

Klinikumbau mit



Hindernissen

Die aktuelle Krankenhausreform bleibt Flickwerk, weil der Gesetzgeber wichtige Themen wie die Investitionsfinanzierung und die Notfallversorgung ausspart, meint **Jürgen Malzahn**. Der Klinikexperte macht deutlich, wie die Rahmenbedingungen zu gestalten sind, damit ein qualitätsorientierter Umbau der stationären Strukturen gelingt.

Mehr Geld für die Pflege, Zu- und Abschläge für die Qualität, ein Fonds zur Finanzierung neuer Strukturen: Mit der jüngsten Krankenhausreform will der Gesetzgeber die wirtschaftliche Situation der Kliniken verbessern und die Krankenhauslandschaft nachhaltig umgestalten.

Doch die Umsetzung des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) verläuft schleppend. Bei etlichen Themen können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene – GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft – nicht einigen. Sie bewerten den gesetzlichen Spielraum so unterschiedlich, dass voraussichtlich die Bundesschiedsstelle beziehungsweise die Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss die Beschlüsse fassen müssen, oder es kommt zu Kompromissen, die möglichst wenig verändern sollen.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung beruhen nicht allein auf den offensichtlichen Interessenkonflikten. Für eine erfolgreiche Krankenhausstrukturreform sind zwei Elemente von grundsätzlicher Bedeutung. Zum einen müssen umfassende

Reformvorhaben auf einer ausreichenden finanziellen Basis erfolgen. Veränderungen benötigen meist Anfangsinvestitionen. Krankenhäuser und Kassen betrachten jede Veränderung auch unter dem Blickwinkel der kurzfristigen Finanzwirksamkeit. Ebenso wichtig ist es, klare strukturelle Ziele einer qualitätsorientierten Krankenhausstrukturreform zu benennen und durch Selbstverpflichtungen der Politik zu untermauern. Fehlen diese Voraussetzungen, ist die Gefahr groß, dass die Vertragspartner in einer unübersichtlichen Detaildiskussion versanden. Deshalb lohnt es sich, relevante Themenfelder zu betrachten, die der Gesetzgeber ausgespart hat, obwohl sie eigentlich den Rahmen für den Erfolg der Reform bilden würden. Dies sind die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die fachärztlich ambulante Behandlung unter Einbezug der Kliniken sowie eine Zielstellung für die Umgestaltung der Notfallversorgung.

Duale Finanzierung hat keine Zukunft. Auf der Baustelle der Investitionsfinanzierung ruht die Arbeit seit Jahren. Während die Krankenkassen für die laufenden Kosten der stationären Versorgung aufkommen, sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet,

die Investitionen der Kliniken in Neubauten, Umbauten und medizinische sowie informationstechnische Infrastruktur zu finanzieren. Seit Anfang der neunziger Jahre ist die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer jedoch rückläufig. Sie entspricht nicht einmal mehr der Hälfte der Investitionsquote, die nach Einschätzung zahlreicher Experten bei circa zehn Prozent der Erlöse liegen sollte. Nach wie vor fließen im stationären Sektor rund sieben bis acht Prozent der Erlöse in Investitionen. Demnach wird dieser Bereich dauernd durch Betriebsmittel, die eigentlich für die Behandlung von Patienten gedacht sind, von den Krankenkassen quersubventioniert. In regelmäßigen Abständen – wenn etwa die Hälfte der Kliniken rote Zahlen schreiben – verabschiedet der Gesetzgeber deshalb Reformen, die die Defizite der Kliniken zu lasten der Versicherten ausgleichen.

Angesichts der Haushaltslage der Bundesländer lässt sich prognostizieren, dass die duale Krankenhausfinanzierung in ihrer jetzigen Form keine Zukunft hat. Nur eine generelle Reform der Investitionsaufwendungen kann das Problem lösen. Grundsätzlich stehen dafür zwei Optionen zur Verfügung.

Der Gesundheitsexperte Professor Bert Rürup schlug schon vor Jahren vor, dass die Länder zweckgebunden einen größeren Anteil am Steueraufkommen erhalten, um die Finanzierung der Investitionen perspektivisch sicherzustellen. Der andere Weg weist in Richtung einer monistischen Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen. Dies müsste der Gesetzgeber aber schon aus grundsätzlichen Erwägungen heraus mit einer deutlichen Stärkung des Einflusses der Kassen auf Investitions- und Planungsentscheidungen verbinden.

Flickenteppich bei fachärztlich ambulanter Behandlung in Kliniken.

Für eine erfolgreiche Krankenhausstrukturreform ist zudem Klarheit über die Perspektive fachärztlich ambulanter Behandlungen unter Einbezug der Krankenhäuser unverzichtbar. Die aktuelle Situation ist durch einen Flickenteppich gekennzeichnet: Das Gesetz sieht bis zu zwanzig Varianten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus vor. Dafür gelten jeweils andere Vergütungssysteme und Abrechnungsmodalitäten – aber nur wenige Qualitätsstandards. Auch bei der ärztlichen Bedarfsplanung wird die ambulante Behandlung im Krankenhaus, wenn überhaupt, nur rudimentär berücksichtigt. Den Kliniken fehlen belastbare Grundlagen für Investitionen in diesem Bereich, nicht zuletzt weil der Gesetzgeber immer wieder neue Varianten auflegt, die sich mit bereits bestehenden Formen der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser teilweise überschneiden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bei verschiedenen Gelegenheiten darauf hingewiesen, dass auf mittlere Sicht die fachärztlich ambulante Versorgung nicht allein durch klassische Vertragsärzte sichergestellt werden kann. Dies erscheint besonders plausibel, wenn man zwei wichtige Trends in die Betrachtung einbezieht. Erstens: Viele jüngere Ärzte streben nicht mehr

eine Einzelpraxis an, die mit einem gefühlten persönlichen unternehmerischen Risiko einhergeht und die sie kaum mit einer Vierzigstundenwoche betreiben können. Zweitens: Verschiedene wissenschaftliche Studien machen darauf aufmerksam, dass viele derzeit vollstationär erbrachte Leistungen auch ambulant erfolgen könnten. Im internationalen Vergleich hat Deutschland hier erheblichen Nachholbedarf.

Vergütungsstrukturen vereinheitlichen. Allerdings lässt sich das ambulante Potenzial stationärer Leistungen nicht heben, ohne

die Möglichkeiten der Teilnahme an der fachärztlich ambulanten Versorgung grundsätzlich zu verändern. Dazu sind zwei Schritte erforderlich. Zunächst müssen Vergütungsstrukturen, Kodierung, Leistungsumfang, Verordnungsmöglichkeiten und andere Parameter aller fachärztlich ambulanten Versorgungsstrukturen – auch der vertragsärztlichen Strukturen – vereinheitlicht werden. Damit würden Leistungsumfänge und erforderliche Kapazitäten sichtbar. In einem zweiten Schritt kann dann über Partizipationsmöglichkeiten von Krankenhäusern und Vertragsärzten

auf Augenhöhe entschieden werden. Diese Fragestellungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Rolle kleinerer Krankenhäuser, die in größerem Ausmaß als bisher ambulante Versorgungsanteile übernehmen könnten, wenn das politische Vertrauen dazu gestärkt würde. Die Bettenauslastung in Deutschland liegt seit über zehn Jahren deutlich unterhalb von 80 Prozent. Zugleich ist die wirtschaftliche Situation von kleinen, nicht spezialisierten Krankenhäusern oft kritisch. Um sinnvolle Strukturentscheidungen treffen zu können, wäre die hier nur grob skizzierte Neuaufstellung der fachärztlich ambulanten Versorgung also von elementarer Bedeutung.

Notfall wird unterschiedlich definiert. Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Notfallversorgung. Über die Reformbedürftigkeit dieses wichtigen Bereichs besteht weitgehend Einigkeit. Aber hier enden auch schon die Gemeinsamkeiten der Problemanalyse. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Zunächst einmal sind die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zuständig. Diese funktioniert aber nicht flächendeckend. Außerdem suchen zahlreiche Patienten im Notfall sowieso das nächste Krankenhaus auf. Weiterhin werden unter dem Begriff Notfall sehr unterschiedliche Versorgungsspektren verstanden. Während die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer den Notfall eng mit Bezug auf unmittelbare Lebensgefahr definieren, fassen manche Krankenhausvertreter alle Patienten als Notfälle auf, die nicht mit einem Einweisungsschein kommen. Ob ein Patient mit einer einfachen Magenverstimmung seinen Hausarzt, den Kassenärztlichen Notdienst oder die Rettungsstelle eines Krankenhauses aufsucht, hängt aber von den Angeboten in der Region und seinem persönlichen Wissenstand über die Versorgungsmöglichkeiten ab.

Viele vollstationäre Leistungen haben großes ambulantes Potenzial.

Bundesausschuss soll Versorgungsstufen festlegen. In dieser von Zufälligkeiten und Unklarheiten geprägten Situation hat der Gesetzgeber die Notfallversorgung mit verschiedenen neuen Regelungen konfrontiert. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fordert Regelungen zum Notdienst. Im Krankenhausstrukturgesetz sind Regelungen zur Kooperation von Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser fixiert. Weiterhin soll die stationäre Notfallversorgung mit Zuschlägen ausgestattet werden. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis 31. Dezember 2016 Notfallversorgungsstufen festlegen. GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft verhandeln anschließend bis 30. Juni 2017 die Höhe der Zuschläge.

Obwohl die einzelnen gesetzlichen Regelungen keine inhaltliche Verknüpfung aufweisen, ist dennoch davon auszugehen, dass sie zu einer Neuausrichtung der Notfallversorgung insgesamt führen sollen. Dazu müsste die Politik jedoch formulieren, welche Art von Notfällen durch welche konkreten Leistungser-

bringer behandelt werden sollten. Damit die Basis für ein Konzept aus einem Guss entsteht, müssen zudem die unterschiedlichen Arten von Notfällen beschrieben und in ambulante und stationäre Notfälle differenziert werden. Auf dieser Grundlage können dann die Beteiligten in den Bundesländern die regionale Notfallversorgung gestalten.

Konzept für die Notfallversorgung aus einem Guss. Eine Notfallversorgung, die den Bedürfnissen der Bevölkerung und dem Stand von Medizin und Technik Rechnung trägt, könnte sich an den folgenden Grundlagen orientieren. Stationäre medizinische Notfälle, wie sie die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer definieren, sollten nur an den Krankenhäusern behandelt werden, die dafür strukturell ausreichend ausgestattet sind. Bayern beispielsweise definiert diese stationären Notfälle in seinem Rettungsdienstgesetz wie folgt: „Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind,

Krankenhausstrukturgesetz: Wer was bis wann machen soll(te)

2016

31.3.	DKG, GKV-SV, PKV	Zentrumszuschläge/besondere Aufgaben
31.5.	DKG, GKV-SV, PKV	Absenkung von Bewertungsrelationen
30.6.	DKG, GKV-SV, PKV	Sachkostenkonzept
31.7.	DKG, GKV-SV, PKV	Kriterien für den Fixkostendegressionsabschlag
31.12.	DKG, GKV-SV, PKV	Konzept für eine repräsentative DRG-Kalkulationsstichprobe; Anforderungen und Kriterien für klinische Leichenschauen
31.12.	GBA	Festlegen eines gestuften Systems für die Notfallversorgung; Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität; Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung; Kriterien für den Sicherstellungszuschlag

DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
PKV	Private Krankenversicherung
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss

2017

30.6.	DKG, GKV-SV, PKV	Ausgestaltung Notfallzu- und abschläge
31.12.	GBA	Definition von vier Leistungen für Qualitätsverträge; Katalog für Qualitätszu- und -abschläge; Empfehlung Expertenkommission Pflege

2018

30.6.	DKG, GKV-SV, PKV	Vergütung und Höhe von Qualitätszu- und -abschlägen
31.7.	GBA	Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge

Ambitioniertes Vorhaben: Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz soll die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern und die Klinikstrukturen zukunftsfest umbauen. Doch die Vertragspartner hinken dem hier skizzierten Zeitplan für die Umsetzung hinterher – sie können sich bei vielen Themen nicht fristgemäß einigen.

Quelle: AOK-Bundesverband

wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten.“ Dazu werden fast ausnahmslos die Krankenhäuser der Maximalversorgung und der Schwerpunktversorgung in der Lage sein, die ambulante und stationäre Notfallversorgung durchzuführen.

Von diesem wichtigen, aber kleinen Teil der stationären Notfallversorgung ist die ambulante Notfallversorgung abzugrenzen. Im ambulanten Versorgungskontext sind auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung tätig. Grundsätzlich gibt es in der Notfallversorgung drei Patientengruppen mit unterschiedlichen ambulanten Behandlungsanteilen. Eine Gruppe bedarf außerhalb der Öffnungszeiten von vertragsärztlichen Praxen akut einer Behandlung. Nach einer Diagnostik werden diese Patienten gegebenenfalls mit einer Medikation wieder entlassen und in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet (Notdienstfälle). Eine andere Gruppe von Patienten hat Beschwerden, kann aber am Folgetag oder später stationär behandelt werden. Diese Behandlung erfolgt nicht mehr unter den Bedingungen einer stationären Notfallbehandlung und ist somit auch nicht der stationären Notfallversorgung zuzuordnen. Die Diagnostik und die primäre Therapie sind Bestandteil der ambulanten Notfallversorgung (Akutfälle). Die dritte Patientengruppe gehört zu den stationären Notfällen. Bei dieser Gruppe hat die ambulante Notfallversorgung die Funktion, eine Stabilisierung zur Weiterverlegung herbeizuführen (eilige Notfälle). Bestimmte personelle und medizinische Strukturen wie beispielsweise in der Neurochirurgie und der Gefäßchirurgie, können nicht flächendeckend an sieben Tagen der Woche über 24 Stunden vorgehalten werden und sind als stationäre Notfallversorgung den größeren Krankenhäusern vorbehalten. Aber eine gute primäre Steuerung der Patienten und ein Ausbau der Transportkapazitäten ermöglichen eine schnelle und medizinisch sachgerechte Therapie. Das zeigt das Beispiel Dänemark (*siehe Lese- und Webtipps, Augurzky/Beivers*).

Eine Neuordnung nach diesem Muster benötigt allerdings ein eigenes Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, in dem die Bundesländer die Umsetzungsverantwortung übernehmen. Eine Selbstregulierung nach Angebot und Nachfrage wird kaum zu erwarten sein.

Regelungen einfach halten. Neben den skizzierten grundsätzlichen und sektorenübergreifenden Fragestellungen – Investitionsfinanzierung, fachärztlich ambulante Versorgung durch Krankenhäuser, Notfallversorgung – sollte die Politik der Handhab-

barkeit von Gesetzen mehr Beachtung schenken. Zum Beispiel sind die Regelungen im KHSG zur Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Ortsebene so kompliziert gestaltet, dass Kliniken und Kassen schon vor den ersten Verhandlungen umfangreiche Rechtsgutachten in Auftrag gegeben haben. Der Versuch des Gesetzgebers, immer mehr Einzelfallgerechtigkeit zu erreichen, hat seine Grenzen, wo der Verwaltungsaufwand für die regionalen Vertragsparteien kaum mehr erfüllbar erscheint. Wird das Bedürfnis nach Einzelfallgerechtigkeit stark berücksichtigt, scheitert eine Entscheidung auf dem Verhandlungsweg und muss den regionalen Schiedsstellen überlassen werden.

Perspektive für kleine Häuser. Zusammenfassend sei noch einmal gesagt, woran die aktuelle Reform kränkt. Die Ziele lauteten: Qualitätsorientierter Umbau der Krankenhauslandschaft, Stärkung der Planungsmöglichkeiten durch die Länder, Verbesserung der Investitions- und Betriebskostenfinanzierung, Mengen- und Preissteuerung sowie die Optimierung des Abrechnungssystems nach Diagnosis Related Groups. Doch der Gesetzgeber hat die Investitionskostenfrage ausgeklammert. Damit hat er die Aussicht auf erfolgreiche Verhandlungen der Vertragspartner auf Bundesebene eingeschränkt, denn der zyklisch wiederkehrende Finanzmangel der Krankenhäuser bleibt bestehen, auch wenn manche Klinikträger trotzdem dauerhaft Gewinne verbuchen. Das beeinträchtigt die Bereitschaft von Krankenhaus- und Kassenseite, die teilweise detailreichen und nicht immer ausreichend verbundenen Einzelregelungen des Krankenhausstrukturgesetzes umzusetzen. Gleichzeitig fehlen Perspektiven für kleine Krankenhäuser, beispielsweise dergestalt, dass sie künftig in größerem Umfang an der fachärztlich ambulanten Versorgung teilnehmen. Bei kleinen Kliniken ist das Verhältnis zwischen Gemeinkosten und fallbezogenen Aufwendungen gegenüber größeren Kliniken ungünstig. In Verbindung mit einer Neuordnung der fachärztlich ambulanten Versorgung und der Notfallversorgung könnten diese Krankenhäuser dennoch eine Perspektive für den Erhalt als Institution bekommen.

Bestandsaufnahme und Neustart im Jahr 2018. Der Erfolg der Krankenhausreform wird auch an einer Nachsteuerung dieser Themen hängen. Es ist nicht zu erwarten, dass sich die Vertragspartner ohne neue Impulse oder nur durch Ermahnungen, Handlungsfähigkeit zu beweisen, aus den Schützengräben locken lassen. Die aktuelle Legislaturperiode neigt sich schon fast dem Ende zu. Daher erscheint es wenig wahrscheinlich, dass die amtierende Bundesregierung noch neue Impulse für die Weiterentwicklung der Krankenhausreform geben wird. Nach einer Bestandsaufnahme wird alles auf einen Neustart im Jahr 2018 zulaufen. Umfassende, auch über den Krankenhausbereich hinausgehende Reformvorhaben kann die Politik dann nur unter Einbezug der Selbstverwaltung oder zumindest im Konsens über die Zielvorstellungen erreichen. ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de**

Lese- und Webtipps

- Boris Augurzky, Andreas Beivers: **Rettung für die Notfallmedizin.** In: G+G 10/2015, S. 18–23
- Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel.** Schattauer, Stuttgart 2015
- G+G-Spezial 2/2015: **Patient Klinik.** Download unter: www.aok-bv.de > Mediathek > G+G-Spezial
- www.aok-bv.de > Hintergrund > Reformdatenbank > Krankenhaus-Strukturgesetz