

Krankenhausreform: Mehr als nur Spesen, aber wo bleiben die Länder?

Von Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V.

Wer die derzeitige Diskussion um die von der Koalitionsregierung in Abstimmung mit den Bundesländern angegangene Krankenhausreform (KHSG) verfolgt, kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass es den Kliniken in erster Linie um eins geht: mehr Geld. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zeichnet ein düsteres Bild der Zukunft, zeigt sich empört und verärgert und schürt Ängste. Die Versorgung des Patienten könne nicht mehr optimal gewährleistet werden, wenn es nicht mehr Geld für die Krankenhäuser gibt. Man droht mit ungeplanten Schließungen, Personalengpässen und Qualitätseinbußen. Im Visier haben die Krankenhäuser als Schuldigen vor allem die Krankenkassen, deren Versicherte und Arbeitgeber die Finanzierung übernehmen sollen.

Doch wo bleiben die Länder in den Forderungen der DKG? Aber auch die Bundesregierung lässt die Kernfrage nach einer dauerhaften verlässlichen Investitionsfinanzierung ungeklärt und gefährdet damit den Erfolg ihrer eigenen in manchen Bereich durchaus ambitionierten Reform. Das ist mit das größte Manko des KHSG. Es ist allen klar, dass gerade der flächendeckende Rückzug der Länder aus der Finanzierung der Investitionskosten die Krankenhäuser in Not bringt.



Trend ist besorgniserregend

Von „Rausschleichen“ aus der Finanzierungsverantwortung kann übrigens nicht mehr die Rede sein, das ist mittlerweile schon ein „Verabschieden“. Der negative Trend der Förderung seitens der Bundesländer ist besorgniserregend. Lag die Länder-Förderung Anfang der 1990er Jahre noch bei mehr als 3,5 Milliarden Euro, so waren es 2013 nur noch rund 2,7 Milliarden Euro – ein Rückgang um 25 Prozent ohne Berücksichtigung der Inflationsrate. Die Kliniken bringen das Geld für notwendige Investitionen und Instandhaltung mittlerweile selbst auf. Aus Eigenmitteln, wie es so schön heißt. Provokant formuliert: aus den Entgelten für die laufenden Kosten, aus Mitteln der Krankenkassen, kurz aus Beiträgen der Versicherten, die eigentlich für die Behandlung vorgesehen sind.

Beispiele gibt es genügend. Der Neubau für das gerontopsychiatrische Zentrum im sächsischen Großschweidnitz wird mit 23,4 Millionen Euro vom Land Sachsen finanziert, weitere 8,4 Millionen Euro steuert das Krankenhaus dazu. 100 Millionen Euro hat der landeseigene Konzern Vivantes für einen Neubau an seinem Standort in Berlin-Friedrichshain bereitgestellt – ohne Mittel des Landes. Und dort, wo diese Querfinanzierung aufgrund der Ertragslage der Häuser nicht möglich ist, tropft es von der Decke oder gibt es gravierende strukturelle Hygieneprobleme.

Nachhaltigkeit gefordert

Allen voran geht die Zweckentfremdung der Mittel zu Lasten der Pflege. Aber statt das Grundproblem anzugehen, soll im KHSG nun ein Pflegestellenförderprogramm finanzielle Anreize setzen, um mehr Personal für die Pflege am Bett einzustellen. Früher nannte man so etwas auch Verschiebebahnhof. Die Idee ist zudem nicht neu. Der Ansatz wurde bereits von 2009-2011 gewählt. Doch erinnern wir uns: Die mit dem Vorgängerprogramm gemachten Erfahrungen waren – gelinde gesagt – nicht optimal. Nach der Förderphase wurden vieler Orts die Pflegekräfte wieder „abgebaut“. Dabei fließen die Finanzmittel der ersten Förderphase über Landesbasisfallwert und Zusatzentgelte noch heute. Stattdessen sind Ärzte eingestellt worden, um Leistungsmengen generieren zu können.

Um diesem Effekt vorzubeugen, fordern die Innungskrankenkassen vor dem erneuten Bezug von Fördermitteln eine Prüfung der Häuser: Sind die durch das erste Förderprogramm geförderten Personalstellen noch vorhanden, kann auch auf die neue Förderung zugegriffen werden. Wir begrüßen, dass die Krankenhäuser einen Nachweis über die Mittelverwendung führen sollen, prüfen muss dies allerdings der MDK. Ein Nachweis über die Jahresabschlussprüfung allein reicht nicht aus. Außerdem soll der MDK dafür auch unangemeldet

die Kliniken aufsuchen können. Wer die Mittel nicht zweckgebunden einsetzt, muss sie zurückzahlen. Das unterstützen wir.

Qualität muss messbar sein

Die Reform weist aber auch Ambitioniertes und Positives auf. Die Einführung der qualitätsorientierten Vergütung gleicht einem Paradigmenwechsel. Aber auch hier stecken die Probleme im Detail. Problematisch ist es z. B., dass Qualität, die die Mindestanforderungen nicht erfüllt, mit einem Abschlag bestraft werden soll. Der Versicherte hat einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Dies in Frage zu stellen ist allein aus Gründen des Patientenschutzes nicht akzeptabel. Wir als Krankenkassen wollen uns nicht dem Vorwurf aussetzen, eine ungenügende Qualität in Kauf zu nehmen, um Geld zu sparen. Dieser Vorwurf würde unweigerlich kommen. Nein, Leistungserbringer, die eine entsprechende Mindestqualität nicht erreichen, müssen von der Versorgung ausgeschlossen werden. Das wäre der richtige Weg.

Aber was heißt überhaupt mindere oder hohe Qualität? Wie kann sie messbar gemacht werden, um Rechtssicherheit zu haben. Bei Struktur- und Prozessqualität wird dies bereits vielfach durchgeführt. Diffizil wird es, wenn die Ergebnisqualität gemessen werden soll. Dafür brauchen wir geeignete Indikatoren und vor allem rechtssichere Kriterien. Hier sind das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTiG) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gefragt. Bis dies geschehen ist, gehen sicherlich Jahre ins Land.

Keine Exklusivverträge

Für die vorgeschlagenen Qualitätsverträge verlangen die Innungskrankenkassen eine gesetzliche Klarstellung. Es kann und darf keine Exklusivverträge einzelner Krankenkassen mit Kliniken geben, die zur Folge haben, dass Versicherte anderer Kassen keinen Zugang zu dem Leistungsangebot dieses Hauses haben. Der Wettbewerb sollte nicht von der Marktmacht der Kassen gesteuert zwischen den Kassen laufen, sondern auf Basis der Qualität bei den Krankenhäusern stattfinden.

Nachbesserungsbedarf gibt es auch beim vorgesehenen Strukturfonds. Der dahinter steckende Gedanke des Abbaus von Überkapazitäten und der Umwidmung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Einrichtungen ist lobenswert. Doch die Frage steht im Raum: Ist dies überhaupt realistisch? Kann der Fonds seiner Aufgabe gerecht werden? Die Vergangenheit hat gezeigt, dass selbst bei eklatanten Qualitätsproblemen extreme

Widerstände zum Vorschein kommen, wenn Kliniken komplett geschlossen werden sollen. Und die Zahlen belegen dies. Laut Statistischem Bundesamt ist die Zahl der Krankenhäuser zwischen 2003 und 2013 um 207 auf 2017 zurückgegangen. Vollständig vom Markt verschwunden sind aber lediglich 74, so eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. In den meisten Fällen sind Standorte verlagert worden oder es haben Fusionen stattgefunden.

Nicht immer sind komplette Schließungen auch notwendig oder unter Bedarfs Gesichtspunkten möglich. Der bessere und erfolgreiche Weg ist für die Innungskrankenkassen daher, dass auch die Schließung einzelner Fachabteilungen aus Mitteln des Strukturfonds finanziert werden kann. Und außerdem bedarf es einer Regelung, die Schließungen in finanzschwachen Ländern ermöglicht. Hier muss der Bund einspringen.

Die Bundesregierung erhofft sich, das heutige System der Mengensteuerung durch ein neues wirksameres Modell zu ersetzen. Das heutige System stößt beim Versuch die Ausweitung der Leistungsmengen zu beschränken an seine Grenzen. Doch die Vorschläge sind nach Auffassung der Innungskrankenkassen keine wirkliche Alternative. Vielmehr besteht die Gefahr, dass sie ihr Ziel verfehlen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen kann die Lösung nur in einem kombinierten Modell liegen, bei dem sowohl eine krankenhausspezifische als auch eine landesweite Berücksichtigung von Mehrmengen erfolgt. Dass es nicht zu einer doppelten Degression kommt, kann durch ein einfaches Anrechnungsverfahren sichergestellt werden.

Insgesamt 4,1 Milliarden Euro werden die Krankenhäuser bis 2018 zusätzlich bekommen, so die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes. Das Bundesgesundheitsministerium gibt die Kostenbelastung für die Beitragszahler bis 2018 mit zirka 2,7 Milliarden Euro an. Die DKG sieht dagegen Mehrbelastungen der Kliniken in Höhe von einer Milliarde Euro und mobilisiert die Öffentlichkeit. Meine Herren: Können Sie nicht rechnen? Pflegestellen-Förderprogramm, Sicherstellungszuschläge, Zentrumszuschläge, Erstattung der Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse, erhöhte Vergütung für Krankenhausambulanzen – eine Auswahl von zusätzlichen Finanzströmen zu Lasten der Krankenkassen und auf Kosten der Zusatzbeiträge der Versicherten. Wer hier immer noch nach mehr ruft, macht sich unglaubwürdig.

Alle Akteure gefordert

Die Krankenkassen kommen der Verantwortung nach, ihren Beitrag für eine hochwertige stationäre und ambulante Versorgung zu leisten. Wo aber bleiben die Länder? Ein Strukturfonds und die geplante Verlagerung der Mengenproblematik auf die Häuser können

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