. Der Teufel wird aber auch hier im Detail stecken. Denn es wird auf die endgültigen Gesetzesformulierungen ankommen, ob die Budgetneutralität auch gegenüber Rechnungskürzungen aufgrund von MDK-Prüfungen gilt, wo das Morbiditätsrisiko letztlich liegt und wie die Schere zwischen Kostenentwicklung der Krankenhäuser und Ausgabendeckelung der Krankenkassen möglichst geschlossen gehalten werden kann.

Meine Damen und Herren, der bekannte Allgemeinarzt, Medizinsoziologe und Gesundheitsökonom Julian Tudor Hart schrieb 1971 mit Blick auf das britische Gesundheitssystem „Je kränker ein Mensch ist, desto weniger Hilfen kann er erwarten“. Der Begriff der Zwei-Klassen-Versorgung ist zumindest in der ambulanten psychiatrischen Versorgung auch in Deutschland unübersehbar und wird im Verhältnis zwischen klinischer Psychiatrie und Psychosomatik zunehmend zum Problem. Das neue Entgeltsystem muss sich maßgeblich daran messen lassen, wie es soziale Ungerechtigkeiten bei der Ressourcensteuerung vermeidet und den hohen Standard der psychiatrischen Versorgung sichert.

Ich danke für Ihre Geduld und Ihre Aufmerksamkeit.

Joachim Hübner

Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser