

Qualität in der Krankenhausplanung?!

BERND OBERMÖLLER,
MATTHIAS GRUHL

Dr. Bernd Obermöller ist Rechtsreferent der Fachabteilung Versorgungsplanung im Amt für Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Dr. Matthias Gruhl leitet das Amt für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Welche Rolle spielt die Qualität der Krankenhausversorgung innerhalb der bundesrechtlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung, was folgt daraus für die Länder, wie haben sie die Qualität in ihrer Krankenhausplanung verankert und an welchen Stellschrauben des Systems soll im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform gedreht werden, um die Qualität zu einem Steuerungselement der Krankenhausplanung zu machen? Der folgende Beitrag geht diesen Fragen nach.

1. Was steuert das Krankenhaus?

Eigentlich ist das für die Krankenhausplanung maßgebliche Krankenausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes in seinem § 1 ganz klar: Krankenhäuser die wirtschaftlich arbeiten, bedarfsgerecht und leistungsfähig sind, werden in den Krankenhausplan aufgenommen und haben damit das Recht, zu sozial tragbaren Pflegesätzen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zu versorgen. Die Länder haben diese im Gesetz genannten Parameter bei ihren Entscheidungen anzuwenden.

Die Qualität der Leistung spielt innerhalb der gesetzlichen Vorgaben explizit keine Rolle. Negativ formuliert: Ein Krankenhaus kann heute schlechte Qualität erbringen,

- ohne dass dies bei 80 % der Leistungen¹ überhaupt auffällt,
- ohne dass die Leistungserbringung eingeschränkt werden kann und
- erhält dafür die gleiche Bezahlung wie für gute Leistungen.

Qualität ist also bisher kein Steuerungselement für die Krankenhausversorgung. Sicherlich: Es gilt die Vermutung, dass die Krankenhäuser in der Regel sehr gute Qualität produzieren, aber es gibt keine Regel ohne Ausnahme und diese Ausnahme gilt es zu identifizieren.

Krankenhäuser sind dem Gemeinwohl verpflichtet, aber werden als Wirtschaftsbetriebe geführt. Private Träger erwarten bis zu 20 % Rendite auf das eingesetzte Kapital im Krankenhaus. Diese ist nicht primär durch mehr Qualität, sondern durch geschicktes Finanz- und Ressourcenmanagement zu erzielen. Effizienzreserven sind nach mehr als 10 Jahren in der Nach-Selbstkostendeckungsprinzips-Ära der DRGs nicht mehr im großen Stil zu aktivieren, Personalreduzierungen stoßen im Pflegebereich, der in der Welt der DRGs eher als Kostenfaktor denn als produktivitätssteigernd angesehen wird, inzwischen an Grenzen. Systembedingt müssen die Krankenhäuser deshalb versuchen, eine Mengenausweitung in Bereichen zu erzielen, die eine positive Ertragssituation versprechen. Systematisch werden Prozeduren identifiziert, die durch Sachkosteneinsparungen, soweit sie noch nicht in den DRGs berücksichtigt sind, oder durch weitere Rationalisierungsbemühungen einen positiven Deckungsbeitrag für das jeweilige Krankenhaus versprechen. Dies hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren einzelne Behandlungen, die diesen ökonomischen Kriterien entsprechen, stark angestiegen

1 Die Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V, die von den Krankenhäusern belegt werden müssen, umfassen heute ca. 20 % der im Krankenhaus erbrachten Leistungen.

sind. Da dies nicht allein über die Einweisung aus der niedergelassenen Ärzteschaft erreichbar war, werden die zusätzlichen Fälle zunehmend aus dem großen Potential der ambulanten Selbstvorstellung bzw. Notfalleinweisung generiert.² Die Systematik der DRG-Berechnungen bringt es aber mit sich, dass diese „Profit-Center“ immer nur auf Zeit funktionieren und es bei Abbildung der reduzierten Gesamtkosten in der jeweiligen DRG zu einem Abschlag der Erlöse kommt. Die Preise fallen und müssen mit neuen Einsparungen, neuen Profit-Centern oder neuen Fällen kompensiert werden. Das Hamsterrad dreht sich dabei mit einer Geschwindigkeit, die zunehmend Zweifel an der Machbarkeit einer durchgängig hohen Qualität, insbesondere auch bei der Indikationsqualität, mit sich bringen. Als Effekt dieser Systematik werden kleine Häuser, die solide Grundversorgung abliefern, oft gezwungen, zur Erreichung ihrer Profitabilität Spezialleistungen anzubieten und abzurechnen, für die ihnen die notwendige Infrastruktur fehlt. Die durch die Mengenentwicklung verbundene Degression des Landesbasisfallwertes verschärft diese Problematik.

Im Ergebnis stößt die aus dem bisherigen DRG-System abgeleitete ökonomisch ausgerichtete (Selbst-)Steuerung des Krankenhaussektors an ihre Grenzen, die die Krankenhausplanung bisher nicht kompensieren kann. Wenn also Krankenhausplanung und die bisherige Finanzierungssystematik kein adäquates Regulativ für gute und schlechte Versorgungsqualität sind, ist es notwendig, die Steuerungsmechanismen neu auf die Qualität der Leistungen auszurichten.

2. Rechtliche Perspektive: Die schwierige Rolle der Qualität im Rahmen der Krankenhausplanung

Warum die Krankenhausplanung sich mit dem Steuerungselement Qualität schwer tut, zeigt ein Blick auf die gesetzlichen Vorgaben der Krankenhausplanung. Aus rechtlicher Perspektive gibt es vorrangig zwei Ansatzpunkte für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung, die jeweils mit der Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan verbunden sind. Der erste Ansatzpunkt ist die Vorgabe qualitativer Mindestanforderungen für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan

aufgenommen werden wollen; diese Anforderungen können allgemeiner Natur sein und für ein Krankenhaus als Ganzes gelten (z.B. Facharztstandard) oder sich auf bestimmte Fachrichtungen oder Leistungsbereiche beziehen (z.B. Strukturvorgaben für die Schlaganfallversorgung). Der zweite Ansatzpunkt ist der Qualitätswettbewerb zwischen konkurrierenden Krankenhäusern, und zwar in Form von Qualitätskriterien bei notwendigen Auswahlentscheidungen.

2.1 Einhaltung von Qualitätsanforderungen als Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan?

Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist Mengenplanung

Krankenhausplanung ist gemäß Art. 30, 70 Grundgesetz (GG) Ländersache. Die Länder haben dabei aber bundesrechtliche Vorgaben aus dem KHG zu beachten. Dass das KHG zum Thema Qualität schweigt, ist zunächst nicht verwunderlich, weil dieses 1972 geschaffene Gesetz auf der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) beruht. Vor dem Hintergrund dieser Kompetenz verfolgt das KHG den Zweck, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG). Weil die Krankenhausplanung nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes den Ländern obliegt, darf der Bundesgesetzgeber im KHG nur Vorgaben erlassen, die auf die wirtschaftliche Absicherung der Krankenhäuser abzielen und hierbei einen allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung sichern sollen.³ Das KHG ist bezüglich solcher Vorgaben zurückhaltend. In der Sprache des KHG ist die Krankenhausplanung nach wie vor eine reine Bedarfsplanung im Sinne der Ermittlung der notwendigen Kapazitäten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung. In der Praxis haben

sich die Krankenhausplanung in den Ländern und die entsprechenden Landeskrankenhausesetze längst weiterentwickelt. Die reine Bedarfsplanung ist zur Versorgungsplanung mit zum Teil detaillierten Vorgaben zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität geworden. Das KHG ist diesem Paradigmenwechsel bislang nicht gefolgt. Das KHG enthält dementsprechend auch keine Aussage zu der Frage, ob ein Mindestmaß an Qualität für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan notwendig ist.

Bundesrechtliche Regelungen zur Qualität der Krankenhausversorgung finden sich in den Vorschriften des SGB V im Abschnitt über die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung. Zum 1. Januar 1989 hat der Bundesgesetzgeber, gestützt auf der Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG), die Qualitätssicherung im SGB V eingeführt. Für die Krankenhäuser entstand seinerzeit in § 137 SGB V die Verpflichtung, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollten sich auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und

Die (Selbst-)Steuerung des Krankenhaussektors stößt an ihre Grenzen, die die Krankenhausplanung bisher nicht kompensieren kann.

der Behandlungsergebnisse erstrecken. Zunächst sah das Gesetz vor, dass die Selbstverwaltung das Nähere im Wege der Vereinbarung bestimmt. Zum 1. Januar 2004 übertrug der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Befugnis für Beschlüsse zur Qualitätssicherung. 2008 erhielt der G-BA zusätzlich die Kompetenz für Richtlinien zur Qualitätssicherung.

2 Schreyögg J., Busse F, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs.9 KHG, Hamburg, 2014 nach http://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10_Anlage_Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung_FIN.pdf

3 so Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2010, S. 65, vgl. auch BVerfG, Beschluss vom 07.02.1991 – 2 BvL 24/84.

Fehlende Verknüpfung zwischen Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Die Trennung zwischen den Regelungen zur Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan (geregelt im KHG) und den Regelungen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung (geregelt im SGB V) ist nachvollziehbar: die Planaufnahme bewirkt die Zulassung des Krankenhauses zur stationären Leistungserbringung, die Qualitätssicherung sorgt für die gebotene Qualität der Leistungserbringung. Nur überrascht es, dass bis heute keinerlei Verknüpfung zwischen

Ein Ansatzpunkt für landeseigene Qualitätsvorgaben ist die Konkretisierung des bundesrechtlich vorgegebenen Begriffs der Leistungsfähigkeit.

diesen Regelungsbereichen stattgefunden hat. Warum sollte ein Krankenhaus die Zulassung für die Behandlung gesetzlich Versicherter unabhängig davon erhalten bzw. bei bereits erfolgter Aufnahme in den Krankenhausplan behalten, ob es Qualitätsanforderungen nach dem SGB V oder Qualitätsanforderungen aus der Krankenhausplanung der Länder einhält?

Die fehlende Verknüpfung ersetzt auch nicht der Hinweis, dass in den Krankenhausplan eines Landes nur leistungsfähige Krankenhäuser aufgenommen werden dürften. Ein Krankenhaus, das qualitative Mindestanforderungen nicht gewährleiste, könne nicht als leistungsfähig eingestuft werden. Leider spricht viel dafür, dass diese Annahme nicht zutrifft. Das KHG definiert selbst nicht, was mit der Leistungsfähigkeit gemeint ist. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses kommt es nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts darauf an, ob das Leistungsangebot des Krankenhauses dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und dem jeweils zu erfüllenden Versorgungsauftrag an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind.⁴ Die Formulierung „Anforderungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft“ hört sich nach Qualität an. Das Bundesverwaltungsgericht hat je-

doch den Begriff der Leistungsfähigkeit im Sinne des KHG aus dem damals geltenden § 11 Bundespflegesatzverordnung abgeleitet,⁵ nach dem Krankenhäuser entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit in Gruppen einzuteilen waren. Für diese Einteilung war insbesondere auf die Zahl, die Bedeutung und der Umfang der Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, die Zahl der hauptberuflich angestellten und weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzte in der einzelnen Fachabteilung und das Verhältnis dieser Zahl zur Bettenzahl sowie das Vorhandensein der erforderlichen räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtungen abzustellen. Das Bundesverwaltungsgericht hat damit den Begriff Leistungsfähigkeit quantitativ verstanden. Der Begriff wurde in der Folgezeit von der Rechtsprechung ergänzt, aber nicht in die Richtung, dass zur Leistungsfähigkeit auch die Einhaltung von Qualitätsanforderungen

gehört. Ein Krankenhaus wird vor diesem Hintergrund wohl auch dann als leistungsfähig eingestuft werden müssen, wenn es Vorgaben der Qualitätssicherung nach dem SGB V oder landeseigene Qualitätsstandards gar nicht oder nur unzureichend einhält. Zumindest gibt es zu dieser Frage keine Rechtssicherheit. Und es ist ohnehin nicht gesichert, dass die Krankenhausplanungsbehörden überhaupt erfahren, dass ein Krankenhaus Qualitätsvorgaben des G-BA nicht einhält. Kontrollen sind bislang gesetzlich nicht vorgesehen.

Landeseigene Qualitätsanforderungen: die limitierte Kompetenz

Da die Krankenhausplanung in der Hand der Länder liegt, stellt sich die Frage, welchen Handlungsspielraum die Länder für eigene Qualitätsanforderungen haben.

Ein Ansatzpunkt für landeseigene Qualitätsvorgaben sind Strukturvorgaben, die den bundesrechtlich vorgegebenen Begriff der Leistungsfähigkeit konkretisieren. Die Länder dürfen vorgeben, welche Anforderungen sie im Zusammenhang mit der Aufnahme in den Krankenhausplan in struktureller Hinsicht an das Leistungsangebot der Krankenhäuser stellen (z.B. die Vorgabe bestimmter Stationsgrößen). Die auf

quantitative Aspekte beschränkte Sicht des Bundesverwaltungsgerichts lässt allerdings zweifeln, ob als Konkretisierung der Leistungsfähigkeit eine bestimmte Qualität der Leistungserbringung verlangt werden darf. Jedenfalls sind im Rahmen einer solchen Konkretisierung nur Mindestanforderungen auf der Ebene des allgemeinen Stands der Krankenhausversorgung zulässig. In einer grundlegenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts⁶ heißt es:

„Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist ein Krankenhaus dann leistungsfähig im Sinne des § 1 KHG, wenn es dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genügt. Das entspricht dem Zweck des Gesetzes. Für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sind weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit weder geeignet noch erforderlich. Sie würden deshalb dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen. Gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen, können – so sinnvoll sie sein mögen – nicht mit Hilfe zwingender Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz durchgesetzt werden. Für ihre Regelung fehlte es schon an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 Nr. 19 a GG).“

Welche Anforderung die Krankenhausplanung jenseits der Konkretisierung der Leistungsfähigkeit an ein Krankenhaus stellen darf, ist schwierig zu beantworten und hängt maßgeblich davon ab, ob die Qualitätssicherungsregelungen des SGB V in dem Sinne abschließend sind, dass mit ihrer Umsetzung das Thema Qualität in der Krankenhausversorgung im Grundsatz erledigt ist oder ob auch den Ländern eine Kompetenz zur Qualitätssicherung zukommt. Aufhänger der juristischen Auseinandersetzung, welche Inhalte landeseigenen Qualitätsanforderungen aufweisen dürfen, ist die Regelung in § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V. Nach dieser Regelung sind „ergänzende

4 BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 – 3 C 67/85.

5 Vgl. BVerwG, Urteil vom 26.03.1981 – 3 C 134.

6 Beschluss vom 12.06.1990 – BvR 355/86.

Qualitätsanforderungen“ im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig. Was ist damit gemeint?

In einer Lesart hat der Bund die Aufstellung von Qualitätsstandards für die Leistungserbringung durch Krankenhäuser, gestützt auf seine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die der Sozialversicherung, prinzipiell abschließend geregelt. § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V ist eine Öffnungsklausel, die vorgibt, in welchem Rahmen die Länder Qualitätsanforderungen normieren dürfen. Eine Öffnungsklausel für landeseigene Qualitätsstandards ist erforderlich, weil auf der Basis des KHG – jenseits von Konkurrenzsituationen – nur solche Krankenhäuser von der Förderung ausgeschlossen werden dürfen, die den in § 1 KHG genannten Zielen widersprechen.⁷ Mit anderen Worten: ohne die Öffnungsklausel dürften die zuständigen Behörden nur prüfen, ob eine Krankenhaus leistungsfähig ist, darüber hinausgehende Qualitätsanforderungen wären unzulässig.

In einer anderen Lesart ist zwischen Regelungen zur Qualitätssicherung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung zu trennen. § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V betrifft die Qualitätssicherung der Leistungserbringung, nicht dagegen die Planungskompetenz der Länder für die Strukturvorgaben der Krankenhausplanung. Die Sicherung oder Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung erfolgt nach dieser Lesart in zwei Teilsystemen. Diese Teilsysteme weisen zwar Schnittstellen auf, z.B. bei Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung der Früh- und Reifgeborenen, die sich auf die Leistungserbringung beziehen, aber auch Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben. Grundsätzlich dürfen aber die Länder in ihrem Teilsystem, der Krankenhausplanung, Vorgaben zur Qualität erlassen. Und soweit der G-BA seine Regelungskompetenz im Verhältnis zwischen Arzt/Krankenhaus und Patient nicht ausgeschöpft, erlaubt § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V den Planungsbehörden zusätzlich, in die Planungskompetenz des G-BA im Sinne einer Ergänzung einzugreifen.⁸

Auf der juristisch sicheren Seite bewegt sich, wer der erstgenannten Lesart folgt. Insbesondere das Argument, landeseigene Qualitätsanforderungen setzen sich über § 1 KHG hinweg, ist

nicht von der Hand zu weisen. Nach § 1 KHG dürfen die Länder die Aufnahme in den Krankenhausplan – Auswahlentscheidungen bei einem Bettenüberangebot ausgenommen – nur dann versagen, wenn das Krankenhaus nicht bedarfsgerecht, nicht leistungsfähig oder nicht wirtschaftlich ist. Deshalb scheinen nach § 1 KHG Qualitätsanforderungen jenseits der Leistungsfähigkeit unzulässig zu sein. Auf der anderen Seite hat aber bislang kein Gericht explizit entschieden, dass zur Kompetenz der Länder für die Krankenhausplanung nicht die Festlegung von Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser gehört.

Wie sich der Begriff „ergänzende Qualitätsanforderungen“ auf den Inhalt landeseigener Qualitätsanforderungen auswirkt, ist gleichfalls umstritten.⁹ So wird z.B. aus dem Wort „ergänzend“ abgeleitet, landeseigene Qualitätsanforderungen dürfen sich nur auf die in § 137 Abs. 3 SGB V genannten Gegenstände (Fortbildungsnachweise, Mindestmengen, Zweitmeinungsverfahren, Qualitätsberichte) beziehen. Zwingend ist diese Argumentation nicht. Mit der Befugnis zur Ergänzung hat der Gesetzgeber möglicherweise ausschließlich verhindern wollen, dass landeseigene Qualitätsanforderungen im Widerspruch zu G-BA-Vorgaben stehen. Auf die Fragen, ob landeseigene Qualitätsanforderungen nur auf Grundlage einer Ermächtigungsgrundlage im Krankenhausgesetz des jeweiligen Landes zulässig sind und welche Maßgaben aus dem verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeit für Qualitätsanforderungen folgen, soll hier nicht eingegangen werden. Das würde den Rahmen sprengen.

2.2 Qualität als Auswahlkriterium bei einem Überangebot an Betten oder Behandlungsplätzen

Ein Weg mit Hindernissen

Sofern bei einer Versorgungsentscheidung das Bettenangebot in den bedarfsgerechten und leistungsfähigen Krankenhäusern den zuvor ermittelten Krankenhäusern übersteigt, hat die zuständige Landesbehörde eine Auswahl zu treffen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG).

Auch ohne ausdrückliche Erwähnung im KHG können unstreitig Qualitätsparameter bei Auswahlentscheidungen zwischen mehreren Krankenhäusern bzw. Versorgungsangeboten zur Anwendung kommen.

Als schwierig erweist sich jedoch in der Praxis, die unterschiedliche Qualität von Versorgungsangeboten in einer Art und Weise zu beurteilen, die auch einer gerichtlichen Überprüfung standhält. Ein Rückgriff auf Daten der externen stationären Qualitätssicherung nach dem SGB V kommt aus folgenden Gründen noch nicht in Betracht. Gegenwärtig wird nur ein kleiner Ausschnitt des Leistungsspektrums der Krankenhäuser erfasst. Für das Jahr 2013 sind für 30 Leistungsbereiche insgesamt 434 Qualitätsindikatoren vorhanden,¹⁰ die 30 Leistungsbereiche decken aber mit 20 % – wie dargestellt – nur einen kleinen Teil des Versorgungsgeschehens in den Krankenhäusern ab. Auswahlentscheidungen zwischen konkurrierenden

Auswahlentscheidungen zwischen konkurrierenden Krankenhäusern müssen rechtssicher getroffen werden.

Krankenhäusern müssen rechtssicher getroffen werden. Deshalb können im Grunde allein sog. risikoadjustierte Indikatoren verwendet werden. Stand 2013 sind aber nur 167 der 434 Indikatoren risikoadjustiert.¹¹ Zudem fehlt es noch am Bezug zu den Planungsebenen der Krankenhauspläne. Zentrale Basis der Krankenhauspläne sind die Fachrichtungen bzw. Fachgebiete, Teile der Planungen erstrecken sich auf Subdisziplinen oder Schwerpunkte. Die Daten der externen Qualitätssicherung sollten deshalb für diese Ebenen aussagekräftig werden. Vor allem aber erhalten die Planungsbehörden gegenwärtig keine

7 So im Ergebnis Wollenschläger, Gutachten zur Zulässigkeit von Strukturvorgaben in der Krankenhausplanung, 2013, S 19 ff., Kuhla, Das Krankenhaus 2014, S. 420.

8 So im Ergebnis Prütting, MedR 2014, S. 630.

9 Vgl. Wollenschläger, a.a.O., S. 22 ff.

10 Vgl. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Qualitätsreport 2013, S. 3.

11 Vgl. Qualitätsreport 2013, a.a.O.

krankenhausbezogenen Daten der externen stationären Qualitätssicherung. Für Auswahlentscheidungen unter Berücksichtigung von Qualitätsparametern sind also einige Hindernisse zu überwinden.

Trägervielfalt wichtiger als Qualität?

§ 1 Abs. 2 KHG gibt vor, dass bei der Durchführung des Gesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und dabei nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten ist. In einer grundlegenden Entscheidung hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass der Grundsatz der Trägervielfalt zum Inhalt habe, dass die Feststellungsbehörde verpflichtet sei, innerhalb des jeweiligen Versorgungsgebiets, für welches die Feststellung getroffen werde, bei einer notwendigen Auswahl

Die Mehrheit der Länder hat den Qualitätsgedanken in ihrem Landeskrankenhausgesetz gesetzlich verankert.

zwischen mehreren Krankenhäusern neben den öffentlichen – staatlichen oder kommunalen – auch die freigemeinnützigen und die privaten Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen. Dies bedeute, dass sie im Einzelfall auch gehalten sein könne, einem weniger leistungsfähigen privaten Krankenhaus den Vorzug vor einem leistungsfähigen öffentlichen Krankenhaus zu geben.¹² Auf Grundlage dieser Rechtsprechung ist es möglich, dass ein Krankenhaus mit nachgewiesener schlechterer Qualität als seine Konkurrenten im Rahmen einer Auswahlentscheidung den Vorzug erhalten muss, weil es einer Trägergruppe angehört, die im Versorgungsgebiet unterrepräsentiert ist. Mit dem verfassungsrechtlichen Gewicht einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ist es aber nicht vereinbar, dass die Zugehörigkeit eines Krankenhauses zu einer bestimmten Trägergruppe sich gegenüber der besseren Qualität eines anderen Krankenhauses durchsetzt.

2.3 Fazit

Qualitätsparametern kommt in der Krankenhausplanung eine schwierige Rolle zu, weil unklar ist, in welchem Umfang die zuständigen Landesbehörden bisher befugt sind, Qualitätsaspekte in ihrer Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Ansatzpunkte für Qualitätsaspekte in der Krankenhausplanung sind qualitative Mindestanforderungen für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen werden wollen, und der Qualitätswettbewerb bei notwendigen Auswahlentscheidungen. Bei den qualitativen Mindestanforderungen ist zunächst zu beklagen, dass das KHG zum Thema Qualität schweigt und insbesondere ungeklärt ist, ob ein Krankenhaus auch dann in den Krankenhausplan aufgenommen werden muss, wenn es Qualitätsanforderungen des SGB V nicht einhält. Landeseigene Qualitätsanforderungen sind mit dem Problem belastet, dass ungeklärt ist, ob die Planungsbehörden jenseits der Aussage des § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V, dass ergänzende Qualitätsanforderungen der Länder zulässig sind, eigenständig auf Grund ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung Standards setzen dürfen. Qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen zwischen konkurrierenden Krankenhäusern bei einem Bettenüberangebot sind zulässig, aber bei den dazu wichtigen Qualitätsdaten der externen Qualitätssicherung ist noch einige Entwicklungsarbeit notwendig. Dies sind insgesamt keine optimalen Voraussetzungen für eine Steuerung der Krankenhausversorgung durch Qualität. Deshalb besteht Handlungsbedarf.

3. Praxis: Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung der Länder

Trotz dieses Handlungsbedarfs findet qualitätsorientierte Krankenhausplanung bereits statt. Die Länder haben den Paradigmenwechsel von einer reinen Bedarfsplanung zu einer Versorgungsplanung begonnen. Die Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt ungeachtet der schwierigen rechtlichen Rahmenbedingungen schon länger qualitative Aspekte, allerdings auf unter-

schiedliche Art und Weise und in sehr unterschiedlichem Umfang.

3.1 Verankerung der Qualitätsorientierung im Gesetz

Mittlerweile hat die Mehrheit der Länder den Qualitätsgedanken in ihrem Landeskrankenhausgesetz bei den Vorgaben für den Krankenhausplan und zum Teil auch in den Zielen des Gesetzes verankert. Zurückhaltend sind diesbezüglich nur die Länder Bayern, Brandenburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein.

Die Länder haben bei der gesetzlichen Verankerung der Qualitätsorientierung unterschiedliche Wege beschritten. Ohne den Anspruch einer vollständigen Darstellung hier einige Beispiele:

- Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen enthält in § 13 eine Definition sog. Rahmenvorgaben. Die Rahmenvorgaben enthalten danach die Planungsgrundsätze für die notwendig aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie sind Grundlage für die regionalen Planungskonzepte.
- Das Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt hat in seinem § 3 Abs. 2 geregelt, dass die zuständige Behörde gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalts und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. einerseits sowie den Verbänden der Krankenkassen Sachsen-Anhalts und der privaten Krankenversicherung andererseits Rahmenvorgaben, unter Berücksichtigung der Hochschulkliniken, für Versorgungs- und Qualitätsziele entwickelt. Gelingt diese Entwicklung nicht innerhalb von zwei Jahren, bestimmt die Rahmenvorgaben die zuständige Behörde.
- Im Thüringer Krankenhausgesetz findet sich in § 4 Abs. 3 eine Vorschrift, wonach zur Sicherung der Qualität bei im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachrichtungen, zur Beschreibung und Zuordnung bestimmter Leistungen oder für medizinische Fachplanungen die Landesregierung durch

¹² BVerwG, Urteil vom 14.11.1985 – Az. 3 C 41/84.

Rechtsverordnung Qualitäts- und Strukturanforderungen regeln kann.

- Das Hamburgische Krankenhausgesetz wurde mit Wirkung zum 31.12.2014 um einen § 6b ergänzt, wonach für sog. qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche ergänzende Qualitätsanforderungen im Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten (d.h. den Krankenkassen und der Landeskrankhausgesellschaft) festgelegt werden können. Kommt eine einvernehmliche Festlegung nicht zustande, kann der Senat ergänzende Qualitätsanforderungen im Wege einer Rechtsverordnung bestimmen.

3.2 Struktur- und Prozessqualität in der Krankenhausplanung

Unabhängig von der Verankerung der Qualität in den Krankenhausgesetzen der Länder berücksichtigt die Krankenhausplanung in diversen Bereichen Qualitätsaspekte bzw. weist mit Blick auf die Qualitätssicherung bzw. -verbesserung besondere Versorgungsschwerpunkte aus. Weit verbreitet sind insbesondere Qualitätsanforderungen für die Schlaganfallversorgung. In vielen Ländern gehören zur Krankenhausplanung auch Vorgaben für Zentren (hier insbesondere für onkologische Zentren), für die neurologische Frührehabilitation und für die Palliativversorgung. Sowohl der Umfang der Qualitätsorientierung des Krankenhausplans als auch die davon betroffenen Fachrichtungen, Subdisziplinen oder Schwerpunkte variieren beträchtlich.

3.3 Sonstige Strukturvorgaben in den Krankenhausgesetzen der Länder

Die Krankenhausgesetze der Länder weisen zudem diverse Vorschriften auf, die zur Qualität der Krankenhausversorgung beitragen. Als Beispiele seien hier die gesetzlichen Regelungen zur Hygiene, zur sozialen Beratung und zum Entlassungsmanagement, zum Beschwerdemanagement bzw. zu Patientenführsprechern, zur Bestellung von Qualitätsbeauftragten, zum Umgang mit Kindern im Krankenhaus erwähnt. Auch auf dieser Ebene ist die Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung etabliert.

4. Bewertung und Ausblick: Künftige Einbindung der Qualität in die Krankenhausplanung

Krankenhausplanung unter Einbeziehung von Qualitätsparametern findet also statt, bewegt sich aber auf juristisch dünnem Eis. Hinzu kommt, dass die Krankenhausplanung als auch die Qualitätssicherung in den letzten Jahren eine gegensätzliche Richtung eingenommen haben: Die Krankenhausplanung hat sich in verschiedenen Ländern von der haus- bzw. abteilungsbezogenen Bettenplanung mehr zu einer landesorientierten Rahmenplanung entwickelt, die der Selbstverwaltung mehr Spielraum zur eigenen Gestaltung ermöglichen sollte. Auch haben zahlreiche Länder (Saarland, Nordrhein-Westfalen, Bremen, Brandenburg, Hessen und künftig Berlin) die bundesgesetzlich eröffnete Option zur Pauschalfinanzierung von Investitionen statt der bisherigen gezielten Förderung von Einzelinvestitionen gesetzlich verankert und verabschieden sich insofern von einer abteilungsbezogenen Investitionssteuerung für bauliche Maßnahmen. Diese Entwicklungen leiten sich auch aus der Einsicht ab, dass eine intensivere Steuerung bei den vorhandenen rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten kaum umsetzbar erscheint.

Damit werden die Interventionsmöglichkeiten der Länder zur Steuerung mittels Krankenhausplanung immer größer, während in der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V mit den Qualitätsindikatoren ein Instrumentarium entwickelt wird, was immer kleinteiliger auf Teilaspekte einzelner Diagnosen ausgerichtet wird und insofern keine Kompatibilität mit der Steuerungsebene der Krankenhausplanung ermöglicht. Wenn Qualität allerdings als Steuerungsinstrument genutzt werden soll, so gilt es, diese Entwicklungen wieder zusammen zu führen, um planungsrelevante Qualitätsparameter für die Krankenhausplanung anwendbar zu machen.

Systemische Veränderungen in einer gewachsenen Krankenhauspolitik umzusetzen, bedarf eines fachlichen Vorlaufs, der die Schwachstellen in der dargestellten Form identifiziert, eine Zielperspektive für die Krankenhauspolitik entwickelt und insbesondere den Übergang zwischen beiden Systemen im Detail vorbereitet – zumal die Veränderung der Krankenhausplanung nur ein Teil der notwendigen Korrekturen der

bisherigen Stellschrauben für die stationäre Versorgung darstellt. (Weitere Elemente der geplanten Krankenhausreform wie die angesprochene Mengensteuerung, die Notfallversorgung, die Sicherstellung, die qualitätsorientierte Finanzierung, die Patiententransparenz oder notwendige Bereinigungen der bisherigen Krankenhauslandschaft stehen selbstverständlich in einem Sinnzusammenhang mit der neuen qualitätsorientierten Krankenhausplanung).

In den von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegten Eckpunkten wird der Grundgedanke einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung klar vorstrukturiert.

Dazu diente die Arbeit einer Expertengruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung, deren Ergebnis im August 2013 unter dem Titel „Zukunft der Krankenhäuser“ veröffentlicht wurde.¹³

Wesentliche Eckpunkte, die sich im Gesundheitskapitel des Koalitionsvertrages der Großen Koalition wiederfinden, wurden fachlich dort vorformuliert.

- „Qualität der Leistung wird zum Leitkriterium der Krankenhausplanung“,
- der „Aufbau einer integrierten Qualitäts- und Bedarfsplanung“ oder
- die „Bereitstellung von Indikatoren für die Krankenhausplanung“ durch das damals bereits angedachte Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

sind Stichworte aus dieser grundlegenden Arbeit der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Erfreulich war, dass die Veränderungen in der Krankenhausplanung in den Koalitionsverhandlungen zwischen den beteiligten Parteien auf der Landes- und Bundesebene unstrittig waren und so zu einem politisch gemeinsam getragenen Element der Krankenhausreform werden konnte.

¹³ Zukunft der Krankenhäuser Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung, Positionspapier der Arbeitsgruppe „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung, August 2013 nach: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10198.pdf>

Der Koalitionsvertrag beauftragte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe, zu diesen und allen anderen beschriebenen Positionen im Krankenhauswesen Eckpunkte bis Ende 2014 vorzulegen. Die Arbeitsgruppe einigte sich im Dezember 2014 auch in Bezug auf die qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf entsprechende Festlegungen.

Für die Krankenhausplanung relevante Eckpunkte sind:

- eine Erweiterung des Gesetzeszwecks im KHG auch auf das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung;
- die Verpflichtung des G-BA, eine Auswahl von planungsrelevanten Indikatoren den Ländern für die Krankenhausplanung bis zum 31.12.2016 zur Verfügung zu stellen, um qualitätsorientierte Krankenhausplanung nach einheitlichen Kriterien durchführen zu können;
- die Verpflichtung des G-BA, diese planungsrelevanten Indikatoren regelmäßig und aktuell zur Verfügung zu stellen und damit die Zeitspanne zwischen Qualitätserhebung und Qualitätsbewertung deutlich zu verkürzen;
- die Schaffung rechtlicher Grundlagen dafür, eine nicht ausreichend qualitative Leistungserbringung mit Konsequenzen für die Aufnahme und

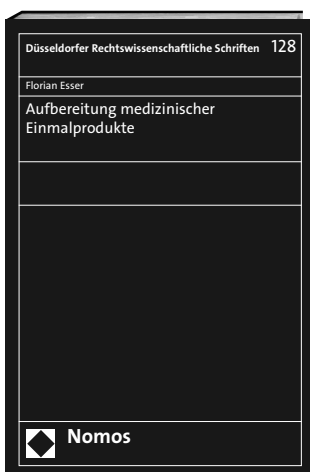
den Verbleib im Krankenhausplan zu versehen;

- die Einschränkung der Privilegierung von gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung;
- die Schaffung anlassbezogener Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA und der Länder und Verpflichtung zur Übermittlung der Prüfergebnisse an die Ländern und
- die Beteiligung der Länder bei der Ausgestaltung der Qualitätsvorgaben in der Krankenhausversorgung durch einen Sitz im G-BA.

Damit wird in den Eckpunkten der Grundgedanke einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung klar vorstrukturiert. So wurde die Grundlage geschaffen, einige der oben skizzierten Schwachstellen zu beheben. Soweit, so gut! Es fehlt noch der letztendlich entscheidende Schritt – die Umsetzung in die jeweilige Bundes- und – konsequent – Landesgesetzgebungen. Laut Koalitionsvertrag soll die bundesgesetzliche Regelung zum 01.01.2016 in Kraft treten. An ihr wird gearbeitet. Es gibt keine Zweifel, dass gerade die für die Krankenhausplanung relevanten Eckpunkte konsensual umgesetzt werden.

Weitere Voraussetzung ist, dass der G-BA – und damit die Selbstverwaltung – innerhalb des Jahres 2016 die für die Krankenhausplanung nutzbaren planungsrelevanten Indikatoren entwickelt. Damit haben die Länder dann die rechtlichen und faktischen Instrumente in der Hand, ihre Krankenhausplanung auf eine Qualitätsplanung umzustellen und in eine völlig neue, aber sicher nicht konfliktfreie Form der Gestaltung der Krankenhauslandschaft einzutreten. Es wird für die Krankenhauslandschaft sicherlich einen Gewöhnungsprozess darstellen, ihre bisherigen Gestaltungsmöglichkeiten zu verändern.

Es bedarf dann nicht mehr nur eines vermeintlichen Beweises von Bedarfen oder des Nachweises eines irgendwie belegten Bettes, sondern auch des Belegs von guter Qualität, um im Krankenhausplan berücksichtigt zu werden und in ihm zu bleiben. Das in den letzten Jahren stumpfer werdende Schwert der Krankenhausplanung würde damit neue Schärfe erhalten, die – zusammen mit den weiteren vorgesehen Veränderungen – durchaus zu einer grundlegenden neuen Wettbewerbsordnung im Krankenhaussektor beitragen wird. Dabei ist die jetzige Reform der erste Schritt in die neue Richtung, aber sicherlich nicht der letzte. ■



Aufbereitung medizinischer Einmalprodukte

Von Florian Esser

2015, 212 S., brosch., 56,- €

ISBN 978-3-8487-1879-5

(Düsseldorfer Rechtswissenschaftliche Schriften, Bd. 128)

www.nomos-shop.de/23766

Das Werk gibt einen umfassenden Überblick zur rechtlichen Zulässigkeit der Aufbereitung medizinischer Einmalprodukte. Dabei entwickelt der Verfasser einen dogmatisch neuen Ansatz, wonach solche Verfahren als Herstellungsprozess zu verstehen sind.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos