

Krankenhausplanung – Wie kann man Qualitätskriterien einbauen?

JOCHEN METZNER

Jochen Metzner ist Leiter des Referats Krankenhausversorgung im Hessischen Sozialministerium, Wiesbaden

Krankenhausplanung hat für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sorgen, nicht für eine -von den Kassen oft geforderte- künstliche Angebotsverknappung, um steigende Fallzahlen zu verhindern. Vielmehr muss der Nutzen für den Patienten im Vordergrund stehen.

Stichworte hierbei sind: über die Rettungskette optimierte Notfallversorgung, intersektorale Netzwerke bei chronischen Krankheiten, längere Wege bei Elektivleistungen. Mittelfristig muss für Planungsentscheidungen die Ergebnisqualität messbar, allerdings auch justiziabel, sein, denn letztlich zählt das Ergebnis. Für einen wirklichen Qualitätswettbewerb muss das Vergütungssystem umgebaut werden.

1. Einleitung

Es ist ein guter Zeitpunkt, um über Krankenhäuser zu schreiben. Da lief ein Krimi um die geplante Übernahme der Rhön-Klinik AG durch Fresenius, der in der Endphase an alte Folgen von Dallas oder Denver-Clan erinnerte. Da versuchen die Krankenkassen, die Krankenhäuser pauschal zu kriminalisieren. Sie werfen Ihnen nacheinander Abrechnungsbetrug und Zahlung von Zuweiserpämien vor, Sie mahnen die starke Zunahme der Fallzahlen an und unterstellen den Krankenhäusern, ein Großteil der Fallzahlsteigerungen sei überflüssig. Krankenhäuser müssen in den Tarifverhandlungen Lohnsteigerungen von 5 bis 6 % in den Jahren 2013 und 2014 akzeptieren, die von der Öffentlichkeit als angemessen bewertet

werden. Meldungen, wonach die Bundesländer im Jahr 2011 ihre Krankenhausbeförderung nochmals um insgesamt 300 Millionen Euro zurückgefahren haben, führen zu leisen Protesten der Krankenhauseite und zu Berechnungen der Krankenkassen, ab wann die heute noch 2,6 Milliarden Euro bei Null angelangt sind. Gleichzeitig läuft ein Gesetzgebungsverfahren, mit dem die Krankenhausfinanzierung auch in der Psychiatrie und Psychosomatik auf ein pauschalierendes System umgestellt wird. Die Bundesregierung verlautbart, im Rahmen dieses Verfahrens den Kliniken einen teilweisen Ausgleich für die Tariflohnsteigerungen gewähren zu wollen. Nachdem der Bundestag in dritter Lesung beschlossen hat, dass die Entlastung der Krankenhäuser durch neue Zusatzbelastungen teilweise kom-

pensiert wird, kündigen einzelne Länder an, den Vermittlungsausschuss anrufen zu wollen. Darauf droht der Bundesgesundheitsminister den Ländern in einem Schreiben, er werde die Regelungen zur Krankenhausfinanzierung insgesamt zurücknehmen, wenn der Vermittlungsausschuss angerufen wird. Er hat offensichtlich ein besonderes Verhältnis zur Gewaltenteilung (aus der Homepage des Deutschen Bundestags: "Der Bundestag ist nach dem Prinzip der Gewaltenteilung die gesetzgebende Gewalt (Legislative) in Deutschland. Demgegenüber stehen die Bundesregierung als Exekutive und die Bundes- und Landesgerichte als Judikative."). Als an der Grenze zu Mainz wohnender Wiesbadener möchte man ausrufen: "ja iss dann heut schon Fassenacht!?".

Das Ganze findet erstaunlicherweise weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit statt, sieht man davon ab, dass die geplante Übernahme von Rhön durch Fresenius in den Wirtschaftsseiten der Zeitungen Thema war.

Es ist erstaunlich: Krankenhäuser werden in der Öffentlichkeit nicht als Wirtschaftssubjekte wahrgenommen. Sie sind einfach da, müssen einfach da sein, schließlich macht fast jeder von uns seinen ersten Atemzug in einem Krankenhaus, die meisten von uns werden auch ihren letzten Atemzug in einem Krankenhaus machen. Krankenhäuser verbindet man mit Emotionen, nicht mit Nachrichten im Sender NTV. Daher ist auch kaum bekannt, welche gewaltige Wirtschaftsmacht Krankenhäuser darstellen. Hier werden mehr als 75 Mrd. Euro umgesetzt, in deutschen Krankenhäusern arbeiten ca. 1,1 Mio Menschen, in der Automobilindustrie inklusive Zulieferbetriebe ca. 720.000. Alleine in hessischen Krankenhäusern sind 71.400 Personen beschäftigt, exakt so viele wie bei Apple und Google weltweit zusammen! Dennoch geht es in öffentlichen Diskussionen bei Krankenhäusern fast immer darum, welche Kosten sie verursachen. Öffentliche Forderungen, Krankenhäuser zu schließen, wie Ende letzten Jahres vom BEK Chef Dr. Straub, finden Beifall, die Neckermann-Insolvenz mit dem möglichen Verlust von 2.400 Arbeitsplätzen deutschlandweit sorgt für Schlagzeilen auf Seite 1.

Mit Krankenhausplanung können die wenigsten Leute etwas anfangen. Das ist nicht ungewöhnlich, hat doch

auch der Verfasser in seiner juristischen Ausbildung nie erfahren, dass es so etwas wie ein Krankenhausfinanzierungsgesetz oder Krankenhausgesetz der Länder überhaupt gibt, geschweige denn Informationen über die Inhalte von Krankenhausplanung erhalten. "Krankenhausplanung" ist jedenfalls nicht "sexy" und klingt nach Kolchose und kommunistischer Planwirtschaft.

Aber auch manchen "Insidern" ist offensichtlich nicht klar, was Krankenhausplanung kann, soll und darf. So heißt es im Anschreiben der Herausgeber dieses Sonderhefts an den Verfasser u.a.: „Die erfolgreiche Einführung des DRG-Systems hat bisher keine adäquate, leistungsbezogene Krankenhausplanung nach sich gezogen. So weist die Zahl der erbrachten Leistungen und ihre jährliche Steigerung deutlich über eine morbiditätsbedingte Zunahme hinaus.“ Ich bin daher dankbar, hier die Gelegenheit zu erhalten, die Sicht eines Ländervertreeters zur Krankenhausplanung einbringen zu dürfen. Freilich würde ein ausschließlicher Blick auf die Planung nicht ausreichen, den komplexen Zusammenhängen der derzeitigen Dynamik im Krankenhausbereich gerecht zu werden: "Alles hängt mit allem zusammen", das erklärte nicht nur Bundeskanzlerin Merkel im März 2011 in Bad Kreuznach und auch Finanzminister Wolfgang Schäuble beim G 20-Treffen im November 2009, das gilt auch für die Krankenhausversorgung, wo Planung, Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung sich gegenseitig beeinflussen.

2. Grundsätze der Krankenhausplanung

Dass Krankenhausplanung notwendig ist, wird nicht bestritten. Der Europäische Gerichtshof¹ hat hierzu festgestellt: „So ist allgemein bekannt, dass die Zahl der Krankenanstalten, ihre geographische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen, oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können, planbar sein müssen. Eine derartige Planung beruht im Allgemeinen auf verschiedenen Bestrebungen. Zum einen bezweckt sie, im betreffenden Staat zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig ausreichend zugänglich ist. Zum anderen

soll sie dazu beitragen, die Kosten zu beherrschen und, soweit wie möglich, jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern. Eine solche Verschwendung wäre umso schädlicher, als der Sektor der Krankenhausversorgung bekanntlich erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen entsprechen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitspflege bereitgestellt werden können, unabhängig von deren Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind.“ Das Bundesverfassungsgericht hat in ähnlicher Weise formuliert²: „Zu den Gemeinwohlbelangen von hoher Bedeutung, die Vorrang vor der ungehinderten Berufsausübungsfreiheit haben, zählt die bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenversorgung der Bevölkerung sowie sozial tragbare Krankenhauskosten, dies schon wegen ihrer Auswirkungen auf die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Bezogen auf die Zielsetzungen sind die gesetzgeberischen Mittel der Krankenhausplanung, besonders die Planzulassungsvoraussetzungen, nicht unverhältnismäßig. Sie sind geeignet, erforderlich und auch für die Betroffenen zumutbar.“ Die Verantwortung des Staates für die Krankenhausplanung ergibt sich unmittelbar aus dem Grundgesetz (GG). Auch hierzu hat das BVerfG ausgeführt³: „Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, menschliches Leben zu schützen. Diese Schutzpflicht hat ihren Grund in Art. 1 Abs. 1 GG; ihr Gegenstand und – von ihm her – ihr Maß werden durch Art. 2 Abs. 2 GG näher bestimmt.“ Die Würde des Menschen und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit sind somit Maßstab jeder Gesundheitspolitik. Das in Art. 20 GG verankerte Sozialstaatsprinzip drückt zusätzlich die „unverrückbare Verantwortung“ des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aus. Die Zuständigkeit ergibt sich ebenfalls aus dem GG: nach Art. 74 Nr. 19a, der im Jahr 1969 ins GG eingefügt wurde,

- 1 EuGH-Urteil in der Rechtssache Smits und Peerbooms (C-157/99) vom 12.07.2001, RdNr. 76ff.; ebenso in der Rechtssache Müller-Fauré und van Riet (C-385/99) vom 13.05.2003, Rdnr. 73ff.
- 2 BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209.
- 3 BVerfG, Urteil vom 28.05.1993, BVerfGE 88, 203 ff.

obliegt dem Bund die Zuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Da Krankenhausplanung nicht erwähnt wird, ergibt sich im Umkehrschluss die Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung.⁴

Die Aufgabe der Krankenhausplanung ist die „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen“, das ergibt sich aus § 1 Abs. 1 i.V. mit § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Zur Verwirklichung dieser Ziele haben die Länder nach § 6 Abs. 1 Krankenhauspläne aufzustellen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist eine Konzession und berechtigt zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen, wenn deren Patienten behandelt wurden, sie verschafft dem Krankenhaus daneben einen Anspruch auf Förderung seiner notwendigen Investitionen gegen das Bundesland, in dessen Krankenhausplan es aufgenommen ist (vgl. §§ 4, 8 Abs. 1 KHG). Doch was ist der „Bedarf“ einer Bevölkerung? Ist er subjektiv – vom einzelnen Bürger aus betrachtet – oder objektiv – nach festzusetzenden Kriterien zu bemessen? Die Rechtsprechung hierzu ist eindeutig: „Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Dabei kann zwischen der Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und der Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs, unterschieden werden. In beiden Hinsichten aber ist unter dem Bedarf der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen. Dem Land ist nicht erlaubt, bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen, und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen. Die Bedarfsanalyse als solche ist kein Planungsinstrument.“⁵ „Der tatsächlich zu versorgende Bedarf ergibt sich aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, also Abrechnung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen.“⁶

Bedarf ist also das, was „ist“, nicht das, was „sein soll“. Es ist nicht Aufgabe der Krankenhausplanung, Fallzahlsteigerungen zu verhindern. Für jede Krankenhauseinweisung muss nach § 39 SGB V der behandelnde Arzt beurteilen, ob sie notwendig ist oder nicht. Ob dies begründet ist oder nicht, kann von der Krankenhausplanungsbehörde überhaupt nicht beurteilt werden. Dazu ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen da, von dem wohl niemand behaupten würde, er nehme seine Prüftätigkeit unzureichend wahr, speziell bei der Frage der primären Fehlbelegung. Es wird keinesfalls verkannt, dass es eine Vielzahl von unnötigen Operationen gibt. Die jüngsten Veröffentlichungen des RWI hierzu sind überzeugend. Im Krankenhausratingreport 2012 wird zu Recht darauf hingewiesen, dass es folgerichtig ist, wenn sich Marktteilnehmer entsprechend verhalten, um

„Krankenhausplanung“ ist nicht „sexy“ und klingt nach kommunistischer Planwirtschaft.

ihre Erlöse zu optimieren. Dass ihnen freilich teilweise gar keine Wahl bleibt, als Fallzahlen um jeden Preis zu steigern, wird weiter unten diskutiert. Es wird auch nicht verkannt, dass die heute üblichen Leistungsanreize in Form variabler Vergütungsanteile für Chefarzte dazu herausfordern, auch dann zu operieren, wenn man dies bei sich selbst nicht tun würde. Jedoch ist es nicht Aufgabe der Krankenhausplanung, dies durch eine Angebotsverknappung zu verhindern. Das hieße, Unterversorgung in Kauf zu nehmen, was gegen das Grundgesetz verstieße, weil es weder Art. 2 Abs. 2 GG noch dem Sozialstaatsprinzip entspreche.

Das BVerwG hat in seinem Urteil vom 25.9.2008⁷ denn auch folgendes ausgeführt: „Aus § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG lässt sich ein Verbot der Überversorgung mit Plankrankenhäusern nicht entnehmen. Erst recht begründet die Vorschrift kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses auf Einhaltung eines solchen Verbots. Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch darauf, dass die Planungsbehörde eine Überversorgung mit Krankenhäusern, die nach § 108 Nr.

2 SGB V kraft Gesetzes zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, vermeidet.“

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen⁸ spricht dafür aus, von der Angebotsplanung zu einem Angebotsmonitoring überzugehen. Dabei solle man Unterversorgung vermeiden; ein Überangebot könne toleriert werden, wenn Investitionsanteile in den DRGs enthalten seien. Krankenkassen und Ärztekammern müssten einer angebotssinduzierten Nachfrage entgegenwirken.

Krankenhausplanung wird sich immer mit der Frage befassen müssen, wie viel Regulierung sein muss und wie viel Freiheit für die Akteure bleibt. Der Staat hat die Grundlagen und die Spielregeln vorzugeben, sollte aber ansonsten unternehmerische Freiheit belassen. Das ist deshalb zwingend, weil Regelungen in der Krankenhausplanung immer auch Eingriffe in die Berufsfreiheit der Betreiber sind. Schon die Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Berufswahl dar, der nur durch Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung gerechtfertigt sein kann. Erst recht würde die – von den Krankenkassen oft geforderte – Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan vor Gericht nur mit allergrößten Schwierigkeiten Bestand haben. Soweit ersichtlich haben schließlich auch Krankenkassen noch nie von der Möglichkeit des § 110 SGB V Gebrauch gemacht, den Versorgungsvertrag eines Plankrankenhauses zu kündigen. Das Land könnte dem nur widersprechen, wenn das Krankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar ist, was in Hessen für nicht einmal die Hälfte der Plankrankenhäuser gilt.

3. Krankenhausförderung

Hier soll keineswegs behauptet werden, die Höhe der von den Ländern derzeit gezahlten Fördermittel sei ausreichend. Das sind sie nicht. Die derzeit gezahlten

4 Dazu ausführlich Metzner 2011.

5 VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 16.04.2002, 9 S 1586/01.

6 OVG Lüneburg, Urte. v. 15.12.1998 – 11 L 6860/98, MedR 2000, S. 93.

7 BVerwG, Urte. V. 25.9.2008, 3 C 35.07, zit. n. juris, RdNr. 17.

8 SVR 2007, S. 303.

ca. 2,7 Mrd. Euro jährlich sind zu wenig, notwendig wären 5–6 Mrd. Euro, davon ausgehend, dass man alle deutschen Kliniken alle 25 Jahre neu bauen müsste (übliche Abschreibungszeit). Bei einer Summe von ca. 200.000 Euro pro Bett (ohne die nicht förderfähigen Aufwendungen für Erschließung, Grundstück, Instandhaltung und Ambulanzen) ergäbe sich bei 500.000 Betten ein Betrag von 100 Mrd. Euro, also 4 Mrd. Jährlich, dazu kämen die Auswendungen für die kurzfristigen Anlagegüter, also im Wesentlichen Medizintechnik.

In der Tat beruht ein Teil der wirtschaftlichen Schwierigkeiten vieler Kliniken auch darauf, dass sie eigentlich förderfähige Investitionen aus Betriebsmitteln bezahlen. Die Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 KHG, die aktuell vom InEK kalkuliert werden, werden Licht ins Dunkel bringen, beinhalten sie ja nicht nur Investitionsrelativgewichte, sondern werden mit echten Zahlen unterlegt sein. Das bedeutet, dass die investiven Relativgewichte, es auch erlauben, einen „Bundes- oder Landesbasisinvestitionsfallwert“ zu ermitteln, aus dem dann die tatsächlich erforderlichen Mittel ersichtlich werden. Ob das angesichts der in Kürze greifenden Schuldenbremsen in den Länderhaushalten für eine Erhöhung der Fördermittel sorgt, bleibt abzuwarten. Im Übrigen wird im Krankenhaus Rating Report 2012 darauf hingewiesen, dass die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser nicht von der Höhe der erhaltenen Fördermittel abhängt. Der Verfasser plädiert dafür, die Möglichkeiten des § 10 KHG zu nutzen und die Förderung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen zu pauschalieren. Hessen ist dazu entschlossen und hat hierfür ein spezielles Konzept entwickelt.

4. Betriebskostenfinanzierung

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen, dass die bereinigten Kosten der Krankenhäuser für die stationären Leistungen seit Einführung des DRG-Systems deutlich stärker gestiegen sind als die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser. Noch deutlich geringer sind die Anstiege der Landesbasisfallwerte in diesem Zeitraum. Und dies, obwohl im Jahr 2009 die Bundesgesetzgebung reagiert hat und u.a. einen Tarifaufgleich sowie das Pflegesonder-

programm gewährt hat. Kein Unternehmen kann auf Dauer am Markt bestehen, wenn die Preise weniger stark steigen als die Kosten. Genau diese Situation haben wir aber im Krankenhausbereich. Die Veränderungsrate, künftig der „Veränderungswert“, der ab 2013 eine grotesk minimale Erhöhung Richtung Orientierungswert möglich machen soll, bildet die Obergrenze für die Erhöhung des Landesbasisfallwerts. Selbst diese wird aber nicht immer erreicht, denn steigende Morbidität und steigende Fallzahlen führen zu einer Absenkung des Landesbasisfallwerts. Gleichzeitig werden vereinbarte Mehrleistungen nur zu 75 % bezahlt, nicht vereinbarte nur zu 35%. Insgesamt resultiert daraus eine Situation, die zutreffend mit „Hamsterrad-effekt“ bezeichnet wird. Ein Krankenhaus verschlechtert seine wirtschaftliche Situation, wenn es im nächsten Jahr gleichbleibende Fallzahlen hat. Also versuchen fast alle Krankenhäuser, Fallzahlsteigerungen um jeden Preis zu erreichen, auch wenn die Eingriffe nicht immer notwendig wären. Sinnvolle und notwendige Kooperationen finden nicht statt, weil man den Konkurrenten lieber die Patienten abwirbt, indem Konkurrenzangebote aufgebaut werden, statt alternative Schwerpunkte zu bilden. Es spricht Bände, wenn das InEK berichtet, dass fast die gesamten Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre auf leichte orthopädische Eingriffe, Gallenblasenoperationen, und elektive Herzkatheteruntersuchungen zurückgehen. Das InEK arbeitet durch Splittung bei diesen DRGs ja teilweise daran, die Anreize zu mindern, leider werden die schon jetzt vorhanden Möglichkeiten des § 17b Abs. 1 Satz 11 KHG von der Selbstverwaltung nicht genutzt. Diese Vorschrift bestimmt, dass die Relativgewichte für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maß wirtschaftlich begründete Leistungssteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gezielt vorgegeben werden können.

Man müsste insgesamt nicht mehr Geld ausgeben, wenn die Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre bei den vermuteten morbiditätsbedingten ca. 1% geblieben wären, die Landesbasisfall-

werte dafür entsprechend stärker gestiegen wären. Der Krankenhaus Rating Report 2012 liefert hierzu überzeugende Berechnungen. Nötig sind intelligente Lösungen für die Mengendynamik, die Kollektivhaftung aller Krankenhäuser für hohe Fallzahlenanstiege einzelner gehört nicht dazu. Steigende Fallzahlen und Schweregradsteigerungen dürfen den Landesbasisfallwert nicht senken. Morbidität und Demographie müssen bezahlt werden. Die Mengensteuerung muss daher auf Ebene des einzelnen Krankenhauses erfolgen. Dort könnte man anhand der § 21-Daten mühelos feststellen, wodurch steigende Fallzahlen zustande kommen, und dies auch bei einem prospektiven Budget berücksichtigen. Leichte Elektiveingriffe könnten mit einem sehr hohen Mehrleistungsab-

Der Staat hat die Grundlagen und Spielregeln vorzugeben, sollte aber ansonsten unternehmerische Freiheiten belassen.

schlag belegt werden, der mehrere Jahre gültig sein sollte. Der GBA könnte einen Katalog dieser Leistungen erstellen. Soweit es Kriterien für die Ergebnisqualität dieser Leistungen gibt, könnte man Mengensteigerungen auch nur noch dort zulassen, wo die Ergebnisqualität besonders gut ist. Schließlich wäre das auch ein Feld für Selektivverträge, gekoppelt an Ergebnisqualität, sodass nicht die Billigsten zum Zuge kommen, sondern die Besten. Auch die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PsychEntG diskutierte Lösung, dass Krankenkassen ihren Versicherten anbieten könnten, auf die Zuzahlung für den stationären Aufenthalt (immerhin bis zu 280 Euro jährlich) zu verzichten, wenn der Versicherte ein von der Kasse vorgeschlagenes Krankenhaus wählt, wäre eine gute Möglichkeit, aber nur, wenn der Vorschlag der Kasse auf nachprüfbareren Erkenntnissen zur Ergebnisqualität des Krankenhauses für die Leistung beruhen muss.

Man sollte sich endlich davor hüten, jede Idee sofort mit einem „das geht nicht“ zu kontern, wie dies die DKG oder auch manche Bundesländer reflexhaft tun. Dies gilt auch für die neue,

hochinteressante Idee eines „Zertifikatehandels“ von Leistungen. Bei elektiven Eingriffen, etwa solchen, die in § 17b Abs.1 Satz 11 KHG genannt sind, sollte man das intensiv diskutieren, statt gleich mit Kennermiene zu erläutern, warum es nicht funktionieren kann.

Die Bundesländer beschäftigen sich derzeit in einer Arbeitsgruppe mit der Thematik. Freilich wird man nun abzuwarten haben, welche Ergebnisse das im Rahmen des PsychEntgG nun zum Thema Vergütungssystem/Mengenproblematik/Qualität vorgesehene Gutachten, das die Selbstverwaltung in Auftrag geben muss, erbringen wird. Man darf hierauf sehr gespannt sein.

5. Qualität

Wie soll und kann nun die Qualität in der Krankenhausplanung berücksichtigt werden? Das führt zunächst zu der Frage, was die Qualität in der Krankenhausbehandlung eigentlich ausmacht. Worauf kommt es an, um Qualität beurteilen zu können? Die alte Erkenntnis aus dem Marketing "Qualität ist wenn der Kunde zurückkommt und nicht die Ware" gilt auch im Krankenhaus, wenn gleich nicht wörtlich. Wer rückblickend diese Klinik wieder wählen würde, weil die Erwartungen erfüllt wurden, die man hatte, wird dieses Krankenhaus weiterempfehlen und wieder wählen. Die Erwartungen sind allerdings so verschieden wie die Menschen, die sie haben: bei identischer Diagnose wird der eine Patient von einer Knieendoprothese erwarten, wieder schmerzfrei gehen zu können, der nächste, wieder Tennisturniere spielen zu können. Von den Erwartungen hängt die subjektive "Qualität" des Ergebnisses der Krankenhausbehandlung ab, hängt allerdings auch ab, ob man sich überhaupt zu einer Operation entschließt oder nicht. Ob und inwiefern die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung überhaupt von den persönlichen Erwartungen der Patienten abhängig gemacht werden darf und ob es Aufgabe der GKV ist, diese Erwartungen zu finanzieren, ist eine andere Frage, die nicht Gegenstand dieses Aufsatzes ist. Die bisherige Berücksichtigung von Qualitätsaspekten erfolgt in der Krankenhausplanung der einzelnen Bundesländer höchst unterschiedlich: es würde den Rahmen sprengen, die ver-

schiedenen Ansätze aufzuzählen, wie ja auch die Planungstiefe in den Ländern ganz unterschiedlich ausgeprägt ist. Im Wesentlichen werden in einzelnen Bereichen qualitative Vorgaben für Struktur- und Prozessqualitätsaspekte gemacht.

Die subjektiven Erwartungen der Patienten müssen im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt werden, müssen aber gegen andere Ziele abgewogen werden. Dies gilt besonders, wenn sich Erwartungen gegenseitig widersprechen. Wer gesund ist, hat andere Erwartungen als der akut oder chronisch Kranke. Wer Geburtshilfen oder gar Kinderkliniken wohnortnah an jeder Ecke fordert, muss akzeptieren, dass diese regelmäßig weder qualitativ hochwertig sein können noch wirtschaftlich arbeiten können. Qualität spielt in vielerlei Hinsicht eine Rolle. Es gibt die umfangreichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form von Richtlinien, es gibt dabei die – momentan ausgesetzten – Mindestmengen, es gibt Vorgaben zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung mit dem „strukturierten Dialog“, es gibt Qualitätsanforderungen in den OPS, es gibt Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und unterschiedliche Anforderungen diverser Zertifizierungsverfahren. Krankenhäuser müssen mittlerweile jährlich Qualitätsberichte veröffentlichen und dort zunehmend auch „harte“ Fakten veröffentlichen. Im strukturierten Dialog müssen Krankenhäuser sich rechtfertigen, wenn sie auffällige Ergebnisse haben. Es existieren eine Reihe von Initiativen, vorwiegend getrieben von privaten Klinikketten, wie

Fast alle Krankenhäuser versuchen Fallzahlsteigerungen zu erreichen, auch wenn Eingriffe nicht immer notwendig sind.

QSR (Helios, AOK), Qualitätskliniken. de (Asklepios, Rhön, Sana), und diverse Veröffentlichungen im Internet oder in Magazinen (Fokus). Allen gemeinsam ist, dass sie (auch) die Ergebnisse der stationären Versorgung transparent und messbar machen wollen. AQUA als vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragtes Institut hat schließlich den

gesetzlichen Auftrag, Verfahren und Methoden für eine einrichtungs- und möglichst sektorenübergreifende Ergebnisqualität zu entwickeln. All dies lässt die Patienten ratlos zurück. Wer sich bemüht, in dem Wust an Informationen einen roten Faden, eine nachvollziehbare Entscheidungsgrundlage für etwa eine geplante Operation zu erhalten, wird am Ende der Empfehlung seines Arztes vertrauen oder dort hingehen, wo die Familie schon immer hingegangen ist.

6. Künftige Rolle der Krankenhausplanung

Was bedeuten die geschilderten Rahmenbedingungen für die Krankenhausplanung? Wie kann ein Konzept für die Zukunft aussehen, woran soll sich Krankenhausplanung orientieren? Michael Porter, der Guru der Betriebswirtschaftslehre aus Harvard, beschäftigt sich seit einigen Jahren auch mit Gesundheitssystemen und hat die einfache, aber dadurch auch geniale Antwort: am „Value“ d.h. „Wert“ oder „Nutzen“ für den Patienten. Was das ist, ist freilich immer noch so unscharf wie die Betonung von „flächendeckender“ Versorgung. Krankenhausplanung, die sich am Nutzen für den Patienten orientieren will, muss differenzieren und Schwerpunkte setzen.

6.1 Notfallversorgung

Wer einen schweren Unfall, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleidet und in Lebensgefahr ist, genießt einen besonderen Schutz des Staates aus Art. 2 Abs. 2 GG. Hier muss die gesamte Rettungskette greifen, die Rettungsdienst und Krankenhausversorgung umfasst. Für den Nutzen des Patienten ist es gleich, wie das organisiert wird. Er muss lediglich innerhalb einer Stunde nach Alarmierung in einem geeigneten Krankenhaus sein, muss dort in der erforderlichen Art und Zeit (etwa „door to needle“) weiterbehandelt werden. Um das zu erreichen, sind in Hessen in den letzten Jahren eine Vielzahl von Aktivitäten unternommen worden, auch durch klare und miteinander abgestimmte gesetzliche Vorgaben im Rettungsdienst- und Krankenhausgesetz, durch die Unterstützung von Netzwerken wie dem bundeswei-

ten Traumanetzwerk oder regionalen Schlaganfall- und Herzinfarkinitiativen, zuletzt durch die Verpflichtung, einen hessenweit einheitlichen webbasierten Versorgungskapazitätsnachweis einzuführen, durch den in Frankfurt bereits jegliche Notzuweisung der Vergangenheit angehört.

6.2 Chronische Krankheiten

Chronische und altersbedingte Erkrankungen schränken die Lebensqualität der betroffenen Menschen stark ein und verbrauchen einen Großteil der Ressourcen des Gesundheitssystems. Die betroffenen Menschen haben nur dann wirklichen „Nutzen“, wenn die Behandlung „um sie herum“ organisiert wird, wenn mittels Case Management interdisziplinär,

Die subjektiven Erwartungen der Patienten müssen bei der Krankenhausplanung berücksichtigt, aber gegen andere Ziele abgewogen werden.

intersektoral und abgestimmt behandelt wird. Hier spielen Netzwerke eine wichtige Rolle. Mit der Neufassung des Hessischen Krankenhausgesetzes werden solche Netzwerke gefordert, es kann jetzt erstmalig auch ein Versorgungsauftrag als besondere Aufgabe an ein gemeinsam agierendes Netzwerk vergeben werden. Für diese Erkrankungen machen auch besondere Länderkonzepte Sinn, wenn die bundesrechtlichen Vorgaben nicht ausreichen. Als Beispiel sei das Hessische Onkologiekonzept genannt, das derzeit umgesetzt wird. Hierbei sind alle Krankenhäuser einer Region verpflichtet, bei Krebserkrankungen zu kooperieren. Die Koordination übernehmen insgesamt acht Krankenhäuser in den sechs Versorgungsgebieten. Die niedergelassenen Spezialpraxen sind (hier werden die künftigen Vorgaben des § 116b ohnehin greifen) einzubinden. Alle Patienten sollen in abgestimmte und qualitätsgesicherte Behandlungsverläufe eingebunden werden. Ob das die Qualität tatsächlich verbessert, wird man in den nächsten Jahren überprüfen können, wenn die klinischen Krebsregister deutschlandweit eingeführt sind.

6.3 Planbare Leistungen

Planbare Leistungen, hierzu gehören auch Geburten, muss es nicht an jeder Ecke geben. Im Hessischen Krankenhausgesetz 2011 wird die besondere Rolle der Notfallversorgung, der Intensivmedizin und der chronischen Erkrankungen betont. Es wird aber auch definiert, dass planbare Leistungen „zeitnah“ innerhalb des jeweiligen Versorgungsgebiets (insgesamt sechs in Hessen) zur Verfügung stehen sollen. Es ist also gesundheitspolitischer Wille, dass Patienten dafür längere Wege in Kauf nehmen, wenn dafür die Qualität stimmt. Planung muss Wege finden, Zentralisierungen und Spezialisierungen zu stärken. Das geht nicht, indem einzelnen Kliniken vorgeschrieben wird, welche einzelnen Facharzt-kompetenzen sie betreiben dürfen. Vielmehr müssen alle Versuche unternommen werden, größere Einheiten zu schaffen, um Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit zu fördern. Stichworte sind Konzernbildung, Fusionen, Standortzusammenlegungen, teil auch mit Schließungen. Aus diesem Grund (und um die Zukunft der kommunalen Träger, die den Sicherstellungsauftrag innehaben, zu stärken), wird in Hessen derzeit im Auftrag des hessischen Gesundheitsministers Stefan Grüttner ein Konzept entwickelt, um die kommunalen Kliniken in Hessen in Holdingstrukturen einzubinden.

6.4 Integrierte Versorgung (i.V.)

Sie bietet ideale Möglichkeiten, um bei chronischen Erkrankungen eine patientenorientierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung zu organisieren. Leider ist die Geschichte der i.V. ein Trauerspiel, von wenigen positiven Ausnahmen wie dem in diesem Heft beschriebenen Vertrag zur Behandlung psychischer Erkrankungen in Hanau abgesehen. Die Krankenkassen nutzen die Möglichkeiten der i.V. praktisch nie, es geht bei fast allen bekannten Verträgen nur um Preisdumping. Das liegt offensichtlich, man erkennt es auch an den Diskussionen um das Krankenhausentgeltsystem, an der panischen Angst vor Zusatzbeiträgen. Die DAK hat genug

Federn gelassen, daher will keine Kasse mehr ein solches Risiko eingehen. Natürlich ist die Kritik der Kassen am faulen Kompromiss Gesundheitsfonds verständlich, natürlich braucht eine Kasse Beitragssatzautonomie. Dennoch ist es schade, dass nicht mehr Kassen erkennen, dass sie einen Wettbewerbsvorteil erzielen könnten, wenn sie sich ernsthaft bemühten, ihren Kunden den maximalen Nutzen zu verschaffen, indem ihnen wirkliche Versorgungsverbesserungen angeboten werden. Der bereits erwähnte in Hanau abgeschlossene Vertrag hat zusätzlich den besonderen Charme, dass gleich zwei große Kassen gemeinsam beteiligt sind. Auch die Ankündigung der AOK, i.V.-Verträge an Qualitätsergebnisse aus Routinedaten koppeln zu wollen, gibt Anlass zu vorsichtigem Optimismus.

6.5 Berücksichtigung von Qualitätsaspekten

Unter 5. wurde dargelegt, wie viele unterschiedliche Qualitätsvorgaben es bereits gibt. Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gelten bundesweit, das ist begrüßenswert. Allerdings greifen die Richtlinien zum Teil sehr stark in die Krankenhausplanung ein. Daher sollte den Ländern zumindest ein Sitz ohne Stimme im Ausschuss für Qualitätssicherung zuerkannt werden, wie es die Gesundheitsministerkonferenz jüngst gefordert hat. Hierüber kann es eigentlich keine zwei Meinungen geben. Ergänzende qualitätssichernde Regelungen der Länder sind da sinnvoll, wo die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vorhanden sind oder nicht weit genug gehen. So hat Hessen eine Strukturmindestmenge von 35–50 Geburten unter 1500g für die Neonatologie Level 1 vorgegeben, um ein „Hochrüsten“ aus Marketinggründen zu verhindern. Wer unter dieser Menge bleibt, hat die Möglichkeit, eine besondere Qualität anhand der hessischen Neonatologiestudie nachzuweisen. Im Hessischen Krankenhausgesetz ist in § 19 Abs. 2 nun geregelt, dass bei den krankenhauplanerischen Entscheidungen auch die in den §§ 135 bis 139 c SGB V entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen sind. In der Begründung dazu heißt es: „Der Hinweis auf die Berücksichtigung von Qualitätsindi-

katoren in Abs. 1 macht deutlich, dass die Qualität der erbrachten Ergebnisse künftig bei den Einzelentscheidungen des Krankenhausplans eine bedeutende Rolle spielen wird. Allerdings steht die Entwicklung gerichtsfester Ergebnisqualitätsindikatoren erst am Anfang. Hier wird man auch die Ergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V abwarten müssen.“ Das macht deutlich, dass es Hessen ernst meint. Die Ergebnisqualität als entscheidender Outcomefaktor muss künftig berücksichtigt werden, bei nachgewiesener schlechter Qualität muss auch eine Kündigung des Versorgungsauftrags möglich sein. Allerdings muss das vor Gericht auch Bestand haben. Es sind aber heute schon in einzelnen Fällen Restriktionen denkbar, wenn etwa ersichtlich wird, dass Krankenhäuser Patienten mit Oberschenkelhalsbruch nicht mehr innerhalb der vorgesehenen höchstens 48 Stunden operieren, weil am Wochenende kein Operateur da ist. Solche Häuser dürfen vom Rettungsdienst bei dieser Indikation nicht mehr angefahren werden, weil sie nicht „geeignet“ sind. In letzter Zeit muss sich die Krankenhausplanung damit beschäftigen, dass immer mehr Kardiologen kathetergestützte Herzklappenimplantationen durchführen wollen, ohne dass die Klinik einen Versorgungsauftrag für Herzchirurgie hat. Gerade in diesem Bereich ist aber die enge Zusammenarbeit beider Fachrichtungen (gemeinsame Indikationsstellung, gemeinsame Infrastruktur) für die Patientensicherheit notwendig, wie es auf einem Workshop bei der Qualitätskonferenz von AQUA im Mai 2012 von Experten beider Fachrichtungen bestätigt wurde. Es ist daher ein herzchirurgischer und kardiologischer Versorgungsauftrag erforderlich, um diesen Eingriff durchzuführen.

Echte sektorübergreifende Entscheidungsbefugnisse wird es auf absehbare Zeit nicht geben.

Zurzeit steht das Hessische Krankenhausreferat in Verhandlungen mit der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung und deren Beirat, um Auswertungen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu erhalten. Aktuell wurde eine Liste mit 23 Indikatoren

erstellt, die Anhaltspunkte für Strukturdefizite oder Schnittstellenprobleme liefern können. Wann es auch soweit ist, krankenhauserische Entscheidungen auf der Basis von Ergebnisqualität zu treffen, bleibt abzuwarten.

6.6 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Über sektorenübergreifende Versorgungsplanung zu reden, ist „in“. Man sollte freilich die durch Grundgesetz oder SGB V vorgegebenen Zuständigkeitsregelungen für die Sicherstellung der stationären und ambulanten Versorgung nicht außer Acht lassen. Echte sektorübergreifende Entscheidungsbefugnisse wird es auf absehbare Zeit nicht geben. Dass der frühere Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. Hess, im Oktober bei einer Veranstaltung von Oberender & Partner einen Vortrag halten wird mit dem Titel: „Herausforderungen und Möglichkeiten der Versorgungsplanung als neue Aufgabe für den GBA“, verwundert.

Es macht aber viel Sinn, Gremien zu schaffen, die das Ziel haben, einen breiten Konsens zu erzielen, dem sich die eigentlichen Entscheider nicht entziehen können. So wurden in Hessen, ähnlich auch in anderen Bundesländern, regionale Gesundheitskonferenzen gebildet, die durch das Hessische Krankenhausgesetz die Aufgabe haben die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen. Insbesondere soll sie drohende Unterversorgung erkennen, Qualitätsdefizite aufdecken, Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen, die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken zu unterstützen und zu moderieren und dem Sozialministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten. Auf der Landesebene wird in Hessen ab 2013 das in § 90a SGB V vorgesehene sektorenübergreifende Landesgremium gebildet, das vergleichbare Aufgaben hat. So könnte zukünftig eine abgestufte und abgestimmte Kommunikationsstruktur zur Förderung interdisziplinärer Strukturen entstehen, die auch ähnliche Gremien auf Landkreisebene einbezieht.

7. Schlussbemerkung

Die Krankenhausplanung hat sich als Instrument bewährt, um die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu sichern. Damit Gesundheitspolitik sich wirklich am Nutzen der Patienten orientiert, muss auch die Planung Qualitätsaspekte berücksichtigen und Transparenz fördern. Dies wird nur gemeinschaftlich mit den Partnern auf der Selbstverwaltungsebene gelingen. ■

Literatur

- Augurzyk, Dr. B.**, Krankenhaus Rating Report 2012, medhochzwei 2012
- Beivers, A.**, Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse; Peter Lang-Verlag, 2010
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie**, Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung, 2., erweiterte Auflage, Thieme 2012
- Hessisches Sozialministerium**, Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, Allgemeiner Teil, download unter: „hsm.hessen.de/Gesundheit/Krankenhauswesen“
- Deutsche Krankenhausgesellschaft**, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, download unter: „dkgev.de/Geschäftsbereiche/Finanzierung und Planung“
- Kolb, Dr. T.**, Morbiditätsorientierte Krankenhausplanung am Beispiel des Landes Hessen, Shaker-Verlag, 2008
- Metzner, J.**, Einfluss auf die Krankenhausplanung, in: Rau, Roeder, Hensen (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland, Standortbestimmungen und Perspektiven, Kohlhammer-Verlag 2009, Seiten 391-402
- Metzner, J.**, Krankenhausplanung; aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen, in: Doelfs, Goldschmidt, Greulich, Preusker, Rau, Schmid (Hrsg.), Management Handbuch DRGplus, medhochzwei 2011
- Porter, M, Guth, C.**, Chancen für das deutsche Gesundheitssystem, Springer Gabler 2012