

Krankenhausreform ohne Alternative

Welche Koalition im Bund hätte nach einem Regierungswechsel in Berlin nicht binnen Jahresfrist die Mehrheit in der Länderkammer verloren, sähe sich nicht von Opposition und Presse in die Nähe des Wahlbetrugs gerückt und bliebe von Attacken aufmüpfiger Verbände verschont: Die GROSSE KOALITION. Wo Politik sonst in der Diskussion Fragen zuspitzt, Partei ergreift und Kompromisse sucht, schaut die GROSSE KOALITION in ihre Vereinbarung und führt Buch, welchem Partner wo ein Punkt zusteht. Und für die Gesundheitspolitik findet sich da eher kleines Karo. Insbesondere die überfällige Harmonisierung der Versicherungs- und Vergütungssysteme wurde erst gar nicht thematisiert. Stattdessen sollen alle möglichen „Fonds“ inhaltliche Politik ersetzen. Da legt man sich nicht fest, riskiert keinen Streit und hat doch etwas vorzuweisen.

Doch schon mit einem einzigen Projekt kann sich die GROSSE KOALITION gesundheitspolitisch aus der Bedeutungslosigkeit befreien und ihren spezifischen Vorteil nutzen: Mit der angekündigten Krankenhausreform. Mit diesem Reformvorhaben beschäftigen sich die Autoren der G+S in der hier vorliegenden Schwerpunkttausgabe.

Die Krankenhausreform der GROSSEN KOALITION hat Bund und Länder in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zusammengebracht. Die Arbeitsgruppe arbeitet seit Mai 2014 und soll Anfang 2015 ein Konzept zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung vorlegen. Bisher regelt der Bund die Finanzierung der Leistungen über den Gesundheitsfonds der Krankenkassen und wirkt mit dem Bundesausschuss auf Qualitätsfragen ein. Die Länder wiederum gestalten eigene Krankenhausgesetze, lassen die Krankenhäuser zu und sollen die Investitionen finanzieren. Spätestens mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen ist dieses Regelungsgefüge völlig überfordert. Das erfolgreiche System bundesweiter Fallpauschalen hat die Krankenhausplanung der Länder schlicht überrollt. Jahrelang haben die Länder hier nur unterkritisch taktiert, die Dinge treiben lassen und ihren Finanzierungsanteil immer weiter reduziert: Überkapazitäten und Doppelstrukturen verraten nicht nur die Abwesenheit von Krankenhausplanung, sondern untergraben in der Folge mit immer höheren OP-Zahlen bereits die Indikationsqualität zu Lasten der Patienten. Medizin verliert so wichtiges Vertrauenskapital, das – wie bei der Transplantation – nicht beliebig erneuert werden kann: Wirksame ökonomische Anreize brauchen daher dringend auch einen wirksamen medizinisch-qualitätssichernder Rahmen. Qualitätssicherung einschließlich der Indikationsqualität darf nicht als „add-on“ und im Zweifel „nachrangig“ zur Seite gelegt

werden können, sondern muss die Krankenhauslandschaft von ihren Grundlagen her mit prägen. Dazu reicht es nicht, dass die Bundesebene in Richtlinien Qualitätsvorgaben wie etwa Mindestmengen festlegt, solange sie in den Ländern rechtlich nicht durchgesetzt werden können.

In einer nüchternen Bilanz fällt es Wulf Leber und Mechthild Schmedders schwer, aus den bisherigen Entwicklungslinien der Krankenhauspolitik überhaupt eine Chance zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung abzuleiten. Zwar bedeutete „... Krankenhausreform ... in den letzten zwei Jahrzehnten vor allem eine Reform des Vergütungssystems“, doch sehen sie in ihnen gleichzeitig ein „... Festival für Planungsfetischisten“. Diese Festivals sind (gottlob) erfolglos, denn eine Krankenhausplanung ist kaum mehr zu identifizieren und erlebt ihren „... Offenbarungsschritt durch den Übergang zu einer sogenannten Rahmenplanung“. Zudem „... beschäftigt sich in den Planungsbehörden nur eine Handvoll Mitarbeiter mit den angeblich planerischen Prozessen“. Eine qualitätsorientierte Planung scheint auf der Basis euphemistisch, um es zurückhaltender auszudrücken. Von daher wird dieser Auffassung nach auch der angekündigte Strukturfonds nur als ‚Restrukturierungsfonds‘ zur Schließung von Krankenhäusern dienen können. Aber die werden weder die Länder, noch die Krankenkassen bewegen, denn „... die Kraft zur Schließung hat nur einer: Der Krankenhasträger“. Leber/Schmedders empfehlen konsequent, den Strukturfonds mit jährlichem Milliardenvolumen zumindest über 2 Legislaturperioden laufen zu lassen, damit das Krankenhausmanagement die Schließungskosten für einen nennenswerten Teil der Überkapazitäten aus Steuermitteln finanzieren kann. Dazu müsse der Bund zweifellos den überwiegenden Teil finanzieren, da (zweifelos) kein Land die Schließungskosten in einem anderen mitfinanzieren wolle.

Wird stattdessen eine erreichbarkeitsorientierte Standortplanung für qualifizierte ‚Notfallleistungen‘ von der Entwicklung ergebnisrelevanter Kriterien der Strukturqualität als Leistungsvoraussetzung für ‚planbare Leistungen‘ unterschieden, muss das Konzept der GROSSEN KOALITION nicht Makulatur bleiben. Gerade eine solche Unterscheidung empfehlen Malzahn et al. Zum einen beschließt der Bundesausschuss ihren Umsetzungsempfehlungen nach bundesweit geltende Kriterien für den Zugang der Krankenhäuser zu Sicherstellungszuschlägen. Hier wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitreden. Zum anderen finden Kriterien der Strukturqualität des Bundesausschusses, die im Übrigen auch Leber/Schmedders als „qualitative Leistungsvoraussetzungen“ der Krankenhäuser einbeziehen und zu recht von unabhängiger Seite geprüft sehen wollen, bei Malzahn et al. als Kriterien in die Krankenhausplanung Eingang. Das „kleine“ bzw. nicht hinreichend spezialisierte Krankenhaus darf Leistungen, zu denen es nicht qualifiziert ist, nicht länger erbringen und ist von daher unternehmerisch auf hinreichende Größe und Spezialisierung oder eben als bedarfnotwendiges Haus ggf. auf einen Sicherstellungszuschlag angewiesen. Den gibt es aber nur, wenn die Bedarfsfrage geklärt ist! Daraus leiten Malzahn et al. bisher fehlende Hebel der Krankenhausplanung ab, bei denen die Länder allerdings an bundesweite Kriterien gebunden werden sollen. Das ist der Deal. Der Unterschied in der Betrachtungsweise

der Autorengruppen, dem sich Busch et al. verschiedentlich anschließen, liegt neben der o.g. Unterscheidung zwischen Notfallleistungen und planbaren Leistungen in der Annahme, ob eine wirksame Verbindung der Regulierungsaufgaben von Bund und Ländern erfolgen kann und die für ihre Wirksamkeit unverzichtbaren rechtlichen Klarstellungen erreicht werden können. Bleiben Erreichbarkeits- und Qualitätskriterien des Bundesausschusses für die Krankenhausplanung und den Krankenhausbetrieb rechtlich nachrangig, ist die Skepsis von Leber/Schmedders professionelle Pflicht. Dann bliebe der Krankenhauspolitik des Bundes nur übrig, auf das Krankenhausmanagement als verbleibenden Akteur zu zielen. Das letzte Vertrauen gereifter Skepsis gelte hier der gerühmten „invisible hand“, unter der ein ökonomisch rationales Krankenhausmanagement seinen Incentives folgt. Aber ist das politisch von dieser Welt?

Solche Skepsis der Verwaltung muss sich die Politik jedoch nicht zum Ziel nehmen. Wie Boris Augurzky und Andreas Beivers zeigen, ist eine erreichbarkeitsorientierte Planung kein Hexenwerk. Sie braucht aber Maßstab und Hebel. Dank der guten Datenlage ist die Transparenz hoch. Und Broge et al. zeigen, dass der Stand der externen Qualitätssicherung des Bundesausschusses nach § 137a SGB V weiter entwickelbar ist. Die Ärzteschaft ist Partner und könnte Motor einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft sein, will sie sich nicht immer wieder im Nachhinein ohne hinreichende politische Orientierungshilfe mit den Rationalitätenfallen rein ökonomischer Anreize auseinandersetzen. Bernhard Rochell und Markus Rudolphi geben einen Überblick zur Positionierung der Ärztekammern. Und auch die Universitätskliniken suchen, wie Jörg Heyder zeigt, klare ordnungspolitische Vorgaben für interdisziplinäre Zentren, die zunehmend sektorenübergreifend aufgestellt sein sollten. Dies verweist noch einmal darauf, dass die Relevanz einer Strukturreform der Krankenhauslandschaft über die Kollektivierung von Stilllegungskosten im Zugriff des Krankenhausmanagements hinausgehen muss.

Wie weit der Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung ist, zeigt Markus Lüngen. Erste Schritte werden einem übergreifenden Standort-Monitoring gelten müssen, das Augurzky/Beivers anführen. Aber kann die Gesundheitspolitik wirklich fokussiert auf ein Schließungsszenario von Krankenhäusern über zwei Legislaturperioden erfolgreich sein? Muss sie nicht die Option einer „sektorenunabhängigen

Versorgung“ einbeziehen, die mit der Spezialfachärztlichen Versorgung eröffnet worden ist? Zumaldest das ambulante Operieren und die Notfallversorgung stehen ebenso für eine sektorenunabhängige Versorgung an. Und wie die Krankenhausplanung aus Gründen erreichbarer Qualität und Effizienz auf stationäre Zentren setzen wird, muss die Leistungsfähigkeit in der ambulanten Versorgung durch indikationsbezogene Zentren erhöht werden. Aber sollten sich dazu immer mehr spezialisierte Ärzte zunächst in einer atomistischen vertragsärztlichen Versorgung niederlassen, um von hieraus mühsam zu einer Zentrenbildung zu finden? Oder gibt es auch für Krankenhausträger nicht nur als Notnagel auf dem Lande ambulant unternehmerische Alternativen? Jedenfalls wird der Dualismus „ambulant – stationär“ mit dem Freiberufler als vereinzeltem Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung nicht der letzte Maßstab sein können. Auch das sollte eine Krankenhausreform bewegen.

Wenn mit dieser Schwerpunkttausgabe zur Krankenhausreform gewissermaßen ein Wechselbad von ‚nüchterner Bestandsaufnahme‘ und ‚politischer Perspektive‘ angerichtet worden ist, bei dem die Autoren aus Reihen der Krankenkassen wenig Kredit für, aber hohe Anforderungen an die Krankenhausplanung der Länder gefunden haben, soll nicht der Eindruck unkorrigiert bleiben, in Wettbewerbsrhetorik schillernde Krankenkassen stünden wie vielfach bekundet wettbewerblich als Reformmotor für eine Qualitätsoffensive bereit, die über Informationsservice und das Abschlagen von Rabatten hinausginge. BKK und IKK waren Einzelverträge stationär traditionell fremd. Und die Posen darüber hinaus haben bei Lichte ein schnelles Verfalldatum, wenn Chancen auf Risiken treffen. ‚Einheitlich und gemeinsam‘ im Kollektivvertrag wird aber schwerlich zwischen zugelassenen Krankenhäusern unterschieden werden können. Und ohne entsprechende Ausschlussrisiken wiederum ist kein Krankenhausmanagement tatsächlich zu beeindrucken. Bei planbaren Leistungen sind Einzelvertragssysteme von daher kaum zu ersetzen. Wie bei den Hausarztverträgen finden sich dann aber auf Kassenseite wenig ‚Unternehmer‘. Somit ist die Politik gut beraten, a priori Feststellungen zu ermöglichen, wie die Bedarfsfrage zu klären ist, und auch Sektorenübergreifend entsprechend bedarfsoorientierte Vertragspflichten zu bestimmen. Sonst gilt nachher wie so oft: Wie schnell ist nichts passiert!

K.H. Schönbach