

GKV-Reformkonzept

Wohltemperierte Strukturbereinigung

Eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft lässt sich nach Meinung unseres Autors Dr. Wulf-Dietrich Leber von der GKV nur durch konsequente Qualitätsvorgaben erreichen. Beispiele dafür sind Mindestmengen, Strukturanforderungen für Stroke-Units und Geriatrien, Notfallstufen oder Anforderungen an Zentren.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

„Die Krise ist die Mutter aller Reformen“, besagt eine alte Weisheit aus dem Politikbetrieb. Fast ein Jahrzehnt lang gab es dank sprudelnder Beitragsgelder keine nennenswerte Reform der stationären Versorgung. Mit der Corona-Pandemie könnte sich das ändern, da angesichts der finanziellen Belastungen für die Haushalte von Bund, Ländern und Krankenkassen eine Neubewertung unvermeidlich ist.

Das Spektrum notwendiger Reformfelder ist breit. Zunächst gilt es, die beiden wesentlichen Reformansätze der zu Ende gehenden Legislaturperiode fortzuführen: Digitalisierung und Pflege. Der etwas beschämende Digitalisierungsgrad in deutschen Krankenhäusern wird durch rund vier Milliarden KHZG-Fördermittel zumindest auf mittleres internationales Niveau angehoben. Vorgesehen ist, dass nach dieser Phase des Förderns eine Phase des Forderns folgt. Wer 2025 immer noch nicht die Anforderungen einer Basisdigitalisierung erfüllt, muss mit Abschlägen rechnen.

Der Punkt Pflege ist schwieriger, weil das politisch brisantere Thema der

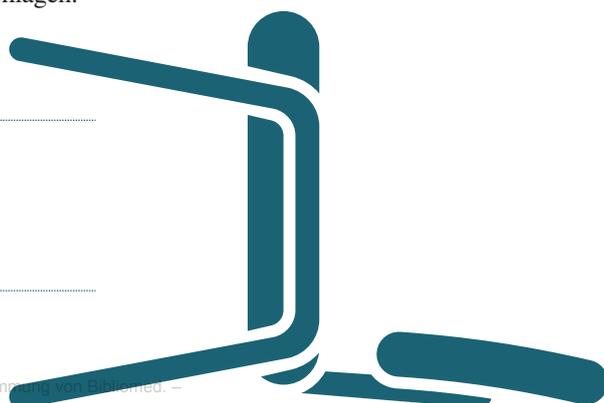
Umbau der Pflegeversicherung und die Personalsituation in der Altenpflege ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass das Wachstum der Krankenversicherung gebremst werden muss, um den unvermeidlichen Anstieg in der Pflegeversicherung kompensieren zu können. Sogar „systemsprengende“ Ansätze, wie eine Bürgerpflegeversicherung, sind auf einmal nicht mehr ausgeschlossen.

Für die Pflege hat der Gesetzgeber die Richtung vorgegeben: GKV und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sollen ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung entwickeln lassen, dessen spätere Nutzung allerdings noch offen ist. Sinnvoll wäre die Verwendung zur Berücksichtigung des Schweregrades bei Pflegepersonaluntergrenzen, aber auch eine Funktion bei der Bestimmung des Pflegebudgets wäre denkbar. Die DKG blockiert derzeit sämtliche Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen und propagiert ihr PPR-System. Es ist im Kern über 30 Jahre alt und hilft weder Patienten noch Pflegekräften. Mit Bedacht hat die Politik einen anderen Weg eingeschlagen.

Ein unvollendetes Projekt der letzten Legislatur ist auch die Notfallversorgung. Das Reformvorhaben wurde bereits im Dezember 2018 kraftvoll in Form von Eckpunkten verkündet, endete aber recht kümmerlich. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde gerade mal die Entwicklung der Ersteinschätzung in der Notfallambulanz auf den Weg gebracht. Dieser Reformabbruch dürfte zum Teil der Corona-Pandemie geschuldet sein, ist aber vor allem ein konzeptionelles Problem gewesen: Das BMG hat allzu lang an dem Modell des Sachverständigenrates festgehalten, der vor jedes Krankenhaus einen „KV-Containerriegel“ bauen wollte (sogenannte Integrierte Notfallzentren). Das war keine wirklich gute Idee. Es bleibt zu hoffen, dass in der nächsten Legislatur das weniger invasive Modell eines

Foto: Gettyimagesherstva

Vorsicht: Vorhaltefinanzierung
ist keine Freihaltepauschale!



gemeinsamen Tresens durchgesetzt wird und außerdem eine Grundgesetzänderung erfolgt, die das Rettungswesen endlich zu einem Teil des Gesundheitswesens macht.

Garniert als Vorhaltefinanzierung

Nun zu den coronainduzierten Reformschritten. Relativ prominent wird eine Reform (oder gar Abschaffung) des DRG-Systems gefordert, was einer banalen Logik folgt: In Zeiten steigender Fallzahlen sind die Kliniken für Fallpauschalen, in Zeiten sinkender Fallzahlen fordern sie eine budgetorientierte Vergütung – vornehm garniert als „Vorhaltefinanzierung“. Als die Länder noch Investitionen finanzierten, betrug die leistungsunabhängige Vergütung rund 20 Prozent. Nach Erosion dieser Finanzierung blieben nur die leistungsorientierten DRG übrig. Höchstwahrscheinlich wird die neue Normalität nicht wieder die Rückkehr zu den Fallzahlen von 2019 sein und man kann diskutieren, ob ein Teil des DRG-Budgets in eine Vorhaltefinanzierung umgewandelt wird. Aber Vorsicht: Vorhaltefinanzierung ist keine Freihaltepauschale! Man muss schon bedarfsabhängig



Dr. Wulf-Dietrich Leber leitet die Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband

Auch eine rationale Landesplanung würde gegenwärtig in Deutschland nicht funktionieren.

genauer definieren, worin die Vorhaltefunktion besteht. Und wenn diese in einem Kreis von drei Häusern wahrgenommen wird, dann bleibt pro Haus nur ein Drittel.

Landesplanung ist „Fake News“

Kommen wir zum Kern einer künftigen Reform: der Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft. Üblicherweise wird die insuffiziente Landesplanung für Überkapazitäten, unkoordiniertes Nebeneinander und mangelnde Spezialisierung verantwortlich gemacht. Aber die eigentlich bittere Erkenntnis ist folgende: Auch eine wohlwollende, rationale Landesplanung würde gegenwärtig in Deutschland nicht funktionieren. Man nehme das einfache Beispiel, dass an einer Kreisgrenze ein vergleichsweise kleines Helios-Haus und an der gegenüberliegenden Grenze ein auch nicht größeres Krankenhaus des Roten Kreuzes steht. Wenn nun das Ergebnis einer versorgungspolitischen Analyse zeigen würde, dass es für Erreichbarkeit und Qualität besser wäre, stattdessen ein neues Krankenhaus in die Kreismitte zu bauen, dann fehlen dem Land jegliche Rechtsmittel, dies durchzusetzen. In früheren Zeiten, als Länder noch aus-

kömmlich die Investitionen finanzierten, war prinzipiell eine solche Restrukturierung möglich. Da in heutigen Zeiten ein gut geführtes Haus auch ohne staatliche Investitionsförderung auskommt, wird das Land die Konzentration nicht gegen den Willen der Krankenhausträger durchsetzen können. Helios und Rotes Kreuz würden jeden Prozess gewinnen, sofern beide belegt sind und deshalb als bedarfsnotwendig nicht aus dem Krankenhausplan gestrichen werden könnten. Die Gerichte würden die „Zwangsfusion“ als einen verfassungswidrigen Eingriff in die Eigentums- und Berufsfreiheitsrechte werten und unterbinden. Letztlich kommt man zu dem Schluss: Die Gerichte untersagen eine bedarfsgerechte Landesplanung.

Das Kartellrecht schafft weitere Hürden. Gesehen den Fall, auch die Träger würden die Konzentration für sinnvoll erachten, dann könnte das Kartellamt die Fusion unterbinden, weil die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten eingeschränkt würden.

Die Gerichte folgen letztlich einer wirtschaftsliberalen Doktrin, der eine andere Form der Daseinsvorsorge zugrunde liegt. Nehmen wir das tägliche Brot. Hier wird kein nationaler Brötchenplan aufgestellt, aus dem die bedarfsnotwendige Anzahl der Bäckereien



ermittelt wird. Man geht davon aus, dass man – unter Beachtung von qualitativen Mindestanforderungen – lediglich garantieren muss, dass jeder, der will, Brötchen backen darf. Berufsfreiheit garantiert Bedarfsdeckung. Ein über den Bedarf hinausgehendes Angebot wird durch Geschäftsaufgabe infolge von Gewinnverfall abgebaut.

Wat nu? Natürlich ist die wirtschaftsliberale Steuerung nicht zwangsläufig. Die ordnungspolitischen Antworten auf das Thema „Krankenhaus“ sind ausgesprochen divers. Man vergleiche nur die unterschiedlichen Lösungen der urkapitalistischen Länder USA und Großbritannien. Die Gesundheitsökonomie kennt dafür den Begriff der Pfadabhängigkeit. Der deutsche Pfad lautet: Trägerautonomie. Und derzeit ist nicht erkennbar, dass dieser Pfad im Grundsatz verlassen werden soll.

Strukturbereinigung – qualitätsorientiert

Die zentrale Schlussfolgerung: Wenn Landesplanung in diesem Land als unerlaubter Eingriff in die Eigentumsrech-

Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit – so die verfassungsrechtliche Sicht der Dinge.

te von autonom entscheidenden Krankenhausträgern gewertet wird, dann bleibt nur ein Weg zur Strukturierung der Krankenhauslandschaft: konsequente Qualitätsvorgaben. Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit – so die verfassungsrechtliche Sicht der Dinge. Beispiele dafür sind Mindestmengen, Strukturanforderungen für Stroke-Units und Geriatrien, Notfallstufen, Anforderungen an Zentren und vieles mehr.

Die DKG bezeichnet diese kapazitätsregulierenden Qualitätsanforderungen als „kalte“ Strukturierung. In Wahrheit sind sie „wohltemperiert“. Es gibt überhaupt keine sinnvollere Strukturierung als jene durch Qualitätsvorgaben. Die listige Forderung der DKG, der Kapazitäts-

abbau müsse das Ergebnis eines planerischen Prozesses sein, wird natürlich erhoben, weil man genau weiß, dass dieser Abbau nicht funktioniert. Die DKG besteht im Übrigen aus lauter Krankenhausvertretern, die nie einen landesplanerisch beschlossenen Kapazitätsabbau gegen sich gelten lassen würden.

Lassen wir also die planerischen Illusionen hinter uns und kümmern uns um ordentliche Qualitätsvorgaben.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband