

die Probleme auf Dauer nicht lösen. Die Bundesregierung muss nachbessern, um den zu erwartenden Entwicklungen wie dem demografischen Wandel bei knapper werdenden materiellen und personellen Ressourcen gerecht zu werden. Auch muss der Krankenhausstrukturreform der Charakter eines Strohfeuers genommen werden, welches bereits jetzt nach einer Nachbesserung in der nächsten Legislaturperiode verlangt. Alle Akteure haben dafür ihren Anteil zu leisten. Sinnvolle Vorschläge sind gefragt.



## Qualitätsorientierung durch Krankenhausreform?!

**Franz Knieps, Vorstand BKK Dachverband**

Der Gesetzgeber hat für seinen Entwurf für ein Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) durchaus Lob bekommen, zuletzt auf der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 7. September. Gelobt wurde insbesondere die Qualitätsorientierung, die sich in vielen Einzelmaßnahmen

des Entwurfs zeigt. Gleichwohl ist nicht alles, was im Gesetzentwurf glänzt, auch aus Gold.

Vergoldet wird an erster Stelle die Finanzausstattung der Krankenhäuser. So wenig sich der Bundesgesetzgeber getraut hat, den Bundesländern die unzureichende Investitionskostenförderung ins Stammbuch zu schreiben, so bedenkenlos verpflichtet er die Krankenkassen und die Beitragszahler zu weiteren Finanzierungslasten. Denn alle Maßnahmen des KHSG zusammen werden den Krankenhäusern bis 2018 unter dem Strich ein Plus von mindestens 4,1 Milliarden Euro bescheren. Und auch das reicht den Krankenhausfunktionären nicht, so zeichnen sie in ihrer aktuellen Kampagne ein grobes Zerrbild („Ein Gesetz gegen die Patienten“) von der Reform.

Viele Maßnahmen des KHSG sind vom Ansatz her richtig und werden wichtige Impulse auslösen: rechtssichere Mindestmengen, Qualitätsverträge, ein Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten, Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, die erstmalige Relevanz von Erreichbarkeitskriterien, Zuschläge für gute Versorgungsqualität.

Sollen die Impulse nicht verpuffen oder gar negativ wirken, muss der Gesetzgeber noch nachjustieren. Das betrifft einerseits inhaltliche Aspekte, von denen ich im Folgenden einige ansprechen möchte. Andererseits betrifft es eine Reihe von Ausnahmetatbeständen, Selbstverpflichtungen und dehnbare Formulierungen – ein schönes Betätigungsfeld für die Gerichte oder Schiedsämter, eine unsichere Hypothek jedoch für die Patienten und alle anderen an Qualität interessierten Akteure. Dem geneigten Leser empfehle ich dazu einen Blick in die Stellungnahme des BKK Dachverbandes (siehe <http://www.bkk-dachverband.de/politik/stellungnahmen>).

## **Abbau von Überkapazitäten**

Es ist unwirtschaftlich, wenn die gesetzliche Krankenversicherung mit fast 70 Milliarden Euro pro Jahr knapp 2.000 Krankenhäuser mit über 500.000 Betten finanziert, die nur zu drei Viertel ausgelastet sind. Noch schwerer wiegen die Auswirkungen auf die Qualität: Viele Krankenhäuser bieten ein viel zu breites Leistungsspektrum an, darunter auch Leistungen, bei denen es ihnen an Know-how und Erfahrung fehlt. Überdies operieren die Ärzte auf Druck der Geschäftsführer, Betreiber und/oder Aktionäre häufiger als erforderlich und häufiger als indiziert. Viele Patienten werden über- und fehlversorgt.

Richtig ist deshalb, den Abbau von Überkapazitäten und die Konzentration von Krankenhausstandorten finanziell zu fördern. Der dazu vorgesehene Strukturfonds ist allerdings für eine zu kurze Zeit (drei Jahre) angelegt und mit zu geringen Finanzmitteln ausgestattet

(einmalig eine Milliarde Euro). Sehr problematisch ist zudem, wenn – wie vorgesehen – die Länder die Anträge für Mittel aus dem Fonds stellen. Will man die Ziele des Strukturfonds erreichen, kommt als Antragsteller nur der Krankenhausträger in Betracht.

### **Förderung guter Qualität**

Der Gesetzentwurf sieht Zu- und Abschläge für Struktur- und Prozessqualität sowie für Ergebnisqualität vor. Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität sind jedoch Mindeststandards, auf die jeder Patient einen Anspruch hat. Sie sollten daher weder mit Abschlägen noch mit Zuschlägen versehen werden. Kann ein Krankenhaus sie nicht erfüllen, darf es für die Leistung keinerlei Vergütung geben. Mittelfristig muss das Haus – sofern die Mängel fortbestehen – von der Versorgung (Krankenhausplan) ausgeschlossen werden, alles andere ist den Patienten nicht zuzumuten.

Eine Zuschlags- und Abschlagssystematik ist möglich, sollte sich aber nur auf Ergebnisqualitätsparameter erstrecken. Die Betriebskrankenkassen haben dazu ein kostenneutrales Umverteilungsmodell entwickelt, das den Fokus auf einen Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern legt, aber keine Absatzspirale zur Folge hat. Hervorragende Qualität wird dann zum Ziel, gleichzeitig werden sich Krankenhäuser mit noch akzeptablen, aber unterdurchschnittlichen Ergebnissen verbessern.

### **Qualitäts- und bedarfsorientierte Krankenhausplanung**

Im Hinblick auf die vorgesehene stärkere Qualitätsausrichtung der Krankenhausplanung ist es ein Konstruktionsfehler, dass die Länder die Anwendung der Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ganz oder teilweise ausschließen können. Stattdessen müssen sie verbindlich in die Krankenhauspläne der Länder integriert werden.

Bereits im Rahmen der Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat das BKK-System den Übergang zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung gefordert. Das findet sich im Gesetzentwurf leider nur bei der Feststellung von Unterversorgung als Auslöser von Sicherstellungszuschlägen. Das greift erheblich zu kurz: Auch bei der Feststellung, wo Überversorgung besteht und wo die Leistungserbringung in Form von Zentren gebündelt werden sollte, muss die Erreichbarkeit als Kriterium eine entscheidende Rolle spielen. Erst das fördert die gewollte Konzentration und Spezialisierung und führt zu einer verbesserten Qualität in der Versorgung.

## Handlungsbedarf beim Pflegepersonal

Zweifellos besteht in vielen Krankenhäusern großer Handlungsbedarf in der Pflege. Ohne ausreichende Personalkapazitäten ist keine qualitativ hochwertige Pflege möglich. Ursache des Problems ist allerdings der Abbau des Pflegepersonals durch die Krankenhäuser selber. Nach dem Ende des letzten Förderprogramms im Jahre 2011 wurden die Mittel dauerhaft in die Landesbasisfallwerte eingepreist, d.h., die Krankenkassen zahlen noch heute für die Stellen. Dessen ungeachtet haben die meisten Häuser die zunächst geschaffenen Stellen wieder abgebaut, um mit dem Geld fehlende Landesmittel (für Investitionen) zu kompensieren und um mehr Ärzte einstellen und dadurch mehr Krankenhaufälle generieren zu können. Die großen Überkapazitäten im Krankenhausbereich tragen zusätzlich und erheblich zum Problem bei.

Nun hat die Vergangenheit eindrucksvoll gezeigt, wie ungeeignet ein Pflegestellenförderprogramm sein kann, um die Pflegesituation in den Krankenhäusern nachhaltig zu verbessern. Auch die Wirkung eines neuen Programms würde wohl nur an den Symptomen ansetzen und sehr wahrscheinlich verpuffen. Möchte der Gesetzgeber dennoch hieran festhalten, ist zumindest sicherzustellen, dass die Fördermittel überprüfbar ausschließlich für den eng definierten Fördertatbestand verwendet werden und dauerhaft der Pflege zukommen. Eine Förderung sollte nur für die Stellen möglich sein, die über die Ende 2011 beschäftigten Pflegekräfte hinausgehen. Anderenfalls würde ein Haus umso stärker belohnt, je größer es zuvor die Stellen abgebaut hat. Die Krankenkassen benötigen ferner ein weitreichendes Überprüfungsrecht (MDK) mit finanziellen Auswirkungen. Und ohne Klärung der tatsächlichen Mittelverwendung und ohne sinnvolle Anschlussregelung nach Auslaufen des Förderprogramms darf keine Festlegung auf eine Anschlussfinanzierung erfolgen.

## Fazit

Nur ein optimiertes Gesetzeswerk würde einer nachhaltigen Qualitätsorientierung in der Krankenhausversorgung den Weg bereiten. Das sind wir den Patienten schuldig und das würde auch den zweifellos hochengagierten Beschäftigten in den Krankenhäusern gerecht.